

RAPPORT DE SYNTHÈSE

**38èmes Journées des Economistes de
La Santé Français**
01 et 02 Décembre 2016, LYON

*Présentée par la 6^{ème} Promotion du Master 2 Economie de la santé de
l'UPEC*

Lotfi BERKANI, Sonia BOUFLIH, Naila BOUSSAID, Faysoil FOUAD, Julian
GAREGGI, Amira Jasmina HAMMAMI, Fouzia KASSA, Christophe
LOUSSOUARN, Myriam MALKI, Loraine MONFORT, Amina OUALLI, Sandrine
RAKOTOARISOA, Marc-Antoine SANCHEZ, Piotr TARNOWSKI, Jules Sékandé
TAVI

Sous la direction de Thomas BARNAY et de Yann VIDEAU



Sommaire

Préambule.....	2
Introduction	2
SYNTHESE DES INTERVENTIONS	3
SESSION 1 : De l'évaluation économique en santé à la décision publique	3
SESSION 2 : Santé Développement et croissance.....	3
SESSION 3 : General Practitioner	4
SESSION 4 : Evaluation	5
SESSION 5 : Assurance, régulation et consommation	6
SESSION 6 : Préférence des patients, cancers et tests génétiques.....	7
SESSION 7 : Travail santé.....	8
SESSION 8 : Régulation et médicaments	9
SESSION 9 : Revenu et santé	10
SESSION 10 : Hôpital.....	10
SESSION 11 : Renoncement aux soins.....	11
SESSION 12 : Parcours de soins.....	12
SESSION 13 : Vieillesse et dépendance.....	13
SESSION 14 : Préférence des patients.....	14
SESSION 15 : Assurance	15
CONCLUSION	16
ANNEXES	0

Préambule

Les Journées des Economistes de la Santé Français occupent une place de choix dans le cursus du Master 2 Economie de la Santé de l'UPEC. Elles font partie intégrante du module « Initiation à la recherche » de ce Master et représentent l'équivalent de quatre séances de cours. La 6^{ème} promotion, à l'instar des précédentes, avait pour mission de couvrir la totalité des sessions à raison d'une par étudiant et de réaliser une synthèse. Chaque étudiant était chargé de produire une synthèse de sa session qui a servi à alimenter la synthèse collective, objet du présent rapport destiné à un large public. Les étudiants produiront ensuite un travail plus approfondi sur chacun des articles présentés.

Introduction

Le système de santé français se trouve aujourd'hui face à plusieurs enjeux dont les plus importants sont les inégalités d'accès aux soins et la maîtrise des dépenses de santé dans un contexte économique tendu. La prise de conscience des pouvoirs publics est grandissante avec le décret d'octobre 2013 rendant obligatoire l'évaluation économique de tout médicament ou dispositif revendiquant une amélioration de service médical rendu modérée à majeure et ayant un chiffre d'affaires sur deux années supérieur au seuil de 20 millions d'euros. Face à cette évolution, les économistes de la santé ont saisi la nécessité d'une réflexion autour de ces différentes thématiques de recherche afin de murir leur contribution à l'éclairage de la décision publique.

Le Collège des Economistes de la Santé (CES), acteur majeur du secteur de la santé, constitue un creuset d'échange entre les différents acteurs publics et privés du monde de la recherche en économie de la santé. Il organise ainsi chaque année, depuis plus de 20 ans, les JESF qui sont des journées de type séminaire ou workshop. Co-organisées, cette année, par les Hospices Civils de Lyon, l'Université Claude Bernard Lyon 1 et le Centre Léon Bérard, ces journées ont réuni plus de 200 participants autour de thèmes aussi variés que l'évaluation médico-économique, l'assurance, le renoncement aux soins, la vieillesse et la santé au travail.

Les JESF sont ouvertes à tous les travaux en économie de la santé sans limitation thématique. Pendant 45 minutes, chaque contribution est présentée par l'auteur, fait l'objet d'une discussion critique par un-e discutant-e, puis d'un échange ouvert entre les auteurs et l'auditoire. Pour être retenues, les contributions devaient être originales, rédigées en français ou en anglais, et ne pas avoir fait l'objet d'une publication dans une revue à comité de lecture. Les journées de cette année sont ouvertes aux collègues économistes venant de l'étranger.

Le présent rapport se veut un résumé succinct de l'ensemble des articles présentés par session dont la liste est détaillée en annexe.

SYNTHESE DES INTERVENTIONS

SESSION 1 : De l'évaluation économique en santé à la décision publique

De la théorie à la pratique : Mesurer la valeur de l'innovation en santé.

L'intervention de Benoit DERVAUX a mis en évidence le manque de réalisation d'études coût-efficacité dans le milieu hospitalier. Cette rareté non seulement empêche la possibilité d'avoir une vision des coûts d'opportunité qui apparaissent lorsqu'une intervention est réalisée, mais se traduit également par l'absence d'un outil d'aide à la décision tel que le ratio différentiel coût-résultat (RDCR) qui pourrait être utile dans le contexte actuel où les établissements de santé doivent respecter un plan triennal de dépenses. À défaut d'avoir ce type d'études, l'intervenant note la réalisation d'études de type « *multiple criteria decision analysis* » (MDCA) permettant au milieu hospitalier de s'en servir comme aide à la décision.

Présentation du guide méthodologique sur le costing à l'hôpital

L'intervention de Pascale GUERRE et Lionel PERRIER a mis en lumière les limites du guide d'évaluation médico-économique de la HAS concernant le costing en milieu hospitalier. Dans la volonté d'avoir une méthode de valorisation des coûts propres au milieu hospitalier, des experts de l'évaluation ont décidé de produire un guide du « costing » spécifique au monde hospitalier. Leur intervention a donc été l'occasion de présenter succinctement ce guide et d'entrevoir des méthodes de calcul de coûts sont envisageables, au premier rang desquelles le micro-costing ou le gross costing.

Analyse économique et évaluation en santé : un nécessaire rapprochement sur les méthodes

L'intervention de Lise ROCHAIX a eu pour but d'analyser les raisons pour lesquelles la relation entre économistes et décideurs publics est difficile, cela ayant un effet délétère sur la population, les décideurs ayant un réel impact sur leur vie. L'approche théorique formalisée à laquelle recourt l'économiste, souvent perçue par le décideur comme trop simplificatrice, est malgré tout utile à l'analyse d'un problème particulier. De son côté, le décideur est aussi responsable de cette incompréhension avec l'économiste, notamment en raison de son obsession du « chiffre unique » ou encore des délais souvent trop courts pour permettre une analyse fine et pertinente.

Comment améliorer l'interface entre expert et décideur ? Retours d'expérience sur l'aide à la décision et ses usages

L'intervention de Luc BAUMSTARK a mis en exergue la volonté du gouvernement de promouvoir les études socio-économiques pour servir d'outils d'aide à la décision. Toute politique publique menée doit prendre en compte son impact sur la santé. Cette résolution prend forme par la création d'un comité interministériel pour la santé par le décret n° 2014-629. L'intervenant a conclu par une injonction à mener la politique d'évaluation dans un cadre méthodologique bien défini permis par le rapport Quinet entres autres.

SESSION 2 : Santé Développement et croissance

Dans le premier article, Pellet et al. traitent de la relation entre santé et migration. Dans le contexte d'accès aux soins restreint du Tajikistan, l'objectif de l'étude est de savoir si des besoins de santé soudains impliquent la migration dans certains ménages et si les transferts monétaires influencent la consommation de soins de santé. Les résultats montrent qu'un choc de santé dans un ménage augmente les chances d'envoyer une personne à l'étranger dans les 12 prochains mois, surtout concernant les ménages pauvres. En outre, les envois de fonds ne

touchent positivement que la consommation de soins ambulatoires. Cet effet est plutôt significatif au sein des ménages aisés.

Arrighi fournit, dans le deuxième article, une analyse de l'inégalité sociale dans l'accès aux soins de santé des enfants dans 43 pays à faible et moyen revenu. Les résultats préliminaires montrent que 17,5% des répondants ont indiqué que leurs enfants n'avaient pas reçu de soins au cours de leur dernier épisode de maladie. Ces parents sont plus susceptibles d'avoir un faible statut socioéconomique, de vivre dans des milieux ruraux, d'être peu éduqués et d'être en mauvaise santé. Cependant, les inégalités semblent être atténuées par la couverture d'assurance du ménage, la densité des lits d'hôpitaux et la qualité de l'enseignement primaire.

Enfin, l'article de Treibich et Lepine mesure la sur-déclaration dans l'utilisation du préservatif chez les professionnelles du sexe au Sénégal. Il ressort de cette étude que 22% des travailleuses du sexe n'utilisent pas de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client, ce qui est nettement supérieur aux 3% obtenus lorsqu'elles sont directement interrogées. Par ailleurs, il a été démontré que les travailleuses du sexe présentant un risque plus élevé de transmettre une infection (VIH ou IST positive, consommatrice de drogues, clientèle importante) sont moins susceptibles d'utiliser des préservatifs. Ce résultat confirme le rôle des professionnelles du sexe dans la propagation de l'épidémie de SIDA au Sénégal.

SESSION 3 : General Practitioner

Le premier article, de Mousquès et Colla, traite de l'expérimentation des Accountable Care Organisations (ACO) aux Etats-Unis et des enseignements possibles à en tirer concernant la coordination et l'intégration des alternatives au paiement à l'acte en France. Les résultats de gain de productivité sont variables mais ces structures intermédiaires permettraient d'améliorer la performance, le management, la régulation des soins, et seraient une alternative supplémentaire au paiement à l'acte. Pour être mise en œuvre, ces structures exigent un transfert de responsabilités important. Le second article, de Franc, Afrite et Mousquès, traite de l'impact de l'exercice pluri-professionnel sur la composition du temps de travail des infirmières impliquées dans un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmières (Asalée). L'objectif est d'évaluer la productivité des infirmières travaillant dans les structures pluri professionnelles, de comprendre la composition du temps de travail et les variables qui l'influencent. Les principaux résultats montrent que le temps de travail est moindre quand les infirmières ont une autre activité en dehors du programme Asalée ou quand elles intervenaient dans une structure défavorisée en offre et besoins de soins. Le troisième article de Combes, Paraponaris et Videau, traite du transfert de compétences des médecins vers les infirmiers, et des mesures incitatives financières nécessaires. Les principaux résultats montrent que les femmes ont tendance à moins déléguer que les hommes. Par ailleurs, plus le partage des coûts est important, moins les médecins sont prêts à déléguer les tâches. L'aversion au risque pour la santé du patient a un effet négatif non compensé par les incitations financières. Enfin, il n'y a pas de différence en fonction du niveau d'activité.

SESSION 4 : Evaluation

Le premier article de Kabeshova et Launois s'intéresse à fournir une analyse coût-efficacité de la rifaximine- α dans la prévention des récurrences d'encéphalopathie hépatique en France. En effet, la rifaximine- α est le traitement de référence pour les rechutes d'épisodes d'encéphalopathie hépatique clinique (EHC) chez l'adulte. L'objectif consiste à estimer le rapport coût-résultat du point de vue de l'Assurance maladie, de l'utilisation de la rifaximine- α associée au lactulose versus lactulose seul dans la prévention d'éventuelles récurrences d'EHC chez les patients atteints de cirrhose et qui ont comme antécédents déjà deux épisodes d'EHC. Au niveau méthodologique a été choisi un modèle de Markov à cinq états sur un horizon temporel de 5 ans. Les données sont issues d'une part d'essais cliniques randomisés (RFHE3001 et RFHE3002) et d'autre part d'une étude en vie réelle française. Ainsi, a été démontré par cette étude que le ratio différentiel coût-résultats de l'association rifaximine- α avec lactulose par rapport au lactulose seul après cinq ans de suivi est égal à 13 507 €/QALY. Par ailleurs, d'après les simulations effectuées l'association rifaximine- α avec lactulose est coût-efficace à 98,5 % au seuil de 24 000 € et coût-efficace à 100% lorsque le seuil est de 39 000€.

Le second article de Daupin et al. se définit comme une analyse coût-efficacité qui compare l'utilisation de la trabectedine par rapport aux soins de support dans le traitement du sarcome des tissus mous au stade avancé. En effet, la trabectedine n'est pas inscrite sur la liste des produits remboursés en sus du groupe homogène de séjour correspondant (GHS). L'objectif de cette étude est donc de s'intéresser à la nécessité de l'accès à cette molécule afin de traiter au mieux les patients souffrant de cette pathologie. La méthode utilisée emploie un modèle de Markov à quatre états de santé : rémission, non-progression, progression, décès. Les données sont issues d'une étude rétrospective monocentrique entre 2005 et 2014. La survie sans progression a été définie comme critère d'efficacité principal. Le point de vue de l'Assurance maladie a été adopté. Les données de coûts sont issues des tarifs liés aux groupes homogènes de malades (GHM) () et d'une étude rétrospective s'intéressant au coût du suivi du protocole de soins comprenant la trabectedine. Avec une survie sans progression estimée à 0,33 année, le coût du traitement avec trabectedine est estimé à 25 000 € contre 15 000 € pour les soins de support. L'ICER est égal à 46 000 € par année de vie sans progression gagnée. En considérant le seuil proposé par le NICE pour les protocoles de soins de fin de vie qui est d'environ 75 000 €, le protocole incluant la trabectedine est donc coût-efficace.

Le troisième article présenté, de Marguet, Adenis et Bonastre, est une analyse coût-utilité d'un protocole de soins afin de déterminer s'il faut continuer ou discontinuer la chimiothérapie chez les patients non-progressifs atteints d'un cancer de l'oesophage épidermoïde métastatique. En effet, le traitement de référence pour cette pathologie consiste en une chimiothérapie dont les preuves d'efficacité sont discutables. L'objectif est donc d'évaluer la discontinuation de la chimiothérapie palliative chez les patients non-progressifs après six semaines de chimiothérapie. La méthodologie emploie une mesure d'efficacité exprimée en Quality-Adjusted Life-Months (QALMs). Pour calculer ces QALMs, la méthode de la survie partitionnée a été choisie. Celle-ci consiste premièrement à définir les états de santé successifs dans lequel la qualité de vie est différente, puis à calculer la durée moyenne que passent les patients dans chaque état de santé pour enfin pondérer ces durées par les valeurs d'utilité. Les données utilisées proviennent d'une étude clinique (E-DIS) de phase II, randomisée, multicentrique. La survie globale constitue le critère de jugement principal. Les valeurs d'utilité ont été obtenues grâce aux questionnaires EQ-5D dispensés toutes les six semaines aux patients.

Pour le calcul des coûts, a été pris en compte le point de vue de l'Assurance maladie. La valorisation des coûts a été réalisée à partir des tarifs T2A (tarification à l'activité), CCAM (classification commune des actes médicaux) et NGAP (nomenclature générales des actes professionnels). Les conclusions de l'étude indiquent que la discontinuation de la chimiothérapie chez les patients non-progressifs après six semaines de chimiothérapie entraîne une diminution des coûts mais une augmentation du nombre de QALMs par rapport à une poursuite de la chimiothérapie. De plus, le bénéfice monétaire net incrémental (INMB) est positif, égal à 4 362 € à un seuil de 50 000 € par QALY. Les simulations ont démontré que la discontinuation de la chimiothérapie est coût-efficace par rapport à sa poursuite dans 75 % des cas au seuil de 50 000 € par QALY.

SESSION 5 : Assurance, régulation et consommation

Le premier article de la session, de Chéron, Messe et Ronchetti, s'intéresse à l'analyse de l'impact de la souscription d'une complémentaire-santé d'entreprise sur la probabilité d'arrêts de travail. L'étude est basée sur l'enquête « Protection Sociale Complémentaire d'Entreprises –PSCE- » menée par l'IRDES en 2009 qui comporte des données relatives aux caractéristiques individuelles et sanitaires des salariés ainsi qu'à la structure et à la politique d'indemnisation des firmes. L'objectif est d'identifier, sur une sous-population d'individus non soumis à l'obligation de souscrire à une complémentaire-santé d'entreprise, l'effet causal de la générosité de cette complémentaire sur la probabilité d'avoir un surplus d'arrêts maladie, à l'aide d'un estimateur dit « Local Average Treatment Effect » développé par Angrist, Imbens et Rubin (AIR) et d'un modèle négatif binomial. Il s'agit de comparer la distribution des arrêts maladie entre les salariés qui ont souscrits une complémentaire-santé d'entreprise et les autres, toute chose égales par ailleurs. Les résultats montrent que dans les firmes de petite taille, la probabilité d'avoir un nombre de jours d'arrêt court est plus importante chez les salariés avec un contrat d'entreprise. De plus, les entreprises qui proposent une politique d'indemnisation généreuse ne seront pas significativement touchées par l'aléa moral dû à la souscription à une complémentaire-santé. L'étude présente certaines limites quant au manque d'informations concernant la fréquence des arrêts de travail et au manque de mesures objectives de la qualité de la complémentaire proposée.

La seconde étude, de Perronnin et Regaert, porte sur les effets attendus de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 sur les inégalités de reste à charge (RAC). Les données utilisées proviennent d'un appariement entre l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES et l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) de l'assurance maladie sur la période 1998-2008. A partir d'un échantillon de 100 000 individus, les auteurs se sont appuyés sur l'indice de KAKWANI pour analyser les inégalités sociales de RAC et leur évolution dans le temps, cela en fonction des différentes composantes de RAC d'une part, et du nombre de recours et de la dépense par recours d'autre part. Les résultats montrent l'impact du ticket modérateur dans l'évolution du RAC ambulatoire. De plus, la décomposition par poste de dépenses a permis de constater que seuls les RAC en pharmacie sont affectés par la réforme (polymédication et prescriptions inappropriées). La robustesse des résultats est limitée par une forte hétéroscédasticité dans les régressions et par la nature des données recueillies (en coupe transversale répétée).

La troisième étude, de Dumontet et al. a pour objectif de constater si la réforme du médecin traitant modifie le recours aux soins. L'étude porte sur une analyse longitudinale prenant en compte le nombre de séances chez les médecins sur une période allant de 2000 à 2008. La base de données est constituée de l'appariement entre des données administratives (Echantillon permanent des assurés sociaux-EPAS-) et des données d'enquête (enquête santé et protection sociale-ESPS-). A partir d'un panel non cylindré d'individus âgés de plus de 16 ans, les auteurs ont utilisé un modèle binomial négatif à effet aléatoire pour mesurer la probabilité d'effectuer des visites chez le médecin dans l'année et selon la spécialité en intégrant des variables de contrôle. Ainsi, suite à la réforme médecin traitant, une baisse du nombre de visites a été constatée chez les médecins spécialistes à accès direct et hors accès direct et une diminution du nombre de généralistes différents vus dans l'année. De plus, un modèle probit à effet aléatoire montre qu'en matière d'effet marginal annuel, la probabilité de consulter plus d'un médecin généraliste a significativement baissé après la réforme. Ainsi, les auteurs ne constatent pas de comportement de substitution vers les médecins traitants. Toutefois, la robustesse des résultats est limitée par la nature déclarative des données.

SESSION 6 : Préférence des patients, cancers et tests génétiques

Dans cette session, il s'agissait de comprendre le comportement des patients face à un diagnostic grave. Les chercheurs ont d'abord étudié la littérature pour établir un angle de recherche neuf, pour ensuite confronter les résultats de leurs études empiriques. Deux études, celle de Pellissier, Peyron et Béjean et celle de Sicsic, Pelletier-Fleury et Moumjid, ont appliqué la méthode des choix discret pour identifier les préférences des patients alors qu'une troisième, celle de Goldzahl, Hollard et Jusot a procédé à un essai randomisé contrôlé à l'échelle de deux départements français (Seine-Maritime et Eure). Face à une très forte hétérogénéité des préférences dans ce genre de cas, le challenge ici était justement de tenter de capturer au mieux toutes les caractéristiques des individus afin de pouvoir réduire l'hétérogénéité inobservée.

Deux types d'actions ont été utilisés :

- proposer une unique alternative à la stratégie existante et observer le comportement des individus face à ce changement [le nudge] (étude de Goldzahl, Hollard et Jusot) ;
- proposer plusieurs scénarios hypothétiques différents face à la stratégie existante et tenter de cerner les caractéristiques des individus ayant choisi telle stratégie plutôt que le statu quo, dans le cas du recours au séquençage haut débit (SHD) dans le diagnostic des maladies génétiques rares (étude de Pellissier, Peyron et Béjean) et dans le cas du recours au dépistage du cancer du sein (étude de Sicsic, Pelletier-Fleury et Moumjid).

Les résultats de l'étude de Pellissier, Peyron et Béjean, obtenus grâce à un modèle à classes latentes, montrent une diversité des attentes des parents d'enfants atteints de maladies génétiques rares relativement à la nature des résultats (degré d'incertitude, résultats non sollicités...) et à la communication de ces résultats (qui les communiquent et accompagnent les parents) obtenus via SHD. Les résultats de l'étude de Sicsic, Pelletier-Fleury et Moumjid insistent sur le fait que les femmes accordent plus de poids aux bénéfices attendus d'une mammographie qu'aux préjudices possibles (notamment en termes de surdiagnostic mesuré par la part des « faux positifs ») dans la décision de recourir au dépistage du cancer du sein. Enfin, l'étude de Goldzahl, Hollard et Jusot montrent qu'en matière de dépistage organisé du cancer du sein, utiliser différentes formulations (« coups de pouce » ou « nudges ») dans le courrier

invitant les femmes considérées à risque à recourir à la mammographie n'est pas efficace pour modifier le comportement dans le sens souhaité.

Au final, il semble très difficile de faire révéler des préférences individuelles de manière nette et de les influencer, notamment dans le domaine du dépistage.

SESSION 7 : Travail santé

La session Travail Santé a abordé la question de la santé et du bien-être des travailleurs en lien avec les conditions de travail et l'absentéisme, et les conséquences des affections longue durée (ALD) psychiatrie sur l'insertion sur le marché du travail. La première étude, réalisée par Chaupain-Guillot et Guillot, mesure l'impact de la législation sur les arrêts maladie sur la probabilité d'absence au travail des individus, par le biais de comparaisons internationales (UE-27 et Norvège). Sur la base d'un échantillon de 28 093 travailleurs issus de la vague 2010 de l'enquête European Working Conditions Survey (EWCS) et à l'aide d'un modèle logit multi-niveaux estimant la probabilité qu'un individu soit absent pour raison de santé au moins un jour sur les douze derniers mois, en contrôlant des caractéristiques individuelles et institutionnelles, les auteurs démontrent que le cadre législatif influence bien l'absentéisme au travail. En effet, il existe une forte variabilité inter-pays liée en partie à la générosité des législations en matière d'indemnisation des arrêts-maladies (le facteur le plus significatif étant la généralisation du droit au maintien du salaire en cas d'arrêt maladie qui explique plus d'un tiers de la variance inter-pays). Dans la seconde étude, également à partir de données individuelles (n=25 000) issues de la vague 2010 de l'enquête European Working Conditions Survey (EWCS), Defebvre réalise des logits binaires afin d'estimer l'effet des conditions de travail et du choix des conditions de travail sur l'état de santé (santé physique/générale, santé mentale) et le bien-être. L'objectif est de déterminer comment un individu agit pour minimiser les effets négatifs de son emploi sur sa santé et son bien-être. Les résultats établissent des corrélations négatives entre l'exposition à cinq grandes catégories de conditions de travail et la dégradation de l'état de santé (quelle que soit la dimension considérée) et du bien-être. Il ressort également que la seule corrélation significative entre la latitude décisionnelle des conditions de travail et les conditions de travail effectives est liée à la dépression ou à l'anxiété chez les femmes. Dans la troisième étude, Diby et al. étudient l'impact de la crise économique de 2008 sur l'emploi des personnes reconnues en ALD psychiatrie à partir d'un panel cylindré réalisé sur un échantillon de la base HYGIE de 322 628 individus pour la 2005- 2012. Les résultats révèlent que les individus en ALD psychiatrie ont connu une baisse importante de la probabilité d'être actif et de la probabilité d'être en emploi relativement à la population sans ALD. Ce résultat vaut également pour les individus souffrant d'autres ALD (Environ 2 points de pourcentage en moins pour la probabilité d'être active chez la femme atteinte de cancer et d'environ 10 points de pourcentage en moins pour une femme atteinte de troubles addictifs).

SESSION 8 : Régulation et médicaments

Cette session a regroupé deux travaux sur des thématiques différentes. Le premier travail, réalisé par Touat, est une analyse comparative de la consommation des psychotropes dans huit pays européens en 2007 et en 2014, inspirée par une étude européenne (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) publiée en 2004 identifiant la France comme le pays consommant le plus de psychotropes, notamment les classes des antidépresseurs, des anxiolytiques et des hypnotiques. L'objectif était de déterminer si la France est toujours en tête des pays consommant le plus de psychotropes en termes de quantité et si les classes thérapeutiques ont évolué au cours du temps mais également d'identifier les facteurs pouvant expliquer les différents niveaux de consommation des psychotropes. A partir des données issues de la base MIDAS (« Market Information data Analytics System) d'IMS Health, qui permet la récolte de données des ventes des grossistes aux officines de ville (sell in) et des ventes des officines vers les patients (sell out), l'auteur cherche à identifier les principaux déterminants de l'évolution de la consommation de psychotropes, (mesurée par la Dose Définie Journalière (DDJ) pour 1000 habitants pour pallier les différences de conditionnements et dosages entre pays) par classes chimiques ou pharmacologiques et par classes thérapeutiques, en 2007 et en 2014.

Il en résulte que la France est toujours un important consommateur de psychotropes par rapport aux autres pays européens, les anxiolytiques et les hypnotiques étant deux classes thérapeutiques particulièrement plus consommées en France, même si la France est, avec la Finlande, un des deux seuls pays où la consommation des psychotropes a baissé entre 2007 et 2014. L'augmentation du chômage et de la pauvreté engendrée par la crise est un facteur explicatif de ce changement.

La seconde étude, réalisée par Houy et Jelovac, traite la question de l'impact de la durée des procédures d'admission au remboursement sur le mécanisme de fixation de prix de référence au niveau internationaux (International Reference Pricing ou IRP). La fixation du prix d'un médicament dépend de plusieurs paramètres et notamment celui du prix de référencement dans les autres pays. Le mécanisme d'IRP incite les firmes à lancer leur produit sur le marché des pays avec une « disposition à payer » élevée et à ne jamais les lancer dans les pays avec une disposition faible. Le modèle mis en place pour étudier ce phénomène tient compte de l'ensemble des pays, de la taille du marché si le médicament est remboursé, de la disposition à payer du pays, du temps d'admission au remboursement, et fait l'hypothèse que la production d'un nouveau médicament est sans coût variable pour le laboratoire. Les résultats montrent qu'un délai d'admission au remboursement plus court peut favoriser le lancement de produits dans les pays avec une disposition à payer plus faible. Néanmoins, ceci n'est valable que si le délai est suffisamment court et que la taille du marché est importante dans le pays pour compenser la perte de profit lié à un prix plus bas dans l'ensemble de la région. Il faudrait également tenir compte de l'importance de la préférence pour le présent de la firme. Il est donc préférable pour un pays avec une disposition à payer faible, d'accélérer le processus d'admission au remboursement. Et, au contraire, pour les pays avec une disposition à payer

élevée, il serait préférable de laisser négocier la firme avec les pays à faible disposition à payer en retardant le processus d'admission au remboursement. Dans la même logique, il semble plus intéressant pour les pays d'entreprendre une démarche d'admission au remboursement décentralisé. Enfin, il faut noter que l'étude ne tient pas compte des négociations de prix que les agences discutent en privé avec les firmes. Or, seules ces instances ont connaissance du prix réel du médicament. Cela pourrait encourager les pays avec une forte disposition à payer à rentrer plus rapidement sur le marché, afin de négocier un prix remisé intéressant contre un prix de référencement plus élevé.

SESSION 9 : Revenu et santé

La première étude de cette session, réalisée par Blake et Garrouste, souhaite mesurer l'impact sur l'état de santé des seniors de la réforme du système des retraites intervenue en 1993 en France. Cette réforme, qui augmente le nombre de trimestres de cotisation permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein, pourrait affecter de manière variable la population senior. Les auteurs ont utilisé la méthode de différence de différences pour estimer l'effet de la réforme sur l'état de santé des seniors en comparant la population affectée par la réforme (salariés du secteur privé née après 1934) à une population de contrôle (secteur public) non affectée par cette réforme. Le niveau d'éducation semble être un facteur déterminant de l'impact de la réforme surtout en termes de santé physique.

La deuxième étude, d'Adeline et Delattre, s'intéresse au lien entre niveau de revenu et santé. La causalité entre revenu et santé a fait l'objet de beaucoup de publications mais il n'existe pas vraiment de consensus en ce qui concerne la causalité inverse. Afin d'évaluer le sens de cette causalité simultanée, les auteurs cherchent à tester la causalité du revenu sur la santé et estimer l'exogénéité du revenu en recourant à la méthode de microsimulation, qui permet de contrôler l'endogénéité de la morbidité (la variation de la santé avec le temps), de l'âge et du progrès technologique pour identifier l'impact spécifique du changement de revenus sur l'état de santé, et à la méthode des variables instrumentales, qui permet de s'affranchir de l'endogénéité du revenu. L'obtention de résultats robustes permet de démontrer l'effet permanent (au sens de Granger) du revenu sur la santé perçue.

SESSION 10 : Hôpital

La première étude de cette session, de Bricard et Or, traite la question de l'impact du suivi par un médecin généraliste des patients âgés de 65 ans et plus ayant subi une insuffisance cardiaque sur les réadmissions hospitalières. Étant donné que le risque de réadmission à 30 jours à l'hôpital suite à une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque, pour ce profil de patients, est estimé à 24%, les auteurs se demandent si une prise en charge et un suivi par un médecin généraliste plus tôt dans le parcours du patient, ne pourrait pas réduire le nombre de réadmissions. En utilisant les données du projet PAERPA, et en appliquant un modèle à temps discret avec variables instrumentales, les auteurs concluent que le nombre des réadmissions à 30 jours à l'hôpital après une insuffisance cardiaque peut être diminué à l'aide d'un meilleur suivi des patients en soins primaires et par une meilleure prise en charge des maladies chroniques en ambulatoire.

La seconde étude, de Penneau et Or, analyse les déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation chez des patients âgés de 65 ans et plus. Les auteurs utilisent des données de la CNAMTS (Données de consommation inter-régimes -DCIR), de l'Insee, de la Drees (Statistique annuelle des établissements -SAE) pour construire un modèle multiniveaux linéaire à deux niveaux permettant d'identifier l'effet des facteurs individuels niveau patient (caractéristiques socio-économiques et état de santé) et de l'organisation de l'offre de soins primaires sur le recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Les résultats suggèrent que le profil de l'état de santé et du niveau socio-économique a un impact important sur la demande de soins d'urgence, et que la proximité géographique et disponibilité des soins primaires augmentent la probabilité de recourir aux urgences.

SESSION 11 : Renoncement aux soins

En France, le reste à charge des ménages est faible (environ 9% de la consommation de soins et biens médicaux). Malgré tout, le renoncement aux soins reste élevé (surtout pour l'optique et le dentaire). Une littérature abondante s'est intéressée à la question du renoncement aux soins en lien notamment avec les inégalités de santé.

Dans cette session, les deux travaux présentés permettent de s'intéresser au renoncement pour des types de soins différents (soins dentaires et soins périnataux) sous deux angles différents, celui des déterminants du renoncement et celui des conséquences du renoncement sur l'état de santé.

Dans la première étude, Ancelot, Bonnal et Depret utilisent des données issues de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (issues des maternités publiques et privées françaises) qui sont des données médicales relatives à l'état de santé de la mère lors de la grossesse et à son suivi médical mais également à l'état de santé du nourrisson à la naissance (taille, poids, périmètre crânien, réanimation, transfert vers d'autres services), les auteurs ont cherché à identifier les déterminants du renoncement aux soins durant la grossesse et ses éventuelles conséquences sur l'état de santé à la naissance du nourrisson. A l'aide d'un probit bivarié récursif qui permet d'estimer en même temps le renoncement aux soins de la mère durant la grossesse et l'état de santé du nourrisson à la naissance, et en recourant à la méthode des variables instrumentales pour contrôler les possibles biais d'endogénéité, les auteurs concluent que différents facteurs expliquent le renoncement aux soins lors de la grossesse (raisons financières, origine ethnique, non-possession du carnet de maternité, comportements à risque, état de santé). Ensuite, ils mettent en évidence que les femmes n'ayant pas désiré leur grossesse, ayant adopté des comportements à risque durant la grossesse, ayant renoncé à des soins périnataux et ayant eu précédemment des grossesses difficiles ont plus de chance d'avoir un nourrisson ayant un problème de santé à la naissance que les autres femmes.

Dans la seconde étude, Vigé cherche à identifier les déterminants individuels (sexe, niveau de diplôme, niveau de revenu, statut d'occupation, isolement social, précarité, avoir un médecin traitant, avoir une complémentaire-santé, délai d'attente pour consulter un spécialiste,...) et contextuels (densité de dentistes par territoire, revenu médian du territoire, part des différentes PCS sur le territoire, part des sans diplômes, part des familles monoparentales, part des bénéficiaires de la CMU-C, part des moins de 20 ans, part des plus de 60 ans...) du renoncement aux soins dentaires, en estimant séparément l'effet des variables individuelles et contextuelles dans un premier temps puis en estimant conjointement l'effet de ces deux catégories de variables. Pour cela, sur la base d'un échantillon de 10 700 individus résidant en Poitou-

Charentes (dont l'âge moyen est de 56 ans), ils estiment différents modèles Probit en stratifiant la population selon l'âge (avant et après 60 ans). Les résultats de l'estimation conjointe des effets individuels et contextuels montrent que la plupart des effets individuels restent même en contrôlant des effets contextuels : un niveau élevé de renoncement aux soins dentaires est fortement corrélé à la mauvaise situation financière de l'individu, au fait de ne pas avoir de médecin traitant et d'avoir un long délai d'attente avant de consulter un spécialiste (avant 60 ans uniquement) ; l'effet de l'âge est significatif uniquement après 60 ans et non linéaire (il diminue jusqu'à 70 ans puis augmente ensuite). Du côté des variables contextuelles, à caractéristiques individuelles données, seules la faible proportion de bénéficiaires de la CMU-C, un fort taux de chômage, le type d'aires urbaines et une faible proportion de familles monoparentales sont corrélés positivement au renoncement aux soins dentaires. La densité de dentistes ne semblent pas influencer le renoncement aux soins une fois contrôlées les caractéristiques individuelles.

SESSION 12 : Parcours de soins

Cette session est dédiée à la présentation de deux articles sur les parcours de soins sur deux thématiques différentes : parcours de soins et polymédication, réseau d'opticiens. Le premier travail, de Louchez et al., concerne l'interaction entre les événements de soins et la polymédication, associée dans la littérature à la multimorbidité et à des coûts économiques importants. L'objectif du papier consiste à identifier les événements du parcours de soins, ainsi que leurs interventions simultanées, sur la détermination de la polymédication. Pour ce faire, les auteurs utilisent un échantillon de données sur des individus âgés de plus de 50 ans, ayant eu au moins un remboursement de médicaments au cours de l'année 2011, à partir de l'Echantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) du Sniiram, sur la période 2011-2014. L'analyse est faite par double classification : la première classification concerne le nombre de médicaments consommés (par types de molécules) et la seconde concerne l'évolution des niveaux de consommation. Les principaux résultats indiquent que l'événement d'hospitalisation est associé à un effet de rationalisation de la consommation, que les consultations de généralistes n'ont pas d'effets statistiquement significatifs, que les consultations de spécialistes sont associées positivement aux profils d'individus ayant des niveaux de consommation élevés et inversement pour les profils ayant des niveaux de consommations bas, que l'entrée en ALD est associée à une augmentation de la consommation et enfin que le fait de ne pas avoir eu d'événements de soins est associé positivement avec une diminution de la consommation de médicaments.

Le second travail, de Bell-Aldeghi, s'intéresse à l'effet de la constitution d'un réseau fermé d'opticiens sur les dépenses en verres optiques en exploitant une base de données de la MGEN, qui regroupe des informations concernant le réseau, les adhérents (consommateurs) et les opticiens. La principale difficulté dans cette estimation concerne le contrôle de l'endogénéité « massive » liée aux caractéristiques des adhérents, des opticiens et des verres qui complique l'estimation de l'effet de la contractualisation (l'intégration du réseau) sur les dépenses. Ainsi, toute la stratégie empirique consiste à contrôler cette endogénéité en utilisant 5 modèles économétriques différents. Les principaux résultats obtenus indiquent un effet statistiquement significatif du réseau sur la baisse des dépenses en verres unifocaux et bifocaux, lorsque l'on contrôle de l'endogénéité (sans quoi les effets de la constitution des réseaux sur les dépenses auraient été surestimés ou sous-estimés selon la provenance de l'endogénéité).

SESSION 13 : Vieillesse et dépendance

La session « vieillissement et dépendance », jonction du champ sanitaire et du champ médico-social, se penche sur une catégorie sensible de notre société (séniors et handicapés), la plus dépendantes et en moins bonne santé que la population générale, et aborde les questions relatives aux dépenses de santé et allocations caractéristiques des situations de dépendance.

Dans la première étude, Roquebert et Tenand analysent la demande d'aide professionnelle à domicile exprimée par les personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA, en sélectionnant pour cela une commune spécifique représentative des caractéristiques démographiques nationales. Ils se basent sur des données administratives exhaustives liées à la consommation de ce type de services, durant octobre 2014, et étudient un échantillon de 2862 individus. Les auteurs mesurent la variation de la demande d'aide professionnelle à domicile en fonction des dépenses laissées à la charge de la population en cause ou encore l'élasticité prix de la demande. Les critères de variabilité individuelle pris en compte révèlent que les individus les moins sensibles à la variation des prix seraient les plus dépendants (niveau de GIR élevé) et les plus aisés. La variabilité selon la consommation montre qu'avoir un reste à charge proche du budget dédié aux soins d'aide professionnelle augmente la sensibilité aux prix. Les auteurs ont aussi constaté l'existence d'un potentiel aléa moral ex ante dans la sélection préalable de l'offre de soins à domicile. De plus, l'offre sélectionnée pourrait potentiellement aussi aboutir à une surconsommation ex post. Un accent est ainsi mis sur l'impact de la distribution de l'offre sur le territoire sur les dépenses de soins d'aide à domicile.

Dans la seconde étude, Tenand analyse les effets de la barrière d'âge sur les dispositifs d'aide de soins à domicile préconisés par l'Etat pour les personnes adultes vivant avec un handicap et pour les personnes âgées dépendantes. A partir de l'enquête Handicap/Santé des ménages (HSM) de 2008, l'auteur a sélectionné 3036 individus âgés entre 50 et 74 ans et estimé un modèle de régression discontinu qui lui permet d'illustrer une rupture dans l'utilisation de soins formels ou informels vers l'âge de 60 ans chez les personnes vivant en ménage ordinaire. Un modèle probit bivarié permettant d'estimer la décision du type d'aide, a prouvé que l'âge de 60 ans s'accompagnerait d'une croissance de la probabilité de recevoir une aide professionnelle et qu'au contraire, l'aide informelle serait indépendante des dispositions institutionnelles d'aide à domicile et non affectée par toute substitution par l'aide formelle. De façon globale, cette étude démontre que la dépendance (à partir de 60 ans) augmente l'utilisation de services d'aide à domicile par rapport au handicap (chez les moins de 60 ans), notamment car à partir de 60 ans, les personnes sont plus nombreuses à vivre en institution. En France, il semblerait que les séniors dépendants soient mieux traités que les personnes handicapées.

Dans ce même cadre et à partir de la même source de données, Penneau, Sermet et Pichetti questionnent l'équité de prise en charge entre deux types d'allocation (l'ACTP/PCH et l'APA) dédiées aux populations en situation d'handicap avec une éligibilité dépendante de la barrière d'âge: entre 20 et 59 ans pour l'ACTP/PCH et à partir de 60 ans pour l'APA (). A partir de 18 001 personnes incluses dans l'étude, une description détaillée de deux types de populations a été fournie (ceux éligibles à l'ACTP/PCH et ceux éligibles à l'APA), en termes de limitations fonctionnelles et de besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne (aides humaines et techniques). La typologie de recours à l'aide humaine a été établie par l'intermédiaire d'une classification hiérarchique ascendante appliquée aux dimensions d'une analyse des correspondances multiples et a abouti à trois niveaux différents de dépendance.

Grâce à un appariement des données HSM 2008 avec les données du SNIIRAM, une comparaison a été faite en termes de dépenses de santé et en termes de reste à charge obligatoire moyen et en structure. Les moyennes des deux populations obtenues révèlent des restes à charge significativement supérieurs pour les bénéficiaires de l'APA (908€ versus 618 €) et composés de plus de 50% de dispositifs médicaux (prothèses et aides aux déplacements) chez les bénéficiaires de l'ACTP/PCH. Vers la fin de l'article, les auteurs expliquent que les bénéficiaires de l'APA, exprimant un besoin important d'aide professionnelle pour se laver, ont un taux de recours plus élevé aux soins infirmiers. Une régression logistique a démontré que ce recours dépendrait davantage de deux variables explicatives: la densité départementale d'infirmiers libéraux et du nombre de places en SSIAD dans le département et le niveau de dépendance mesuré par le GIR.

SESSION 14 : Préférence des patients

Dans la littérature économique, il est très souvent fait allusion à l'homo-œconomicus. Cette hypothèse permet de simplifier les calculs en considérant que l'Homme est un être rationnel disposant de préférences fixes dans le temps. Or on sait, et encore plus dans le domaine de l'économie de la santé, que les préférences ne sont pas stables dans le temps. La vie humaine a-t-elle alors la même valeur à tout âge ?

la première étude de la session de Thébaut, Weil-Dubuc et Wittwer nous parle de la notion de « *fair innings* », selon laquelle la valeur de la vie d'un « jeune » vaut plus que celle d'un sénior mais qui reste peu abordée dans la littérature économique. Ce travail a pour objectif de présenter les arguments en faveur et en défaveur de cette notion afin d'alimenter le débat. Il semble que le *fair innings* soit très souvent remis en cause, notamment du fait qu'un QALY (Espérance de vie ajustée par la qualité) à la même valeur à tout âge. Enfin il peut y avoir débat en raison du principe de mutualisation des dépenses mais aussi des innovations technologiques qui permettent de vivre plus longtemps.

Dans la seconde étude Krucien, Pelletier-Fleury et Gafni questionnent des individus pour leur faire prendre des décisions publiques sur l'allocation des ressources en santé en particulier. Les individus questionnés sont face à la problématique suivante : la contrainte budgétaire étant saturée, comment intégrer un nouveau traitement, plus efficace mais plus cher? Ils doivent donc réallouer le budget en fonction de leurs préférences. Cette expérience a pour objectif d'étudier les préférences des patients à travers des questionnaires de préférence et ensuite de modéliser des préférences au niveau individuel pour connaître l'impact des caractéristiques personnelles sur la prise de décision. Les auteurs montrent que les préférences sont fortement dépendantes de l'aversion à la perte et des rendements marginaux, conformément à la théorie des perspectives (Kahneman et Tversky, 1992).

Enfin dans la dernière étude, P.Tessier remet en question les QALY et plus particulièrement la disposition à payer. Il montre que, selon la forme de la disposition à payer, on peut obtenir des résultats différents si l'on prend en compte le seul prolongement de la vie ou bien si l'on prend aussi en compte la qualité de la vie. Cela expliquerait donc l'hétérogénéité des résultats dans la littérature pour une même question. De plus, selon la structure des préférences (additive ou multiplicative), on obtient aussi des résultats qui diffèrent. Ainsi, il serait important de bien

définir le type de QALY pour lequel on recherche la disposition à payer mais également de privilégier la qualité de vie dans les études en rajoutant une variable prenant en compte la perte de revenu liée à la maladie.

SESSION 15 : Assurance

Les trois études de cette sessions'articulent autour de la notion de préférence qui est importante en économie du fait que les agents économiques choisissent le niveau de consommation qui maximise leur utilité ou bien-être.

La première étude, de Franc et al. évalue ex-ante les gains et pertes de bien être liés à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise négociée dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de 2013. Partant du fait que 12% des individus sans complémentaire santé déclarent ne pas en avoir besoin et que l'ANI risque, à court ou à moyen terme, d'entraîner une augmentation des primes sur le marché individuel par segmentation accrue du risque entre les marchés assuranciers individuel et collectif, les auteurs s'interrogent sur les effets possibles de l'ANI, d'une part sur le bien-être des individus concernés par l'ANI et qui vont basculer sur le marché collectif, d'autre part sur le bien-être des individus non concernés par l'ANI et qui vont rester sur le marché individuel et enfin sur le bien-être collectif de la population. L'échantillon d'étude est constitué de 5370 individus, de 15 ans et plus, issus de l'appariement entre les données ESPS-2012 et les données administratives du SNIIRAM pour les soins de ville et du MPSI pour l'hospitalisation en MCO. Les auteurs ont estimé, dans l'ensemble de la population d'étude, la différence de bien être avant et après l'ANI à travers un modèle d'utilité espérée sous l'hypothèse que les préférences et le revenus sont identiques avant et après l'ANI. D'après leurs résultats, la réforme pourrait augmenter le bien-être collectif de la population en bénéficiant aux salariés directement concernés. Cependant une augmentation des primes sur le marché individuel compromettra ce bien être suivant l'ampleur de la hausse et affectera les personnes âgées, précaires et/ou en mauvaise santé.

la deuxième étude, théorique, de Courbage et Rey, a pour objectif de déterminer comment l'ambiguïté modifie la valeur statistique de la vie (VSL). Largement utilisée pour évaluer les politiques publiques et intimement liée à la notion de préférence, la VSL exprime combien les individus sont prêts à payer pour bénéficier d'une réduction infinitésimale de la probabilité de décès. Les auteurs utilisent un modèle théorique d'utilité espérée et définissent la VSL comme le taux marginal de substitution entre le revenu (w) et la probabilité de décès (p) avant d'intégrer différents niveaux d'ambiguïté à l'aide des modèles de KMM (2005) et Treich (2010). Ils observent que contrairement à ce que l'on pouvait attendre, l'aversion à l'ambiguïté n'entraîne pas une augmentation de la VSL si l'ambiguïté change et qu'un agent attiré par l'ambiguïté peut avoir la même VSL qu'un agent averse à l'ambiguïté. Ils invitent donc à la vigilance quant à l'utilisation de la VSL dans les études coût/ bénéfice des politiques publiques.

Enfin, Crainich présente l'effet de l'état de santé sur les décisions conjointes d'épargne et d'assurance. L'assurance (fonction de l'aversion absolue au risque) permet de réduire le risque financier lié à la maladie alors que l'épargne de précaution (fonction du degré de prudence absolue) ne réduit pas ce risque, mais permet d'y faire face en disposant d'un niveau de richesse plus élevé. Sous l'hypothèse que l'individu maximise son espérance sur deux périodes (avant (1) et pendant (2) le risque), l'auteur présente d'abord l'effet de l'état de santé sur chacune des

deux décisions, en supposant qu'elles sont prises séparément, puis évalue ensuite la décision jointe d'épargne et d'assurance. Il observe que lorsque la prime d'assurance intervient en période 2 les individus augmentent leur épargne afin de pouvoir répartir le coût de la prime d'assurance sur les deux périodes alors que, si elle intervient à la période 1, ils réduisent leur épargne afin de pouvoir payer leur prime d'assurance et donc financer les indemnités futures. L'auteur montre, enfin, que sous certaines hypothèses, la détérioration de l'état de santé conduit les individus à réduire leur protection contre les conséquences financières des maladies.

CONCLUSION

Les travaux de ces 38èmes journées des économistes de la santé ont été guidés par l'esprit d'échange et de partage cher au philosophe français Nicolas Boileau pour qui « du choc des idées jaillit la lumière ». Ainsi les professionnels du secteur de l'économie de la santé ont abordé de nombreuses problématiques et enjeux actuels du système de santé français tels que les inégalités d'accès aux soins, l'assurance, l'organisation des ressources humaines en santé mais aussi et surtout la question de l'évaluation des politiques publiques.

Répartis sur une quinzaine de sessions, ces échanges ont permis aux auteurs des trente-sept travaux présentés d'élargir leurs analyses et de profiter de l'apport des chercheurs pour parfaire aux mieux leur méthodologie et la rédaction de leurs travaux.

Par ailleurs, il est à noter que sur le plan organisationnel, ces journées ont été aussi un succès tant par le nombre de participants, que par la qualité des interventions. L'équipe en charge de ces journées a brillé par la qualité de l'accueil et son entière disponibilité.

Les étudiants du Master 2 Economie de la Santé de l'UPEC ont tiré profit de ces journées qui ont été pour eux une occasion de rencontrer et d'échanger avec de potentiels futurs collaborateurs. La présence d'acteurs de divers horizons a permis à certains de mieux préciser leur projet professionnel.

ANNEXES

SESSION 1 : De l'évaluation économique en santé à la décision publique

Président : H-M. SPATH, Modérateur : N. MOUMJID

Analyse économique et évaluation en santé: un nécessaire rapprochement sur les méthodes, L. ROCHAIX

De la théorie à la pratique : Mesurer la valeur de l'innovation en santé, B. DERVAUX

Présentation du guide méthodologique sur le costing à l'hôpital, P. GUERRE, L. PERRIER

Comment améliorer l'interface entre expert et décideur ? Retours d'expérience sur l'aide à la décision et ses usages, L. BAUMSTARK

SESSION 2 : Santé Développement et croissance

Présidente : Florence JUSOT

La relation entre migration et santé: Influence de l'état de santé sur la décision de migrer et des remises de fonds sur les dépenses de santé des ménages tadjiks, F. JUSOT, S. PELLET ;
Discutant: Y. ARRIGHI

Socioeconomic background, children health and healthcare use: the role of health and educational systems, Y. ARRIGHI; Discutant: S. PELLET

Estimating misreporting in sensitive health behavior: Evidence from condom use of female sex workers in Senegal, C. TREIBICH, A. LEPINE; Discutant: C. GARROUSTE

SESSION 3: General Practitioner

Président: A. PARAPONARIS

Integration form, financial and non-financial incentives and impact on Health Care Delivery: a mixed method design on Accountable Care Organizations, J. MOUSQUES, C. COLLA;
Discutant: Y. VIDEAU

Impact de l'exercice pluri-professionnel sur la composition du temps de travail des infirmières impliquées dans un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmières, C. FRANC, A. AFRITE, J. MOUSQUES ; Discutant: J. DAUPIN

French GPs' willingness to delegate tasks: when risk aversion meets financial incentives, JB. COMBES, A. PARAPONARIS, Y. VIDEAU; Discutant: L. GOLDZAHN

SESSION 4 : Evaluation

Président : B. DETOURNAY

Analyse coût-efficacité de la rifaximine- α dans la prévention des récurrences d'encéphalopathie hépatique en France, A. KABESHOVA, R. LAUNOIS ; Discutant: B. TOUAT

Cost-effectiveness of trabectedin compared with end-stage treatment in advanced soft tissue sarcomas in France: a medico-economic study based in real-life data, J. DAUPIN, P. PAUBEL, D. G. SOARES, JP. LOTZ; Discutant: S. MARGUET

Cost-utility analysis alongside a randomized clinical trial: continuing chemotherapy or not in patients with non-progressive metastatic squamous cell carcinoma of the esophagus, S. MARGUET, A. ADENIS, J. BONASTRE; Discutant: R. LAUNOIS

SESSION 5 : Assurance, régulation et consommation

Président : R. LEGAL

Politiques d'indemnisation et arrêts maladie, A. CHERON, PJ. MESSE, J. RONCHETTI ;
Discutant: M. PERRONNIN

Evolution des inégalités sociales de reste à charge suite à la réforme de l'Assurance maladie de 2004, M. PERRONNIN, C. REGAERT Discutant: C. FRANC

Gatekeeping and the Utilization of Physician Services in France: Evidence on the Médecin Traitant Reform M. DUMONTET, T. BUCHMUELLER, P. DOURGNON, F. JUSOT, J. WITTEWER; Discutant: I. JELOVAC

SESSION 6: Préférence des patients, cancers et tests génétiques

Présidente: N. PELLETIER-FLEURY

Nudging to increase breast cancer screening uptake rate: a randomized experiment, L. GOLDZAHL, G. HOLLARD, F. JUSOT; Discutant: J. SICSIC

Hétérogénéité des préférences face au séquençage haut-débit: une expérience de choix discret auprès de parents d'enfants de maladies génétiques rares. A. PELISSIER, C. PEYRON, S. BEJEAN; Discutant: N. MOUMJID

Breast cancer screening: what is the individual benefits and harms trade-off? Evidence from a discret choice experiment in France, J. SICSIC, N. PELLETIER-FLEURY, N. MOUMJID
Discutant: A. PELISSIER

SESSION 7: Travail santé

Président: D. RAYNAUD

Sick leave legislation and work absence: a multy country study. S. CHAUPAIN-GUILLOT, O. GUILLOT; Discutant: M-H. DEPRET

Choosing them to withstand them? Working conditions and their impact on health status and well-being. E. DEFEBVRE Discutant: A. ADELINÉ

Affections psychiatriques de longue durée et emploi en période de crise économique. A. S. DIBY, P. LENGAGNE, C. REGAERT ; Discutant: E. DEFEBVRE

SESSION 8 : Régulation et médicaments

Président : Sylvain PICHETTI

Comparaison internationale de l'usage de psychotropes dans huit pays européens entre 2007 et 2014, B. M. TOUAT ; Discutant: S. PICHETTI

Drug approval decision times, international reference pricing and access to new drugs, N.

HOUY, I. JELOVAC Discutant: C. THEBAUT

SESSION 9 : Revenu et santé

Présidente : C. FRANC

Collateral effects of a pension reform in France. H. BLAKE, C. GARROUSTE Discutant: C. REGAERT

The causal effect of income on health: An original microsimulation approach. A. ADELIN, E. DELATTRE; Discutant: D. BRICARD

SESSION 10 : Hôpital

Président: P. TESSIER

Hospital readmissions after heart failure: an analysis of the impact of GP follow up among elderly French patients, D. BRICARD, Z. OR; Discutant: M. TENAND

Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Anne PENNEAU, Zeynep OR Discutant: Cyrille COLIN

SESSION 11 : Renoncement aux soins

Président: D. CRAINICH

Renoncer aux soins durant la grossesse : Quelles conséquences sur l'état de santé ? L. ANCELOT, L. BONNAL, M-H. DEPRET ; Discutant: O. GUILLOT

Renoncement aux soins et territoires: une analyse des facteurs individuels et contextuels du renoncement aux soins dentaires en Poitou-Charentes, M. VIGÉ ; Discutant: A. PIERRE

SESSION 12 : Parcours de soins

Président: J. MOUSQUES

Which interactions between healthcare events and polypharmacy ? An analysis from french data, A. LOUCHEZ, M. PERRONNIN, S. PICHETTI, T. BARNAY, Y. VIDEAU, C. SERMET Discutant: Q. ROQUEBERT

Evidence from a French Health Insurance Network of selected opticians, R. BELL-ALDEGHI Discutant: J. WITTEWER

SESSION 13 : Vieillesse et dépendance

Président: T. BARNAY

Pay less, consume more? Estimating the price elasticity of demand for home care services of the disabled elderly Q. ROQUEBERT, M. TENAND Discutant: J. MOUSQUES

Being dependent rather than disabled in France: does the institutional barrier at 60 affect care arrangements? M. TENAND ; Discutant: C. TREIBICH

Handicap, dépendance : quels restes à charge liés aux dépenses de santé avant et après la « barrière d'âge de 60 ans » ? A. PENNEAU, C. SERMET, S. PICHETTI ; Discutant: M. VIGE

SESSION 14 : Préférence des patients

Présidente : N. MOUMJID

Controverses philosophiques autour du concept de fair innings et son application dans les évaluations économiques des interventions de santé, C. THEBAUT, P-L. WEIL-DUBUC, J. WITTEWER ; Discutant: P. TESSIER

Est-ce que nos préférences pour la gestion des ressources de santé dépendent de qui nous sommes? Une analyse du rôle des caractéristiques individuelles dans la théorie des perspectives, N. KRUCIEN, N. PELLETIER-FLEURY, A. GAFNI ; Discutant: R. BELL-ALDEGHI

The willingness to pay per QALY: what role for the utility function structure and income effects? P TESSIE ; Discutant: N KRUCIEN

SESSION 15 : Assurance

Président : J. WITTEWER

Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise: Une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être, C. FRANC, F. JUSOT, A. PIERRE, D. RAYNAUD ; Discutant: B. REY

Value of Statistical Life and Changes in Ambiguity, C. COURBAGE, B. REY ; Discutant: D. CRAINICH

Effet de l'état de santé sur les décisions conjointes d'épargne et d'assurance D. CRAINICH ; Discutant: J. RONCHETTI