

RAPPORT DE SYNTHÈSE

37^{èmes} JESF

Journée des **É**conomistes de la **S**anté **F**rançais

Dijon, 3 et 4 décembre 2015

Synthèse collective des interventions

JESF, décembre 2015

Par la Promotion n°5 du Master 2 Economie de la Santé de l'Upec
Catherine BARON, François-Olivier BAUDOT, Lucile BELLIER, Saleha
BHAYAT, Séverine COQUERELLE, Akissi DIBY, Alicia LE BRAS, Aniss
LOUCHEZ, Nadia MAALEJ HACHICHA, Alice PLAS, Yaroslava
POZARUK, Selda SALMAN, Rabiatou SANGARE et Laura SEMENZATO.

Sous la direction de Thomas BARNAY et de Yann VIDEAU

SOMMAIRE

Préambule	3
INTRODUCTION	3
SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS	4
SESSION 1 : Médecine personnalisée	4
SESSION 2 : Équité système de financement	7
SESSION 3 : Évaluation	9
SESSION 4 : Médecins — Offre ambulatoire.....	11
SESSION 5 : Santé travail	12
SESSION 6 : Inégalités sociales de santé	15
SESSION 7 : Comportements et facteurs de risques.....	17
SESSION 8 : Hôpital.....	19
SESSION 9 : Prévention et dépistage	20
SESSION 10 : Comportements à risques	22
SESSION 11 : Risque et aversion aux risques	24
SESSION 12 : Inégalités	26
SESSION 13 : Mesures en santé	27
SESSION 14 : Santé travail	29
SESSION 15 : Évaluation	31
SESSION 16 : Incitation et offre ambulatoire.....	33
CONCLUSION	34
ANNEXES	35

PRÉAMBULE

Comme tous les ans, depuis 2011, les étudiants du Master 2 Économie de la santé de l'Université Paris-Est Créteil sont invités par le Département d'Économie à assister aux Journées des Économistes de la Santé Français, dans le cadre du cours d'Initiation à la Recherche assuré par Thomas Barnay.

Ils doivent couvrir l'intégralité des sessions et réaliser deux types de restitution. Le premier travail est une synthèse collective (le présent document) destinée à un large public ; le second travail est individuel et relève d'un travail approfondi sur chacun des articles présentés.

INTRODUCTION

C'est dans un contexte où les dépenses doivent être de plus en plus maîtrisées que la réflexion dans le domaine de l'économie de la santé s'impose. Cette réflexion passe nécessairement par la recherche qui permet d'éclairer la prise de décision des pouvoirs publics confrontés à l'augmentation des inégalités d'accès aux soins et des dépenses.

Créées il y a plus de vingt ans par Thérèse Lebrun et Jean-Claude Saily, les JESF, toujours couronnées de succès, suscitent un intérêt croissant. Ainsi, elles rassemblent davantage de personnes année après année. Depuis 2006, elles sont organisées dans une université ou une institution française.

Le collège des économistes de la santé (CES) est un acteur majeur du secteur de la santé. Il est aussi un lien indéfectible entre les différentes instances, publiques ou privées, chercheurs ou politiques. Le 3 et 4 décembre 2015, c'est dans cet esprit d'échange d'idées et de partage que le laboratoire d'économie de la santé (LEDI) a accueilli les 37^{èmes} journées des économistes de la santé français, à l'Université de Bourgogne.

Avec 150 participants, cette année s'est caractérisée par un engouement sans précédent qui s'est accompagné d'une modification du contenu des séances. Ainsi quarante-quatre publications ont été planifiées, puis regroupées en 16 sessions thématiques qui abordaient divers sujets tels que : l'évaluation médico-économique, la santé et le travail, l'accès aux soins, l'hôpital, les comportements à risque ou encore le paiement à la performance... . Chaque contribution était présentée par son auteur en 20 min avant d'être analysée par un discutant pendant 15 min. Une discussion avec les auteurs et l'auditoire était ensuite proposée.

Une partie des communications et des discussions sont désormais en ligne sur le site du CES.

SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS

SESSION 1 : Médecine personnalisée

Le premier article traite des questions et des enjeux de la médecine personnalisée pour l'économie de la santé.

La médecine personnalisée est une médecine orientée vers le patient, qui fait appel à des technologies qui évoluent et dont les enjeux sont multiples : sociétaux, médicaux, industriels, économiques et éthiques. Cette médecine est-elle coût-efficace ? Oui pour le KRAS (cancer colorectal) et les chimiothérapies évitées dans le cancer du sein mais il convient de définir précisément les patients concernés, les coûts/toxicités évités, le seuil de décision... Il faut également s'interroger sur la façon de bien évaluer ces thérapies ciblées : mesure de l'efficacité et des résultats, population cible, quantité de données, rapidité des tests, état des connaissances...

Pour ce qui est de la relation médecin/patient, les informations rendues disponibles posent les questions suivantes: que veut connaître le patient ? Faut-il l'informer en cas de découverte d'un risque ou d'une prédisposition ? Comment accompagner la révélation de ces informations, prendre en compte la valeur prédictive potentiellement négative et respecter le droit à la non-information ? Comment et combien de temps conserver les données obtenues ? Le médecin, le généticien, les comités d'éthiques ou les associations de patients auront vraisemblablement un rôle à jouer.

Les coûts de ces techniques baissent, mais dans le même temps un marché privé lucratif et international se développe. La médecine personnalisée pose également de nombreuses questions éthiques : risque de discrimination génétique, pharmaco-génomique et assurantielle, perte d'équité, mais aussi risque d'eugénisme.

La médecine personnalisée impacte l'organisation du système de santé (nouveaux métiers, investissement/équipements), la tarification des tests/actes, requiert de nouvelles réglementations/méthodologies, nécessite de définir des outils d'aide à la décision publique et un parcours de soin efficace. Cette approche représente un challenge pour les économistes de la santé dans la modification du parcours de soin, ainsi que dans l'asymétrie d'information qu'elle génère vis-à-vis des assureurs et son évaluation médico-économique. Elle amène également à s'interroger sur les méthodes d'évaluation et pourrait permettre de développer une économie de l'innovation, une comparaison des politiques publiques et une coopération internationale...

Le deuxième article s'interroge sur la rémunération des prestataires de santé (médicaux et hospitaliers) à la suite du développement de la génomique et des tests de diagnostics. La qualité et le coût des soins dépendent des décisions prises par les professionnels de santé. Or le mode de paiement est un élément important quand les décisions sont difficiles à évaluer ou à contrôler. Quel type de rémunération faut-il privilégier : le paiement prospectif/rétrospectif ou le mixte ? Quel pourrait être le meilleur ratio qualité/coûts ?

Afin de répondre à ces questions, des modèles sont en cours de définition par les auteurs : pour l'hôpital et pour l'assureur/le régulateur. Ils intègrent notamment la mesure de la santé, les effets des soins médicaux, la qualité endogène du prestataire, la composante exogène, la précision des tests, l'altruisme, la réputation, le professionnalisme, la rémunération brute, les coûts pour la communauté ; l'effort endogène de contrôle des coûts, le paramètre de participation aux coûts et les coûts personnels du prestataire (désutilité). L'objectif est de pouvoir définir la combinaison de paiement optimale.

Le troisième article s'intéresse aux problèmes d'asymétrie d'information entre les patients et les assureurs qui sont liés aux informations apportées par les tests génétiques. La révélation de ces informations peut entraîner la discrimination des patients sur la base de leur profil génétique (entre hauts et bas risques) et interroge sur la relation égalité de traitement/efficacité économique. Comment partager l'information, réguler le marché et limiter les risques d'anti-sélection ? Plusieurs formes de régulations sont possibles : laissez-faire les assureurs (tests existants et demandes supplémentaires s'ils le souhaitent), imposer un devoir de révélation (des tests existants), loi du consentement (au choix du patient), interdiction stricte. Selon le type de profit non-nul de l'assureur, plusieurs options sont possibles.

Si le profit est non nul sur chaque contrat, on retiendra l'équilibre de Rothschild-Stiglitz (proportion élevée de hauts risques, probabilité individuelle de maladie, différents contrats, mécanisme d'auto-sélection) ou celui de Wilson (proportion de hauts risques faible). Si le profit est non nul sur l'ensemble des contrats : l'équilibre de Rothschild-Stiglitz ou Miyazaki-Spence (différents contrats, mécanisme d'auto-sélection, proportion de hauts risques faible) domine. Selon le cadre d'équilibre, l'optimalité des décisions de prévention sera effective (Rothschild-Stiglitz et Miyazaki-Spence) ou non (Wilson). En prenant en compte les hauts risques et les bas risques, on a un équilibre mélangeant pour Wilson et une probabilité moyenne de maladie, un équilibre séparateur pour Rothschild-Stiglitz et Miyazaki-Spence et une probabilité individuelle de maladie.

Comment cibler les actions de prévention, en intégrant l'anti-sélection, pour les hauts et bas risques ? Faut-il privilégier la prévention primaire ou secondaire. Il apparaît que l'action de prévention est optimale pour les équilibres séparateurs et sous-optimaux pour celui de Wilson.

En conclusion, si l'on considère à la fois l'assurance, la discrimination génétique et la prévention, que l'on intègre l'asymétrie d'information, le « laissez-faire » domine le régime de l'interdiction stricte avec l'équilibre de Rothschild-Stiglitz. Est-ce le cas avec ceux de Wilson ou celui de Miyazaki-Spence ?

Le quatrième article s'interroge sur l'impact de la relation médecin-patient dans les thérapies ciblées. La médecine personnalisée s'inscrit dans une démarche de mieux prescrire et de désescalade thérapeutique qui représente un enjeu à la fois pour les patients au niveau individuel et pour le système de santé. Si les thérapies ciblées se sont rapidement développées au cours des dernières années, les surcoûts des tests sont-ils compensés par un meilleur ratio coût/efficacité ? Pour certaines mutations ou pour les tests génomiques dans le cancer du sein à un stade précoce, la réponse est oui. Les tests génomiques sont bien acceptés par les

patients, mais peu de travaux abordent la décision effective de traiter. Or ces tests impactent fortement la relation patient/médecin.

L'étude, menée en parallèle de l'étude SA02 (traitement des ganglions lymphatiques axillaires dans un cancer du sein à un stade précoce), a d'abord identifié les patientes ayant un bon pronostic et éligibles à une chimiothérapie sans taxane donc moins toxique. Un questionnaire leur a été adressé demandant si elles souhaitent faire le test. Bien que 97 % des patientes acceptent le test génomique les résultats des tests sont mal compris pour 62 % d'entre-elles. Néanmoins, 67 % comprennent que l'objectif du test consiste en l'administration du traitement le plus adapté. Cela a également pour conséquence une plus grande implication de la patiente. Pour permettre un arbitrage éclairé, la qualité de l'information transmise est essentielle et passe à travers la vérification de la bonne compréhension de la patiente

Le cinquième article de la session met en avant les questions posées par la médecine personnalisée : accessibilité, coût, remboursement, décision et préférences du patient. Elle s'appuie notamment sur le Séquençage Haut Débit (SHD) qui se développe en pratique clinique. Cette technique permet d'identifier des prédispositions génétiques (résultats incertains), mais favorise aussi des découvertes fortuites qui impactent le patient et sa famille, ainsi que la société et le législateur.

Dans la mesure où les attentes des patients envers cette technique sont importantes, il devient pertinent de savoir si une meilleure transmission de l'information pourrait rendre ces derniers plus actifs. Un des objectifs de l'étude menée par les auteurs est de définir les préférences des parents d'enfants atteints de maladies rares vis-à-vis du SHD. La méthode utilisée est celle des choix discrets. Les questionnaires sont soumis dans 2 centres de génétique et interrogent sur la découverte de résultats incertains/fortuits, sur les ré-analyses, sur la communication des résultats, sur l'accompagnant et sur le coût du test. Les scénarii sont établis sur différents attributs combinés. Les répondants doivent réaliser des arbitrages qui permettront de révéler leurs préférences.

Les variables caractéristiques retenues sont : le choix des patients/famille par rapport à un projet d'enfant, la gravité de la maladie et le niveau d'éducation/de compréhension des tests.

SESSION 2 : Équité système de financement

Le premier article de cette session analyse les liens de solidarité de l'assurance maladie sur un certain nombre de critères de justice sociale, à savoir si chacun reçoit selon ses besoins et paye selon ses moyens. Les auteurs se sont servis du modèle INES-OMAR, une micro-simulation des dépenses de santé des ménages et du financement des dépenses représentatives de la France métropolitaine.

À l'aide d'un indice de solidarité, ils analysent conjointement la distribution des dépenses et de leurs financements selon le niveau de vie des ménages. Pour apprécier l'équité verticale du système de santé, les auteurs ont comparé la courbe de concentration du financement à la courbe de concentration des niveaux de vie. Quant à l'équité horizontale des dépenses, ils ont comparé les courbes des dépenses avec et sans présence de toutes les barrières dans l'accès aux soins de santé. Dans le cas de l'absence de ces barrières, ils ont fait l'hypothèse que la courbe des dépenses correspond à celle des ménages les 10 % les plus riches.

Avec une valeur de l'indice de solidarité égale à $0,26 > 0$, il est ressorti de cette étude que l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est principalement à l'origine de la solidarité au sein du système de santé français. Il semblerait que cette solidarité soit générée par les financements de l'AMO qui proviennent principalement de la contribution sociale généralisée assise sur le revenu. De plus, les auteurs ont trouvé que le financement progressif de l'AMO contribue à la réduction des inégalités de niveau de vie à hauteur de 30 %.

Quant à l'Assurance Maladie Complémentaire, elle n'est à l'origine d'aucune solidarité (valeur de l'indice de solidarité=0.002). Par ailleurs, l'objectif en termes d'équité verticale semble mieux atteint que celui de l'équité horizontale. Même avec la CMU-c, les ménages pauvres continuent à rencontrer des barrières dans l'accès aux soins.

Au cours de la discussion, il a été demandé aux auteurs de comparer ces résultats avec ceux des autres pays ayant un système de santé similaire à celui de la France.

Le deuxième article étudie le système de santé au Cambodge. Le Cambodge est un petit pays de l'Asie du Sud-Est qui compte 15 millions d'habitants, dont la plupart vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le système de santé est quasi-inexistant avec une dominance du secteur privé et un secteur public défaillant surtout pour les soins curatifs. Les ménages supportent des paiements directs à hauteur de 70 % des frais de soins de santé. Dans les années 90, avec pour objectif de faciliter l'accès aux soins, le gouvernement a mis en place une politique d'exemption des frais de soins de santé pour les plus démunis. Dans les années 2000, les fonds d'équité en santé ont été créés d'une part pour identifier les individus éligibles pouvant bénéficier de la gratuité des soins et d'autre part pour assurer leurs prises en charge au niveau des hôpitaux. Cette étude vise à évaluer l'impact des fonds d'équité en santé sur l'accès aux soins des plus démunis. La gratuité a-t-elle permis l'augmentation de l'utilisation des services/centres de santé par les plus démunis?

Dans le cadre de l'analyse, une étude prospective, à petite échelle, a été mise en place dans deux districts voisins. Les fonds d'équité en santé ont été mis en place en janvier 2012 pour le district « Sampov Luon » et en août 2013 pour le district « Thma Khou ». Les données ont été collectées sur 16 mois et portent sur l'utilisation des services/centres de santé, ainsi que sur les caractéristiques socio-économiques des individus et de leur état de santé. Dans un premier temps, la méthode d'analyse utilisée est descriptive, avant d'appliquer celle en double différence pour comparer les périodes avant/après la mise en place de la politique de gratuité sur l'utilisation des services de santé. Les variables de contrôle telles que la sévérité de la maladie et la distance des services de santé ont été prises en compte.

D'après les premiers résultats, il semblerait que la politique de gratuité n'ait pas d'impact sur la fréquentation des ménages pauvres qui bénéficient de la gratuité, que ce soit dans les centres de santé ou dans les hôpitaux. Une des raisons est que la plupart de ces ménages se tournent vers l'automédication. L'impact de l'intervention sur la probabilité d'utiliser un centre de santé est significatif pour les individus situés à 5 km d'un centre de santé. Cet impact est négatif sur la probabilité d'avoir des paiements directs positifs.

Cette étude présente une limite dans les données utilisées qui pourrait compromettre les résultats avancés. En effet, les habitants du district de « contrôle » avaient la possibilité d'utiliser les services de santé du district « traité ». En plus, la taille de l'échantillon est très petite. Une autre étude plus large est nécessaire pour confirmer les résultats.

Le troisième article présente le système de santé au Tadjikistan. Le Tadjikistan est un petit pays post-soviétique qui dispose d'un système de santé socialiste quasi-inexistant financé par les budgets de l'État et des collectivités locales. Les ménages supportent directement 70 % des frais de soins de santé, dont une grande partie informelle est payée au médecin. Dans cet article, l'auteur s'interroge sur les conséquences en termes d'équité verticale et horizontale de cet énorme reste à charge.

L'auteur a utilisé une base de données de 2007 fournie par la Banque Mondiale sur le Tadjikistan. Des courbes de concentration ont été utilisées pour analyser le degré d'équité du système de santé. La concentration des revenus est approximée par la concentration des dépenses, car les revenus sont généralement informels. Il n'y a donc pas de données réelles et fiables sur le revenu.

Les premiers résultats montrent une progressivité illusoire du système de santé. L'importance du reste à charge engendre un renoncement aux soins considérable, principalement au niveau hospitalier. Les ménages pauvres fréquentent rarement les services de santé du fait des paiements directs. La principale limite de ce papier repose sur l'absence d'une mesure fiable du revenu qui pourrait affecter les informations sur le niveau de vie des ménages. Par ailleurs, l'auteur n'a pas pris en compte l'automédication dans son analyse, malgré sa place importante dans ce type de pays. Au cours de la discussion, il a été demandé de discuter d'autres concepts d'équité plus pertinents dans le contexte du pays (ex : l'équité verticale dans les prestations des soins et les inégalités des chances). Enfin, la question du positionnement de ces résultats par rapport aux autres pays de l'ex-URSS, a été posée.

SESSION 3 : Évaluation

Le premier article présente une évaluation du dispositif d'incitation tarifaire à la chirurgie ambulatoire. La chirurgie ambulatoire en alternative à l'hospitalisation complète s'inscrit dans une politique de maîtrise des dépenses et d'amélioration de la qualité des soins. Parmi les différents leviers de développement, l'incitation tarifaire à l'ambulatoire a été proposée pour les séjours de faible sévérité. Néanmoins, la littérature fait état de potentiels effets pervers de ce système incitatif dont un problème de "principal-agent" à cibler l'hôpital plutôt que les médecins et de potentiels risque de surcodage ou de substitution vers les GHM les plus rentables.

À partir des données traitées du PMSI-MCO, les auteurs ont regardé les statistiques descriptives de la période 2006-2013. L'objectif était de répondre aux questionnements autour des potentiels effets pervers. Aucun résultat allant dans le sens de ces craintes n'a été trouvé. À l'aide de plusieurs modèles économétriques, l'impact de l'incitation tarifaire sur le taux de chirurgie ambulatoire a ensuite été évalué. La méthode utilisée est celle des doubles différences. Elle compare les racines des GHM (qui informent sur le type de pathologie), ayant bénéficié de l'incitation par rapport à celles qui n'en ont pas bénéficié, pour la période précédant et suivant l'incitation. Ce modèle suggère que le dispositif d'incitation tarifaire aurait permis une augmentation moyenne de 7 % du taux d'ambulatoire. Le problème de cette approche réside dans la probable sélection des racines incitées. Les auteurs ont alors cherché à créer des groupes contrôles qui rassemblent des racines similaires en termes d'objectif de taux de chirurgie ambulatoire à atteindre. Les résultats présentés dans l'article restent encore difficilement interprétables, ces racines contre-factuelles ne résistant pas aux différentes régressions. Néanmoins, il ressort pour le moment un impact hétérogène, s'abstrayant de surcroît de la visualisation d'une tendance commune générale de l'hôpital. Ainsi, au-delà d'un travail sur la robustesse des contre-factuels, les auteurs vont probablement par la suite travailler sur l'origine de l'hétérogénéité de ces premiers résultats.

Le second article présente l'évaluation médico-économique d'une nouvelle structure de peines communautaires.

Au Royaume-Uni, la mise en liberté conditionnelle est faite au sein de services de peines communautaires. Elle est vue comme une alternative à l'incarcération des accusés de faible ou moyen délits. Selon la définition de Hine *et al.* (2008), le recours aux « care farms » constitue une base qui permet de promouvoir la santé, mentale et physique, par une activité agricole normale pouvant ainsi se substituer à une aide sociale, une aide à l'éducation et à la santé. Intuitivement, les « care farms » peuvent représenter une période de réflexion pour les accusés. Elles peuvent également leur permettre de retrouver à la fois de l'espoir et de l'estime d'eux même, ce qui est essentiel pour établir à nouveau des relations humaines et pour se construire une nouvelle identité en tant que travailleur.

Cet essai est une expérimentation naturelle comparant 51 prisonniers dans 3 « care farms » avec 85 autres prisonniers dans d'autres services de peines communautaires comprenant un

large éventail d'activités (ex :la construction, les services de nettoyage des voiries, le travail au sein de magasins caritatifs, *etc*). Cette analyse coût-efficacité met en perspective les coûts associés aux ressources de santé, aux recours aux services sociaux et aux bénéfices apportés en termes de santé mentale et de qualité de vie à travers la mesure apportée par le score CORE-OM (the *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure*). Cette étude étant une évaluation de santé publique destinée au Ministère de la Justice, ce score a été retenu puisqu'il présente une mesure plus sensible de la santé mentale que le questionnaire généraliste EQ-5D. Les coûts et les bénéfices conduisent à l'obtention de résultats en QALY, fondés sur les données collectées à l'inclusion et à 6 mois. Après ajustement sur les caractéristiques de référence, il apparaît que les « care farms » pourraient être coût-efficaces puisqu'elles sont légèrement moins coûteuses et ont des gains en QALY légèrement supérieurs à leur contrôle. Néanmoins, il est important de considérer l'incertitude autour de ce résultat qui pourrait être liée à un manque de puissance de cette expérience, lié à un faible nombre de participants et à un très grand nombre de données manquantes. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Le troisième article présente un bilan méthodologique des avis d'efficience rendus à la HAS. Depuis octobre 2013, la CEESP de la HAS est en charge de rendre des avis d'efficience sur les médicaments présentant un ASMR I, II ou III ayant un impact significatif sur les dépenses de l'Assurance Maladie. D'abord, ce processus d'évaluation comprend le dépôt d'un dossier d'efficience par l'industriel. Puis, vient une phase de questions techniques permettant l'élaboration d'un projet d'avis qui peut faire l'objet d'une audition par l'industriel. Enfin, un avis définitif est émis à destination du CEPS, du laboratoire pharmaceutique et de l'UNCAM. Cet article réalise un bilan méthodologique des 37 dossiers déposés depuis le 31 juillet 2015.

Ainsi, il semblerait que les dossiers manquent d'objectifs d'évaluation clairement établis. Un problème sur les choix structurants de l'étude a été identifié (population d'analyse et comparateurs). La dimension temporelle est souvent mal gérée et génère de l'incertitude. Ces problèmes sont également rencontrés dans la modélisation des effets indésirables et des potentiels arrêts de traitement. De la même façon, la population simulée est souvent basée sur les résultats d'essais cliniques dont la représentativité par rapport à la pratique en vie réelle n'est pas discutée. Un travail sur des méta-analyses est ainsi recommandé de sorte à mieux documenter l'efficacité et la tolérance du médicament. En termes de coûts et d'utilité, ils doivent être calculés selon une méthode bien documentée basée sur l'avis de plusieurs experts et sur une justification des données sélectionnées. L'échange technique est particulièrement important pour ces estimations. Des analyses de sensibilité doivent être réalisées sur la durée de la simulation ainsi que sur le prix du médicament et de ses comparateurs, notamment lorsque l'on sait qu'ils risquent d'être génériques dans les prochaines années. Les résultats produits doivent impérativement être interprétés par l'industriel.

Ainsi, la HAS devrait encore clarifier ses attentes avec la parution au 1er trimestre 2016 d'un guide méthodologique. Cependant, elle rappelle qu'il est nécessaire pour l'industriel de faire un travail de réflexion dès la post-inscription de sorte à pouvoir anticiper les besoins en termes de données nécessaires au modèle et ainsi renforcer la robustesse de l'analyse en palliant les problèmes méthodologiques identifiés dans cet article.

SESSION 4 : Médecins — Offre ambulatoire

Le premier article s'intéresse aux facteurs impactant le choix de localisation des jeunes médecins généralistes libéraux au sein des régions. L'objectif est de savoir quelles mesures pourraient être mises en place sur les futurs médecins pour améliorer la répartition géographique de l'offre de soins. À l'aide d'un logit conditionnel et d'un appariement des données de la CNAMTS et de la DGFIP, les résultats montrent que les caractéristiques individuelles des médecins, telles que le statut matrimonial, jouent peu sur leur choix d'installation. En revanche, ces décisions sont influencées par des facteurs liés à l'offre et la demande de soins dans la zone d'installation (ex : les honoraires attendus, l'indice de vieillissement...), aux dispositifs d'exonérations fiscales et aux équipements de la zone (ex : présence d'un lycée privé, nombre moyen de gares...). Les résultats mettent également en évidence la non-attractivité des zones rurales pour ces jeunes médecins. Par des simulations s'appuyant sur ces résultats, les auteurs étudient également l'impact de trois dispositifs qui pourraient augmenter l'attractivité des zones rurales. Ces travaux concluent qu'une augmentation des honoraires, des exonérations fiscales ou encore une amélioration de l'accès au haut débit joueraient en faveur du choix d'installation des jeunes médecins dans les zones rurales.

Le deuxième article étudie les facteurs qui expliquent la décision de quitter un type particulier de centre de soins primaires pluridisciplinaires au Canada, dans la région du Québec. Ces centres de soins ont été mis en place et soutenus pour lutter contre l'inégale répartition des médecins. Il est donc important de connaître les facteurs qui permettent la rétention des médecins généralistes dans les centres. Ceci est rendu possible grâce à des données administratives et des modèles de régression qui prennent en compte les facteurs variant dans le temps et les facteurs fixés. L'étude montre que les caractéristiques des médecins et de la patientèle jouent un rôle plus important que les facteurs définissant les pratiques médicales telles que le « case-mix » et l'impact de la multi-activité. Un nombre important de patients et un revenu élevé retiendraient les médecins généralistes dans ces centres. Au contraire, un nombre d'années d'expérience élevé jouerait en faveur de la décision de quitter les maisons de santé. Certaines variables, comme le genre ou la région d'habitation des médecins, n'ont pas d'impact sur cette décision.

Le troisième article s'intéresse à l'évolution sur cinq années de l'activité, des revenus et de la localisation des jeunes médecins libéraux installés en 2005. Utilisant le même appariement des données que le premier article, l'étude cherche à définir le lien entre l'évolution des revenus, les caractéristiques socio-démographiques et les types de pratiques des futurs médecins. Une analyse de correspondances multiples montre qu'il existe une hétérogénéité dans les revenus des jeunes médecins. L'utilisation de la méthode des moindres carrés ordinaires, ainsi qu'une analyse longitudinale, permettent de mettre en avant le lien entre l'évolution des revenus et plusieurs facteurs. Des revenus initiaux élevés, le fait d'habiter dans une zone où la densité médicale est plus forte ou encore d'être une femme ralentit l'évolution des revenus des médecins. Au contraire, la présence d'enfants à charge et une activité salariée complémentaire tirent le revenu des jeunes médecins à la hausse.

SESSION 5 : Santé travail

Le premier article de la session analyse l'impact de mauvaises conditions de travail sur les maladies chroniques auto-déclarées des salariés du secteur privé. Les conditions de travail, indépendamment de leur nature, ont un impact sur l'état de santé physique et mentale. Les auteurs distinguent l'impact des mauvaises conditions de travail physiques par rapport à celles psychosociales sur l'état de santé des salariés.

Les auteurs ont utilisé les données de l'enquête Sip (Santé et itinéraire professionnel). Environ 5 000 individus sont inclus dans l'échantillon d'étude. Les auteurs ont construit deux indicateurs annuels (un de conditions de travail et un autre de maladies chroniques) qui suivent les individus de leur entrée sur le marché du travail jusqu'à la date de l'étude. Ils ont estimé deux types de modèle : la double différence et la double différence avec matching. Le matching a été réalisé sur l'année d'entrée sur le marché du travail, le niveau d'éducation, le sexe et quelques variables sur l'enfance des individus.

Dans les premiers résultats, il apparaît que plus un individu est exposé longtemps à de mauvaises conditions de travail, plus son état de santé se dégrade. Contrairement aux femmes, l'état de santé des hommes n'est pas affecté par une exposition aux mauvaises conditions de travail physiques. Les mauvaises conditions de travail psychosociales, quant à elles, impactent négativement aussi bien l'état de santé des hommes que des femmes. L'ampleur de ce dernier impact est d'autant plus grande qu'elle est observée tôt et notamment chez les femmes.

La partie la plus délicate de ce travail repose sur la construction des indicateurs de mauvaises conditions de travail et de déclaration de maladies chroniques. Lors de la discussion, il a été demandé d'être plus explicite sur la construction des différents indicateurs. Il a également été suggéré d'élargir le cadre d'analyse vis-à-vis de la littérature pour mieux positionner et mettre en valeur leur travail.

Le deuxième article vise à combler le manque d'information sur l'impact du cancer du sein sur l'emploi des femmes en France. Son objectif est de démontrer d'une part l'effet négatif du cancer du sein sur les trajectoires professionnelles et d'autre part d'identifier les facteurs démographiques et professionnels qui pourraient compenser cet effet négatif du cancer du sein sur l'emploi des femmes.

Les auteurs ont utilisé la base administrative « Hygie » sur la période 2005 – 2008. C'est un fichier d'appariement des données de la CNAV et de la CNAMTS pour le secteur privé. La 1ère inscription en ALD au titre du cancer du sein est utilisée pour identifier la survenue du cancer. L'emploi est défini comme « avoir au moins un trimestre cotisé au titre du salariat » et l'emploi régulier comme « avoir au moins un trimestre cotisé au titre du salariat sans périodes assimilées au titre du chômage ». Il y a environ 3000 femmes qui souffrent d'un cancer du sein.

Par ailleurs, les auteurs ont utilisé une méthode de double différence avec appariement dynamique pour comparer les trajectoires professionnelles des femmes avec un cancer

(traitées) à celles sans cancer (contrôles). L'appariement a été fait sur des variables telles que l'année de naissance, la classe de salaire à l'entrée sur le marché du travail, les endogènes retardées un an avant la survenue du cancer, la situation de l'individu en termes d'emploi.

L'effet du cancer du sein sur le retour à l'emploi est fortement négatif surtout la première année qui est une année de soins intensifs. Toutefois, les auteurs ont identifié des facteurs qui peuvent neutraliser partiellement cet effet négatif. Ainsi, un emploi régulier semble plus protecteur qu'un emploi avec des périodes de chômage. Plus le cancer du sein est dépisté tôt (≤ 48 ans), plus son effet sur le retour à l'emploi sera atténué. Une stabilité dans la carrière et un niveau de capital humain élevé au moment de l'entrée sur le marché du travail s'avèrent également protecteurs. Enfin, les femmes atteintes par le cancer du sein avant 1991 semblent plus pénalisées dans leurs trajectoires professionnelles que celles récemment touchées par ce cancer. Le progrès réalisé dans le traitement de ce dernier semble avoir atténué l'ampleur de l'effet.

Les principaux problèmes rencontrés par les auteurs sont : le manque d'information sur l'état de santé des individus, la définition de l'emploi, le stade du cancer et une variable autre que les ALD pour identifier le cancer. Il aurait été intéressant de comparer les résultats avec ceux d'autres pays, mais cela est rendu difficile par les différences de contexte institutionnel et du marché de travail.

Dans un contexte où la crise récente a accru l'exposition des travailleurs aux risques psycho-sociaux, le troisième article explore le lien causal qui existe entre l'exposition aux risques psycho-sociaux et l'état de santé mentale des travailleurs du secteur privé en 2010.

Les auteurs ont utilisé l'enquête « santé - itinéraire professionnelle » qui est composée de deux vagues : la 1ère en 2006 et la 2ème en 2010. La taille de l'échantillon utilisé est de 3668 individus, âgés entre 20 et 67 ans, qui étaient en emploi en 2006 et en 2010. Les auteurs ont estimé avec un probit la probabilité de souffrir d'au moins un épisode de dépression majeure en 2010. Les variables d'intérêt principales étaient les exigences au travail et le manque d'autonomie pour mesurer l'exposition aux risques psycho-sociaux. Dans un premier temps, ces variables sont considérées comme exogènes. Puis supposant l'endogénéité des variables, ces dernières ont été instrumentées par des variables endogènes retardées : les exigences au travail et le manque d'autonomie en 2006 plus le taux d'emploi en intérim en 2010 au niveau sectoriel.

Il est ressorti de cette étude que les travailleurs les plus exposés aux risques psycho-sociaux sont ceux qui ont les probabilités les plus élevées de connaître un épisode de dépression en 2010. Après avoir réalisé des tests économétriques, les variables d'intérêt principales ne semblent pas endogènes puisque les résultats du Probit simple et ceux du Probit avec instrumentation sont similaires. Avec le Probit simple, une augmentation d'une unité des exigences au travail conduirait à une augmentation de la probabilité de développer une dépression majeure de 2,3 %. Pour le Probit avec instrumentation, l'augmentation de la probabilité est de 2,24 %.

Au cours de la discussion, il a été suggéré aux auteurs de différencier l'effet de l'exposition aux risques psychosociaux selon le sexe et d'être plus explicites sur la construction des variables d'intérêt principales. Par ailleurs, il leur a été demandé d'être plus explicites sur la causalité inverse entre santé mentale et conditions de travail, ainsi que de comparer leurs résultats à ceux d'autres pays. Enfin, les estimations pourraient souffrir d'un biais de sélection étant donné que la participation au marché du travail est conditionnée par un bon état de santé mentale.

SESSION 6 : Inégalités sociales de santé

Le premier article de la session présente une étude sur la population bénéficiaire de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Afin de réduire les inégalités sociales de santé et d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus démunies, les pouvoirs publics ont mis en place la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et l'ACS en 2005. Si plusieurs études ont étudié l'état de santé de la population bénéficiaire de la CMU-C (population CMU-C), très peu ont étudié celui de la population bénéficiaire de l'ACS (population ACS).

L'objectif de ce premier article est de comparer l'état de santé et la consommation de soins de cette population par rapport aux bénéficiaires de la CMU-C et au reste de la population. Les données utilisées sont celles de l'année 2012 et proviennent du Sniiram, du PMSI, et d'un référentiel anonymisé des bénéficiaires de l'ACS. Les résultats montrent que la population ACS est très hétérogène, elle comprend en effet des individus bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) ou d'une pension d'invalidité, qui ne sont pas présents dans la population CMU-C. Cette non-représentation est due au fait que les allocations perçues sont supérieures au plafond d'éligibilité à la CMU-C. Ces individus sont, par conséquent, surreprésentés dans la population ACS. Lorsque cette sous-population est incluse, l'état de santé de la population ACS apparaît comme étant plus dégradé que celui de la population CMU-C (lui-même plus dégradé que celui de la population ne bénéficiant d'aucune de ces deux aides). Les dépenses remboursables annuelles sont également supérieures à celles des deux autres populations. Toutefois, lorsqu'on exclut les bénéficiaires de l'AAH ou de pension d'invalidité, les résultats s'inversent sur l'état de santé de la population ACS. Il en est de même pour leur consommation de soins. Ces résultats apparaissent alors comme intermédiaires entre la population CMU-C et le reste de la population. Cette étude montre ainsi l'importance de la prise en compte des deux sous-populations composant la population ACS dans les résultats, et confirme des résultats précédemment obtenus relatifs à l'état de santé dégradé de la population CMU-C.

Le deuxième article présenté propose une méthodologie pour mesurer les inégalités de santé au cours du cycle de vie.

Il s'agit d'un article théorique proposant une méthodologie pour classer les états de santé au cours du cycle de vie entre individus. L'état de santé des individus varie au cours de leur vie et peut être représenté de deux façons différentes. Selon la perspective âge-spécifique, la succession des différents états de santé constitue un vecteur des états de santé rencontrés au cours de la vie. Les différents états de santé des individus sont donc comparés à chaque âge. À l'inverse, la perspective selon le cycle de vie représente la santé des individus comme un vecteur décrivant les probabilités de connaître chaque état de santé possible, pour un individu donné. Elle permet de comparer l'état de santé global des individus, représentatif de l'ensemble des états de santé rencontrés dans leur vie, mais assure un anonymat selon l'âge. La stratégie suivie par les auteurs consiste à classer l'ensemble des vecteurs possibles, pour

chaque succession ou combinaison d'états de santé, et à attribuer un score à chaque possibilité en fonction de son rang, pour l'utiliser ensuite comme marqueur des inégalités. Afin d'ordonner les différents vecteurs, les auteurs utilisent la dominance stochastique de premier ordre, qui permet de déterminer si un vecteur en domine un autre lorsqu'il le domine en chaque point. Puis la dominance de Hammond, qui accorde un poids plus important aux états de santé les plus mauvais, reflétant ainsi l'aversion des individus pour les états de santé dégradés. L'article est illustré par une application sur une enquête de cohorte britannique. Les auteurs montrent la complémentarité entre les deux perspectives. La perspective selon le cycle de vie permet de prendre en compte la totalité des états de santé rencontrés par les individus. Alors que la perspective âge-spécifique offre une approche plus dynamique permettant d'observer une modification des préférences au cours de la vie.

SESSION 7 : Comportements et facteurs de risques

Le premier article de la session détermine à quelle logique correspondent les programmes de RDP (Responsible Drinking Programs) mis en place par les entreprises de production d'alcool, pour savoir si ces programmes sont établis dans un but de responsabilisation sociétale ou de maximisation des profits des entreprises.

L'objectif de l'article est ainsi de tester l'existence d'une main invisible qui guiderait la mise en place de ces programmes.

Les auteurs ont utilisé un modèle à deux périodes avec, pour chaque période, deux moments d'alcoolisation (modéré et excessif).

Les résultats de la modélisation ont permis de définir un seuil de consommation excessive, de 10,6 verres, à partir duquel la consommation d'alcool diminuerait le profit des entreprises et ainsi les inciterait à mettre en place des campagnes de sensibilisation à la modération de la consommation d'alcool. Cet article permet de mettre en avant la nécessité de collaborations public-privé pour la mise en place de tels programmes.

Le deuxième article étudie la nature des relations, de complémentarité ou de substitution, entre la consommation de tabac et la consommation de boissons alcoolisées (bières et spiritueux) chez des adolescents européens de 15 et 16 ans entre 1999 et 2011.

Pour cela, l'auteur a tout d'abord réalisé des statistiques descriptives à travers les données ESPAD et a procédé à une modélisation en mettant en parallèle les niveaux de taxation selon les pays.

Les résultats, très hétérogènes, ont révélé des élasticités unidirectionnelles dans l'ensemble des 19 pays étudiés.

Ils montrent que la taxation du tabac réduit sa consommation pour les pays d'Europe du Nord, que la taxation de la bière réduit la consommation de bière et de spiritueux pour l'Europe du Sud, et que la taxation des spiritueux réduit la consommation de tabac et de spiritueux pour l'Europe du Nord et réduit la consommation de tabac pour l'Europe de l'Ouest.

Ce qui nous amène à indiquer qu'une politique de taxation des spiritueux recouvre un double objectif : la diminution de la consommation de spiritueux et de tabac. Cela nous confirme la pertinence des politiques de taxation sur le tabac en vue d'en réduire la consommation et ainsi éviter les décès liés au tabagisme.

Le troisième article s'intéresse à l'effet de l'entrée sur le marché du travail en période de récession sur la santé à long terme au sein des populations sortant du système éducatif au moment de la récession.

Les auteurs se sont intéressés aux populations du Royaume-Uni et du pays de Galles entrées sur le marché du travail en 1973 au moment du choc pétrolier.

Pour cela, les auteurs ont utilisé les données du GHS (General Household Survey) et ont comparé deux cohortes similaires, sorties à un intervalle d'un an sur le marché du travail.

Cet article montre un effet causal sur la santé à long terme des femmes, l'entrée sur le marché du travail lors de mauvaises conditions économiques ayant un effet négatif. Les résultats restent peu significatifs sur la santé des hommes à cause d'un échantillon plus faible.

L'analyse est locale et ne peut de ce fait être généralisée à d'autres crises.

SESSION 8 : Hôpital

Le premier article analyse les liens entre hospitalisations évitables et soins primaires. Le poste hospitalier consomme près de 85 milliards d'euros, soit 46,3 % de la CSBM et connaît une croissance de 2,5 % par an. En se basant sur les GHS (Groupes Homogènes de Séjours), en France, près de 2 milliards d'euros pourraient être économisés en prévenant les hospitalisations évitables. Les données utilisées s'étalent de 2010 à 2013 et sont issues du PMSI. Pour identifier les hospitalisations évitables, deux options ont été utilisées. La nomenclature CIM-10 de l'OMS et une classification dérivée de la CIM-10. Les résultats montrent que des différences d'effectifs totaux, mais aussi d'effectifs par pathologie existent. À ces éléments descriptifs s'ajoute une description plus fine. Ainsi certains acteurs tels que les pharmacies et les infirmiers aident à prévenir les hospitalisations évitables. Les médecins généralistes n'ont pas d'impact significatif dans un sens ou dans l'autre.

Le second article se propose d'évaluer l'impact de la qualité du suivi du diabète sur le taux d'hospitalisation des patients.

Le diabète est l'un des principaux problèmes de santé publique, d'une part par sa prévalence (4,6 % en 2012), et d'autre part par ses complications à la fois lourdes (cécité, amputation...) et évitables en suivant les recommandations de la HAS. Les données ont été recueillies sur une période de 4 ans et concernent 52 027 patients affiliés à la MGEN. Les résultats indiquent entre 2010 et 2013 un meilleur suivi du patient diabétique, s'expliquant par la mise en place du paiement à la performance. Il a également été montré que les caractéristiques sociodémographiques impactaient la qualité du suivi, ce qui correspond aux résultats préexistants dans la littérature. Le suivi des recommandations permet de réduire le nombre d'hospitalisations. L'indicateur qui semble le plus efficace pour prévenir les hospitalisations est l'HbA1c (Hémoglobine glyquée). Cependant, le suivi de certaines recommandations augmente le nombre de séjours, car elles s'effectuent à l'hôpital (par exemple la consultation d'un endocrinologue ou la réalisation d'un électrocardiogramme).

SESSION 9 : Prévention et dépistage

Le premier article s'interroge sur les déterminants du dépistage régulier et de la trajectoire de dépistage.

Il faut savoir qu'il existe deux modalités de dépistage en France : soit on a recours au dépistage organisé, soit au dépistage opportuniste. La population cible est constituée par les femmes de 50 à 74 ans. Toutes modalités confondues, en France, le taux de dépistage du cancer du sein est de 62 % (au lieu des 70 % recommandés au niveau international), avec des disparités dans les taux de dépistage selon le territoire. Pour répondre à la question de la régularité du dépistage, les auteurs ont utilisé le probit et le switching probit. Un dépistage est considéré comme régulier s'il est fait tous les 2 ans. On observe les femmes qui se sont fait dépister en 2006 ou en 2007, puis si ces dernières se sont à nouveau fait dépister en 2008 ou en 2009. Les données utilisées proviennent de l'enquête SPS 2006, de la base Eco-Santé et de l'EPAS. Parmi les variables explicatives intégrées, on retrouve des variables démographiques, socio-économiques, de consommation de soins (ex. : nombres de consultations de généralistes, de gynécologues), d'accessibilité (ex. : radiologues), de précarité (à l'aide de l'indice de précarité) et de couverture complémentaire. Dans un second temps, à l'aide d'un modèle multinomial, les auteurs étudient les déterminants de la trajectoire de dépistage.

Les résultats montrent que le dépistage organisé a un impact positif plus important sur la régularité du dépistage par rapport au dépistage opportuniste. Le fait que les femmes retraitées aient une complémentaire santé semble indiquer qu'elles ont plus souvent recours aux médecins généralistes ou aux gynécologues, ce qui impacte positivement la probabilité d'un dépistage régulier. Par contre, les facteurs socio-économiques comme les épisodes de précarité ont un fort impact sur la probabilité de recourir ou non au dépistage. De plus, la densité de radiologues en secteur 2 diminue la probabilité d'avoir un recours régulier. Ces résultats mettent en lumière les inégalités sociales d'accès aux soins.

Le second article traite des disparités départementales de recours au dépistage organisé du cancer du sein.

On sait qu'une détection rapide permet de diminuer la mortalité de 10 % à 30 %. Ainsi, l'auteur cherche à analyser les variations départementales de dépistage entre 2005 et 2012 et leurs déterminants. Pour cela, il s'intéresse à l'influence de l'offre de soins sur ce taux et les possibles effets spatiaux, c'est-à-dire l'influence du département voisin sur le taux de recours au dépistage organisé du département observé.

Les données utilisées sont des données de panel relatives à 95 départements de 2005 à 2012, issues de l'InVS. La méthode provient de l'économétrie spatiale, il s'agit du modèle dynamique de Durbin, utilisé afin de mettre en évidence les effets des autres départements sur le département observé, et de la statistique de Moran, utilisée pour les corrélations spatiales. Les départements sont considérés comme liés s'ils ont une frontière commune. Les variables utilisées comprennent la densité médicale, la situation économique du département (ex. : le

taux de chômage) et sa situation épidémiologique (ex. : mortalité par cancer et accidents de la route par âge).

Les résultats montrent que la densité de radiologues, de gynécologues et de spécialistes a un impact négatif sur le dépistage organisé du cancer du sein. À l'inverse, la densité de médecins généralistes l'influence positivement. On a un effet négatif du taux de chômage et des comportements à risque sur le recours au dépistage. Les résultats suggèrent un phénomène de grappes, c'est-à-dire de « mimétisme » en termes de comportement entre les départements limitrophes.

SESSION 10 : Comportements à risques

Le premier article propose une note théorique qui explore la question des préférences individuelles, pour tenter de répondre à la problématique suivante : est-il possible qu'un individu préfère dans certains cas la certitude d'une dégradation définitive de sa santé, à laquelle il s'adaptera partiellement, à une faible probabilité de guérir qui l'en empêche ?

La littérature a montré que l'acceptation d'un état de santé était nécessaire au processus d'adaptation, mais que l'incertitude limitait ce processus. Afin d'apporter des éléments de réponse, l'auteur modélise la fonction d'utilité d'un individu, qui dépend de son état de santé (utilité intrinsèque) et de l'écart entre ce niveau de santé et le niveau de santé de référence, qui serait espéré par l'individu (sensation additionnelle).

Ce modèle reprend deux hypothèses de la théorie des perspectives : la fonction d'utilité est de sensibilité décroissante (elle croît de plus en plus faiblement lorsque le niveau de santé est supérieur au niveau espéré) et les individus sont averses aux pertes (ils vivent plus mal une dégradation de leur état de santé qu'ils ne vivent bien une amélioration). Dans ce modèle, le phénomène d'adaptation est défini comme une modification du niveau de santé de référence.

Les résultats montrent que lorsque l'aversion aux pertes des individus est suffisamment forte, une probabilité non nulle de guérison peut réduire leur utilité, ce qui s'explique par l'anticipation de la déception en cas d'absence de guérison. Les résultats montrent également que les individus peuvent refuser un espoir de guérison, s'ils sont suffisamment averses aux pertes et si la probabilité de cette guérison est inférieure à 0,5. En revanche lorsque cette probabilité est plus élevée, les individus préféreront toujours la voir augmenter. Cet article montre ainsi que, dans certains contextes, l'anticipation d'un mauvais état de santé peut être source d'utilité et l'anticipation d'un bon état de santé peut être source de désutilité.

Le second article cherche à évaluer la façon dont sont affectés la santé et les comportements de santé par les incitations à augmenter le temps de travail.

La littérature sur le sujet est riche, mais aucun consensus ne s'en dégage. Pour évaluer cet impact, l'étude utilise une réforme de 1993 (« réforme Balladur »), en France, qui prévoit notamment l'augmentation de la durée de cotisation pour l'obtention d'une retraite à taux plein des salariés du secteur privé, de 37,5 ans à 40 ans.

Les données proviennent du baromètre santé de l'INPES pour deux années, 1999 et 2005. La méthode utilisée est celle de la différence de différences, qui consiste à utiliser l'effet différencié du traitement sur les salariés du secteur privé et du secteur public (qui n'ont pas été affectés par la réforme) pour comparer les états et comportements de santé aux deux dates et entre les deux groupes, en faisant l'hypothèse qu'en l'absence de réforme ils auraient suivis une tendance commune. Les résultats montrent un effet positif sur la santé mentale des individus affectés par la réforme, ainsi qu'une diminution du nombre de cigarettes fumées. En restreignant l'analyse aux individus ayant un niveau d'étude faible les effets positifs sur la santé mentale apparaissent légèrement plus marqués, mais un effet négatif sur la santé

physique apparaît. Une des hypothèses faites par les auteurs serait l'existence d'effets positifs sur la santé mentale liés à la cessation d'activité et d'effets négatifs sur la santé physique liés à la perte de revenu.

Lors de la discussion, l'hypothèse de tendance commune entre les deux groupes étudiés a été questionnée, compte tenu de la réforme des retraites de 2003 (« réforme Fillon ») qui a étendu l'augmentation de la durée de cotisation aux salariés du secteur public, et a donc affecté le groupe de référence de la différence de différences.

SESSION 11 : Risque et aversion aux risques

Le premier article s'intéresse à l'impact de l'aversion au risque et des préférences temporelles sur l'utilisation du préservatif.

À partir des données d'une enquête menée auprès de trois centres de dépistage parisiens du VIH les auteurs ont modélisé la part d'utilisation du préservatif au premier rapport avec le dernier partenaire, ainsi que la fréquence d'utilisation du préservatif pour trois sous-populations (hommes hétérosexuels, femmes hétérosexuelles et homosexuels). Il est non seulement apparu que les facteurs de préférences temporelles et d'attitudes face au risque avaient un impact significatif sur ces variables, mais que leurs effets différaient selon la population concernée. Ainsi l'article souligne que l'indice de goût pour le risque est négativement corrélé à l'utilisation d'un préservatif avec le dernier partenaire et à la fréquence d'utilisation du préservatif chez les hommes hétérosexuels alors qu'aucune corrélation significative n'apparaît entre les préférences temporelles et l'utilisation du préservatif dans cette population. Chez les femmes hétérosexuelles et les hommes homosexuels, le goût pour le risque n'est négativement corrélé qu'avec la fréquence d'utilisation du préservatif alors que la préférence pour le futur est corrélée positivement aux deux mesures d'utilisation du préservatif.

Si ces résultats ne sont pas représentatifs de la population générale en raison du haut niveau de risque des patients des centres de dépistage ; la mise en lumière de l'hétérogénéité des facteurs qui déterminent l'adoption de comportements sexuels à risque demeure une piste intéressante pour maximiser l'effet de campagnes de prévention.

Le second article a pour objectif d'étendre aux fonctions d'utilité multivariées les résultats théoriques concernant les indices d'intensité d'aversion à la corrélation et de prudence croisée obtenus sur des modèles univariés.

L'article rappelle que si un individu a le choix entre deux loteries, l'une (A) pour laquelle il a une probabilité identique d'avoir une perte de richesse et une perte d'état de santé $(x-k, y-l)$ ou pas de perte (x, y) et une seconde où il a une probabilité identique d'avoir une perte de richesse $(x-k, y)$ ou une perte d'état de santé $(x, y-l)$, alors un individu qui a de l'aversion à la corrélation préférera la loterie B à la loterie A. De même si on applique un risque d'espérance zéro à l'état de santé et non plus une perte sûre, un individu dont l'utilité est caractérisée par de la prudence croisée préférera aussi la loterie B à la loterie A. La littérature a montré que dans le modèle d'espérance d'utilité, l'aversion à la corrélation se manifeste par le signe négatif de la dérivée croisée u_{12} tandis que la prudence croisée est caractérisée par le signe positif de la dérivée croisée de troisième ordre u_{122} .

Pour prendre mesure de l'intensité de ces facteurs, les auteurs s'intéressent alors à la somme d'argent nécessaire pour créer l'indifférence entre les deux loteries. Ils identifient alors l'indice d'intensité d'aversion à la corrélation comme $-u_{12}/u_1$ et l'indice d'intensité de la prudence croisée comme u_{122}/u_1 .

À partir de ces résultats, ils déterminent la façon dont une richesse w_0 est partagée entre un montant investi dans un actif risqué (α) et un montant investi dans un actif sûr ($w_0 - \alpha$). Puis ils proposent d'observer les effets de l'état de santé (perte ou risque) sur le montant α .

Ils démontrent alors que :

- La détérioration de l'état de santé (y) diminue la propension d'un individu à prendre un risque financier (diminution du montant α) si l'indice d'intensité de l'aversion à la corrélation décroît avec la richesse.
- L'introduction d'un risque sur l'état de santé (y) diminue la prise d'un risque financier (diminution du montant α) si l'indice d'intensité de prudence croisée décroît avec la richesse.

SESSION 12 : Inégalités

Le premier article traite des inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires pour des raisons financières.

Les données utilisées combinent plusieurs sources : celles de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES, celles de l'EPAS (Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux de 2006 et 2008) de l'assurance maladie et de l'EGB (Échantillon Généraliste des Bénéficiaires de 2010 et 2012). Les auteurs ont fait une étude empirique à l'aide d'un modèle économétrique dont le but est de démontrer que les prix assignés aux soins dentaires jugés trop élevés expliquent le renoncement aux soins. Le modèle choisi est le logit. Les auteurs ont eu certaines difficultés à trouver une méthode appropriée pour résoudre les éventuels problèmes d'endogénéité, très présents en économétrie (ex. : causalité inverse et variables omises). Par la suite, la problématique n'étant pas « précise », l'intérêt de l'étude n'a pu être clairement « ciblé ».

Le deuxième article a pour objectif de montrer l'amélioration de l'accès aux soins de santé des personnes les plus démunies bénéficiant de l'Aide Complémentaire Santé (ACS).

Une méthode très intéressante de simulation sera utilisée pour expliquer le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS et plus précisément ceux utilisant le « chèque santé ». Les données utilisées sont basées sur l'enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des Statistiques) et sur la base SNIRAM de l'assurance maladie. Dû au manque d'informations sur les bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas de « chèque santé », les auteurs ont effectué un tirage aléatoire pour pouvoir plus facilement cibler la population d'intérêt. De ce fait, un biais potentiel pourrait faire son apparition dans la construction de l'échantillon. Le résultat de l'étude est le suivant : l'ACS a permis de diminuer de moitié le coût des soins relatif au budget des ménages en 2012.

SESSION 13 : Mesures en santé

Le premier article cherche à répondre à la question suivante : « Faut-il changer la formulation des indicateurs de limitations d'activité ? »

Ces travaux ont été initiés à la suite d'une question posée par des membres d'EuroRev qui déploient des analyses de référence en santé au niveau européen.

Certains pays ont revendiqué une autre formulation des indicateurs pour une meilleure représentativité des résultats adaptée à la compréhension linguistique de leur pays.

L'étude a analysé l'opportunité de modifier la formulation des séries de questions pour obtenir des réponses plus proches de l'état fonctionnel des personnes interrogées. Le *Minimum European Health Module* (MEHM) est un des outils de base utilisé par les auteurs. Ils ont établi à partir de ce MEHM, quatre façons de formuler ces questions en se basant sur un échantillon de la population étudiée annuellement par la DREES (3000 personnes). Ils en ont mesuré l'impact sur la limitation d'activité au moyen d'une régression logistique multinomiale sur l'échantillon poolé avec contrôle par le niveau de gêne fonctionnelle mesurée et les variables socio démographiques. Les résultats montrent que la formulation de la question initiale « Depuis au moins six mois, avez-vous été limité à cause de problèmes de santé dans une de vos activités habituelles » bien qu'apparemment longue est formulée de façon précise. Elle permet de conserver une information complète là où des questions emboîtées rendent plus imprécises et incomplètes les réponses.

Il serait intéressant d'avoir le retour des pays demandeurs de modification de cette nouvelle formulation. Enfin, la question de la sensibilité et de la spécificité de la mesure de la limitation d'activité se pose dans la mesure où plus de 18 % des personnes ayant une limitation d'activité n'ont aucune gêne fonctionnelle.

Le second article traite de l'expérience de la maladie et se demande si celle-ci modifie les préférences des patients mesurée à travers la valeur du bien-être subjectif (SWB) accordé à un état de santé donné.

Il s'agit de déterminer si l'expérience de la maladie peut entraîner des "changements dans la conception de la qualité de vie" ou «response shift» (RS) et de les mesurer. Les auteurs proposent d'élargir aux maladies chroniques cet outil qu'est le RS afin de voir si l'expérience de la maladie modifie l'évaluation relative que font les individus des différentes dimensions de la qualité de vie associée à la santé (HRQoL) et donc leur contribution au calcul du SWB.

A partir d'une étude longitudinale mono centrique sur le cas de 215 patientes atteintes d'un cancer du sein, les auteurs proposent d'évaluer la qualité de vie au cours du temps (à 4 points du temps sur deux ans). Une estimation des scores d'utilité pour le calcul des QALY est basée sur un étalon HRQol (*Health Related Quality of life*). Le HRQol est un outil spécifique de mesures qualitatives de la santé en oncologie. L'approche à effet fixe utilisée dans la méthode évite les biais de variables omises.

Les résultats montrent que le fait d'avoir été touché par un cancer du sein fait varier dans le temps la perception que les femmes se font de la qualité de vie associée à leur état de santé et remettraient en cause la valeur immuable des QALYs et donc la stabilité temporelle de l'utilité accordée la santé. Une maladie chronique impactant l'état de santé pendant plus de deux ans, il serait donc intéressant de réaliser l'étude sur une durée supérieure à cinq ans. Enfin les traits de caractère des patientes, s'ils sont éliminés par les méthodes utilisées, ne sont pas indemnes d'évolution et pourraient impacter significativement les RS constatés en apportant une information nouvelle sur la façon dont les femmes atteintes d'un cancer réagissent au fil des quatre séances de questionnements

SESSION 14 : Santé travail

Le premier article a pour objet d'évaluer l'effet de la loi de 1987 sur l'embauche des personnes handicapées, en distinguant les secteurs publics et privés.

Ici, les auteurs cherchent à savoir si la mise en place de pénalités financières imposées aux entreprises est de nature à inciter ces dernières à embaucher des travailleurs handicapés.

Les données utilisées sont issues de la base de données « Santé et Itinéraire Professionnel » (SIP). La méthode des doubles différences a été retenue avec un processus d'appariement dynamique (qui permet l'interaction entre les variables individuelles et temporelles) et une technique de pondération (contrôle de l'effet des différences de structures entre les individus). Elle a pour but d'évaluer le taux d'emploi des personnes ayant eu au moins un handicap supérieur à un an au cours de leur vie versus le taux d'emploi des personnes ne possédant pas de handicap. Pour y parvenir, les auteurs ont retenu deux périodes d'analyse : 19 ans avant la réforme et 19 ans après. Une fois la méthode appliquée, le constat est le suivant : la réforme a un effet négatif sur l'emploi des personnes atteintes d'incapacité, principalement dans le secteur privé. La question que l'on pourrait se poser est la suivante : le montant de la pénalité financière infligée aux entreprises n'est-il pas trop faible ?

Le second article analyse l'effet de la réforme de la tarification sur l'incidence des accidents de travail et la durée des arrêts de travail.

Le but est de simplifier la réforme de 2010 afin que les entreprises fassent davantage de prévention tout en évaluant les évolutions de la fréquence des accidents du travail et de la durée des arrêts maladie associées à cette réforme.

Les auteurs se sont focalisés sur les entreprises de taille intermédiaire qui, selon plusieurs études, enregistrent un plus grand nombre d'accidents du travail que les autres. Les données sont administratives et proviennent de la branche « Accidents du Travail et Maladies Professionnelles » (AT-MP) de l'assurance maladie. L'étude porte sur 270 000 entreprises distinctes et s'appuie sur deux hypothèses de travail : coût réel, qui deviendra ensuite un coût moyen, et l'individualisation. Les auteurs étudient le cas particulier de l'Alsace et de la Moselle composée d'entreprises de 50 salariés. Les entreprises de moins de 50 salariés ont un niveau d'individualisation égal à 0. Pour les entreprises de plus de 50 salariés, le niveau d'individualisation est de 20 %. Ce seuil devrait rendre les entreprises plus conscientes des accidents du travail et de leur coût. La méthode est, comme précédemment, la double différence entre 2008 et 2014. Les résultats révèlent une baisse significative du nombre d'accidents du travail et d'arrêts maladie après la réforme, dans les entreprises de taille intermédiaire. Le laps de temps avant et après la réforme, est-il suffisant ?

Le troisième article souhaite déterminer si les disparités liées aux arrêts maladie sont dues aux différences de conditions de travail dans les établissements publics et privés.

Les données sont issues de l'« Enquête des Conditions de Travail » (ECT) de 2013, réalisée sous forme de questions.

Dans cette étude, 4327 personnes exerçant dans le secteur hospitalier (public et privé) ont été retenues. Les deux variables d'intérêt sont le présentéisme et l'absentéisme pour observer les arrêts maladie. La méthode utilisée est l'Analyse en Correspondances Multiples (ACM), qui permet de cibler différents groupes d'individus par rapport à des variables choisies préalablement par les auteurs (ex. : l'intensité, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie...). Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative d'absentéisme entre les deux secteurs. Le présentéisme semble plus accentué dans le secteur public, mais uniquement chez les non-cadres. Néanmoins, les disparités apparaissent véritablement marquées, au sein même des familles professionnelles, pour les agents d'entretien et les aides-soignants. Ce résultat peut s'expliquer par des contraintes psychosociales et des exigences émotionnelles relativement différentes selon le métier exercé au sein de l'hôpital.

Nous pouvons nous poser la question suivante : les résultats seraient-ils différents avec le délai de carence inclus dans l'étude ?

SESSION 15 : Évaluation

Le premier article a pour objectif d'évaluer l'impact des systèmes d'information hospitaliers (SIH) sur la qualité des dossiers patients et anesthésiques en utilisant des indicateurs standardisés pour l'amélioration de la sécurité des soins (IPAQSS). Il vise également à enrichir la littérature nationale et internationale sur le sujet.

Cette étude valide à travers ses résultats un impact positif de l'informatisation sur l'amélioration de la qualité des établissements de santé. Ceci à travers les indicateurs IPAQSS : plus le degré d'implémentation des dossiers informatisés est important plus les établissements à caractéristiques similaires ont de meilleurs résultats en termes de qualité de la tenue des dossiers patients et anesthésiques, de traçabilité de la douleur, de délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, et de dépistage des troubles nutritionnels.

Le deuxième article présente une évaluation médico-économique de l'utilisation du 4Kscore pour le dépistage du cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate en 2012 avait une incidence de 56 840 cas, c'est le cancer le plus fréquent chez les hommes de plus de 60 ans. De plus, sa mortalité est de 66 % après 10 ans. Le diagnostic actuel du cancer de la prostate se base sur un dosage plasmatique d'une protéine spécifique de cette glande « PSA » qui est évaluée sur une valeur prédictive positive « vppPSA », cette vppPSA peut être due à une simple prostatite ou une hypertrophie. Suite à cette vppPSA une biopsie de confirmation est pratiquée. La biopsie est une exploration traumatisante et coûteuse pour le patient.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'une stratégie de diagnostic innovante incluant le 4Kscore ainsi que l'importance du 4Kscore pour éviter les biopsies inutiles. Cet article est une étude coût-efficacité (ICER : *Incremental Cost Effectiveness Ratio*) comparant trois stratégies de diagnostic :

–Stratégie 1 : Une biopsie est réalisée suite à une vppPSA

–Stratégie 2 : Le test 4Kscore est réalisé comme indicateur avant la réalisation d'une deuxième biopsie

–Stratégie 3 : Le test 4Kscore est introduit comme indicateur avant de réaliser la première biopsie et avant la deuxième en cas où le premier été négatif

Le résultat de cette analyse montre que l'ajout du 4Kscore dans le diagnostic du cancer de la prostate pourrait être coût-efficace alors que la stratégie 2 paraît la plus coût - efficace sur le plan coût - efficacité.

Le troisième article vise du point de vue de l'assurance maladie à quantifier les coûts spécifiques et les coûts dus aux complications du diabète, dans un contexte de vieillissement de la population et de facteurs de risque qui se multiplient (obésité, tabagisme...). Le diabète

est considéré comme un problème de santé publique : 2,9 millions personnes en 2013 sont atteintes du diabète (5,2 % de la population au régime général et sections locales mutualistes).

Les auteurs caractérisent également les soins les plus coûteux pris en charge au cours d'un diabète et évaluent les disparités territoriales dans la prise en charge de cette maladie.

Les coûts du diabète ont été évalués dans la littérature selon différentes approches : l'approche globale et l'approche incrémentale. Depuis 2012, la CNAM développe une nouvelle méthode qui consiste en une analyse médicalisée des dépenses, présentes dans le SNIIRAM, qui est appliquée à la population des bénéficiaires du Régime Général (RG) et des Sections Locales Mutualistes (SLM). Les dépenses prises en compte dans cette étude sont : la consommation de soins et les indemnités journalières.

Le principal résultat est que les dépenses totales dues au diabète varient selon l'approche utilisée pour cette évaluation. L'analyse régionale montre des disparités qui sont moins importantes en France métropolitaine et souligne des différences populationnelles dans les départements d'outre-mer (des coûts supérieurs pour l'insulinothérapie et ses auxiliaires).

SESSION 16 : Incitation et offre ambulatoire

Depuis plusieurs années, différentes incitations financières ont été mises en place pour lutter contre les inégalités de soins. Parmi celles-ci, le paiement à la performance (P4P) est une rémunération versée aux médecins, en complément du paiement à l'acte et en contrepartie de l'atteinte d'objectifs de qualité et d'efficacité. Cette session tente de faire l'état des lieux des motivations intrinsèques des médecins généralistes ainsi que de l'impact du P4P sur la pratique de ces derniers.

Le paiement à la performance a eu un impact très limité dans le domaine de la prévention, et ce, malgré une forte prévalence et mortalité des cancers du col de l'utérus, du côlon et du sein.

Le premier article décrit une expérience de choix discret sur le rôle des incitations financières et non financières dans l'amélioration du dépistage de ces trois cancers. Les données utilisées proviennent de questionnaires envoyés en ligne aux médecins généralistes qui se sont vus attribuer aléatoirement une des trois versions (soit une version par cancer). Bien que le nombre d'effectifs reste très limité, les résultats révèlent des préférences différentes pour les médecins généralistes, selon le type de cancer. Ces derniers seraient davantage sensibles aux incitations non financières lorsqu'il s'agit du cancer du sein et du col de l'utérus. Quant au cancer colorectal, les médecins déclarent être plus enclins à réaliser de la prévention contre une contrepartie financière. Cette spécificité peut s'expliquer par le fait que ce type de cancer concerne une plus grande proportion de la patientèle d'un médecin.

Le P4P tend à réduire l'asymétrie d'information entre le payeur et le fournisseur de soins, mais aussi à augmenter l'homogénéité dans la performance des médecins.

Le second article repose sur l'analyse des comportements des médecins généralistes pour mettre en évidence une différence de pratique selon l'appartenance, ou non, de certains actes dans le périmètre du P4P.

Les auteurs ont commencé par classer les médecins généralistes selon leur score moyen, puis pondéré, obtenu aux 12 indicateurs de qualité et d'efficacité retenus dans le périmètre du P4P.

Pour cela, ils ont utilisé 3 seuils différents de démarcation (supérieurs à 30 %, 20 % et 10 %). Ils ont ensuite procédé de la même manière avec 9 indicateurs exclus du périmètre.

Les résultats montrent que les médecins les mieux classés dans le périmètre du P4P, en termes de moyenne ou de pondération, ne sont pas systématiquement meilleurs pour les indicateurs qui en sont exclus.

CONCLUSION

Les 37èmes Journées des économistes de la santé, qui se sont déroulées à Dijon, ont une fois de plus affiché un réel succès tant au niveau de la participation qu'au niveau de la qualité des présentations et des discussions.

Les échanges ont permis d'apporter des éléments de réflexion aux auteurs qui leur permettront d'améliorer leurs travaux.

À travers la diversité des thèmes abordés, les JESF ont été l'occasion de dresser un panorama des problématiques actuelles de santé publique, telles que : la médecine personnalisée, l'équité du système de financement, l'offre ambulatoire, la santé au travail, les inégalités sociales de santé, les comportements et les facteurs de risque, la prévention et le dépistage, le risque et l'aversion au risque, les mesures en santé et l'évaluation.

Cela a été l'occasion pour les étudiants du Master 2 Économie de la Santé de l'UPEC de se familiariser avec les enjeux du monde de la santé, mais également d'échanger avec des professionnels de l'économie de la santé.

Nous tenons à remercier l'ensemble des organisateurs pour la qualité de leur accueil ainsi que les auteurs et les discutants pour la richesse des échanges.

ANNEXES

SESSION ORGANISÉE : MÉDECINE PERSONNALISÉE

Médecine personnalisée : questions et enjeux pour l'économie de la santé

Auteurs : S. Béjean, A. Pelissier, C. Peyron

Médecine personnalisée et modalités de rémunération des médecins

Auteurs : I. Jelovac, S. Kembou Nzale

Information génétique et décisions de prévention dans le cadre d'équilibres avec anti-sélection sur le marché de l'assurance

Auteurs : D. Crainich

Thérapies ciblées : quel impact sur la relation médecin-patient ?

Auteur : V. Seror

Le choix des patients face au séquençage haut débit en pratique clinique : réflexions méthodologiques pour une étude de révélation des préférences

Auteurs : A. Pelissier, C. Peyron, S. Béjean

ÉQUITÉ SYSTÈMES DE FINANCEMENT

À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ?

Auteurs : F. Jusot, R. Legal, A. Louvel, C. Pollak, A. Shmueli,

Discutant : C. Korachais

Health Equity Funds at health center level in Cambodia – a benefit package too far? Expansion of a waiver scheme for the poorest for curative services at health center level

Auteurs: C. Korachais, E. Macouillard, Por Ir, B. Meessen,

Discutant: F. Jusot

Vertical and Horizontal Equity in Healthcare Access in post-Soviet Tajikistan,

Auteur: S. Pellet,

Discutant: S. Grobon

ÉVALUATION

Evaluation du dispositif de l'incitation tarifaire pour la chirurgie ambulatoire,

Auteurs : À Cazenave-Lacrouz, E. Yilmaz,

Discutant : C. Le Guéhenec

Happiness is in the field: Economic evaluation of care farms for offenders serving community orders

Auteurs :S. Tubeuf, N. Wickramasekera,

Discutant : P. Tessier

Bilan des avis d'efficacité rendus au 31 juillet 2015 — Focus sur les aspects méthodologiques

Auteurs : F. Midy, V. Raimond, C. Sambuc,

Discutant : C. Gastaldi-Ménager

MÉDECINS — OFFRE AMBULATOIRE

Les premières années de carrière des jeunes médecins installés en 2005 : comment évoluent leur activité, leurs revenus et leur localisation ?

Discutant : A. Pla, A. Zaytseva,

Auteurs : M. Plantier

Should I stay or should I go? Explaining general practitioners' decision to quit new primary care team in Canada.

Auteurs : M. Ammi, E. Strumpf, M. Diop, J. Fiset-Laniel, P. Tousignant,

Discutant : Y. Videau

Analyse micro-économétrique des choix de localisation intra-régionaux pour les médecins généralistes : peut-on améliorer l'attractivité des zones rurales ?

Auteurs : M. Dumontet, C. Franc, A-L Samson,

Discutant : M. Ammi

SANTÉ TRAVAIL

Working conditions and work-related chronic diseases: A career-long retrospective study

Auteurs : T. Barnay, É. Defebvre,

Discutant : C. Pollak

Effects of breast cancer on labour market outcomes: A Difference-in-differences with dynamic matching estimation

Auteurs : T. Barnay, M. A. Ben Halima, E. Duguet, C. Le Clainche, C. Regaert,

Discutant : R. Fontaine

Psychosocial risks exposure and mental health status: analysis from SIP survey

Auteurs : A. Gaillard, R. Fontaine, D. Sauze,

Discutant : E. Yilmaz

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Déclarations de renoncement aux soins et non-recours aux services de santé : Mesures comparatives et déterminants

Auteurs : L. Ancelot, L. Bonnal, M.-H. Depret,

Discutant : S. Tubeuf

Measuring inequities in health over the life-cycle: age-specific or life-cycle perspective?

Auteurs : D. Bricard, F. Jusot, S. Tubeuf, A. Trannoy,

Discutant : J. Wittwer

Inégalités sociales de santé : État de santé et consommation de soins des bénéficiaires de droits à l'ACS de moins de 60 ans comparativement aux bénéficiaires de la CMU-c et au reste de la population

Auteurs : C. Gastaldi-Menager, S. Samson, P. Tuppin, N. Colinot, A. Fagot-Campagna, C. Gissot, D. Polton,

Discutant : M.-H. Depret

COMPORTEMENTS ET FACTEURS DE RISQUES

Responsible drinking programs and the invisible hand

Auteurs : M. Spach, A. Pietri,

Discutant : M. Guillon

Les consommations de tabac et de boissons alcoolisées des adolescents européens : substituts ou compléments ?

Auteur : M. Spach,

Discutant : C. Garrouste

The lasting health impact of leaving school in a bad economy: Britons in the 1970s recession

Auteurs : C. Garrouste, M. Godard,

Discutant : A. Pelissier

HÔPITAL

Les Hospitalisations potentiellement évitables : l'importance des soins primaires

Auteurs : Julie Rochut et T. Prost,

Discutant : A. Afrite

Quality of diabetes follow-up care and hospital admissions

Auteurs :L. F. Andrade, T. Rapp, C. Sevilla-Dedieu,

Discutant :A.-S. Agué

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Breast cancer screening regularity and the coexistence of organized and opportunistic screenings in France

Auteurs: Goldzahl, F. Jusot,

Discutant : Dorian Verboux

Determinants of regional variation in national organized breast cancer screening program in France,

Auteurs: D. Verboux,

Discutant: Jonathan Siesic

COMPORTEMENTS À RISQUES

Un faible espoir de guérison est-il toujours une bonne chose ? Une note théorique

Auteur: S. Macé,

Discutant : Antoine Pietri

Pension reform, health, and health-related behaviours

Auteurs :C. Cabane, C. Garrouste

Discutant : Thomas Barnay

RISQUE ET AVERSION AU RISQUE

Risky sexual behaviors: The role of time and risk preferences in condom use

Auteurs :M. Guillon, S. Fouéré, A. Simon, C. Séguoin,

Discutant : Julie Rochut

Health and portfolio choices: some new results

Auteurs :D. Crainich, L. Eeckhoudt et O. Le Courtois,

Discutant : S. Macé

INÉGALITÉS

Le rôle des tarifs dans l'accès aux soins bucco-dentaires : une étude empirique

Auteurs : A.-C. Bas, S. Azogui-Levy, P. Dourgnon, J. Wittwer,

Discutant : L. F. Andrade

Aide complémentaire santé (ACS) : restes à charge et coût d'accès aux soins des bénéficiaires

Auteurs : A. Bouchet, J. Courtois, C. Le Guéhenec,

Discutant : S. Pellet

MESURES EN SANTÉ

Faut-il changer la formulation des indicateurs de « limitations d'activité » ?

Auteurs : E. Cambois — S. Grobon, J.-M. Robine, H. Van Oyen

Discutant : L. Goldzahl

Does the relationship between dimensions of health-related quality of life and subjective well-being change over time? – An exploratory study among breast cancer patients

Auteurs: P. Tessier, M. Blanchin, A. Bonnaud-Antignac, V. Sébille

Discutant: C. Franc

SANTÉ TRAVAIL

Better paying than hiring: An evaluation of the 1987 French Law for employment of disabled people

Auteurs : T. Barnay, E. Duguet, C. Le Clainche, Y. Videau,

Discutant : A. Gaillard

Réforme de la tarification des risques professionnels : influence sur l'incidence des accidents du travail et de la durée des arrêts de travail associés

Auteurs : N. Petrica, P. Lengagne, A. Afrite,

Discutant : E. Defebvre

Les arrêts de travail dans les établissements de santé : Les disparités de recours sont-elles dues à des différences de conditions de travail ?

Auteurs : C. Pollak, L. Ricroch,

Discutant : M. Dumontet

ÉVALUATION

L'impact des systèmes d'information hospitaliers sur la qualité des dossiers patient et anesthésiques des établissements de santé français : résultats du projet e-SI (PREPS-SIPS)

Auteurs : M. Plantier, N. Havet, L. Perrier, T. Durand, N. Caquot, H. Rosay, C. Amaz, P. Biron, I. Philip,

Discutant : H. Serrier

Cost – effectiveness analysis of the 4KscoreR test in prostate cancer screening

Auteurs : H. Grondin, P. Guerre, H. Serrier, A.-G.

Discutant : Le Corroller

Diabète : quel coût pour l'assurance maladie obligatoire ?

Auteurs : A.-S. Aguadé, G. de Lagasnerie, P. Denis, C. Gastaldi-Ménager, A. Fagot-Campagna, C. Gissot, D. Polton,

Discutant : D. Bricard

INCITATION ET OFFRE AMBULATOIRE

Role of financial and non financial incentives in improving cancer screening in general practice. A discreet choice experiment

Auteurs: J. Sicsic, N. Krucien, C. Franc,

Discutant: A. C. Bas

Do French GPs disproportionately focus on P4P perimeter?

Auteurs : S. Pichetti, M. Perronnin, A. Delannoy, P. Le Jeune, C. Sermet,

Discutant : C. Oros

Arrangements amiables et accidents médicaux : l'impact de la perte de notoriété –

Auteurs : L. Ancelot, C. Oros,

Discutant : D. Crainich