

Les zones d'intervention prioritaire reflètent-elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ?

Julien SILHOL - Bruno VENTELOU



Institut national de la statistique et des études économiques

G2020/01

Les zones d'intervention prioritaire reflètent-elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ?

Julien SILHOL* Bruno VENTELOU**

Février 2020

Département des Études Économiques – Timbre G201
88, avenue Verdier – CS 70 058 – 92 541 MONTROUGE CEDEX – France
Tél. : 33 (1) 87 69 59 54 – E-mail : d3e-dg@insee.fr – Site Web Insee : <http://www.insee.fr>

*Ces documents de travail ne reflètent pas la position de l'Insee et n'engagent que leurs auteurs.
Working papers do not reflect the position of INSEE but only their author's views.*

* Insee-Dese – Département des études économiques – Division « redistribution et politiques sociales »

** Aix-Marseille Univ., CNRS, EHESS, Centrale Marseille, IRD, AMSE, Marseille, France

Remerciements

Cette étude a bénéficié du suivi à l'Insee de Lionel Wilner et Sébastien Roux. Les auteurs tiennent à les remercier ainsi que Denis Raynaud et Julien Mousquès qui ont discuté ces travaux lors de séminaires. Les auteurs tiennent aussi à remercier le Bureau des Professions de Santé de la Drees pour son aide précieuse sur les données et sur la méthodologie.

Les zones d'intervention prioritaire reflètent-elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ?

Résumé

Actuellement, on observe en France l'apparition de zones dans lesquelles le nombre de généralistes en regard des besoins de la population est très inférieur à la moyenne nationale.

L'étude s'attache d'abord à mesurer des corrélations entre la densité médicale et certaines variables d'activité et de pratiques de prescription des médecins généralistes. Pour mesurer la densité médicale, nous nous appuyons sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) ainsi que sur le zonage de 2018 qui définit le périmètre des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) vers lesquelles sont fléchées les aides au maintien des généralistes. Les données utilisées sont celles du troisième panel d'observation des généralistes libéraux, enrichies d'indicateurs fournis par la CNAMTS.

Nous observons que la sous-densité médicale va de pair avec des temps de consultation plus courts sans que le temps de travail du médecin ne soit affecté. Nous documentons également l'existence de corrélations entre la densité médicale et certains volumes de prescriptions. En particulier, les médecins des zones les moins denses prescrivent davantage d'antidouleurs (opioïdes) et moins de soins paramédicaux. Enfin, il semble que les actes de prévention soient moins fréquents dans les ZIP.

L'étude s'intéresse encore aux modalités de sélection des ZIP. Cette sélection s'effectue en partie à l'aide d'un seuil sur l'indicateur d'APL, mais les Autorités Régionales de Santé (ARS) ont également la possibilité de sélectionner des communes. En utilisant des variables dont la première partie de l'étude a montré la corrélation avec la densité médicale, nous comparons cette sélection effectuée avec une sélection contrefactuelle qui aurait été entièrement centralisée et fondée uniquement sur l'indicateur d'APL. La sélection effectuée semble davantage refléter l'hétérogénéité des pratiques des médecins

Mots-clés : généralistes, densité médicale, volume d'activité, prescriptions, opioïdes, procédure de zonage

Do general practitioners in low medical density areas have different practices ?

Abstract

In France, we observe currently an increasing number of deprived areas in terms of health care where General Practitioners (GPs) are not numerous enough to cover the needs of the population.

First, this paper documents correlations between medical density and some activities or prescription practice variables. Medical density is measured thanks to a Local Potential Accessibility indicator (LPA) and by splitting GPs into two groups: (i) those working in Priority Intervention Zones (PIZs), these areas being eligible to programs that are designed to retain GPs or to favor their setting up, and (ii) the others. We use a nationally representative panel of French GPs matched with administrative data.

We find that GPs practicing in deprived areas have a higher number of patients. They do not react to higher demand by increasing their labor supply at the intensive margin, i.e., in increasing their working hours: they provide with shorter medical consultations. Some prescriptions seem to be correlated with medical density. By instance, GPs from deprived areas tend to prescribe more opioids and less paramedical care. Lastly, we find that preventive care is less frequent in PIZs.

The paper also examines the PIZs selection procedure. This selection is partly based on a threshold of the LPA indicator; it is also based on the Regional Health Authorities (ARS)' ability to select municipalities. Using variables that have been previously found to be correlated with medical density, we compare this selection with a counterfactual one that would have been entirely centralized and based solely on the LPA indicator. The actual selection seems to reflect more the heterogeneity of physicians' practices than the counterfactual selection.

Keywords: Healthcare workforce, Physician density, underserved areas, Prescribing, Opioids, zoning criteria

Classification JEL : I18

Table des matières

Introduction	4
1 Données et éléments de contexte	6
1.1 L'indicateur d'accessibilité potentielle localisé	6
1.2 Les Zones d'Interventions Prioritaires	7
1.3 Données	9
1.4 Les médecins des ZIP	11
2 Densité en généralistes et hétérogénéité des pratiques	12
2.1 Liens entre densité en généralistes, activités et prescriptions	12
2.1.1 Méthodes et estimations	12
2.1.2 Discussion	19
2.2 Robustesse à l'auto-sélection en zones-sous-denses.	21
2.3 Moins d'actes de prévention dans les ZIP ?	24
2.3.1 Indicateurs de prévention	24
2.3.2 Fréquence des gestes de prévention en gynécologie	26
3 Classement en ZIP : complémentarité entre l'approche nationale et l'approche régionale.	28
3.1 Modalité de sélection des ZIP	28
3.2 Reconstitution d'un contre-factuel : les ZIP-alternatives	29
3.3 Comparaison des deux sélections	30
3.3.1 Corrélation entre les sept variables et les sélections, en contrôlant de l'APL	31
3.3.2 Hétérogénéité des pratiques et zonages	33
Conclusion	36
Bibliographie	37
Annexes	39
A1. Arrêté définissant la méthodologie de sélection des ZIP	39
A2. Robustesse des résultats de la section 2.1 à un changement du modèle estimé	45
A3. Robustesse des résultats de la section 2.2. à un changement de seuil de la définition des Zones sous-denses	46
A4. Indicateurs de prévention de la ROSP pour l'année 2013	47

Introduction

Des dynamiques démographiques nettes contribuent aujourd'hui à dégrader l'équilibre entre offre et besoin en soins primaires. D'une part, la population française augmente, vieillit, et accroît ses besoins en soins, comme en témoigne la hausse de la part de patients atteints d'une maladie chronique (Drees, SPF, 2017). D'autre part, le nombre de médecins généralistes libéraux a amorcé une légère baisse depuis 2010, et le nombre moyen de consultations offertes par les médecins des nouvelles générations est moins important que celui des générations précédentes (Bachelet M., Anguis M. 2017).

Les lieux d'exercice des généralistes libéraux ne sont pas régulés par l'État puisqu'en France les médecins ont la liberté dans le choix de leur lieu d'installation. Par ailleurs, les tarifs des consultations sont identiques sur tout le territoire et fixés par l'assurance maladie. On assiste ainsi depuis quelques années à l'apparition de « zones critiques », dans lesquelles les généralistes sont nettement moins nombreux au regard des besoins de la population, que sur le reste du territoire. Ces zones sont appelées à se multiplier et à s'étendre (Vergier N., Chaput H., 2017).

Les missions du généraliste sont potentiellement plus difficiles à remplir lorsqu'il exerce dans un territoire où l'offre en soins primaires est dégradée. Elles ne se limitent pas à ses propres activités de soins. Le médecin généraliste a un rôle central, inscrit dans la loi, d'aiguilleur des patients dans le système de santé. En assurant l'essentiel de l'adéquation entre les besoins et l'offre de santé, il est un facteur essentiel de l'efficience de l'offre médicale dans son ensemble (Ferrer et al., 2005). Aussi, mieux connaître les écarts de pratiques des généralistes des territoires où ils sont moins nombreux est un sujet d'importance.

En Janvier 2019, une liste des *Zones d'Interventions Prioritaires* (ZIP) qui sont les zones du territoire éligibles aux aides conventionnelles et ministérielles à l'installation et au maintien des généralistes a été publiée. Un premier objectif de cette étude est de fournir des statistiques descriptives sur ce zonage. Nous nous demandons ensuite si l'organisation des médecins ainsi que certaines pratiques de prescriptions et de préventions sont impactées par la densité en généralistes. Nous utilisons pour cela l'indicateur d'*accessibilité potentielle localisée* (APL), ainsi qu'une comparaison entre les médecins installés dans les ZIP et leurs confrères des autres zones.

Les dispositifs publics de ciblage et de soutien aux territoires en difficulté, comme les ZFU¹ ou les REP² sont nombreux, en France comme à l'étranger. Ils identifient généralement le caractère « critique » des difficultés sociales ou économiques d'un territoire sur la base d'un critère-seuil d'éligibilité et consistent à mettre en place des aides, le plus souvent financières, concédées aux entreprises, aux collectivités territoriales, ou encore aux écoles, qui exercent une activité dans la zone (exonérations, subventions de fonctionnement, aide forfaitaire, etc...).

Les modalités de sélection des ZIP sont l'objet d'un arrêté ministériel³. Plutôt que de fixer un critère national qui s'appliquerait uniformément sur tout le territoire, l'arrêté prévoit explicitement

1. Certains quartiers défavorisés sont éligibles au dispositif appelé *Zones Franches Urbaines* (ZFU). Les entreprises qui y sont implantées bénéficient d'exonérations de charges fiscales et sociales. Une évaluation de cette politique d'exonération est proposée dans Givord et al. (2012).

2. Dans les zones du territoire concentrant le plus de difficultés scolaires, les écoles maternelles et primaires et les collèges forment un *Réseau d'Education Prioritaire* (REP), ce qui les rend éligibles à des aides comme l'affectation d'enseignants supplémentaires. Une évaluation de ce type de dispositif est proposée dans Prost (2013)

3. Arrêté du 13 Novembre 2017 - JORF 0266, texte 13 ; (le texte de l'arrêté figure dans l'annexe 1).

d'impliquer les autorités régionales de santé (ARS) dans la sélection des zones, en leur laissant une marge dans la décision de classement. La sélection se fait ainsi pour une part au niveau centralisé, à partir de l'indicateur d'APL, et pour une part au niveau régional, en s'appuyant sur les services déconcentrés de l'État. Ce caractère hybride rend possible une comparaison entre la sélection telle qu'elle a été effectuée et une sélection contrefactuelle qui ne serait appuyée que sur l'indicateur d'APL.

Nous nous appuyons sur le troisième *panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale* enrichi de données de la sécurité sociale. Nous trouvons qu'il existe des corrélations fortes entre l'indicateur d'APL et certains aspects de l'organisation et des pratiques de prescription des médecins. Ces corrélations restent valables lorsqu'on compare les données du panel selon que le répondant exerce ou n'exerce pas dans une ZIP. En particulier, les médecins des ZIP ont un volume et un rythme d'activité supérieurs, et certaines de leurs prescriptions sont plus importantes. Nos données semblent aussi montrer une baisse de la qualité de la prise en charge dans les ZIP, notamment parce que certains actes de prévention y seraient moins fréquents. Enfin, nous trouvons que le zonage tel qu'il a été fait reflète davantage l'hétérogénéité de certaines pratiques des médecins qu'un zonage centralisé uniquement fondé sur l'indicateur d'APL.

La question des adaptations que les généralistes travaillant dans de ce qu'il est convenu d'appeler "les déserts médicaux" sont amenés à faire est un sujet majeur pour l'action publique. Peu d'études économiques quantitatives traitaient jusque-là de ce sujet⁴, en particulier à cause de la difficulté à identifier les zones où le déséquilibre entre l'offre et les besoins en soin est le plus critique.

L'étude est organisée comme suit. Dans la première partie, nous présentons les données utilisées et nous apportons des éléments de contexte. La deuxième partie met en évidence des différences d'activités, de pratiques de prescriptions et de préventions selon la densité en généralistes. Dans la troisième partie, nous abordons la question du processus de sélection des ZIP, en montrant l'intérêt du recours à l'expertise régionale en complément de l'utilisation de l'indicateur d'APL.

4. Des études traitent de cette question dans les pays en développement. Pour ce qui est des pays développés, des études traitent de certaines de spécificités de la médecine en milieu rural. Silhol et al. (2019) traite de certaines spécificités des pratiques des généralistes en zones sous-denses, ces dernières étant définies à partir d'un seuil arbitraire d'APL. Il existe aussi des études axées sur le comportement des médecins en situation de forte concurrence (voir par exemple Scott A, Shiell A (1997), Kann IC et al. H (2010), Iversen T, Ma CA (2011))

1 Données et éléments de contexte

1.1 L'indicateur d'accessibilité potentielle localisé

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (**APL**), développé par la Drees et l'Irdes est une mesure de la tension entre offre et besoins en soins de premiers recours, calculée pour chaque commune, et à un niveau plus fin dans les grandes villes⁵.

Le calcul de l'APL pour une commune est de la forme :

$$APL = \frac{\text{Offre en consultations}}{\text{Besoin en consultations}}$$

Des arbitrages sont nécessaires pour définir l'offre et les besoins en consultations de chaque commune. Ils ont été faits par un groupe de travail piloté par la direction générale de l'offre de soins, réunissant la Cnamts, le Secrétariat général du ministère des Affaires sociales et la santé, la Drees, l'Irdes et le Commissariat général à l'égalité des territoires :

- Concernant l'offre en consultations pour les habitants d'une commune, les généralistes libéraux ou exerçant dans un centre de santé situé à moins de 20 minutes en voiture sont retenus. L'estimation du nombre de consultations qu'ils sont susceptibles d'offrir aux habitants d'une commune obéit à deux règles.
D'une part, le nombre de consultations⁶ offertes par un médecin dans l'année est approché par le nombre de consultations effectivement réalisées l'année précédente, avec toutefois un écrépage. S'il est inférieur à 3600 ou supérieur à 6000, il sera considéré comme égal à l'une de ces deux bornes⁷.
D'autre part, lorsqu'on agrège ces offres⁸, une pondération s'applique pour tenir compte de la distance qui sépare la commune et le cabinet du médecin. L'offre en consultations d'un médecin exerçant dans la commune ou à moins de 10 minutes en voiture est prise en compte dans sa totalité : la pondération vaut 1. L'offre est pondérée par un facteur 2/3 si le cabinet est situé à une distance comprise entre 10 et 15 minutes de la commune en voiture et par un facteur 1/3 si elle est comprise entre 15 et 20 minutes.
- Les besoins de la population sont évalués à partir de la taille et de la structure par âge. Les populations de la commune et des communes voisines sont prises en compte, avec le même système de pondération relatif à la distance que celui décrit précédemment. Par ailleurs, les individus eux-mêmes sont affectés d'un poids qui dépend de leur âge, afin de refléter l'hétérogénéité des besoins de recours à un médecin généraliste. Ainsi, les 25-29 ans se voient attribuer un facteur 0,74 et les 75-79 ans un facteur 1,9.

5. Pour une présentation détaillé de l'indicateur, voir : Barlet M. et al. (2012), ainsi que Vergier N., et Chaput H. (2017).

6. Consultations = consultations en cabinet + visites à domiciles.

7. On trouvera des justifications de ces écrépages dans Vergier et Chaput (2017)

8. Une version de l'APL n'inclut que les offres des médecins âgés de moins de 65 ans.

Par construction, l'indicateur d'APL pallie les faiblesses des deux principaux indicateurs d'accessibilité spatiale aux médecins traditionnellement utilisés dans les études de santé publique : la distance d'accès au cabinet le plus proche (qui ne tient pas compte du degré de saturation de ce cabinet) et la densité en médecin au sein d'un territoire administratif (qui fait l'hypothèse qu'un patient ne peut consulter hors de son territoire de résidence).

L'unité de l'APL est le nombre moyen de consultations auxquelles ont accès les habitants standardisés ⁹ d'une commune. En France Métropolitaine, l'APL médian est de 4,1 consultations par an et par habitant (tableau 1).

TABEAU 1 : Distribution de l'APL

Moyenne	Écart-type	Min	D1	Q1	Méd	Q3	D9	Max
4,1	1,2	0	1,6	3,2	4,1	4,9	5,7	28,7

Champ France métropolitaine - Source Drees, Insee - Note L'APL est pondérée par la population de la commune.

1.2 Les Zones d'Interventions Prioritaires

Chaque région est découpée en territoires de vie santé (TVS) qui constituent l'unité géographique de référence en matière d'accès aux soins. Un TVS est un regroupement de communes fondé sur les flux de recours aux soins des usagers. L'APL d'un territoire de vie santé est la moyenne des APL des communes qui le composent, pondérée par leurs populations.

Cet indicateur a une dimension officielle : il est à la base du processus de sélection des Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP) vers lesquelles sont fléchées les aides à l'installation et au maintien des généralistes (encadré 1). L'arrêté ministériel du 13 Novembre 2017 (Annexe 1) précise que la maille sur laquelle peut s'appliquer un classement en ZIP est le territoire de vie santé. Lorsque l'APL d'un territoire de vie santé est inférieur à 2,5 ¹⁰, il est automatiquement classé en ZIP. Ensuite, les autorités régionales de santé (ARS) classent au cas par cas, en fonction de diagnostics territoriaux plus fins, les territoires de vie santé dont l'indicateur d'APL est compris entre 2,5 et 4 dans une limite fixée en termes de pourcentage de la population. Les ARS peuvent aussi rendre éligibles aux aides prévues pour les ZIP des quartiers prioritaires de la politique de la ville sans pour autant classer l'ensemble du territoire auquel il appartient. À titre expérimental, ces règles sont assouplies ¹¹ pour une durée de deux ans pour quatre des treize ARS que compte la France métropolitaine.

En janvier 2019 la liste des TVS retenus pour un classement en ZIP était publiée par chacune des ARS. Au final, environ 30% des communes de France métropolitaine, représentant un peu moins de 18% de la population sont classées en ZIP.

9. La standardisation résulte de la prise en compte des âges des habitants. Elle permet de rendre comparable l'accessibilité à un médecin généraliste de zones où populations sont d'âges très différents.

10. L'arrêté précise que ce seuil est fondé sur l'APL moyen, qui vaut 3,8 pour la France entière : « une offre médicale est insuffisante dès lors qu'elle est inférieure d'au moins un tiers à cette valeur » (annexe 1)

11. Cette dérogation est l'objet du décret 2017-1862 du 29 Décembre 2017.

Encadré 1 : Les aides conventionnelles fléchées vers les ZIP

La convention médicale de 2017 définit quatre types d'aides :

1. Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM) permet aux généralistes s'engageant à s'installer cinq ans dans une ZIP en cabinet de groupe et dans le cadre d'un exercice conventionné (secteur 1 ou 2) de recevoir une aide forfaitaire au prorata de leur activité. Ils reçoivent ainsi une prime de 50 000 € s'ils exercent 4 jours par semaine.
2. Pour les médecins conventionnés et exerçant en cabinet de groupe déjà installés en ZIP, le Contrat de Stabilisation et de Coordination (COSCOM) prévoit une aide forfaitaire de 5000€.
3. Le Contrat de Transition (COTRAM) s'adresse aux médecins de 60 ans et plus installés en ZIP préparant une cessation d'activité. Un tel médecin, s'il accompagne un médecin nouvellement installé, bénéficie d'une majoration de 10% de ses honoraires, dans une limite annuelle de 20 000 €.
4. Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM) s'adresse aux médecins dont l'activité principale n'est pas située en ZIP. En exerçant au moins 10 jours par an en ZIP, le médecin voit les honoraires issus de son activité en ZIP majorés de 10%, dans la limite de 20 000 € ainsi que la prise en charge des frais de déplacements engagés pour se rendre dans la ZIP.

Les montants de ces quatre aides sont des montants «planchers», décidés au niveau national. Ils peuvent être majorés par les Autorités Régionales de Santé (ARS). Des aides complémentaires sont par ailleurs versées lorsque le généraliste réalise une partie de son activité dans un hôpital de proximité et lorsqu'il reçoit un étudiant en stage. Quant aux collectivités locales, elles restent libres de fournir d'autres aides que ce soit dans des ZIP ou des autres zones, comme la mise à disposition de locaux par une mairie.

Les habitants des ZIP résident plus fréquemment, en moyenne, dans une commune défavorisée que les habitants des autres zones, si l'on prend comme critère le revenu médian (Tableau 2).

Par ailleurs, ils résident en moyenne plus fréquemment dans un espace péri-urbain ou dans une commune isolée que les habitants des autres zones et moins fréquemment dans une grande ville (Tableau 3).

Cependant, certaines grandes villes, ou certaines parties des grandes villes sont aussi classées en ZIP. C'est le cas par exemple des 18^{ième} et 19^{ième} arrondissements parisiens.

TABLEAU 2 : ZIP et niveau de vie

	Commune défavorisée	Commune favorisée
ZIP	36,4%	16,7%
Ensemble	25,0%	25,0%

Champ France métropolitaine

Source Drees, Insee

Notes Une commune défavorisée (resp. favorisée) est ici définie comme une commune dont le niveau de vie médian fait partie des 25 % les plus bas (resp. les plus hauts).

Lecture 36,4% de la population des ZIP réside dans une commune dont le niveau de vie médian fait partie des 25% les plus bas.

TABLEAU 3 : Ventilation de la population des ZIP selon le type de territoire

	Grand pôle	Espace péri-urbain	Autre aire urbaine	Commune isolée	Autres
ZIP	41, 8%	27, 6%	11, 3%	9, 7%	9, 6%
Autres Zones	61, 8%	23, 3%	6, 6%	3, 7%	4, 6%
Ensemble	58, 3%	24, 6%	7, 4%	4, 5%	5, 2%

Champ France métropolitaine

Source Drees, Insee

Note La typologie des territoires est celle de l'Insee.

Lecture 41, 8% de la population des ZIP réside dans un Grand pôle.

1.3 Données

L'étude s'appuie sur le troisième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale co-produit par la DREES, certains Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) et les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS).

Ce panel interroge environ 3% des médecins généralistes libéraux exerçant en France Métropolitaine (on compte pour chacune des vagues plus de 1500 répondants et l'effectif des généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine et dont l'activité principale n'est pas classée parmi les modes d'exercices particuliers¹² est d'environ 55 000).

Les généralistes sont interrogés tous les 6 mois, pendant une vingtaine de minutes, sur une période allant de 2014 à 2017. Les vagues successives d'interrogations portent sur des thèmes différents : prise en charge des patients en situation précaire, rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers après le diagnostic de la maladie, suivis gynécologiques etc.

Les réponses sont enrichies de données de la sécurité sociale pour les répondants ayant accepté leur appariement au panel (ce qui est le cas de plus de 85% d'entre eux). Ces données portent sur l'année 2013. Il s'agit, d'une part, des Relevés Individuels d'Activité et de Prescription (RIAP), contenant les nombres de visites, de consultations, des éléments sur la composition sociodémographique de la patientèle et les volumes de certaines prescriptions; d'autre part, des « scores » réalisés aux indicateurs relatifs à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Ainsi, l'ensemble de l'étude s'appuie sur des données administratives portant sur l'année 2013 et des données déclarées recueillies entre 2014 et 2017.

Les variables utilisées dans cette étude pour décrire les médecins, leur environnement d'exercice et certaines caractéristiques de leur patientèle sont l'objet de l'encadré 2. Sauf mention contraire,

12. Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la méthode thérapeutique n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, comme l'acupuncture et l'homéopathie. La sécurité sociale prend cependant en charge le remboursement des consultations réalisées par ce type de médecin.

seuls les généralistes ayant déclaré un temps de travail pour leur activité libérale d'au moins une journée par semaine¹³ sont retenus pour les estimations.

Encadré 2 : Variables descriptives des médecins, de leurs environnements d'exercice et de leurs patientèles

Les variables suivantes, déjà documentées par la littérature^a pour avoir une influence sur le travail des médecins constituent les principales variables de contrôle mobilisées dans les régressions des parties II et III.

- L'âge et le sexe du médecin.
- L'exercice en secteur 2 ou le non-conventionnement du médecin.
Cela correspond aux situations relativement rares (moins de 10% des cas) où le médecin est libre de fixer ses honoraires.
- L'exercice en cabinet de groupe (au moins deux médecins dans les mêmes locaux), ou en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP).
- L'établissement du cabinet dans une commune rurale.
- La localisation du cabinet à Paris ou dans les Hauts-de-Seine.
On rencontre en effet dans ces zones une concentration exceptionnelle de spécialistes exerçant en cabinet de ville, ce qui impacte le travail des généralistes.
- Le niveau de vie de la commune où est installé le cabinet.
Plus précisément, nous utilisons deux indicatrices : Q1 (resp. Q4) prend la valeur 1 lorsque le cabinet est installé dans une commune dont le niveau de vie médian fait partie des 25% les plus bas (resp. plus hauts).
- La structure d'âge de la patientèle.
- La proportion de patients bénéficiaires de la CMU-C.
Cette proportion constitue un indicateur de la précarité sociale au niveau précis de la patientèle du médecin, en complément de la variable "revenu médian de la commune" qui décrit plutôt l'environnement d'exercice.

a. notamment Scott and Shiell (1997), Munkerud (2012), Clerc et al. (2012) et Flicoteaux et al. (2014)

Nous avons vu dans la section précédente que les ARS peuvent rendre éligibles aux aides des quartiers prioritaires de la politique de la ville sans pour autant classer en ZIP l'ensemble des territoires vie santé auxquels ils appartiennent. Cette possibilité induit une limite dans notre étude car nous ne pouvons pas repérer dans nos données les médecins exerçant dans un quartier prioritaire. Ainsi, un médecin du panel exerçant dans un quartier prioritaire classé en ZIP mais dont

13. Plus précisément, nous enlevons des données les généralistes ayant répondu un nombre d'heures strictement inférieur à 8 à la question : «Au final, la semaine dernière/ au cours d'une semaine ordinaire, en comptant toutes vos activités professionnelles, combien d'heures consacrez-vous pour votre activité de médecin libéral de cabinet en ville, y compris les diverses tâches administratives?»

le territoire de vie santé ne l'est pas, est considéré comme n'exerçant pas en ZIP. Cependant, cette configuration est certainement rare voire inexistante dans notre champ d'étude. D'une part, moins de 7% ¹⁴ des généralistes libéraux sont installés dans un quartier prioritaire ; d'autre part, les sélections isolées de quartiers prioritaires ne sont pas très nombreuses, certaines ARS n'en ont retenu isolément aucun et beaucoup n'ont utilisé cette possibilité qu'à la marge.

1.4 Les médecins des ZIP

Les médecins exerçant dans les ZIP sont plus souvent des hommes, et ils sont plus âgés que leurs confrères des autres zones (Tableau 3).

S'ils exercent plus souvent que leurs collègues des autres zones dans des communes rurales, plus de 70% des médecins des ZIP exercent dans des communes urbaines. La ventilation des médecins selon le niveau de vie de leur lieu d'exercice montre que les médecins des ZIP sont plus souvent installés dans des communes où le revenu par habitant est bas (Tableau 3).

Enfin, la patientèle des médecins des ZIP est plus importante : le nombre moyen de patients distincts qu'ils ont vus en 2013 est de 16% plus élevé que dans les autres zones (1787 en ZIP et 1537 dans les autres zones).

TABLEAU 4 : Caractéristiques des généralistes libéraux exerçant dans les ZIP

	Hommes	Âge ≥ 60	Âge moyen	Exercice dans une commune rurale	Exercice dans une commune défavorisée	Exercice dans une commune favorisée
ZIP	63%	43%	54 ans	29%	39%	14%
Autres zones	57%	36%	51 ans	15%	24%	26%
<i>p-valeurs</i> (test de Student ou chi2)	< 0, 01	< 0, 01	0, 01	< 0, 01	< 0, 01	< 0, 01

Champ Deux premières colonnes : généralistes libéraux exerçant en France Métropolitaine en 2010 (les médecins exclusivement salariés, à mode d'exercice particulier, ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement dans l'année sont exclus), soit le champ dans lequel les médecins du panel ont été tirés au sort (56 520 médecins). Cinq dernières colonnes : Répondants à la vague d'inclusion du panel ayant accepté l'appariement de leurs données RLAP (1553 généralistes, données pondérées).

Source DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) et Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Colonnes 1 et 3 : RPPS 2019 - DREES

Notes L'âge considéré est l'âge à l'inclusion dans le panel / Une commune favorisée (resp. défavorisée) est une commune dont le niveau de vie médian fait partie des 25 % les plus bas (resp. les plus hauts) / La taille de la patientèle est le nombre de patients différents ayant fait l'objet d'au moins une consultation ou une visite. La p-valeur donnée à la colonne 3 est celle du test de Student de comparaison des moyennes. Celles des autres colonnes sont relatives à un test du chi2 d'indépendance.

14. D'après les chiffres du rapport 2015 de l'Observatoire national de la politique de la ville

2 Densité en généralistes et hétérogénéité des pratiques

Nous nous demandons ici si l'activité ainsi que certaines pratiques des généralistes sont corrélées avec la densité en soins de premiers recours, cette densité étant mesurée par l'indicateur d'APL ou bien par l'exercice dans une ZIP ou dans un autre type de zone.

2.1 Liens entre densité en généralistes, activités et prescriptions

2.1.1 Méthodes et estimations

L'activité des médecins est abordée dans cinq dimensions : nombre d'actes, taille de la patientèle, temps de travail (total), rythme des consultations et temps dévolu à la formation continue (encadré 3). Les enrichissements du panel par les données de la sécurité sociale donnent accès aux volumes de certaines prescriptions des généralistes. Nous retenons le montant annuel agrégé des remboursements pharmaceutiques, les prescriptions d'antibiotiques, d'hypnotiques et d'opioïdes¹⁵ ainsi les remboursements de soins infirmiers et de kinésithérapie. Le tableau 5 montre des écarts significatifs de moyennes pour certaines de ces variables, selon que le médecin exerce dans une ZIP ou dans une autre zone.

TABLEAU 5 : Activité et prescriptions, comparaison des moyennes entre les médecins des ZIP et médecins des autres zones.

	ZIP	Autres Zones	<i>p-valeur (Student)</i>	Unité
Actes	6004	5084	< 0,01	consult. ou visite / an
Nombre de patients	1915	1594	< 0,01	patients (distincts) / an
Tps de travail (total)	49,3	48,1	0,15	heures/semaine
Rythme (proxy)	2,65	2,32	< 0,01	Consultations / heure
Formation continue	10,25	9,03	0,13	demi-journée ou soirée / an
Montants agrégés des rbst. de pharma.	188,8	182,4	0,44	€/patient×année
Antibiotiques	0,95	0,87	0,05	boites/patients×année
Hypnotiques	0,36	0,40	0,09	boites/patients×année
Opioïdes	0,83	0,68	< 0,01	boites/patients×année
Rbst soins infirmiers	9,36	15,12	< 0,01	€/patient×année
Rbst soins kiné	11,79	18,04	< 0,01	€/patient×année
<i>N</i>	195	1249	-	-

Champ : Répondants à la vague d'inclusion du panel, ayant déclaré un temps de travail moyen pour leur activité libérale supérieur à une journée par semaine, ayant accepté la communication de leur RIAP, et ayant répondu à la question sur la formation continue.

Source : DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014.

15. Classes ATC correspondantes : J01 (tous antibiotiques); N05C sauf N05CA03, N05CB02; + N05BC51 (hypnotiques); NO2A (opioïdes)

Encadré 3 : Cinq variables pour décrire l'activité des médecins.

- Le **nombre d'actes** réalisés par le généralistes est la somme des consultations et des visites qu'il a effectué en 2013. C'est une donnée de la sécurité sociale appariée au Panel.
- La **taille de la patientèle** est le nombre de patients distincts vus au moins une fois par le médecin en 2013. C'est une donnée de la sécurité sociale appariée au Panel.
- Le **temps de travail total** est une donnée déclarée. La question posée était : « *Au final, la semaine dernière/ au cours d'une semaine ordinaire, en comptant toutes vos activités professionnelles, pendant combien d'heures travaillez-vous ?* »
- La variable **Rythme** est un proxy du nombre moyen de consultations réalisées par le médecin en une heure :

$$\text{Rythme} = \frac{\text{Nombre d'actes (2013)}}{\text{Temps de travail hebdomadaire déclaré} \times 46,7}$$

où le temps de travail hebdomadaire déclaré est la réponse à la question : « *Au final, la semaine dernière/ au cours d'une semaine ordinaire, combien d'heures consacrez-vous pour votre activité de médecin libéral de cabinet en ville, y compris les diverses tâches administratives ?* ». La multiplication par 46,7 est issue des travaux de Jakoubovitch et al. (2012) qui évaluent à 5,3 le nombre annuel moyen de semaines de vacances prises par les généralistes libéraux.

La principale limite de cette mesure a trait à l'hypothèse implicite d'homogénéité du temps de travail, en l'absence de données individuelles sur ce point.

- Le temps alloué à la **formation continue** est une donnée déclarée, la question posée aux généralistes étant : « *Combien de demi-journées (ou soirées) de Formation Médicale Continue ou EPP, avez-vous suivies au cours des 12 derniers mois ?* » .

Pour mesurer la corrélation entre l'APL et les différentes variables Y conditionnellement aux variables de contrôle, nous estimons le modèle :

$$\log(Y) = \alpha_0 + \alpha_1 \log(APL) + \beta X + \epsilon, \quad (1)$$

où X est l'ensemble des variables de contrôle présenté dans l'encadré 2 (section 1.2).

Cinq modèles alternatifs ont été testés¹⁶, ils conduisent aux mêmes conclusions dans la quasi-totalité des cas (Annexe 2). Le modèle (1) a été retenu parce qu'il permet des interprétations en termes de variations relatives et parce qu'il semble être celui qui s'ajuste le mieux aux données (R^2 les plus élevés).

De plus, en introduisant dans le modèle la variable APL en logarithme, l'hétérogénéité des valeurs les plus faibles, qui correspondent aux situations de sous-densité médicale est accrue. Quant aux variables dépendantes, leurs extrema sont principalement des extrema par excès : leur introduction en logarithme permet un lissage.

Dans le cas précis de la formation continue pour laquelle plus de 15% des médecins déclarent allouer un temps nul¹⁷, nous estimons un modèle Tobit par maximum de vraisemblance :

$$Y = \begin{cases} Y^* & \text{si } Y^* = \alpha_0 + \alpha_1 \log(APL) + \beta X + \epsilon > 0 \\ 0 & \text{sinon.} \end{cases} \quad (2)$$

Les tableaux 6 et 7 présentent les estimations pour les variables relatives à l'activité du médecin et celles relatives aux prescriptions. Il apparaît que la densité médicale, mesurée par le niveau d'APL, est fortement corrélée avec de nombreux aspects de l'activité et des prescriptions des médecins. Ainsi, bien qu'il ne soit calculé qu'à partir du volume d'activité agrégé des médecins d'une zone et de données du recensement, l'indicateur d'APL constitue un reflet de l'hétérogénéité inter-individuelles des organisations et des prescriptions des généralistes du panel.

Pour mesurer la corrélation entre l'exercice en ZIP et chacune de ces variables Y , nous estimons les modèles (3) et (4), identiques aux modèles (1) et (2) mais dans lesquels la variable $\log(APL)$ est remplacée par l'indicatrice ZIP qui prend la valeur 1 lorsque le médecin exerce dans une ZIP :

$$\log(Y) = \alpha_0 + \alpha_{ZIP} ZIP + \beta X + \epsilon, \quad (3)$$

Dans le cas de la formation continue, le modèle estimé par maximum de vraisemblance est :

$$Y = \begin{cases} Y^* & \text{si } Y^* = \alpha_0 + \alpha_1 ZIP + \beta X + \epsilon > 0 \\ 0 & \text{sinon.} \end{cases} \quad (4)$$

Les estimations sont présentées dans les tableaux 7 et 8.

16. Y/APL ; $Y/APL + APL^2$; $Y/\log(APL)$; $\log(Y)/APL$ et $\log(Y)/APL + APL^2$ - Voir annexe 2

17. La question qui leur est posée est : « Combien de demi-journées (ou soirées) de Formation Médicale Continue ou EPP, avez-vous suivies au cours des 12 derniers mois ? »

TABEAU 6 : Corrélations entre APL et Actes, taille de la patientèle, temps de travail (total), rythme des consultations, formation continue.

	Nombre d'actes	Nombre de patients	Temps de travail	Rythme consult.	Formation continue
Constante	8,56*** (0,13)	7,34*** (0,11)	4,03*** (0,07)	0,80*** (0,12)	4,17 (3,23)
Log(APL)	-0,13*** (0,05)	-0,18*** (0,04)	-0,03 (0,02)	-0,12*** (0,04)	2,54** (1,15)
Âge du médecin (Réf. = [50; 58])					
<50 ans	-0,15*** (0,03)	-0,08*** (0,03)	-0,07*** (0,02)	-0,10*** (0,03)	-2,09*** (0,78)
>58 ans	-0,05* (0,03)	-0,06** (0,03)	-0,06*** (0,02)	0,00 (0,03)	-1,33 (0,81)
Sexe du médecin (Réf. = homme)					
	-0,3*** (0,03)	-0,22*** (0,02)	-0,14*** (0,01)	-0,16*** (0,03)	0,56 (0,7)
Secteur2 (et non conventionnel)					
	-0,46*** (0,05)	-0,22*** (0,04)	-0,06** (0,03)	-0,43*** (0,05)	0,96 (1,29)
Exercice en groupe					
	0,05** (0,03)	0,19*** (0,02)	-0,02* (0,01)	0,07*** (0,02)	0,54 (0,65)
Zone rurale					
	-0,02 (0,04)	-0,04 (0,03)	0,01 (0,02)	-0,05 (0,03)	0,01 (0,93)
Paris et Hauts de Seine					
	0,13** (0,06)	0,28*** (0,05)	0,05 (0,03)	0,08 (0,06)	1,13 (1,48)
Niveau de vie de la commune (Réf. = Q2-Q3)					
Q1	0,05 (0,03)	-0,01 (0,03)	0,03* (0,02)	0,02 (0,03)	-0,17 (0,81)
Q4	-0,08*** (0,03)	-0,04 (0,03)	-0,01 (0,02)	-0,06** (0,03)	0,43 (0,83)
Caractéristiques des patients					
Part des patients <16 ans	1,61*** (0,27)	1,96*** (0,23)	0,23 (0,14)	1,49*** (0,25)	12,02* (6,76)
Parts des patients >60 ans	-0,47** (0,19)	-0,6*** (0,16)	0,19* (0,1)	-0,51*** (0,18)	0,64 (4,7)
Part des patients CMU-C	0,17 (0,2)	-0,32* (0,17)	-0,08 (0,11)	0,33* (0,19)	-12,79** (5,13)
	$R^2=0,20$	$R^2=0,27$	$R^2=0,11$	$R^2=0,19$	$\frac{\log(L)}{N}=-3,51$
	$N=1434$	$N=1434$	$N=1434$	$N=1434$	$N=1434$

Champ : Répondants à la vague d'inclusion du panel ayant déclaré un temps de travail moyen pour leur activité libérale supérieur à une journée par semaine, ayant accepté la communication de leur RIAP, et ayant répondu à la question sur la formation continue. **Source :** DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014. **Note :** Le modèle (1) est utilisé pour les quatre premières colonnes, pour la formation continue, le modèle (2) est estimé - Seuils de significativité : * 10% ; ** 5% ; *** 1%

TABLEAU 7 : Corrélations entre APL et prescriptions.

	Dépenses Pharma.	Antibio.	Hypno- tiques	Opioides	Soins Infirmiers	Soins Kiné.
Constante	4,62*** (0,15)	-0,77*** (0,18)	-0,99*** (0,25)	-0,6*** (0,23)	-0,43 (0,33)	1,72*** (0,19)
Log(APL)	-0,03 (0,05)	-0,12* (0,06)	-0,08 (0,09)	-0,4*** (0,08)	0,23* (0,12)	0,12* (0,07)
Âge du médecin (Réf. = [50; 58])						
<50 ans	-0,14*** (0,04)	-0,14*** (0,04)	-0,10 (0,06)	-0,07 (0,06)	-0,18** (0,08)	-0,06 (0,05)
>58 ans	0,03 (0,04)	0,00 (0,05)	-0,01 (0,01)	-0,06 (0,06)	-0,07 (0,08)	-0,08 (0,05)
Sexe du médecin (Réf. = homme)	-0,11*** (0,03)	-0,09** (0,04)	-0,20*** (0,05)	-0,28*** (0,05)	-0,28*** (0,07)	0,01 (0,04)
Secteur2 (et non conventionnel)	-0,52*** (0,06)	-0,96*** (0,07)	-1,15*** (0,10)	-1,08*** (0,09)	-1,41*** (0,13)	-0,42*** (0,08)
Exercice en groupe	-0,13*** (0,03)	-0,08** (0,04)	-0,03 (0,05)	0,05 (0,05)	0,03 (0,07)	-0,06 (0,04)
Zone rurale	0,03 (0,04)	0,10** (0,05)	0,06 (0,07)	0,04 (0,07)	-0,05 (0,09)	-0,01 (0,05)
Paris et Hauts de Seine	-0,11 (0,07)	0,22*** (0,08)	-0,39*** (0,11)	0,11 (0,10)	-0,09 (0,15)	0,01 (0,09)
Niv. vie de la commune (Réf. = Q2-Q3)						
Q1	0,09** (0,04)	-0,01 (0,05)	-0,01 (0,06)	0,10* (0,06)	-0,18** (0,08)	-0,05 (0,05)
Q4	-0,11*** (0,04)	0,07 (0,05)	-0,17*** (0,01)	-0,16*** (0,06)	0,00 (0,08)	0,06 (0,05)
Caractéristiques patients						
Part des patients <16 ans	0,11 (0,31)	1,57*** (0,38)	-2,72*** (0,53)	-0,34 (0,48)	0,17 (0,69)	-0,92** (0,40)
Parts des patients >60 ans	2,38*** (0,22)	1,30*** (0,26)	1,86*** (0,37)	2,53*** (0,33)	6,12*** (0,48)	2,05*** (0,28)
Part des patients CMU-C	0,82*** (0,24)	1,63*** (0,28)	2,62*** (0,39)	2,18*** (0,36)	2,09*** (0,52)	-0,02 (0,30)
Densité en infirmiers	—	—	—	—	0,01*** (0,00)	—
Densité en kiné.	—	—	—	—	—	0,01*** (0,00)
R²	0,28	0,19	0,25	0,26	0,36	0,23
N	1434	1434	1434	1434	1434	1434

Champ et Source : Voir tableau 6, **Note** : Les estimations sont correspondent au modèle 1

TABLEAU 8 : Corrélations entre exercice en ZIP et activités du médecin.

	Nombre d'actes	Nombre de patients	Temps de travail	Rythme consult.	Formation continue
Constante	8,33*** (0,10)	7,02*** (0,08)	3,98*** (0,05)	0,59*** (0,09)	8,61*** (2,46)
ZIP	0,10*** (0,04)	0,14*** (0,03)	0,01 (0,02)	0,10*** (0,04)	-1,87** (0,94)
Âge du médecin (Réf. = [50; 58])					
<50 ans	-0,15*** (0,03)	-0,08*** (0,03)	-0,07*** (0,02)	-0,10*** (0,03)	-2,01*** (0,78)
>58 ans	-0,06* (0,03)	-0,07*** (0,03)	-0,06*** (0,02)	-0,01 (0,03)	-1,24 (0,81)
Sexe du médecin (Réf. = homme)					
	-0,30*** (0,03)	-0,22*** (0,02)	-0,14*** (0,01)	-0,16*** (0,03)	0,58 (0,70)
Secteur2 (et non conventionnel)					
	-0,47*** (0,05)	-0,23*** (0,04)	-0,06** (0,03)	-0,43*** (0,05)	1,11 (1,29)
Exercice en groupe					
	0,05** (0,03)	0,19*** (0,02)	-0,02* (0,01)	0,06*** (0,02)	0,56 (0,65)
Zone rurale					
	-0,01 (0,04)	-0,02 (0,03)	0,02 (0,02)	-0,03 (0,03)	-0,27 (0,91)
Paris et Hauts de Seine					
	0,13** (0,06)	0,28*** (0,05)	0,05 (0,03)	0,08 (0,06)	1,17 (1,48)
Niveau de vie de la commune (Réf. = Q2-Q3)					
Q1	0,04 (0,03)	-0,02 (0,03)	0,03* (0,02)	0,01 (0,03)	0,00 (0,82)
Q4	-0,07** (0,03)	-0,02 (0,03)	0,00 (0,02)	-0,05 (0,03)	0,15 (0,82)
Caractéristiques des patients					
Part des patients <16 ans	1,70*** (0,26)	2,08*** (0,23)	0,26* (0,14)	1,57*** (0,25)	10,3 (6,64)
Parts des patients >60 ans	-0,42** (0,18)	-0,52*** (0,16)	0,20** (0,10)	-0,46*** (0,17)	-0,54 (4,64)
Part des patients CMU-C	0,12 (0,20)	-0,39** (0,17)	-0,09 (0,10)	0,29 (0,19)	-11,79** (5,10)
	R ² =0,23	R ² =0,26	R ² =0,11	R ² =0,19	$\frac{\log(L)}{N} = -3,46$
	N=1434	N=1434	N=1434	N=1434	N=1434

Champ et Source : Voir tableau 6, **Note** : Le modèle (3) est utilisé pour les quatre premières colonnes, pour la formation continue, le modèle (4) est estimé

TABLEAU 9 : Corrélations entre exercice en ZIP et prescriptions.

	Dépenses Pharma.	Antibio.	Hypno- tiques	Opioides	Soins Infirmiers	Soins Kiné.
Constante	4,58*** (0,11)	-0,99*** (0,14)	-1,15*** (0,19)	-1,30*** (0,18)	-0,03 (0,25)	1,92*** (0,16)
ZIP	0,02 (0,04)	0,04 (0,05)	-0,13* (0,07)	0,20*** (0,07)	-0,28*** (0,10)	-0,20*** (0,06)
Âge du médecin (Réf. = [50; 58])						
<50 ans	-0,14*** (0,04)	-0,14*** (0,04)	-0,11* (0,06)	-0,09 (0,06)	-0,18** (0,08)	-0,06 (0,05)
>58 ans	0,03 (0,04)	0,00 (0,05)	-0,00 (0,06)	-0,07 (0,06)	-0,05 (0,08)	-0,07 (0,05)
Sexe du médecin (Réf. = homme)	-0,11*** (0,03)	-0,09** (0,04)	-0,21*** (0,05)	-0,29*** (0,05)	-0,28*** (0,07)	0,01 (0,04)
Secteur2 (et non conventionnel)	-0,52*** (0,06)	-0,96*** (0,07)	-1,16*** (0,10)	-1,11*** (0,09)	-1,40*** (0,13)	-0,41*** (0,08)
Exercice en groupe	-0,13*** (0,03)	-0,08** (0,04)	-0,03 (0,05)	0,05 (0,05)	0,04 (0,07)	-0,06 (0,04)
Zone rurale	0,03 (0,04)	0,12** (0,05)	0,09 (0,07)	0,09 (0,06)	-0,06 (0,09)	-0,01 (0,05)
Paris et Hauts de Seine	-0,11 (0,07)	0,24*** (0,08)	-0,34*** (0,11)	0,13 (0,11)	-0,06 (0,15)	0,04 (0,09)
Niv. vie de la commune (Réf. = Q2-Q3)						
Q1	0,08** (0,04)	-0,01 (0,05)	0,08 (0,06)	0,00 (0,06)	-0,15* (0,08)	-0,03 (0,05)
Q4	-0,11*** (0,04)	0,08* (0,05)	-0,17*** (0,06)	-0,12** (0,06)	-0,04 (0,08)	0,04 (0,05)
Caractéristiques patients						
Part des patients <16 ans	0,13 (0,31)	1,7*** (0,37)	-2,5*** (0,52)	0,01 (0,48)	0,09 (0,67)	-0,93** (0,39)
Parts des patients >60 ans	2,39*** (0,22)	1,36*** (0,26)	1,95*** (0,36)	2,74*** (0,33)	6,04*** (0,47)	2,02*** (0,27)
Part des patients CMU-C	0,81*** (0,23)	1,57*** (0,28)	2,55*** (0,40)	2,00*** (0,36)	2,16*** (0,51)	0,01 (0,3)
Densité en infirmiers	—	—	—	—	0,01*** (0,00)	—
Densité en kiné.	—	—	—	—	—	0,01*** (0,00)
R²	0,28	0,18	0,25	0,25	0,37	0,23
N	1434	1434	1434	1434	1434	1434

Champ et Source : Voir tableau 6, Note : Les estimations correspondent au modèle 4

2.1.2 Discussion

Que la densité soit mesurée de manière continue par l'APL (modèles 1 et 2) ou de manière binaire en comparant les médecins qui exercent dans les ZIP à leurs confrères des autres zones (modèles 3 et 4), nous constatons une hausse du nombre d'actes, de la taille de la patientèle et du rythme des consultations lorsque la densité diminue.

La question se pose d'une potentielle endogénéité de la variable $\log(APL)$ lorsque la variable expliquée, dans le modèle 1, est le nombre d'actes. En effet, le nombre d'actes réalisé par le médecin entre dans le calcul de l'APL. Mais le biais potentiel, dans l'estimation du coefficient α_1 , est positif, l'indicateur d'APL prenant des valeurs d'autant plus élevées que le nombre d'actes réalisé dans la zone est élevé (voir section 1.1). Or, ce coefficient est estimé négatif : la potentialité d'un biais ne remet donc pas en cause la corrélation négative entre la densité médicale mesurée par l'indicateur d'APL et le nombre d'actes réalisé par le médecin¹⁸.

Nous constatons aussi que le temps consacré à la formation continue et la densité sont positivement corrélés (modèles 2 et 4). Les médecins des zones où ils sont les plus nombreux au regard de la population pourraient ainsi avoir un emploi du temps moins contraint, ce qui leur permettrait d'offrir des temps de consultation plus élevés et d'allouer un temps plus conséquent à l'entretien et l'acquisition de connaissances.

Il est notable de constater que le temps de travail total déclaré par les médecins ne semble pas affecté par la densité en soins primaires¹⁹. Face à une demande accrue, les médecins des zones les moins denses semblent donc opérer un ajustement par le cadencement des consultations, et non par une augmentation de leur temps de travail.

Au niveau agrégé, on ne constate pas de corrélation statistiquement significative entre la densité en généralistes et le montant moyen des remboursements pharmaceutiques annuels par patient. Ce résultat n'est pas attendu, des travaux antérieurs montrant une corrélation négative entre le temps de consultations et le volume des prescriptions. On trouvera à ce sujet une revue de la littérature dans Freeman et al. (2002)²⁰. Plus récemment, Ventelou et al. (2010)²¹ montrent que des durées de consultations courtes sont plus souvent associées à des prescriptions de médicaments, peu recommandées en première intention, dans le traitement de la dépression légère et passagère.

Cependant, il existe une variabilité particulièrement importante dans les prix des traitements et la variable que nous utilisons les agrège. Les pathologies nécessitant les traitements les plus chers

18. Un raisonnement analogue est possible avec le modèle 3. Une zone a une probabilité d'autant plus élevée d'être classée en ZIP que le nombre d'actes qui y sont réalisés est faible. Mais nous trouvons que les médecins des ZIP réalisent significativement plus d'actes que leurs confrères des autres zones.

19. On constate aussi une absence de corrélation entre la densité médicale et le temps de travail déclaré pour l'activité libérale. On trouvera dans Silhol et al. (2019) une analyse plus précise du lien entre les temps de travail des généralistes et la densité médicale. Dans cette étude, des tests de robustesse mettant en oeuvre des indicateurs alternatifs à l'APL sont réalisés. En effet, l'APL est une variable potentiellement endogène lorsqu'il s'agit d'expliquer le temps de travail, puisque toutes choses égales par ailleurs, un temps de travail plus important des généralistes conduit à une augmentation de cet indicateur.

20. Freeman G.K., Horder J.P., Howie J.G. et al. (2002), « Evolving general practice consultation in Britain : issues of length and context », *British Medical Journal*, vol. 324, n°7342, avril, p. 880-882.

21. Ventelou B., Rolland S., Verger P. (2010), « An Examination of GPs' Rhythm of Practice : A Case-vignette to Study the Substitution Effect between the Length of Consultation and Drug Prescribing Practices », *Healthcare Policy*, vol. 5, n°4, mai, p. 58-68.

pourraient constituer une part prépondérante de cette variable et avoir une prévalence non corrélée (ou positivement corrélée) avec la densité en généralistes.

La prescription d'antibiotiques (en boîtes par patient) est d'autant plus importante que la densité médicale -mesurée par l'APL (en *log*)- est faible. Mais on ne retrouve pas ce résultat lorsque la densité médicale est mesurée par l'exercice en ZIP ou dans les autres zones. À l'inverse, les prescriptions d'hypnotiques semblent moins importante en ZIP, sans qu'elles ne soient significativement corrélées avec l'indicateur d'APL (en *log*)

De manière plus robuste, nous constatons qu'une diminution de la densité en généraliste est associée à une augmentation de la prescription d'opioïdes.

Nous suggérons trois hypothèses non exclusives pour expliquer ces différences de prescriptions. Le rythme des consultations pourrait expliquer les différences de prescriptions : les médecins des zones les moins denses compenseraient la plus faible allocation de temps par patient par des prescriptions supplémentaires (Freeman et al., 2002).

Les différences constatées pourraient aussi provenir de biais de variables omises. Par exemple, des différences d'état de santé ou de types de mutuelles des populations pourraient être corrélées avec l'indicateur d'APL. Les corrélations trouvées entre certaines prescriptions et l'indicateur d'APL en seraient une conséquence.

Enfin, il pourrait exister une déformation de la structure des motifs des consultations : face à la difficulté d'accès aux cabinets, les patients les moins souffrants renonceraient à consulter. Selon cette hypothèse, les médecins des zones où ils sont les moins nombreux auraient une patientèle dont les symptômes sont globalement plus aigus que leurs confrères. Cette auto-sélection des patients induirait une modification du case-mix selon la localisation du cabinet et pourrait expliquer certaines différences de prescriptions.

Nous constatons enfin une corrélation négative entre densité en médecins et remboursements de soins infirmiers et de soins de kinésithérapie. Ces résultats sont obtenus en contrôlant des densités respectives en infirmiers et en masseurs kinésithérapeutes²² ; les corrélations sont plus fortes sans ces contrôles. Il semblerait ainsi qu'il y ait un effet de substitution des soins paramédicaux par des prescriptions accrues de médicament anti-douleurs (en l'occurrence des opioïdes).

22. Il existe, pour l'année 2013 des APL relatifs à ces deux activités paramédicales

2.2 Robustesse à l'auto-sélection en zones-sous-denses.

Dans la section précédente, nous avons observé que huit variables étaient corrélées avec l'exercice en ZIP : le nombre d'actes réalisés dans l'année, la taille de la patientèle, le rythme des consultations, le temps alloué à la formation continue, les prescriptions d'opioïdes, d'hypnotiques, les remboursements de soins infirmiers et de soins de kinésithérapie. Dans cette partie, nous proposons une méthode susceptible de vérifier que ces corrélations ne sont pas issues d'effets d'auto-sélection des médecins.

Parmi les territoires classés en ZIP certains n'étaient pas dans une situation particulièrement dégradée du point de vue de l'offre en soins primaires quelques années auparavant. Notre stratégie consiste à restreindre nos données aux médecins des territoires dans lesquels l'offre en soins primaires n'était pas parmi les plus basses dans un passé récent, puis à comparer les médecins dont le territoire a subi un choc d'offre, révélé par le classement en ZIP, aux autres médecins n'ayant pas subi un tel choc.

En 2010, une première version de l'indicateur d'APL a été produite. Nous mobilisons cet indicateur pour repérer les médecins exerçant dans les territoires dont l'offre en soins primaires n'était pas, initialement, parmi les plus basses. Nous considérons que ce sont les médecins dont l'indicateur d'APL-2010 de la commune d'installation ne fait pas partie des 20% les plus bas (Tableau 10). L'annexe 2 propose des tests de robustesse de nos résultats lorsque ce seuil varie : il est successivement fixé à 15%, 25% et 30%.

Pour que cette stratégie de contrôle des effets d'auto-sélection fonctionne, il est nécessaire que, parmi les médecins retenus, ceux exerçant en ZIP se soient installés avant la dégradation de l'offre en soins primaires de leur zone d'exercice.

Or, la base de sondage du panel est le répertoire partagé des personnels de santé, mis à jour le 25 Novembre 2012. Nous sommes donc assurés que les médecins contactés pour répondre au panel étaient tous déjà installés antérieurement. De plus, les médecins exerçant en ZIP que nous conservons dans nos données ont une moyenne d'âge supérieure à 50 ans et plus de 90 % avaient plus de 37 ans au 1^{er} Janvier 2010. Ainsi, nous pouvons supposer que les dates d'installation des médecins sur lesquels nous travaillons sont très majoritairement antérieures à 2010. Parmi les médecins que nous retenons, ceux qui exercent en ZIP ont donc bien subi une dégradation de l'offre en soins primaires dans leur zone d'exercice. En particulier, ils n'ont pas cherché à s'installer dans un environnement faiblement concurrentiel.

Nous estimons les modèles 3 et 4, mais en ôtant des données les 353 médecins qui exerçaient dans une zone sous-dense en 2010.

L'indicatrice *ZIP* prend donc la valeur 1 lorsque le médecin exerce en 2018 dans une commune classée en ZIP, mais qui ne l'aurait pas été si le classement avait été antérieur.

TABEAU 10 : Répartition des médecins selon les densités médicales en 2010 et 2018

		Densité 2018	
		ZIP	Autres zones
Densité 2010	<i>Zones sous-dense (20 %)</i>	Les 331 médecins de ce groupe sont éliminés des données	
	<i>Autres zones (80 %)</i>	Nouvellement en zone sous-dense (109)	Jamais en zone sous-dense (994)

Lecture : Parmi les médecins du panel, 109 exercent dans une commune classée en ZIP, mais qui n'était pas en zone sous-dense en 2010.

Les estimations (Tableau 12) montrent des corrélations significatives entre la dégradation de la densité médicale et six variables : le nombre d'actes réalisés dans l'année, la taille de la patientèle, le rythme des consultations, la prescription d'opioïdes et les remboursements de soins infirmiers et de soins de kinésithérapie.

L'existence de facteurs potentiellement confondants ne permet cependant pas d'être assurés de pouvoir interpréter ces corrélations en termes d'effets causaux. Nous constatons que les communes des médecins ayant subi une raréfaction récente de l'offre de soins dans leur environnement présentent des spécificités (tableau 11). Par exemple, la proportion de médecins exerçant dans une commune dont le revenu médian fait partie des 25% les plus bas est plus importante parmi ceux ayant subi une dégradation de la densité médicale. Nous contrôlons de ces facteurs lorsqu'ils sont observables, mais certains facteurs importants, inobservables, pourraient être omis.

TABEAU 11 : Spécificités des généralistes ayant subi une dégradation de la densité médicale.

	<i>N</i>	Exercice en commune rurale	Exercice en commune défavorisée	Patients couverts par la CMU-C	Patients de plus de 60 ans	Médecins de plus de 58 ans.
Nouveaux en zones-sous-denses	109	31%	41%	8%	26%	34%
Jamais en zones-sous-denses	994	12%	28%	9%	24%	26%
<i>p-valeurs (test de Student ou chi2)</i>	-	< 0,01	< 0,01	0,23	0,02	0,06

Champ : Répondants à la vague d'inclusion du panel ayant déclaré un temps de travail moyen pour leur activité libérale supérieur à une journée par semaine et n'exerçant pas en zones-sous-denses en 2010. **Source :** DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014. **Note :** Pour les colonnes 1, 2 et 5, la dernière ligne correspond à un test du chi2. Pour les colonnes 3 et 4, il s'agit d'un test de Student.

TABEAU 12 : Effets de la dégradation de la densité médicale

	Nombre d'actes	Nombre patients	Rythme	Form. Cont.	Prescr. hypnoti.	Prescr. Opioïdes	Prescr. Soins inf.	Prescr. Kiné
Constante	8,27***	7,00***	0,54***	9,85***	-1,30***	-1,47***	-0,06	1,84***
ZIP	0,11**	0,13***	0,09**	-1,22	-0,09	0,24***	-0,22*	-0,28***
Âge du médecin (Ref. = [50; 58])								
<50 ans	-0,19***	-0,10***	-0,13***	-1,55*	-0,16**	-0,13**	-0,19**	-0,10*
>58 ans	-0,08**	-0,09***	-0,02	-0,93	0,01	-0,07	-0,05	-0,05
Sexe du généraliste (ref.=H) secteur2	-0,28***	-0,20***	-0,14***	0,08	-0,18***	-0,25***	-0,24***	-0,01
	-0,50***	-0,22***	-0,47***	2,49*	-1,41***	-1,38***	-1,70***	-0,47***
Exercice en groupe	0,07**	0,21***	0,09***	1,13	-0,04	0,05	0,04	-0,06
Zone rurale	0,04	0,02	-0,01	-1,11	0,10	0,06	-0,12	-0,02
Paris et Hauts de Seine	0,16	0,26***	0,17	-1,96	-0,22	0,34*	0,22	0,28
Niveau de vie de la commune (Ref. = Q2-Q3)								
Q1	0,04	-0,01	0,03	-0,37	-0,07	0,07	-0,18**	-0,06
Q4	-0,06	0,00	-0,04	0,94	-0,2**	-0,16**	-0,07	-0,01
Densité en infirmiers	—	—	—	—	—	—	-0,01***	—
Densité en kinésithérapeutes	—	—	—	—	—	—	—	-0,01***
Caractéristiques des patients								
Part des patients <16ans	1.83***	2.03***	1.77***	4.62	-1.92***	0.59	0.14	-0.54
Part des patients >60ans	-0.33	-0.51***	-0.44**	-2.31	2.24***	3.03***	6.1***	1.92***
Parts des partients CMU-C	0.02	-0.46***	0.1	-8.1	2.6***	1.81***	2.16***	0.04
R²	0,23	0,28	0,20	$\frac{\log(L)}{N} = -3,48$	0,26	0,29	0,38	0,22
N	1103	1103	1103	1103	1103	1103	1103	1103

Champ : Répondants à la vogue d'inclusion ayant déclaré un temps de travail supérieur à un jour par semaine. Les médecins dont la commune d'exercice était en zone sous dense en 2010 sont enlevés de l'échantillon. *Source* : DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014. *Note* : Seuils de significativité : * 10% ; ** 5% ; *** 1%

2.3 Moins d'actes de prévention dans les ZIP?

Zyzanski et al (1998)²³ établissent, à partir d'une enquête portant sur près de 4000 consultations chronométrées, qu'un rythme de consultations trop élevé est plus souvent associé à une baisse des actes de prévention. Nos données permettent de retrouver cette association à l'aide de deux approches. D'une part, en utilisant les scores des généralistes aux indicateurs de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP); d'autre part, en analysant les fréquences auxquelles ils déclarent effectuer certains gestes gynécologiques.

2.3.1 Indicateurs de prévention

La convention nationale de 2011, liant l'assurance maladie et les médecins libéraux a introduit un dispositif de revenus complémentaires du type «paiement à la performance». Il s'agit de la *Rémunération sur Objectif de Santé Publique* (ROSP), une prime annuelle versée au généraliste, qui peut représenter plus d'un mois de revenu net. Cette prime, qui correspond soit à la réalisation d'un objectif, soit à la progression observée vers cet objectif, est calculée à partir d'un jeu d'indicateurs.

Les scores réalisés en 2013 par les médecins ayant donné leur accord -ce qui représente une proportion d'environ 2/3 des répondants- ont été appariés aux données du panel. Huit des indicateurs correspondent à des actes de prévention. Ils concernent la vaccination contre la grippe saisonnière, le dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer du col de l'utérus, l'antibiothérapie et le risque iatrogène médicamenteux. Ces indicateurs sont décrits précisément dans l'annexe 3.

Nous estimons le modèle 3, dans lequel la variable expliquée Y est tour à tour chacun des scores réalisés par les généralistes à ces huit indicateurs (tableau 13). Il apparaît que les estimations du coefficient α_1 sont toutes négatives sauf une²⁴. Le coefficient α_1 relatif au dépistage du cancer du sein est significatif au seuil de 10%, celui relatif à la vaccination des personnes âgées de plus de 65 ans est significatif au seuil de 5%. La significativité est au seuil de 1% pour l'indicateur relatif au dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'analyse des indicateurs de la ROSP révèle ainsi que les patients des médecins installés en ZIP bénéficient moins que les autres de certains actes de prévention. Le généraliste n'est pas le seul responsable dans la réussite de ces indicateurs. L'environnement médical contribue aussi puisque pour certains indicateurs, comme celui relatif au dépistage du cancer du col de l'utérus, le score est calculé sans regard ni sur le prescripteur (qui peut être un gynécologue) ni sur la personne qui réalise l'acte.

23. Zyzanski S.J., Stange K.C., Langa D. et al. (1998), « Trade-offs in high-volume primary care practice », *The Journal of Family Practice*, vol. 46, n°5, mai, p.397-402.

24. Il s'agit de l'indicateur relatif à la prescription de benzodiazépines, le coefficient α_1 n'est pas significatif aux seuils usuels

TABLEAU 13 : Corrélations entre exercice en ZIP et scores aux indicateurs de prévention de la ROSP

	Vaccina. grippe 65+	Vaccina. gri. 16-65	Dépistage Cancer sein	Prescr. Vaso.	Prescr. Benzo.	Benzo. durée trait.	Dépistage Cancer col.	Antibiotherap.
Constante	4,16**	-1,36**	4,31	32,91**	8,15**	23,28***	12,13***	15,68***
ZIP	-1,31**	-0,13	-1,69*	-0,08	0,21	-1,33	-2,1 ***	-1,52
Âge du médecin (Réf. = [50; 58])								
<50 ans	-0,38	0,30	0,47	-0,10	-1,30	-1,87	1,51**	0,93
>58 ans	-0,76*	0,02	-1,29*	-0,11	-2,21**	-3,68***	-1,5 **	-1,01
Sexe du généraliste (ref.=H)	-0,68	0,08	1,94***	0,24	-0,82	0,64	1,63***	1,64
secteur2	-2,11**	0,42	3,23*	0,53	0,40	3,03	3,53**	-3,24
Exercice en groupe	-0,13	0,14	-0,67	-0,13	0,21	0,53	-0,44	6,37 ***
Zone rurale	-0,39	-0,16	-3,41***	-0,68**	0,10	-1,81	-1,01	-1,26
Paris et Hauts de Seine	-2,12**	-0,24	-2,46	0,73	-2,86	4,60*	-1,88	6,71**
Niveau de vie de la commune (Réf. = Q2-Q3)								
Q1	0,29	-0,01	-2,14***	-0,22	-0,76	-0,11	-0,16	-0,19
Q4	-0,43	-0,07	0,96	-0,02	1,91*	2,91**	4,51***	-0,47
Caractéristiques des patients								
Part des patients <16ans	4,09	5,65***	21,87***	7,97***	42,19***	2,70	3,68	10,21
Part des patients >60ans	1,67	4,61***	8,06	0,96	9,24	-28,21***	-16,18***	2,06
Parts des partients CMU-C	-6,21*	0,66	-26,34***	-2,00	-11,80*	-14,60*	-40,28***	-28,71***
R ²	0,03	0,03	0,11	0,03	0,05	0,07	0,24	0,08
N	1017	1017	1017	1017	1017	1017	1017	1017

Champ : Répondants à la vague d'inclusion déclarant un temps de travail supérieur à une journée par semaine et ayant accepté la diffusion de leurs scores aux résultats de la ROSP.

Source : DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014.

Note : Seuils de significativité : * 10%, ** 5%, *** 1%

2.3.2 Fréquence des gestes de prévention en gynécologie

La vague 2 du panel s'intéresse au domaine des suivis gynécologiques. En particulier, les généralistes sont interrogés sur la fréquence à laquelle ils effectuent certains gestes de prévention, notamment un examen clinique des seins, un frottis cervico-vaginal et un toucher vaginal. Les questions sont formulées sous la forme : « *Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence en moyenne avez-vous réalisé un examen clinique des seins ?* », les réponses étant à choisir parmi : *Au moins une fois par semaine/par mois/par trimestre/Moins ou jamais*. Il s'agit donc d'une fréquence de réalisation de ces gestes du point de vue du médecin, et non de la fréquence à laquelle une patiente donnée en bénéficie.

Lorsqu'on compare ces fréquences selon que les médecins exercent dans une ZIP ou dans une autre zone, puis selon la densité en gynécologues, le même schéma apparaît :

1. Les médecins des ZIP ne déclarent pas plus fréquemment que leurs confrères des autres zones des fréquences plus élevées pour ces gestes. Or, puisqu'ils suivent un nombre de patientes significativement plus élevé²⁵, ils devraient effectuer plus fréquemment ces gestes. Nous constatons à ce titre qu'ils déclarent significativement plus souvent que leurs confrères effectuer des déclarations de grossesses, qui sont des actes incontournables. Ainsi, cette égalité de fréquences déclarées entre médecins des ZIP et autres médecins pourrait traduire une inégalité des fréquences moyennes auxquelles les patientes bénéficient de ces actes de prévention selon qu'elles résident, ou non, en ZIP.
2. Plus faible est la densité en gynécologues, plus élevée est la fréquence à laquelle le généraliste pratique ces gestes. Cela signifie qu'ils font l'objet de reports entre spécialistes et omnipraticiens.

Le tableau 14 illustre ce schéma dans le cas du frottis cervico-vaginal.

TABLEAU 14 : Fréquences de réalisation d'un frottis cervico-vaginal par un généraliste suivant la densité en généralistes et suivant la densité en gynécologues.

Fréquence	Densité en généralistes		Densité en gynécologues			
	ZIP	Autres-Zones	Q1	Q2	Q3	Q4
Au moins une fois par mois	38 %	36 %	50 %	39 %	29 %	28 %
Moins d'une fois par mois	62 %	64 %	50 %	61 %	71 %	72 %
<i>p-valeur (test du chi2)</i>	0,67		<0,01			

Champ : Répondants à la vague 2 du panel ayant accepté la communication de leur RIAP, soit 1 266 médecins sur 1414 répondants, France métropolitaine.

Source : DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014.

Notes : (1) La question posée était « Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence en moyenne avez-vous réalisé un frottis cervico-vaginal ? ». (2) Les données sont pondérées : les médecins du panel installés en ZIP sont représentatifs des médecins des ZIP dans trois dimensions : l'âge, le sexe et le niveau d'activité. Symétriquement, la pondération assure la représentativité selon ces trois dimensions pour les médecins n'exerçant pas en ZIP.

25. Cf section 1.4. et tableau A1 de l'annexe 2

Cependant, les ZIP et les zones sous-denses en gynécologues se recoupent largement (tableau 15).

Ainsi, deux effets se cumulent. Nous venons de voir que les généralistes exerçant dans les ZIP suivent davantage de patientes sans déclarer plus fréquemment faire les gestes gynécologiques de prévention. De surcroît, en ZIP, ces gestes ont moins de chances d'être l'objet d'un report vers les gynécologues.

TABEAU 15 : Répartition des généralistes des ZIP et des autres zones selon la densité en gynécologues

	Densité en gynécologues			
	Q1	Q2	Q3	Q4
ZIP	49 %	25 %	20 %	6%
Autres zones	21 %	25 %	26 %	28 %
<i>p-valeur (test du chi2)</i>	<0,01			

Lecture : Près de la moitié (49%) des MG exerçant en ZIP fait partie des 25% de MG dont l'APL gynécologue de la commune d'exercice est le plus bas. »

En moyenne, les patientes des ZIP pourraient donc moins souvent bénéficier de ces gestes de prévention.

Au-delà de ces trois gestes gynécologiques, d'autres questions du panel semblent indiquer que la fréquence des actes de prévention est plus faible en ZIP. Ainsi, les généralistes exerçant en ZIP déclarent significativement moins souvent aborder des questions d'ordre psychologique avec la femme enceinte : 17,5% des généralistes exerçant en ZIP disent aborder systématiquement ou souvent la question du sentiment d'isolement social durant la grossesse, ce taux est de 30,0% parmi leurs confrères des autres zones²⁶. Deux questions traitent de la prise en charge des femmes enceintes dont la consommation d'alcool ou de tabac est jugée excessive. Dans les deux cas, le modèle 3 montre que « toutes choses égales par ailleurs » les médecins des ZIP déclarent significativement moins souvent que leurs confrères prendre en charge ces patientes, que ce soit seul ou en liaison avec d'autres professionnels.

26. Les données sont pondérées. Les médecins du panel installés en ZIP sont représentatifs de l'ensemble des médecins des ZIP dans trois dimension : l'âge, le sexe et le niveau d'activité. Symétriquement, la pondération assure la représentativité selon ces trois dimensions pour les médecins n'exerçant pas en ZIP.

3 Classement en ZIP : complémentarité entre l'approche nationale et l'approche régionale.

À présent, nous nous concentrons sur le processus de sélection des zones classées en ZIP. Dans la partie précédente, nous avons vu que certaines variables, relatives à l'activité des médecins et à leurs prescriptions sont fortement corrélées avec la densité en généralistes. Dans cette partie, en mobilisant celles pour lesquelles la corrélation semble la plus forte, nous nous demandons si la sélection des communes pour un classement en ZIP telle qu'elle a été faite reflète davantage l'hétérogénéité des pratiques associées à ces variables que ne l'aurait fait un classement entièrement centralisé, uniquement fondé sur l'indicateur d'APL.

3.1 Modalité de sélection des ZIP

Nous avons vu dans la section 1 que l'arrêté ministériel du 13 Novembre 2017 (annexe 1) définit un processus à deux niveaux pour la sélection des zones pour un classement en ZIP. Le classement est automatique pour les territoires de vie santé dont l'APL est inférieur à 2,5²⁷. Ensuite, les Autorités Régionales de Santé (ARS) classent d'une manière qui semble discrétionnaire, mais avec une limite en termes de population concernée, des territoires de vie santé supplémentaires parmi ceux dont l'APL est inférieur à 4 ainsi que des quartiers prioritaires. L'arrêté n'est pas contraignant concernant ce choix. Les seuls éléments présents à ce propos ne figurent pas dans le corps de l'arrêté mais dans ses annexes : *"Pour la sélection de ces zones (zones B), dans le respect de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé peut retenir des indicateurs complémentaires à l'indicateur APL. Les indicateurs complémentaires peuvent être par exemple : la part de la population en Affection de Longue Durée (ALD); la proportion de médecins exerçant en secteur 1; le taux d'hospitalisations potentiellement évitables"*.

Ce système de classement, hybride, résulte d'un arbitrage entre deux tendances opposées.

- Une approche uniquement régionale aurait consisté à confier aux ARS la totalité du processus de sélection des zones à classer. Un tel choix conduirait à des inégalités de traitement entre régions : l'utilisation de l'indicateur d'APL est un facteur unificateur du mode de sélection. Par ailleurs, la décentralisation des choix peut induire un autre type d'écueil : lorsqu'ils sont faits au niveau régional, les choix sont davantage susceptibles d'être perturbés par des acteurs locaux influents. Au sein d'une région, la concurrence entre territoires pourrait par exemple conduire des maires à chercher à obtenir un classement en ZIP de leur commune au détriment de communes moins bien loties.
- Une approche uniquement nationale aurait consisté à classer tous les territoires de vie-santé au-dessous d'un certain seuil d'APL. Ce type d'approche conduit à se priver de diagnostics territoriaux plus fins. De plus, l'indicateur d'APL a des imperfections²⁸ que peuvent corriger les ARS, au moins pour une part. La première d'entre-elles concerne l'absence de prise en compte de la dimension sociale dans la formule de calcul (section 1.1). Cela revient notamment à négliger le fait que les populations pauvres sont globalement en moins bonne santé et, pour des raisons financières, plus dépendantes des généralistes dans leur parcours de soin que ne le sont les autres catégories de la populations, plus à même de financer des

27. Sauf pour quatre ARS qui, dans le cadre d'une expérimentation peuvent assouplir les règles du processus de sélection.

28. Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M. (2016), « Analyse de sensibilité de l'accessibilité potentielle localisée (APL) », Document de travail, IRDES, février

consultations chez des spécialistes. Une autre imperfection concerne le calcul des temps d'accès aux cabinets. Pour définir les zones desservies par les cabinets de généralistes, l'hypothèse retenue est celle d'un accès en voiture, les distances étant calculées entre mairies, ce qui conduit, entre autres approximations, à considérer comme nul le temps d'accès d'un patient à n'importe quel cabinet médical de sa commune.

Ainsi, la liberté laissée aux ARS de sélectionner des territoires critiques revêt un enjeu certain pour la bonne répartition de l'accès aux soins des populations. Nous interrogeons le choix qui a été fait, en posant la question suivante :

La capacité discrétionnaire des ARS à classer en ZIP certains territoires de vie santé conduit-elle à un classement qui reflète mieux les hétérogénéités des variables d'activité et des pratiques de prescription des médecins qu'un classement qui aurait été centralisé ?

3.2 Reconstitution d'un contre-factuel : les ZIP-alternatives

Les ARS opèrent leur sélection sous deux contraintes : les territoires de vie santé qu'ils choisissent de classer en ZIP doivent avoir un indicateur d'APL compris²⁹ entre 2,5 et 4, et ils doivent représenter une part de la population inférieure à une proportion définie dans l'arrêté (annexe 1). Cette part de la population est définie pour chaque région. Agrégée au niveau de la France Métropolitaine, et en incluant les populations résidant dans des zones faisant partie de la sélection nationale, cette part s'élève à 17,5% de la population.

Pour reconstituer la sélection qui aurait été faite si le classement avait été centralisé, nous émettons deux hypothèses :

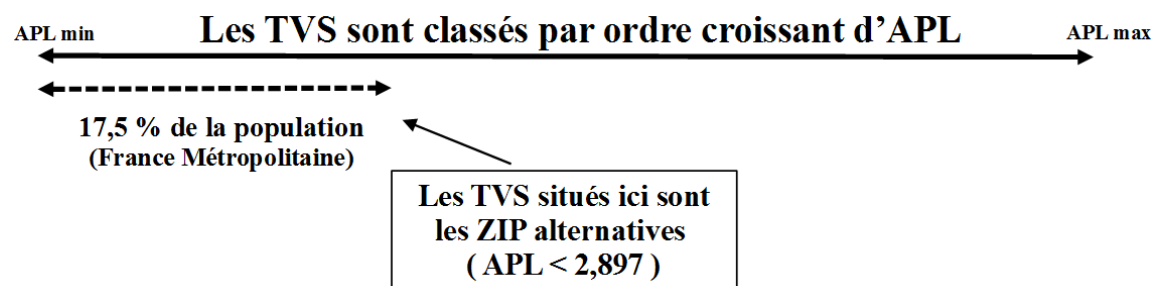
1. la sélection s'appuie uniquement sur l'indicateur d'APL calculé au niveau des territoires de vie santé,
2. la proportion de la population résidant dans une zone classée aurait été la même que celle résidant dans les ZIP telles qu'elles ont été définies : 17,5% pour la France métropolitaine.

Nous commençons donc par ordonner les territoires de vie santé en fonction de leur APL, et nous sélectionnons ceux dont l'APL est le plus bas, jusqu'à atteindre 17,5% de la population métropolitaine (figure 1). Nous obtenons ainsi un seuil d'APL de 2,897 et un classement de tous les territoires vie santé dont l'APL est inférieure à ce seuil-là.

Nous nommons ZIP-alternatives les zones correspondant aux territoires de vie santé ainsi sélectionnés.

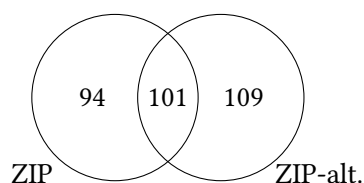
29. Sauf pour quatre ARS qui, à titre expérimental, peuvent assouplir la règle relative à ces seuils.

Figure 1 : Définition des ZIP alternatives.



Parmi les généralistes de notre champ d'étude ³⁰, 201 exercent en ZIP et 220 dans les ZIP-alternatives (Figure 2). 105 médecins exercent dans ces deux types de zone ; pour 62 d'entre-eux, la raison en est une valeur de l'APL du territoire vie santé inférieure à 2,5. L'importante disjonction entre le groupe des médecins exerçant dans un TVS classé en ZIP et celui des médecins exerçant dans un TVS classé en ZIP-alternatives montre que l'APL n'a pas été retenu comme critère principal par les ARS au moment où elles ont effectué leur sélection.

Figure 2 : Effectifs des médecins du panel exerçant dans les ZIP et dans les ZIP-alternatives.



Champ : 1513 généralistes du panel ayant accepté l'appariement de leurs données RIAP et exerçant plus d'une journée par semaine.

3.3 Comparaison des deux sélections

Nous avons vu dans la section 2, que la densité en généralistes, qu'elle soit mesurée par l'indicateur d'APL, ou bien de manière binaire par l'exercice en ZIP ou dans une autre zone, présentait des corrélations fortes avec certaines dimensions de l'activité des médecins, ainsi qu'avec certains choix de prescription.

Nous nous appuyons sur ces résultats pour comparer les deux sélections. La perspective est renversée : au lieu d'étudier l'hétérogénéité des variables d'activité et de pratiques de prescriptions à l'aune de la densité en médecins, nous postulons que l'hétérogénéité de certaines de ces variables est à même de constituer un certain reflet de la densité en soins primaires.

Nous sélectionnons les variables dont nous avons observé qu'elles étaient corrélées à la fois avec le niveau d'APL et avec l'exercice en ZIP (section 2.1).

³⁰. c'est-à-dire les généralistes ayant répondu à la vague d'inclusion du panel, travaillant au moins une journée par semaine dans le cadre de leur activité libérale et ayant accepté la communication de leurs données-RIAP (section 1.3.)

Ces variables sont : le nombre d'actes, la taille de la patientèle, le rythme des consultations, le temps alloué à la formation continue, les prescriptions³¹ d'opioïdes, de soins infirmiers et des soins de kinésithérapie.

Les résultats de la section 2 nous permettent de postuler par exemple que, pour un médecin donné, réaliser davantage d'actes ou prescrire moins de soins de kinésithérapie sont des éléments traduisant une probabilité plus élevée d'exercer dans un territoire en situation de sous-densité en généralistes.

Nous mobilisons ces sept critères pour comparer le zonage tel qu'il a été effectué, nationalement et par les ARS (zonage ZIP), avec un zonage qui aurait été entièrement centralisé (zonage ZIP-alternatif).

Nous nous demandons d'abord si les variables sélectionnées restent corrélées avec un classement en ZIP lorsqu'on contrôle du niveau de l'APL. Puis nous cherchons dans lequel des deux zonages chacun des sept critères est le plus tangible.

3.3.1 Corrélation entre les sept variables et les sélections, en contrôlant de l'APL

Les sept variables sélectionnées sont corrélées avec un classement en ZIP et avec l'APL. Mais l'indicateur d'APL est lui-même corrélé avec le classement en ZIP, par construction de ce classement. Nous nous demandons ici si nos variables restent corrélées avec un classement en ZIP, lorsqu'on contrôle du niveau d'APL. Une réponse affirmative traduirait un lien entre les variables et un classement en ZIP qui dépasse l'utilisation seule de l'indicateur d'APL, ce lien pouvant être interprété en termes de plus-value apportée par l'expertise locale des ARS.

Nous estimons pour cela le modèle logistique :

$$ZIP = 1_{ZIP^* \geq 0} \quad \text{avec} \quad \begin{cases} ZIP^* = \alpha_0 + \alpha_{ZIP}Y + \gamma_{ZIP}APL + \beta X + \epsilon \\ \text{et} \\ \epsilon \sim F \end{cases} \quad (5)$$

dans lequel :

- ZIP est une indicatrice qui prend la valeur 1 lorsque le médecin exerce en ZIP,
- la variable Y est successivement chacune des sept variables sélectionnées,
- la variable APL prend la valeur de l'indicateur d'APL du territoire vie santé où est installé le cabinet du généraliste (section 1.2),
- X est l'ensemble des variables de contrôle présenté dans l'encadré 2 (section 1.3), Lorsque Y représente les remboursements par patient des soins de kinésithérapie ou les soins infirmiers, la densité³² en kinésithérapeute ou en infirmiers constitue une variable de contrôle supplémentaire,
- F est la fonction de répartition de la loi logistique.

31. Il s'agit en réalité de « prescriptions consommées », une ordonnance qui n'est pas suivie de la délivrance d'un produit ou d'un soin n'est pas enregistrée dans les données de la sécurité sociale

32. mesurée par l'APL-kinésithérapeute ou l'APL-infirmiers pour l'année 2013

Si, lors des estimations du modèle 5, nous constatons qu'un coefficient α_{ZIP} associée à une variable Y est significatif et du signe attendu, une interprétation possible sera que la mobilisation des ARS pour participer au zonage a conduit à une sélection de territoire davantage en adéquation avec l'hétérogénéité de Y , qu'une sélection uniquement basée sur l'indicateur d'APL³³.

Mise à part la formation continue, et la prescription d'opioïdes, les variables restent, en contrôlant de l'APL, significativement corrélées à un classement en ZIP (Tableau 16).

TABLEAU 16 : Corrélations entre les sept variables retenues et un classement en ZIP, en contrôlant de l'APL

Y	α_{ZIP}	γ_{ZIP}
Actes/1000	0,08*	-2,7***
Taille patientèle/1000	0,33**	-2,7***
Rythme	0,14*	-2,8***
Formation continue	-0,00	-2,8***
Prescriptions d'opioïdes	0,15	-2,8***
Prescriptions soins kiné.	-0,03**	-2,6***
Prescriptions soins infirmiers	-0,02*	-2,7***

Source : DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014.

Champ : Répondants ayant accepté la communication de leur RIAP, dont le temps de travail moyen déclaré pour l'activité libérale est supérieur à une journée par semaine, et ayant répondu à la question sur la formation continue soit 1435 médecins, France métropolitaine.

*Note : La prescription d'opioïdes est exprimée en boîtes par patient en une année; les prescriptions de soins infirmiers et de kinésithérapie en euros remboursés par patient en une année. Seuil de significativité : * 10% / ** 5% / *** 1%*

33. Lors de l'estimation du modèle 6, un biais de variable omise dû à l'introduction uniquement sous forme linéaire de l'APL est possible. C'est pourquoi nous avons aussi estimé le modèle (5) mais dans lequel l'indicatrice ZIP est remplacée par l'indicatrice ZIP_{alt} qui prend la valeur 1 lorsque le médecin exerce dans une ZIP-alternative. Par construction, la variable ZIP_{alt} est entièrement déterminée par le niveau de l'indicateur d'APL. Nous constatons lors des estimations que les variables Y ne sont pas significatives ce qui suggère que l'introduction, dans le modèle 6, de la variable d'APL uniquement sous forme linéaire est suffisante pour contrôler de son effet.

3.3.2 Hétérogénéité des pratiques et zonages

Dans cette partie, nous nous demandons si les sept variables retenues sont davantage tangibles en ZIP ou en ZIP-alternatives.

Les médecins exerçant en ZIP mais n'exerçant pas dans les ZIP-alternatives réalisent un nombre moyen d'actes plus importants que leurs confrères exerçant dans des ZIP-alternatives, hors ZIP (tableau 17). Concernant les tailles des patientèles, le temps alloué à la formation continue et les prescriptions d'opioïdes et de soins infirmiers, le test de Student de comparaison des moyennes ne montre pas de différence significative au seuil de 10%. Les médecins des ZIP (hors ZIP-alternatives) ont un rythme significativement plus élevé et un niveau de prescription de soins de kinésithérapie significativement plus faible.

TABLEAU 17 : Comparaison des moyennes des sept variables retenues entre médecins des ZIP et médecins des ZIP-alternatives.

	N	Nombre d'actes	Taille patientèle	Rythme	Prescr. opioïdes	Form. continue	Rbst soins-kiné	Rbst soins-infir.
ZIP hors ZIP-alt	94	5993	1916	2,68	0,82	10,34	11,96	9,00
ZIP-alt hors ZIP	109	5354	1777	2,36	0,73	9,55	16,01	10,90
<i>p-valeurs (Student)</i>	—	0,06	0,18	0,02	0,17	0,65	< 0,01	0,25

Source : DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014.

Champ : Répondants exerçant soit ZIP, soit en ZIP-alternative, ayant accepté la communication de leur RIAP, dont le temps de travail moyen déclaré pour l'activité libérale est supérieur à une journée par semaine, et ayant répondu à la question sur la formation continue soit 203 médecins, France métropolitaine.

Note : La prescription d'opioïdes est exprimée en boîtes par patient en une année; les prescriptions de soins infirmiers et de kinésithérapie en euros remboursés par patient en une année. Seuil de significativité : * 10% / ** 5% / *** 1% .

Afin d'évaluer si les variables retenues sont davantage corrélées avec un exercice en ZIP ou avec un exercice en ZIP-alternatives, nous estimons le modèle ³⁴ :

$$\log(Y) = \alpha_0 + \alpha_{ZIP}ZIP + \alpha_{ZIP_alt}ZIP_alt + \beta ZIP \times ZIP_alt + \gamma X + \epsilon \quad (7)$$

où :

- Y sera chacune des variables retenues, excepté la formation continue.
- ZIP et ZIP_alt sont des indicatrices qui prennent respectivement la valeur 1 lorsque le médecin exerce en ZIP ou en ZIP-alternative.
- X est l'ensemble des variables de contrôle présenté dans la section 1.2. Lorsque Y est le montant de remboursement en soins de kinésithérapie ou en soins infirmiers, la densité en masseurs kinésithérapeute ou en soins infirmiers est ajoutée aux variables de contrôle.

Ce modèle est mobilisé pour comparer l'intensité des corrélations des variables Y avec le zonage ZIP (mesurée par α_{ZIP}) d'une part, et avec le zonage tel qu'il aurait été fait s'il avait été centralisé (mesurée par α_{ZIP_alt}). Le tableau 17 donne les estimations de ces coefficients, pour chacune des variables Y . Nous effectuons, pour chaque variable Y , un test de Student de comparaison des coefficients α_{ZIP} et α_{ZIP_alt} .

La formation continue mise à part, les corrélations semblent systématiquement plus étroites avec l'exercice en ZIP qu'avec un exercice en ZIP-alternative. La significativité de la variable ZIP est en général plus importante. L'hétérogénéité des variables retenues semble donc davantage en adéquation avec la sélection telle qu'elle a été faite qu'avec une sélection qui aurait été opérée au niveau national uniquement. Cependant, si la comparaison « à vue d'oeil » des estimations des coefficients et de leurs significativités semble sans ambiguïté (tableau 18), les tests de Student ne permettent pas d'être assuré, aux seuils usuels de significativité, de l'ordre des coefficients α_{ZIP} et α_{ZIP_alt} .

Incidentement, les résultats du tableau 18 apportent un éclairage sur la question de l'étendue des territoires classés. Les généralistes présents dans la sélection alternative mais n'exerçant pas dans un territoire classé en ZIP, forment un groupe certainement proche de celui des généralistes qui auraient vu leur territoire classé en ZIP si le périmètre avait été plus large. La comparaison des valeurs estimées des coefficients α_{ZIP} et α_{ZIP_alt} objective l'existence de différences dans certaines dimensions de l'activité et des pratiques de prescriptions entre les généralistes exerçant dans une zone classée en ZIP et ceux exerçant dans des zones «non-classée mais qui étaient proches de l'être». En particulier, ces derniers ont en moyenne un nombre d'actes annuel et un rythme de consultation qui semblent moins élevés que ceux des médecins exerçant en ZIP et ils ne sont pas différents du reste médecins exerçant en France Métropolitaine sur les autres critères alors que les médecins des ZIP le sont.

34. Pour la formation continue, en cohérence avec la deuxième partie, nous estimons un modèle Tobit par maximum de vraisemblance :

$$Y = \begin{cases} Y^* & \text{si } Y^* = \alpha_0 + \alpha_1 \log(APL) + \beta X + \epsilon > 0 \\ 0 & \text{sinon.} \end{cases} \quad (6)$$

Ainsi, cette approche et celle de la section 3.3.1. semblent plutôt en faveur d'une complémentarité entre l'indicateur national et une expertise locale plutôt que d'un usage unique de l'indicateur national. Nos approches reposent cependant uniquement sur quelques dimensions des pratiques des médecins. Elles n'épuisent pas l'ensemble des dimensions de l'activité des cabinets. Par exemple, nos données n'abordent pas la question des renoncements aux soins dus à la saturation des cabinets. Or, ces renoncements sont certainement corrélés avec l'indicateur d'APL et leur prise en compte pourrait atténuer nos résultats.

TABEAU 18 : Comparaison des corrélations des sept variables retenues avec l'exercice en ZIP et l'exercice en ZIP-alternatives.

Y	α_{ZIP}	α_{ZIP_alt}	p-valeur Test de Student (1)	N
Actes	0,12 **	0,09 *	0,34	1434
Taille patientèle	0,15 ***	0,11 ***	0,27	1434
Rythme	0,12 **	0,07	0,24	1434
Prescr. opioïdes.	0,20**	0,11	0,23	1434
Formation cont.	-0,06	-1,67	0,82	1434
Rbst soins kiné.	-0,18 **	-0,03	0,07	1434
Rbst soins infir.	-0,29 **	-,14	0,20	1434

Source : DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014. - **Champ** : Répondants ayant accepté la communication de leur RIAP, dont le temps de travail moyen déclaré pour l'activité libérale est supérieur à une journée par semaine, et ayant répondu à la question sur la formation continue soit 1 435 médecins. Tous exercent en France métropolitaine.

- **Notes** : (1) Les tests de Student ont pour hypothèses nulles : $H_0 : \alpha_{ZIP} < \alpha_{ZIP_{alt}}$ pour les quatre premières lignes et $H_0 : \alpha_{ZIP} > \alpha_{ZIP_{alt}}$ pour les trois suivantes.

Le modèle (8) est estimé lorsque Y est la formation continue. Dans les six autres cas, le modèle estimé est le modèle (7).

Seuils de significativité : * 10% / ** 5% / *** 1%

Conclusion

Dans cette étude, nous mettons en évidence des écarts d'organisation et de pratiques de prescriptions entre les généralistes, selon la densité médicale des zones dans lesquelles ils exercent. Nous nous appuyons sur le troisième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, enrichi de données de la sécurité sociale : relevés d'activité et de prescriptions, scores aux indicateurs de qualité des pratiques. Ces données, collectées entre 2013 et 2017, documentent à la fois l'environnement du médecin, son organisation au travail et certaines de ses pratiques de soins. Elles permettent de contrôler nos analyses de caractéristiques des médecins et des patients ainsi que de certaines différences observables de contexte comme le niveau de vie de la commune ou l'exercice en zone rurale.

Qu'elle soit mesurée à partir de l'indicateur d'APL, ou par l'exercice en ZIP, nous constatons qu'une faible densité est plus souvent associée à une taille de patientèle, un nombre de consultations et un rythme plus importants, et à un temps de formation continue plus faible. Cependant, nous ne trouvons pas des temps de travail plus importants dans les zones où le déséquilibre entre offre et besoins en soin est le plus aigu, que ce soit pour le temps de travail relatif à l'ensemble des activités professionnelles ou celui dévolu à l'activité libérale. On note aussi des différences statistiquement significatives sur certaines pratiques médicales : usage de certains médicaments (opioïdes notamment), moins de renvoi vers des soins paramédicaux, actes de préventions probablement moins réguliers en ZIP. Des analyses supplémentaires, qui portent sur les seuls médecins dont la commune d'installation est entrée, selon nos critères, en zone sous-dense au cours des années 2010, pourraient plaider pour une interprétation de ces écarts comme un effet causal de l'exercice en ZIP, indépendamment de la personnalité du médecin.

Enfin, nous sélectionnons des variables dont l'hétérogénéité nous semble constituer un certain reflet de la densité en généralistes. Nous trouvons que le classement ZIP tel qu'il a été fait est mieux corrélé à ces variables qu'un classement alternatif, qui n'aurait été fondé que sur l'indicateur d'APL.

Ces résultats apportent un éclairage sur les adaptations que les généralistes des zones où ils sont les moins nombreux sont amenés à faire. Ils constituent aussi un état des lieux des écarts de pratiques entre les médecins installés dans les ZIP et les autres, juste avant que ce dispositif ne soit initié.

Il faut cependant les prendre avec précaution. Les variables expliquées dans cette étude sont importantes dans le processus de prise en charge mais n'épuisent pas l'ensemble des dimensions de l'activité du généraliste. La population de médecins soumise à l'observation peut elle-même souffrir de certains biais ; les généralistes du Panel sont statistiquement représentatifs des généralistes libéraux sur des critères observables, mais dans la « disposition » à répondre à une enquête dédiée à l'observation des pratiques, peut se cacher une sensibilité particulière des répondants aux questions de qualité des soins et, en général, aux questions de santé publique.

Des écarts d'organisation et de prescription entre les médecins des ZIP et leurs confrères semblent cependant avérés. Ils traduisent certainement les difficultés que rencontrent les médecins qui exercent dans ce type de zone et justifient *ex ante* la mise en place de dispositifs incitant au maintien et à l'installation des généralistes dans ces zones.

Bibliographie

- Arrêté ministériel du 13 Novembre 2017 - JORF 0266, texte 13.
- Bachelet M., Anguis M. (2017), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Études et Résultats, DREES, n°1011, mai, [en ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>
- Barlet M., Coldefy M., Collin C. et Lucas-Gabrielli V. (2012), « L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », Document de Travail DREES n°124
- Clerc I., L'Haridon O., Paraponaris A., Protopopescu C. et Ventelou B. (2012). «Fee-for-service payments and consultation length in general practice : a work-leisure trade-off model for French GPs.» *Applied Economics*, 44(25), 3323-3337.
- Drees, Santé Publique France «L'État de santé de la population en France, Rapport 2017»
- Ferrer R.L., Hambidge S.J., Maly R.C. (2005), « The essential role of generalists in health care systems », *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, n°8, avril, p.691-699.
- Flicoteaux R., Pulcini C., Carrieri P., Schwarzwinger M., Leport C. et Verger P. (2014). «Correlates of general practitioners' recommendations to patients regarding vaccination for the 2009-2010 pandemic influenza (A/H1N1) in France : implications for future vaccination campaigns». *Vaccine*, 32(20), 2281-2287.
- Freeman G.K., Horder J.P., Howie J.G. et al. (2002), « Evolving general practice consultation in Britain : issues of length and context », *British Medical Journal*, vol. 324, n°7342, avril, p. 880-882.
- Givord P., Quantin S., Trevien C. (2012), « A Long-Term Evaluation of the First Generation of the French Urban Enterprise Zones », Document de Travail, INSEE-DESE G2012-01.
- Iversen T, Ma CA (2011) Market conditions and general practitioners' referrals. *Int J Health Care Finance Econ*;11 :245.
- Kann IC, Biørn E, Lurås H (2010) Competition in general practice : Prescriptions to the elderly in a list patient system. *J Health Econ*;29 :751-64.
- Lucas-Gabrielli V., Nestrigue C., en collaboration avec Coldefy M. (2016), « Analyse de sensibilité de l'accessibilité potentielle localisée (APL) », Document de travail, IRDES, février.
- Munkerud S. F. (2012). « Decision-making in general practice : the effect of financial incentives on the use of laboratory analyses. » *The European Journal of Health Economics*, 13(2), 169-180.
- Papon S. et Beaumel C. (2019) «Bilan démographique 2018», Insee Première n°1730.
- Prost C. (2013). « Teacher Mobility : Can Financial Incentives Help Disadvantaged Schools to Retain Their Teachers? », *Annals of Economics and Statistics*, GENES, issue 111-112, pages 171-191.
- Scott A. et Shiell A. (1997) « Do fee descriptors influence treatment choices in general practice? A multilevel discrete choice model », *Journal of Health Economics*, 16, 323-42.
- Scott A, Shiell A (1997) Analysing the effect of competition on General Practitioners' behaviour using a multilevel modelling framework. *Health Econ*;6 :577-88.
- Silhol J., Ventelou B., Zaytseva A. et Marbot C. (2019), « Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, Juin.

- Starfield B., Shi L., Grover A. et al. (2005), « The effects of specialist supply on populations' health : assessing the evidence », Health Affairs. Proj. Hope, Suppl Web Exclusives, W5-97-W5-107, janvier-juin.
- Ventelou B., Rolland S., Verger P. (2010), « An Examination of GPs' Rhythm of Practice : A Case-vignette to Study the Substitution Effect between the Length of Consultation and Drug Prescribing Practices », Healthcare Policy, vol. 5, n°4, mai, p. 58-68.
- Vergier N., Chaput H. (2017), « Déserts médicaux : comment les définir? Comment les mesurer? », Les Dossiers de la DREES, n°17, mai.
- Woolhandler S, Ariely D, Himmelstein DU. Why pay for performance may be incompatible with quality improvement. BMJ. 14 août 2012;345(aug13 2):e5015-e5015. + Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. Health Serv Res. avr2003;38(2):535-552.
- Zyzanski S.J., Stange K.C., Langa D. et al. (1998), « Trade-offs in high-volume primary care practice », The Journal of Family Practice, vol. 46, n°5, mai, p.397-402.

Annexes

Annexe 1 : Arrêté définissant la méthodologie de sélection des ZIP

Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique³⁵

(JORF n°0266 du 15 novembre 2017 ; texte n°13 ; NOR : SSAH1731778A)

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code de l'éducation nationale, notamment son article L. 632-6 ;
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-14-1 ;
Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 1511-8 ;
Vu le code général des impôts, notamment son article 151 ter ;
Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 158 ;
Vu le décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé ;
Vu le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 modifié fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains ;
Vu l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;
Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 octobre 2017 ;
Vu l'avis de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole en date du 25 octobre 2017,
Arrêtent :

Article 1

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin, sont déterminées conformément à la méthodologie prévue à l'annexe du présent arrêté.

Article 2

La composition des territoires de vie-santé mentionnés à l'annexe du présent arrêté est disponible sur le site internet du ministère chargé de la santé (www.solidarites-sante.gouv.fr/zonage-medecin).

Article 3

- I. - Les agences régionales de santé transmettent à la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé au plus tard au 31 décembre de chaque année la liste des territoires de vie-santé en précisant la qualification retenue par le directeur général de l'agence régionale de santé en application du II de la présente annexe.
- II. - Les agences régionales de santé transmettent à la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé dès leur publication les arrêtés pris en application des articles R. 1434-41 et R. 1434-43 du code de la santé publique.

35. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/11/13/SSAH1731778A/jo/texte>

Article 4

L'annexe I de l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique est abrogée.

Article 5

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE

MÉTHODOLOGIE DE DÉTERMINATION DES ZONES CARACTÉRISÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS POUR LA PROFESSION DE MÉDECIN

Conformément aux dispositions du I de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin. Ces zones sont déterminées selon la méthodologie ici présentée.

I. - Calcul de l'APL par territoire de vie-santé

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin sont déterminées à partir d'un indicateur principal dénommé Accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin.

L'indicateur APL est calculé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en considérant notamment :

- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien ;
- le temps d'accès au praticien selon une fonction décroissante entre 0 et 20 minutes ;
- la consommation de soins par classe d'âge pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins.

Pour tenir compte des éventuels départs à la retraite et de la réduction de l'offre de soins qui s'en suivrait, le champ des professionnels de santé considéré est défini en appliquant une borne d'âge à partir de laquelle les médecins ne sont plus comptabilisés dans l'offre de soins prise en compte dans le calcul de l'indicateur APL. L'indicateur APL est exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant standardisé (C./an/hab.). L'indicateur APL est calculé au niveau des territoires de vie-santé mentionnés à l'article 2 du présent arrêté. Il correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant cette unité territoriale. La méthodologie de la construction de l'indicateur APL est publiée sur le site internet de la DREES (www.drees.social-sante.gouv.fr).

II. - Détermination des seuils d'identification des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins

L'établissement de ces seuils tient compte du fait qu'un habitant bénéficie en moyenne nationale de 3,8 consultations par an (source : SNIIRAM 2015, CNAM-TS, Calculs DREES).

Pour la présente méthodologie, il est considéré que :

- une offre médicale est insuffisante dès lors qu'elle est inférieure d'au moins un tiers à cette valeur (soit inférieure à 2,5 consultations par an par habitant) ;
- le niveau de l'offre de soins ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de la population lorsque l'indicateur APL est inférieur à 4 consultations par an par habitant.

Il résulte de ce qui précède :

1. Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est inférieur à 2,5 consultations par an par habitant, en tenant compte de l'offre des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent la sélection nationale. Elles sont obligatoirement sélectionnées par l'agence régionale de santé (zones A) pour faire partie des zones d'intervention prioritaire et sont identifiées par l'arrêté prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

2. Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est compris entre 2,5 et 4 consultations par an par habitant, en tenant compte de l'offre des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent le vivier.

Au sein de ce vivier, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine deux types de zones qui sont également identifiées par l'arrêté prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

2a. sélection additionnelle des zones d'intervention prioritaire, dans le respect du pourcentage de population indiqué dans le tableau ci-après. Pour la sélection de ces zones (zones B), dans le respect de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé peut retenir des indicateurs complémentaires à l'indicateur APL.

Les indicateurs complémentaires peuvent être par exemple :

- la part de la population en Affection de Longue Durée (ALD) ;
- la proportion de médecins exerçant en secteur 1 ;
- le taux d'hospitalisations potentiellement évitables.

Les zones A et B constituent les zones d'intervention prioritaire.

Elles sont éligibles à toutes les mesures et aides à l'installation des médecins prévues par la réglementation.

2b. sélection des zones d'action complémentaire, constituées de tout ou une partie du vivier restant une fois les zones B sélectionnées. Ces zones sont éligibles aux aides prévues aux articles identifiés ci-dessous.

Le tableau ci-dessous résume les éléments présentés :

	APL de la zone <2,5C/an/hab.	2,5<APL de la zone<4 C/an/hab.	
	Sélection nationale	Vivier	
Qualificatif	Zone d'intervention prioritaire (A) (sélection nationale)	Zone d'intervention prioritaire (B) (sélection additionnelle par l'agence régionale de santé)	Zones d'action complémentaire (tout ou partie du reste du vivier, sur décision de l'agence régionale de santé)
Mesures applicables en application du 1° de l'article L. 1434-4 du CSP	Zones éligibles aux aides conventionnelles, prises en application des articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, aux aides du b du 2° du I de l'article D. 162- 30 du code de la sécurité sociale, aux aides prévues aux articles L. 632-6 du code de l'éducation, L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, 151 ter du code général des impôts, L. 1435-4-2 à L. 1435-4- 5, L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du code de la santé publique		Zones éligibles aux aides du b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale et aux aides pré-citées du code de l'éducation, du code général des collectivités territoriales, du code de la santé publique

Au sein du vivier, les zones qui ne sont identifiées ni comme des zones d'intervention prioritaire (zones B) ni comme des zones d'action complémentaire constituent des zones de vigilance pouvant faire l'objet de mesures d'accompagnement par les agences régionales de santé.

III. - La maille applicable

Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin parmi les territoires de vie-santé mentionnés à l'article 2 du présent arrêté.

Lorsqu'une commune nouvelle est créée à partir de communes implantées dans plusieurs territoires de vie-santé distincts, elle est rattachée au territoire de vie-santé de la commune dont elle reprend le code commune.

Lorsqu'un quartier prioritaire de la ville, tel que défini par le décret susvisé, est situé pour une partie au moins au sein d'un territoire de vie-santé appartenant au vivier, le directeur général de l'agence régionale de santé peut le rendre seul éligible aux aides prévues pour les zones d'intervention prioritaire et les zones d'action complémentaire sans pour autant classer ce territoire de vie-santé dans son intégralité dans l'une de ces catégories. Cette désignation s'opère dans le respect des dispositions prévues aux points II et V de la présente annexe.

IV. - Adaptation régionale

Dans la limite d'une population représentant 5,0 % au plus de la population du vivier régional, l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut comporter une ou plusieurs zones dont l'indicateur APL est supé-

rieur ou égal à 4 consultations par an par habitant.

Ces zones peuvent être qualifiées de zones d'intervention prioritaire, de zones d'action complémentaire ou de zones de vigilance pour bénéficier des mesures prévues au II, sous réserve des conditions suivantes :

- les zones de la sélection nationale (zones A) ne peuvent être modifiées ;
- l'intégration de ces zones au sein de la sélection additionnelle des zones d'intervention prioritaire (zones B) ou au sein des zones d'action complémentaire par le directeur général de l'agence régionale de santé s'effectue :

i/ pour la sélection additionnelle des zones d'intervention prioritaire (zones B) : dans la limite du pourcentage, figurant au V, applicable à la région considérée (colonne Total zones A + B).

ii/ pour les zones d'action complémentaire : dans la limite du vivier augmenté au maximum de 5,0 %.

Toute adaptation régionale retenue par le directeur général de l'agence régionale de santé doit être motivée par arrêté, notamment par des données chiffrées et actualisées au regard des difficultés d'accès aux soins constatées.

V. - Part de la population régionale applicable pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

Région	Zones d'intervention prioritaire		
	Part de la population régionale résidant dans les zones A (sélection nationale) En %	Part de la population régionale résidant dans les zones B (sélection additionnelle à choisir parmi le vivier) En %	Total (Zones A + B) En %
Auvergne-Rhône-Alpes	7,9	7,2	15,1
Bourgogne-Franche-Comté	6,3	15,6	21,9
Bretagne	1,1	8,9	10,0
Centre-Val de Loire	18,9	20,9	39,8
Corse	8,1	3,8	11,9
Grand Est	1,7	7	8,7
Guadeloupe	33,1	16,2	49,3
Guyane	100,0	-	100,0
Hauts-de-France	2,4	5,9	8,3
Ile-de-France	14,6	22,1	36,7
La Réunion	1,5	8,2	9,7
Martinique	45,0	10,7	55,7
Mayotte	100,0	-	100,0
Normandie	4,6	18,5	23,1
Nouvelle-Aquitaine	2,0	8,8	10,8
Occitanie	1,7	4,5	6,2
Pays de la Loire	5,0	13,2	18,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,2	2,6	3,8
France entière (arrondi à l'unité)	7	11	18

Les zones B et les zones d'action complémentaire sont déterminées par le directeur général de

l'agence régionale de santé au sein du vivier

VI. - Evolution des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin

Les arrêtés des directeurs généraux des agences régionales de santé relatifs à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin peuvent être modifiés en tant que de besoin sur la base des données de l'APL actualisées annuellement par la DREES et mises à disposition sur son site internet (www.drees.social-sante.gouv.fr).

Les modifications s'opèrent dans le respect du taux plafond (zones A + B) figurant dans le tableau relatif aux zones d'intervention prioritaire au point V.

Fait le 13 novembre 2017.

La ministre des solidarités et de la santé,

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,

C. Courrèges

Le ministre de l'action et des comptes publics,

Pour le ministre et par délégation :

La directrice de la sécurité sociale,

M. Lignot-Leloup

Annexe 2 : Robustesse des résultats de la section 2.1 à un changement du modèle estimé

Dans la partie 2.1, les estimations du modèle 1³⁶ nous conduisent à conclure que la densité médicale, mesurée par l'APL est corrélée négativement, conditionnellement aux variables de contrôle, avec le nombre d'actes réalisés par les médecins, la taille de leur patientèle, le rythme des consultations, ainsi que la prescription d'opioïdes et d'antibiotiques. Nous trouvons une corrélation positive avec les prescriptions de soins infirmiers et de soins de kinésithérapie. Enfin, nous ne trouvons pas de corrélation de la densité médicale ni avec le temps de travail, ni avec le volume total de prescriptions pharmaceutiques.

Pour mesurer la robustesse des résultats au choix du modèle, nous testons les modèles alternatifs suivant. Le tableau 18 donne les estimations du coefficient α_1 pour chacun de ces modèles et chacune des variables Y citées ci-dessus.

$$Y = \alpha_0 + \alpha_1 APL + \beta X + \epsilon \quad (A1)$$

$$Y = \alpha_0 + \alpha_1 APL + \alpha_2 APL^2 + \beta X + \epsilon \quad (A1)$$

$$Y = \alpha_0 + \alpha_1 \log(APL) + \beta X + \epsilon \quad (A1)$$

$$\log(Y) = \alpha_0 + \alpha_1 APL + \beta X + \epsilon \quad (A1)$$

$$\log(Y) = \alpha_0 + \alpha_1 APL + \alpha_2 APL^2 + \beta X + \epsilon \quad (A1)$$

TABEAU 18 : Estimation du coefficient α_1 pour chacun des modèles alternatifs.

Y	Modèle	A1 (Y/APL)	A2 ($Y/APL + APL^2$)	A3 ($Y/\log(APL)$)	A4 ($\log(Y)/APL$)	5 ($\log(Y)/APL + APL^2$)
Actes		-180***	-524**	-785***	-0,03***	-0,10*
Taille patientèle		-76***	-228***	-332***	-0,04***	-0,12***
Temps de travail		-0,05	2,9	0,25	-0,01	-0,01
Rythme		-0,08***	-0,25**	-0,35***	-0,03**	-0,09*
Rbst total pharma		-2,8	10,2	7,28	-0,01	0,04
Antibiotiques		-0,02*	0,02	-0,09*	-0,03**	-0,03
opioïdes		-0,05***	0,01	-0,18***	-0,10***	-0,08
Soins infirmiers		1,95***	2,18	8,01***	0,13***	0,38***
Soins kiné		1,85***	2,86**	7,66***	0,11***	0,23***

Champ : Répondants à la vague 0 ayant accepté la communication de leur RIAP et déclarant un temps de travail supérieur à une journée par semaine. - **Source** : DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014. - **Note** : Seuils de significativité : * 10% ; ** 5% ; *** 1%

36. $\log(Y) = \alpha_0 + \alpha_1 \log(APL) + \beta X + \epsilon$

Annexe 3 : Robustesse des résultats de la section 2.2. à un changement de seuil de la définition des Zones sous-denses

Dans la section 2.2, pour vérifier que les résultats concernant les activités et les pratiques de prescription des médecins exerçant en ZIP ne sont pas issus d'effets de sélection, nous avons restreint nos données aux médecins installés dans des communes qui n'étaient pas dans une situation particulière de sous-densité médicale en 2010. Nous avons considéré que les médecins installés en ZIP, parmi les médecins retenus, ont subi la dégradation de l'offre en soin primaire pratiquement comme un choc exogène.

Ce postulat nous a permis de suggérer, à partir des modèles 3 et 4, qu'une dégradation de la densité médicale a un effet sur le nombre d'actes, la taille de la patientèle, le rythme des consultations, les prescriptions d'opioïdes, de soins infirmiers et de kinésithérapie.

Nous avons pour cela défini -et exclu des données- les médecins exerçant pas dans une zone sous-dense en 2010 comme les 20% de médecins dont l'APL-2010 de la commune d'installation fait partie des plus basses. Dans cette annexe, nous testons la robustesse des résultats à des variations de ce seuil de 20%.

Le tableau 19 donne l'estimation de la variable *ZIP* du modèle (3) lorsque le seuil est successivement égal à 15%, 25% et 30%.

TABEAU 19 : Estimation du coefficient de la variable *ZIP* pour le nombre d'actes, la taille de la patientèle, le rythme des consultations, la formation continue les prescriptions d'hypnotiques, d'opioïdes, les remboursements de soins infirmiers et de kinésithérapie selon le seuil de définition des zones sous-denses-2010

Seuil	Actes	Patients	Rythme	Form. cont.	Hypnot.	Opioïdes	Infirm.	kiné	N
15 %	0,09** (0,04)	0,13*** (0,04)	0,07 (0,04)	-1,60 (1,12)	-0,11 (0,09)	0,21*** (0,08)	-0,23*** (0,11)	-0,26*** (0,07)	1187
25 %	0,08 (0,05)	0,11** (0,04)	0,07 (0,05)	-1,10 (1,29)	-0,06 (0,10)	0,24** (0,09)	-0,16 (0,13)	-0,29*** (0,08)	1024
30 %	0,10* (0,05)	0,12*** (0,04)	0,09* (0,05)	-1,50 (1,35)	-0,03 (0,11)	0,24** (0,10)	-0,15 (0,14)	-0,29*** (0,08)	960

Champ : Répondants à la vague 0 ayant accepté la communication de leur RIAP et déclarant un temps de travail supérieur à une journée par semaine ; . Les médecins exerçant dans une commune considéré comme étant en "zone-sous-dense" en 2010 sont exclus. - **Source :** DREES, URPS-ML et ORS PACA, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014. - **Note :** Seuils de significativité : * 10% ; ** 5% ; *** 1%

Annexe 4 : Indicateur de la ROSP Corrélations avec un classement ZIP.

Les indicateurs de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) ont été fixés par l'assurance maladie en concertation avec les représentants des médecins lors des négociations conventionnelles et tiennent compte des recommandations de la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales.

Pour l'année 2013, les huit indicateurs relatifs à la prévention suivaient ³⁷ :

1. la proportion de patients MT ³⁸ âgés de 65 ans ou plus vaccinés,
2. le proportion de patients MT âgées de 16 à 64 ans en Affection de Longue Durée ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés,
3. la proportion de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein,
4. la proportion de patients MT âgés de plus de 65 traités par vasodilatateurs, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans,
5. la proportion de patients MT âgés de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi vie longue , rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans,
6. la proportion de patients MT ayant débuté un traitement par benzodiazépines à partir de 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines,
7. la proportion de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années,
8. la proportion de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD.

37. les indicateurs 1,2,3 et 7 ont pour objectif une maximisation de la proportion, les autres une minimisation.

38. Un patient MT est un patient dont le généraliste est le médecin traitant

Liste des documents de travail de la Direction des Études et Synthèses Économiques

G 9001	J. FAYOLLE et M. FLEURBAEY Accumulation, profitabilité et endettement des entreprises	G 9202	J. OLIVEIRA-MARTINS, J. TOUJAS-BERNATE Macro-economic import functions with imperfect competition - An application to the E.C. Trade	G 9310	J. BOURDIEU - B. COLIN-SEDILLOT Les théories sur la structure optimale du capital : quelques points de repère	G 9410	F. ROSENWALD Suivi conjoncturel de l'investissement
G 9002	H. ROUSSE Détection et effets de la multicolinéarité dans les modèles linéaires ordinaires - Un prolongement de la réflexion de BELSLEY, KUH et WELSCH	G 9203	I. STAPIC Les échanges internationaux de services de la France dans le cadre des négociations multilatérales du GATT Juin 1992 (1ère version) Novembre 1992 (version finale)	G 9311	J. BOURDIEU - B. COLIN-SEDILLOT Les décisions de financement des entreprises françaises : une évaluation empirique des théories de la structure optimale du capital	G 9411	C. DEFEUILLEY - Ph. QUIRION Les déchets d'emballages ménagers : une analyse économique des politiques française et allemande
G 9003	P. RALLE et J. TOUJAS-BERNATE Indexation des salaires : la rupture de 1983			G 9312	L. BLOCH - B. CÉURÉ Q de Tobin marginal et transmission des chocs financiers	G 9412	J. BOURDIEU - B. CÉURÉ - B. COLIN-SEDILLOT Quelques développements récents de la théorie de l'investissement
G 9004	D. GUELLEC et P. RALLE Compétitivité, croissance et innovation de produit	G 9204	P. SEVESTRE L'économie sur données individuelles-temporelles. Une note introductive	G 9313	Équipes Amadeus (INSEE), Banque de France, Méric (DP) Présentation des propriétés des principaux modèles macroéconomiques du Service Public	G 9413	B. DORMONT - M. PAUCHET L'évaluation de l'élasticité emploi-salaire dépend-elle des structures de qualification ?
G 9101	Équipe AMADEUS Le modèle AMADEUS - Première partie -Présentation générale	G 9205	H. ERKEL-ROUSSE Le commerce extérieur et l'environnement international dans le modèle AMADEUS (réestimation 1992)	G 9314	B. CREPON - E. DUGUET Research & Development, competition and innovation	G 9414	I. KABLA Le Choix de breveter une invention
G 9102	J.L. BRILLET Le modèle AMADEUS - Deuxième partie -Propriétés variatielles	G 9206	N. GREENAN et D. GUELLEC Coordination within the firm and endogenous growth	G 9315	B. DORMONT Quelle est l'influence du coût du travail sur l'emploi ?	G 9501	J. BOURDIEU - B. CÉURÉ - B. SEDILLOT Irreversible Investment and Uncertainty: When is there a Value of Waiting?
G 9103	D. GUELLEC et P. RALLE Endogenous growth and product innovation	G 9207	A. MAGNIER et J. TOUJAS-BERNATE Technology and trade: empirical evidences for the major five industrialized countries	G 9316	D. BLANCHET - C. BROUSSE Deux études sur l'âge de la retraite	G 9502	L. BLOCH - B. CÉURÉ Imperfections du marché du crédit, investisse-ment des entreprises et cycle économique
G 9104	H. ROUSSE Le modèle AMADEUS - Troisième partie - Le commerce extérieur et l'environnement international	G 9208	B. CREPON, E. DUGUET, D. ENCAOUA et P. MOHNEN Cooperative, non cooperative R & D and optimal patent life	G 9317	D. BLANCHET Répartition du travail dans une population hétérogène : deux notes	G 9503	D. GOUX - E. MAURIN Les transformations de la demande de travail par qualification en France Une étude sur la période 1970-1993
G 9105	H. ROUSSE Effets de demande et d'offre dans les résultats du commerce extérieur manufacturé de la France au cours des deux dernières décennies	G 9209	B. CREPON et E. DUGUET Research and development, competition and innovation: an application of pseudo maximum likelihood methods to Poisson models with heterogeneity	G 9318	D. EYSSARTIER - N. PONTY AMADEUS - an annual macro-economic model for the medium and long term	G 9504	N. GREENAN Technologie, changement organisationnel, qualifications et emploi : une étude empirique sur l'industrie manufacturière
G 9106	B. CREPON Innovation, taille et concentration : causalités et dynamiques	G 9301	J. TOUJAS-BERNATE Commerce international et concurrence imparfaite : développements récents et implications pour la politique commerciale	G 9401	D. BLANCHET Les structures par âge importent-elles ?	G 9505	D. GOUX - E. MAURIN Persistance des hiérarchies sectorielles de salaires : un réexamen sur données françaises
G 9107	B. AMABLE et D. GUELLEC Un panorama des théories de la croissance endogène	G 9302	Ch. CASES Durées de chômage et comportements d'offre de travail : une revue de la littérature	G 9402	J. GAUTIÉ Le chômage des jeunes en France : problème de formation ou phénomène de file d'attente ? Quelques éléments du débat	G 9505 Bis	D. GOUX - E. MAURIN Perséance of inter-industry wages differentials: a reexamination on matched worker-firm panel data
G 9108	M. GLAUDE et M. MOUTARDIER Une évaluation du coût direct de l'enfant de 1979 à 1989						
G 9109	P. RALLE et alii France - Allemagne : performances économiques comparées	G 9303	H. ERKEL-ROUSSE Union économique et monétaire : le débat économique	G 9403	P. QUIRION Les déchets en France : éléments statistiques et économiques	G 9506	S. JACOBZONE Les liens entre RMI et chômage, une mise en perspective <i>NON PARU</i> - <i>article sorti dans Économie et Prévision n° 122 (1996) - pages 95 à 113</i>
G 9110	J.L. BRILLET Micro-DMS	G 9304	N. GREENAN - D. GUELLEC / G. BROUSSAUDIER - L. MIOTTI Innovation organisationnelle, dynamisme technologique et performances des entreprises	G 9404	D. LADIRAY - M. GRUN-REHOMME L'essage par moyennes mobiles - Le problème des extrémités de série	G 9507	G. CETTE - S. MAHFOUZ Le partage primaire du revenu Constat descriptif sur longue période
G 9111	A. MAGNIER Effets accélérateur et multiplicateur en France depuis 1970 : quelques résultats empiriques	G 9305	P. JAILLARD Le traité de Maastricht : présentation juridique et historique	G 9405	V. MAILLARD Théorie et pratique de la correction des effets de jours ouvrables	G 9601	Banque de France - CEPREMAP - Direction de la Prévision - Erasmé - INSEE - OFCE Structures et propriétés de cinq modèles macro-économiques français
G 9112	B. CREPON et G. DUREAU Investissement en recherche-développement : analyse de causalités dans un modèle d'accélérateur généralisé	G 9306	J.L. BRILLET Micro-DMS : présentation et propriétés	G 9406	F. ROSENWALD La décision d'investir	G 9602	Rapport d'activité de la DESE de l'année 1995
		G 9307	J.L. BRILLET Micro-DMS - variantes : les tableaux	G 9407	S. JACOBZONE Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de l'hôpital public	G 9603	J. BOURDIEU - A. DRAZNIENKS L'ocroi de crédit aux PME : une analyse à partir d'informations bancaires
G 9113	J.L. BRILLET, H. ERKEL-ROUSSE, J. TOUJAS-BERNATE "France-Allemagne Couplées" - Deux économies vues par une maquette macro-économétrique	G 9308	S. JACOBZONE Les grands réseaux publics français dans une perspective européenne	G 9408	L. BLOCH, J. BOURDIEU, B. COLIN-SEDILLOT, G. LONGUEVILLE Du défaut de paiement au dépôt de bilan : les banquiers face aux PME en difficulté	G 9604	A. TOPIOL-BENSAÏD Les implantations japonaises en France
G 9201	W.J. ADAMS, B. CREPON, D. ENCAOUA Choix technologiques et stratégies de dissuasion d'entrée	G 9309	L. BLOCH - B. CÉURÉ Profitabilité de l'investissement productif et transmission des chocs financiers	G 9409	D. EYSSARTIER, P. MAIRE Impacts macro-économiques de mesures d'aide au logement - quelques éléments d'évaluation	G 9605	P. GENIER - S. JACOBZONE Comportements de prévention, consommation d'alcool et tabagie : peut-on parler d'une gestion globale du capital santé ? <i>Une modélisation microéconométrique empirique</i>

G 9606	C. DOZ - F. LENGART Factor analysis and unobserved component models: an application to the study of French business surveys	G 9712	E. DUBOIS High Real Interest Rates: the Consequence of a Saving Investment Disequilibrium or of an insufficient Credibility of Monetary Authorities?	G 9805	P. CAHUC - Ch. GIANELLA - D. GOUX - A. ZILBERBERG Equalizing Wage Differences and Bargaining Power - Evidence from a Panel of French Firms	G 9911	retraite du secteur privé et de la fonction publique G. LAROQUE - B. SALANIÉ Une décomposition du non-emploi en France
G 9607	N. GREENAN - D. GUELLEC La théorie coopérative de la firme	G 9713	Bilan des activités de la Direction des Études et Synthèses Économiques - 1996	G 9806	J. ACCARDO - M. JIASSI La productivité globale des facteurs entre 1975 et 1996	G 9912	B. SALANIÉ Une maquette analytique de long terme du marché du travail
G 9608	N. GREENAN - D. GUELLEC Technological innovation and employment reallocation	G 9714	F. LEQUILLER Does the French Consumer Price Index Overstate Inflation?	G 9807	Bilan des activités de la Direction des Études et Synthèses Économiques - 1997	G 9912 Bis	Ch. GIANELLA Une estimation de l'élasticité de l'emploi peu qualifié à son coût
G 9609	Ph. COUR - F. RUPPRECHT L'intégration asymétrique au sein du continent américain : un essai de modélisation	G 9715	X. BONNET Peut-on mettre en évidence les rigidités à la baisse des salaires nominaux ?	G 9808	A. MOURougANE Can a Conservative Governor Conduct an Accommodative Monetary Policy?	G 9913	Division « Redistribution et Politiques Sociales » Le modèle de microsimulation dynamique DESTINIE
G 9610	S. DUCHENE - G. FORGEOT - A. JACQUOT Analyse des évolutions récentes de la productivité apparente du travail	G 9716	N. IUNG - F. RUPPRECHT Productivité de la recherche et rendements d'échelle dans le secteur pharmaceutique français	G 9809	X. BONNET - E. DUBOIS - L. FAUVET Asymétrie des inflations relatives et menus coûts : tests sur l'inflation française	G 9914	E. DUGUET Macro-commandes SAS pour l'économétrie des panels et des variables qualitatives
G 9611	X. BONNET - S. MAHFOUZ The influence of different specifications of wages-prices spirals on the measure of the NAIRU: the case of France	G 9717	E. DUGUET - I. KABLA Appropriation strategy and the motivations to use the patent system in France - An econometric analysis at the firm level	G 9810	E. DUGUET - N. IUNG Sales and Advertising with Spillovers at the firm level: Estimation of a Dynamic Structural Model on Panel Data	G 9915	R. DUHAUTOIS Évolution des flux d'emplois en France entre 1990 et 1996 : une étude empirique à partir du fichier des bénéfices réels normaux (BRN)
G 9612	Ph. COUR - E. DUBOIS, S. MAHFOUZ, J. PISANI-FERRY The cost of fiscal retrenchment revisited: how strong is the evidence?	G 9718	L.P. PELÉ - P. RALLE Âge de la retraite : les aspects incitatifs du régime général	G 9811	J.P. BERTHIER Congestion urbaine : un modèle de trafic de pointe à courbe débit-vitesse et demande élastique	G 9916	J.Y. FOURNIER Extraction du cycle des affaires : la méthode de Baxter et King
G 9613	A. JACQUOT Les flexions des taux d'activité sont-elles seulement conjoncturelles ?	G 9719	ZHANG Yingxiang - SONG Xueqing Lexique macroéconomique français-chinois, chinois-français	G 9812	C. PRIGENT La part des salaires dans la valeur ajoutée : une approche macroéconomique	G 9917	B. CRÉPON - R. DESPLATZ - J. MAIRESSE Estimating price cost margins, scale economies and workers' bargaining power at the firm level
G 9614	ZHANG Yingxiang - SONG Xueqing Lexique macroéconomique Français-Chinois	G 9720	M. HOUDEBINE - J.L. SCHNEIDER Mesurer l'influence de la fiscalité sur la localisation des entreprises	G 9813	A.Th. AERTS L'évolution de la part des salaires dans la valeur ajoutée en France reflète-t-elle les évolutions individuelles sur la période 1979-1994 ?	G 9918	Ch. GIANELLA - Ph. LAGARDE Productivity of hours in the aggregate production function: an evaluation on a panel of French firms from the manufacturing sector
G 9701	J.L. SCHNEIDER La taxe professionnelle : éléments de cadrage économique	G 9721	A. MOURougANE Crédibilité, indépendance et politique monétaire	G 9814	B. SALANIÉ Guide pratique des séries non-stationnaires	G 9919	S. AUDRIC - P. GIVORD - C. PROST Évolution de l'emploi et des coûts par qualification entre 1982 et 1996
G 9702	J.L. SCHNEIDER Transition et stabilité politique d'un système redistributif	G 9722	P. AUGERAUD - L. BRIOT Les données comptables d'entreprises Le système intermédiaire d'entreprises Passage des données individuelles aux données sectorielles	G 9901	S. DUCHÊNE - A. JACQUOT Une croissance plus riche en emplois depuis le début de la décennie ? Une analyse en comparaison internationale	G 2000/01	R. MAHIEU Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique
G 9703	D. GOUX - E. MAURIN Train or Pay? Does it Reduce Inequalities to Encourage Firms to Train their Workers?	G 9723	P. AUGERAUD - J.E. CHAPRON Using Business Accounts for Compiling National Accounts: the French Experience	G 9902	Ch. COLIN Modélisation des carrières dans Destinie	G 2000/02	C. ALLARD-PRIGENT - H. GUILMEAU - A. QUINET The real exchange rate as the relative price of nontradables in terms of tradables: theoretical investigation and empirical study on French data
G 9704	P. GENIER Deux contributions sur dépendance et équité	G 9724	P. AUGERAUD Les comptes d'entreprise par activités - Le passage aux comptes - De la comptabilité d'entreprise à la comptabilité nationale - A <i>paraître</i>	G 9904	B. CRÉPON - N. IUNG Innovation, emploi et performances	G 2000/03	J.-Y. FOURNIER L'approximation du filtre passe-bande proposée par Christiano et Fitzgerald
G 9705	E. DUGUET - N. IUNG R & D Investment, Patent Life and Patent Value An Econometric Analysis at the Firm Level	G 9801	H. MICHAUDON - C. PRIGENT Présentation du modèle AMADEUS	G 9905	B. CRÉPON - Ch. GIANELLA Wages inequalities in France 1969-1992	G 2000/04	Bilan des activités de la DESE - 1999
G 9706	M. HOUDEBINE - A. TOPIOL-BENSAÏD Les entreprises internationales en France : une analyse à partir de données individuelles	G 9802	J. ACCARDO Une étude de comptabilité générationnelle pour la France en 1996	G 9906	C. BONNET - R. MAHIEU Microsimulation techniques applied to inter-generational transfers - Pensions in a dynamic framework: the case of France	G 2000/05	B. CRÉPON - F. ROSENWALD Investissement et contraintes de financement : le poids du cycle
G 9707	M. HOUDEBINE Polarisation des activités et spécialisation des départements en France	G 9803	X. BONNET - S. DUCHÊNE Apports et limites de la modélisation « Real Business Cycles »	G 9907	F. ROSENWALD L'impact des contraintes financières dans la décision d'investissement	G 2000/06	Une estimation sur données françaises A. FLIPO Les comportements matrimoniaux de fait
G 9708	E. DUGUET - N. GREENAN Le biais technologique : une analyse sur données individuelles	G 9804	C. BARLET - C. DUGUET - D. ENCAOUA - J. PRADEL The Commercial Success of Innovations An econometric analysis at the firm level in French manufacturing	G 9908	Bilan des activités de la DESE - 1998	G 2000/07	R. MAHIEU - B. SÉDILLOT Microsimulations of the retirement decision: a supply side approach
G 9709	J.L. BRILLET Analyzing a small French ECM Model	G 9909	J.P. ZOYEM Contrat d'insertion et sortie du RMI	G 2000/08	C. AUDENIS - C. PROST Déficit conjoncturel : une prise en compte des conjonctures passées	G 2000/09	R. MAHIEU - B. SÉDILLOT Équivalent patrimonial de la rente et souscription de retraite complémentaire

G 2000/10	R. DUHAUTOIS Ralentissement de l'investissement : petites ou grandes entreprises ? G. LAROQUE - B. SALANIÉ Temps partiel féminin et incitations financières à l'emploi	microsimulation model Destinie: An analysis of future change in completed fertility J.-P. ZOYEM Diagnostic sur la pauvreté et calendrier de revenus : le cas du "Panel européen des ménages »	G2001/15	G2001/15	microsimulation model Destinie: An analysis of future change in completed fertility J.-P. ZOYEM Diagnostic sur la pauvreté et calendrier de revenus : le cas du "Panel européen des ménages »	G2002/13	M. LECLAIR Réduction du temps de travail et tensions sur les facteurs de production	G2004/02	M. DUÉE - C. REBILLARD La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme
G2000/11	G. LAROQUE - B. SALANIÉ Temps partiel féminin et incitations financières à l'emploi							G2004/03	S. RASPILLER - N. RIEDINGER Régulation environnementale et choix de localisation des groupes français
G2000/12	Ch. GIANELLA Local unemployment and wages							G2004/04	A. NABOULET - S. RASPILLER Les déterminants de la décision d'investir : une approche par les perceptions subjectives des firmes
G2000/13	B. CREPON - Th. HECKEL - Informatisation en France : une évaluation à partir de données individuelles - Computerization in France: an evaluation based on individual company data							G2004/05	N. RAGACHE La déclaration des enfants par les couples non mariés est-elle fiscalement optimale ?
G2001/01	F. LEQUILLER - La nouvelle économie et la mesure de la croissance du PIB - The new economy and the measurement of GDP growth							G2004/06	M. DUÉE L'impact du chômage des parents sur le devenir scolaire des enfants
G2001/02	S. AUDRIC La reprise de la croissance de l'emploi profite-t-elle aussi aux non-diplômés ?							G2004/07	P. AUBERT - E. CAROLI - M. ROGER New Technologies, Workplace Organisation and the Age Structure of the Workforce: Firm-Level Evidence
G2001/03	I. BRAUN-LEMAIRE Évolution et répartition du surplus de productivité							G2004/08	E. DUGUET - C. LELARGE Les brevets accroissent-ils les incitations privées à innover ? Un examen microéconométrique
G2001/04	A. BEAUDU - Th. HECKEL Le canal du crédit fonctionne-t-il en Europe ? Une étude de l'hétérogénéité des comportements d'investissement à partir de données de bilan agrégées							G2004/09	S. RASPILLER - P. SILLARD Affiliating versus Subcontracting: the Case of Multinationals
G2001/05	C. AUDENIS - P. BISCOURP - N. FOURCADE - O. LOISEL Testing the augmented Solow growth model: An empirical reassessment using panel data							G2004/10	J. BOISSINOT - C. L'ANGEVIN - B. MONFORT Public Debt Sustainability: Some Results on the French Case
G2001/06	R. MAHIEU - B. SÉDILLOT Départ à la retraite, irréversibilité et incertitude							G2004/11	S. ANANIAN - P. AUBERT Travailleurs âgés, nouvelles technologies et changements organisationnels : un réexamen à partir de l'enquête « REPONSE »
G2001/07	Bilan des activités de la DESE - 2000							G2004/12	X. BONNET - H. PONCET Structures de revenus et propensions différentes à consommer - Vers une équation de consommation des ménages plus robuste en prévision pour la France
G2001/08	J. Ph. GAUDEMET Les dispositifs d'acquisition à titre facultatif d'annuités viagères de retraite							G2004/13	C. PICART Évaluer la rentabilité des sociétés non financières
G2001/09	B. CREPON - Ch. GIANELLA Fiscalité, coût d'usage du capital et demande de facteurs : une analyse sur données individuelles							G2004/14	J. BARDAJI - B. SÉDILLOT - E. WALRAET Les retraites du secteur public : projections à l'horizon 2040 à l'aide du modèle de microsimulation DESTINIE
G2001/10	B. CREPON - R. DESPLATZ Évaluation des effets des dispositifs d'allègements de charges sociales sur les bas salaires							G2005/01	S. BUFETEAU - P. GODEFROY Conditions de départ en retraite selon l'âge de fin d'études : analyse prospective pour les générations 1945 à 1974
G2001/11	J.-Y. FOURNIER Comparaison des salaires des secteurs public et privé							G2005/02	C. AFSA - S. BUFETEAU L'évolution de l'activité féminine en France : une approche par pseudo-panel
G2001/12	J.-P. BERTHIER - C. JAULENT R. CONVENEVOLE - S. PISANI Une méthodologie de comparaison entre consommations intermédiaires de source fiscale et de comptabilité nationale							G2005/03	P. AUBERT - P. SILLARD Délocalisations et réductions d'effectifs dans l'industrie française
G2001/13	P. BISCOURP - Ch. GIANELLA Substitution and complementarity between capital, skilled and less skilled workers: an analysis at the firm level in the French manufacturing industry							G2005/04	M. LECLAIR - S. ROUX Mesure et utilisation des emplois instables dans les entreprises
G2001/14	I. ROBERT-BOBÉE Modelling demographic behaviours in the French							G2005/05	C. L'ANGEVIN - S. SERRAVALLE Performances à l'exportation de la France

G2002/13	M. LECLAIR Réduction du temps de travail et tensions sur les facteurs de production							G2004/02	M. DUÉE - C. REBILLARD La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme
G2002/14	E. WALRAET - A. VINCENT - Analyse de la redistribution intragénérationnelle dans le système de retraite des salariés du privé - Une approche par microsimulation - Intragenerational distributional analysis in the french private sector pension scheme - A microsimulation approach							G2004/03	S. RASPILLER - N. RIEDINGER Régulation environnementale et choix de localisation des groupes français
G2002/15	P. CHONE - D. LE BLANC - I. ROBERT-BOBÉE Offre de travail féminine et garde des jeunes enfants							G2004/04	A. NABOULET - S. RASPILLER Les déterminants de la décision d'investir : une approche par les perceptions subjectives des firmes
G2002/16	F. MAUREL - S. GREGOIR Les indices de compétitivité des pays : interprétation et limites							G2004/05	N. RAGACHE La déclaration des enfants par les couples non mariés est-elle fiscalement optimale ?
G2003/01	N. RIEDINGER - E. HAUVY Le coût de dépollution atmosphérique pour les entreprises françaises : Une estimation à partir de données individuelles							G2004/06	M. DUÉE L'impact du chômage des parents sur le devenir scolaire des enfants
G2003/02	P. BISCOURP et F. KRAMARZ Création d'emplois, destruction d'emplois et internationalisation des entreprises industrielles françaises : une analyse sur la période 1986-1992							G2004/07	P. AUBERT - E. CAROLI - M. ROGER New Technologies, Workplace Organisation and the Age Structure of the Workforce: Firm-Level Evidence
G2003/03	Bilan des activités de la DESE - 2002							G2004/08	E. DUGUET - C. LELARGE Les brevets accroissent-ils les incitations privées à innover ? Un examen microéconométrique
G2003/04	P.-O. BEFFY - J. DEROYON - N. LAÏB - B. MONFORT Évolutions démographiques et croissance : une projection macro-économique à l'horizon 2020							G2004/09	S. RASPILLER - P. SILLARD Affiliating versus Subcontracting: the Case of Multinationals
G2003/05	P. AUBERT La situation des salariés de plus de cinquante ans dans le secteur privé							G2004/10	J. BOISSINOT - C. L'ANGEVIN - B. MONFORT Public Debt Sustainability: Some Results on the French Case
G2003/06	P. AUBERT - B. CREPON Âge, salaire et productivité La productivité des salariés décline-t-elle en fin de carrière ?							G2004/11	S. ANANIAN - P. AUBERT Travailleurs âgés, nouvelles technologies et changements organisationnels : un réexamen à partir de l'enquête « REPONSE »
G2003/07	H. BARON - P.O. BEFFY - N. FOURCADE - R. MAHIEU Le ralentissement de la productivité du travail au cours des années 1990							G2004/12	X. BONNET - H. PONCET Structures de revenus et propensions différentes à consommer - Vers une équation de consommation des ménages plus robuste en prévision pour la France
G2003/08	P.-O. BEFFY - B. MONFORT Patrimoine des ménages, dynamique d'allocation et comportement de consommation							G2004/13	C. PICART Évaluer la rentabilité des sociétés non financières
G2003/09	P. BISCOURP - N. FOURCADE Peut-on mettre en évidence l'existence de rigidités à la baisse des salaires à partir de données individuelles ? Le cas de la France à la fin des années 90							G2004/14	J. BARDAJI - B. SÉDILLOT - E. WALRAET Les retraites du secteur public : projections à l'horizon 2040 à l'aide du modèle de microsimulation DESTINIE
G2003/10	M. LECLAIR - P. PETIT Présence syndicale dans les firmes : quel impact sur les inégalités salariales entre les hommes et les femmes ?							G2005/01	S. BUFETEAU - P. GODEFROY Conditions de départ en retraite selon l'âge de fin d'études : analyse prospective pour les générations 1945 à 1974
G2003/11	P.-O. BEFFY - X. BONNET - M. DARRACQ-PARIES - B. MONFORT MZE: a small macro-model for the euro area							G2005/02	C. AFSA - S. BUFETEAU L'évolution de l'activité féminine en France : une approche par pseudo-panel
G2004/01	P. AUBERT - M. LECLAIR La compétitivité exprimée dans les enquêtes trimestrielles sur la situation et les perspectives dans l'industrie							G2005/03	P. AUBERT - P. SILLARD Délocalisations et réductions d'effectifs dans l'industrie française

G 2000/10	R. DUHAUTOIS Ralentissement de l'investissement : petites ou grandes entreprises ? G. LAROQUE - B. SALANIÉ Temps partiel féminin et incitations financières à l'emploi	microsimulation model Destinie: An analysis of future change in completed fertility J.-P. ZOYEM Diagnostic sur la pauvreté et calendrier de revenus : le cas du "Panel européen des ménages »	G2001/15	G2001/15	microsimulation model Destinie: An analysis of future change in completed fertility J.-P. ZOYEM Diagnostic sur la pauvreté et calendrier de revenus : le cas du "Panel européen des ménages »	G2002/13	M. LECLAIR Réduction du temps de travail et tensions sur les facteurs de production	G2004/02	M. DUÉE - C. REBILLARD La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme
G2000/11	G. LAROQUE - B. SALANIÉ Temps partiel féminin et incitations financières à l'emploi							G2004/03	S. RASPILLER - N. RIEDINGER Régulation environnementale et choix de localisation des groupes français
G2000/12	Ch. GIANELLA Local unemployment and wages							G2004/04	A. NABOULET - S. RASPILLER Les déterminants de la décision d'investir : une approche par les perceptions subjectives des firmes
G2000/13	B. CREPON - Th. HECKEL - Informatisation en France : une évaluation à partir de données individuelles - Computerization in France: an evaluation based on individual company data							G2004/05	N. RAGACHE La déclaration des enfants par les couples non mariés est-elle fiscalement optimale ?
G2001/01	F. LEQUILLER - La nouvelle économie et la mesure de la croissance du PIB - The new economy and the measurement of GDP growth							G2004/06	M. DUÉE L'impact du chômage des parents sur le devenir scolaire des enfants
G2001/02	S. AUDRIC La reprise de la croissance de l'emploi profite-t-elle aussi aux non-diplômés ?							G2004/07	P. AUBERT - E. CAROLI - M. ROGER New Technologies, Workplace Organisation and the Age Structure of the Workforce: Firm-Level Evidence
G2001/03	I. BRAUN-LEMAIRE Évolution et répartition du surplus de productivité							G2004/08	E. DUGUET - C. LELARGE Les brevets accroissent-ils les incitations privées à innover ? Un examen microéconométrique
G2001/04	A. BEAUDU - Th. HECKEL Le canal du crédit fonctionne-t-il en Europe ? Une étude de l'hétérogénéité des comportements d'investissement à partir de données de bilan agrégées							G2004/09	S. RASPILLER - P. SILLARD Affiliating versus Subcontracting: the Case of Multinationals
G2001/05	C. AUDENIS - P. BISCOURP - N. FOURCADE - O. LOISEL Testing the augmented Solow growth model: An empirical reassessment using panel data							G2004/10	J. BOISSINOT - C. L'ANGEVIN - B. MONFORT Public Debt Sustainability: Some Results on the French Case
G2001/06	R. MAHIEU - B. SÉDILLOT Départ à la retraite, irréversibilité et incertitude							G2004/11	S. ANANIAN - P. AUBERT Travailleurs âgés, nouvelles technologies et changements organisationnels : un réexamen à partir de l'enquête « REPONSE »
G2001/07	Bilan des activités de la DESE - 2000							G2004/12	X. BONNET - H. PONCET Structures de revenus et propensions différentes à consommer - Vers une équation de consommation des ménages plus robuste en prévision pour la France
G2001/08	J. Ph. GAUDEMET Les dispositifs d'acquisition à titre facultatif d'annuités viagères de retraite							G2004/13	C. PICART Évaluer la rentabilité des sociétés non financières
G2001/09	B. CREPON - Ch. GIANELLA Fiscalité, coût d'usage du capital et demande de facteurs : une analyse sur données individuelles							G2004/14	J. BARDAJI - B. SÉDILLOT - E. WALRAET Les retraites du secteur public : projections à l'horizon 2040 à l'aide du modèle de microsimulation DESTINIE
G2001/10	B. CREPON - R. DESPLATZ Évaluation des effets des dispositifs d'allègements de charges sociales sur les bas salaires							G2005/01	S. BUFETEAU - P. GODEFROY Conditions de départ en retraite selon l'âge de fin d'études : analyse prospective pour les générations 1945 à 1974
G2001/11	J.-Y. FOURNIER Comparaison des salaires des secteurs public et privé							G2005/02	C. AFSA - S. BUFETEAU L'évolution de l'activité féminine en France : une approche par pseudo-panel
G2001/12	J.-P. BERTHIER - C. JAULENT R. CONVENEVOLE - S. PISANI Une méthodologie de comparaison entre consommations intermédiaires de source fiscale et de comptabilité nationale							G2005/03	P. AUBERT - P. SILLARD Délocalisations et réductions d'effectifs dans l'industrie française
G2001/13	P. BISCOURP - Ch. GIANELLA Substitution and complementarity between capital, skilled and less skilled workers: an analysis at the firm level in the French manufacturing industry							G2005/04	M. LECLAIR - S. ROUX Mesure et utilisation des emplois instables dans les entreprises
G2001/14	I. ROBERT-BOBÉE Modelling demographic behaviours in the French							G2005/05	C. L'ANGEVIN - S. SERRAVALLE Performances à l'exportation de la France

G2002/13	M. LECLAIR Réduction du temps de travail et tensions sur les facteurs de production							G2004/02	M. DUÉE - C. REBILLARD La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme
G2002/14	E. WALRAET - A. VINCENT - Analyse de la redistribution intragénérationnelle dans le système de retraite des salariés du privé - Une approche par microsimulation - Intragenerational distributional analysis in the french private sector pension scheme - A microsimulation approach							G2004/03	S. RASPILLER - N. RIEDINGER Régulation environnementale et choix de localisation des groupes français
G2002/15	P. CHONE - D. LE BLANC - I. ROBERT-BOBÉE Offre de travail féminine et garde des jeunes enfants							G2004/04	A. NABOULET - S. RASPILLER Les déterminants de la décision d'investir : une approche par les perceptions subjectives des firmes
G2002/16	F. MAUREL - S. GREGOIR Les indices de compétitivité des pays : interprétation et limites							G2004/05	N. RAGACHE La déclaration des enfants par les couples non mariés est-elle fiscalement optimale ?
G2003/01	N. RIEDINGER - E. HAUVY Le coût de dépollution atmosphérique pour les entreprises françaises : Une estimation à partir de données individuelles							G2004/06	M. DUÉE L'impact du chômage des parents sur le devenir scolaire des enfants
G2003/02	P. BISCOURP et F. KRAMARZ Création d'emplois, destruction d'emplois et internationalisation des entreprises industrielles françaises : une analyse sur la période 1986-1992							G2004/07	P. AUBERT - E. CAROLI - M. ROGER New Technologies, Workplace Organisation and the Age Structure of the Workforce: Firm-Level Evidence
G2003/03	Bilan des activités de la DESE - 2002							G2004/08	E. DUGUET - C. LELARGE Les brevets accroissent-ils les incitations privées à innover ? Un examen microéconométrique
G2003/04	P.-O. BEFFY - J. DEROYON - N. LAÏB - B. MONFORT Évolutions démographiques et croissance : une projection macro-économique à l'horizon 2020							G2004/09	S. RASPILLER - P. SILLARD Affiliating versus Subcontracting: the Case of Multinationals
G2003/05	P. AUBERT La situation des salariés de plus de cinquante ans dans le secteur privé							G2004/10	J. BOISSINOT - C. L'ANGEVIN - B. MONFORT Public Debt Sustainability: Some Results on the French Case
G2003/06	P. AUBERT - B. CREPON Âge, salaire et productivité La productivité des salariés décline-t-elle en fin de carrière ?							G2004/11	S. ANANIAN - P. AUBERT Travailleurs âgés, nouvelles technologies et changements organisationnels : un réexamen à partir de l'enquête « REPONSE »
G2003/07	H. BARON - P.O. BEFFY - N. FOURCADE - R. MAHIEU Le ralentissement de la productivité du travail au cours des années 1990							G2004/12	X. BONNET - H. PONCET Structures de revenus et propensions différentes à consommer - Vers une équation de consommation des ménages plus robuste en prévision pour la France
G2003/08	P.-O. BEFFY - B. MONFORT Patrimoine des ménages, dynamique d'allocation et comportement de consommation							G2004/13	C. PICART Évaluer la rentabilité des sociétés non financières
G2003/09	P. BISCOURP - N. FOURCADE Peut-on mettre en évidence l'existence de rigidités à la baisse des salaires à partir de données individuelles ? Le cas de la France à la fin des années 90							G2004/14	J. BARDAJI - B. SÉDILLOT - E. WALRAET Les retraites du secteur public : projections à l'horizon 2040 à l'aide du modèle de microsimulation DESTINIE
G2003/10	M. LECLAIR - P. PETIT Présence syndicale dans les firmes : quel impact sur les inégalités salariales entre les hommes et les femmes ?							G2005/01	S. BUFETEAU - P. GODEFROY Conditions de départ en retraite selon l'âge de fin d'études : analyse prospective pour les générations 1945 à 1974
G2003/11	P.-O. BEFFY - X. BONNET - M. DARRACQ-PARIES - B. MONFORT MZE: a small macro-model for the euro area							G2005/02	C. AFSA - S. BUFETEAU L'évolution de l'activité féminine en France : une approche par pseudo-panel
G2004/01	P. AUBERT - M. LECLAIR La compétitivité exprimée dans les enquêtes trimestrielles sur la situation et les perspectives dans l'industrie							G2005/03	P. AUBERT - P. SILLARD Délocalisations et réductions d'effectifs dans l'industrie française

G2005/06	et de l'Allemagne - Une analyse par secteur et destination géographique	G2006/07	C. AFSA - P. GIVORD Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie	G2007/11	R. RATHELOT - P. SILLARD Zones Franches Urbaines : quels effets sur l'emploi salarié et les créations d'établissements ?	G2009/04	P. GIVORD - L. WILNER Les contrats temporaires : trappe ou marche pied vers l'emploi stable ?
G2005/07	Bilan des activités de la Direction des Études et Synthèses Économiques - 2004	G2006/08	P. SILLARD - C. L'ANGEVIN - S. SERRAVALLE Performances comparées à l'exportation de la France et de ses principaux partenaires Une analyse structurelle sur 12 ans	G2007/12	V. ALBOUY - B. CRÉPON Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin	G2009/05	G. LALANNE - P.-A. PIONNIER - O. SIMON Le partage des fruits de la croissance de 1950 à 2008 : une approche par les comptes de surplus
G2005/08	S. RASPILLER La concurrence fiscale : principaux enseignements de l'analyse économique	G2006/09	X. BOUTIN - S. QUANTIN Une méthodologie d'évaluation comptable du coût du capital des entreprises françaises : 1984-2002	G2008/01	C. PICART Les PME françaises : rentables mais peu dynamiques	G2009/06	L. DAVEZIES - X. D'HAULTFOEUILLE Faut-il pondérer ?... Ou l'éternelle question de l'éconômètre confronté à des données d'enquête
G2005/09	N. FERRARI Prévoir l'investissement des entreprises Un indicateur des révisions dans l'enquête de conjoncture sur les investissements dans l'industrie.	G2006/10	C. AFSA L'estimation d'un coût implicite de la pénibilité du travail chez les travailleurs âgés	G2008/02	P. BISCOURP - X. BOUTIN - T. VERGÉ The Effects of Retail Regulations on Prices Evidence from the Lot Galland	G2009/07	S. QUANTIN - S. RASPILLER - S. SERRAVALLE Commerce intragroupe, fiscalité et prix de transferts : une analyse sur données françaises
G2005/10	P.-O. BEFFY - C. L'ANGEVIN Chômage et boucle prix-salaires : apport d'un modèle « qualifiés/peu qualifiés »	G2006/11	C. LELARGE Les entreprises (industrielles) françaises sont-elles à la frontière technologique ?	G2008/03	Y. BARBESOL - A. BRIANT Economies d'agglomération et productivité des entreprises : estimation sur données individuelles françaises	G2009/08	M. CLERC - V. MARCUS Élasticités-prix des consommations énergétiques des ménages
G2005/11	B. HEITZ A two-states Markov-switching model of inflation in France and the USA: credible target VS inflation spiral	G2006/12	O. BIAU - N. FERRARI Théorie de l'opinion Faut-il pondérer les réponses individuelles ?	G2008/04	D. BLANCHET - F. LE GALLO Les projections démographiques : principaux mécanismes et retour sur l'expérience française	G2009/09	G. LALANNE - E. POULIQUEN - O. SIMON Prix du pétrole et croissance potentielle à long terme
G2005/12	O. BIAU - H. ERKEL-ROUSSE - N. FERRARI Réponses individuelles aux enquêtes de conjoncture et prévision macroéconomiques : Exemple de la prévision de la production manufacturière	G2006/13	A. KOUBI - S. ROUX Une réinterprétation de la relation entre productivité et inégalités salariales dans les entreprises	G2008/05	D. BLANCHET - F. TOUTLEMONDE Évolutions démographiques et déformation du cycle de vie active : quelles relations ?	G2009/10	D. BLANCHET - J. LE CACHEUX - V. MARCUS Adjusted net savings and other approaches to sustainability: some theoretical background
G2005/13	P. AUBERT - D. BLANCHET - D. BIAU The labour market after age 50: some elements of a Franco-American comparison	G2006/14	R. RATHELOT - P. SILLARD The impact of local taxes on plants location decision	G2008/06	M. BARLET - D. BLANCHET - L. CRUSSON Internationalisation et flux d'emplois : que dit une approche comptable ?	G2009/11	V. BELLAMY - G. CONSALES - M. FESSEAU - S. LE LAIDIER - É. RAYNAUD Une décomposition du compte des ménages de la comptabilité nationale par catégorie de ménage en 2003
G2005/14	P. DOURGNON - P. POLLET L'enquête SHARE : présentation et premiers résultats de l'édition française	G2006/15	L. GONZALEZ - C. PICART Diversification, recentrage et poids des activités de support dans les groupes (1993-2000)	G2008/07	C. LELARGE - D. SRAER - D. THESMAR Entrepreneurship and Credit Constraints - Evidence from a French Loan Guarantee Program	G2009/12	J. BARDAJI - F. TALLET Detecting Economic Regimes in France: a Qualitative Markov-Switching Indicator Using Mixed Frequency Data
G2005/15	M. DUÉE La modélisation des comportements démographiques dans le modèle de microsimulation DESTINIE	G2007/01	D. SRAER Alignements de cotisations patronales et dynamique salariale	G2008/08	X. BOUTIN - L. JANIN Are Prices Really Affected by Mergers?	G2009/13	R. AEBERHARDT - D. FOUGÈRE - R. RATHELOT Discrimination à l'embauche : comment exploiter les procédures de testing ?
G2005/16	H. RAOUI - S. ROUX Étude de simulation sur la participation versée aux salariés par les entreprises	G2007/02	V. ALBOUY - L. LEQUIEN Les rendements non monétaires de l'éducation : le cas de la santé	G2008/09	M. BARLET - A. BRIANT - L. CRUSSON Concentration géographique dans l'industrie manufacturière et dans les services en France : une approche par un indicateur en continu	G2009/14	Y. BARBESOL - P. GIVORD - S. QUANTIN Partage de la valeur ajoutée, approche par données microéconomiques
G2006/01	C. BONNET - S. BUFFETEAU - P. GODEFROY Disparités de retraite de droit direct entre hommes et femmes : quelles évolutions ?	G2007/03	D. BLANCHET - T. DEBRAND Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne	G2008/10	M. BEFFY - É. COUDJIN - R. RATHELOT Who is confronted to insecure labor market histories? Some evidence based on the French labor market transition	G2009/15	I. BUONO - G. LALANNE The Effect of the Uruguay round on the Intensive and Extensive Margins of Trade
G2006/02	C. PICART Les gazelles en France	G2007/04	M. BARLET - L. CRUSSON Quel impact des variations du prix du pétrole sur la croissance française ?	G2008/11	M. ROGER - E. WALRAET Social Security and Well-Being of the Elderly: the Case of France	G2010/01	C. MINODIER Avantages comparés des séries des premières valeurs publiées et des séries des valeurs révisées - Un exercice de prévision en temps réel de la croissance trimestrielle du PIB en France
G2006/03	P. AUBERT - B. CRÉPON - P. ZAMORA Le rendement apparent de la formation continue dans les entreprises : effets sur la productivité et les salaires	G2007/05	C. PICART Flux d'emploi et de main-d'œuvre en France : un réexamen	G2008/12	C. AFSA Analyser les composantes du bien-être et de son évolution	G2010/02	V. ALBOUY - L. DAVEZIES - T. DEBRAND Health Expenditure Models: a Comparison of Five Specifications using Panel Data
G2006/04	J.-F. OUVREARD - R. RATHELOT Demographic change and unemployment: what do macroeconomic models predict?	G2007/06	V. ALBOUY - C. TAVAN Massification et démocratisation de l'enseignement supérieur en France	G2008/13	M. BARLET - D. BLANCHET - T. LE BARBANCHON Microsimuler le marché du travail : un prototype	G2010/03	C. KLEIN - O. SIMON Le modèle MESANGE réestimé en base 2000
G2006/05	D. BLANCHET - J.-F. OUVREARD Indicateurs d'engagements implicites des systèmes de retraite : chiffres, propriétés analytiques et réactions à des chocs démographiques types	G2007/07	T. LE BARBANCHON The Changing response to oil price shocks in France: a DSGE type approach	G2009/01	P.-A. PIONNIER Le partage de la valeur ajoutée en France, 1949-2007	G2010/04	M.-É. CLERC - É. COUDJIN L'IPC, miroir de l'évolution du coût de la vie en France ? Ce qu'apporte l'analyse des courbes d'Engel
G2006/06	G. BIAU - O. BIAU - L. ROUVIERE Nonparametric Forecasting of the Manufacturing Output Growth with Firm-level Survey Data	G2007/08	T. CHANEY - D. SRAER - D. THESMAR Collateral Value and Corporate Investment Evidence from the French Real Estate Market	G2009/02	Laurent CLAVEL - Christelle MINODIER A Monthly Indicator of the French Business Climate	G2010/05	N. CECI-RENAUD - P.-A. CHEVALIER Les seuls de 10, 20 et 50 salariés : impact sur la taille des entreprises françaises
G2007/10		G2007/09	J. BOISSINOT Consumption over the Life Cycle: Facts for France	G2009/03	H. ERKEL-ROUSSE - C. MINODIER Do Business Tendency Surveys in Industry and Services Help in Forecasting GDP Growth? A Real-Time Analysis on French Data		

G2007/11	R. RATHELOT - P. SILLARD Zones Franches Urbaines : quels effets sur l'emploi salarié et les créations d'établissements ?	G2009/04	P. GIVORD - L. WILNER Les contrats temporaires : trappe ou marche pied vers l'emploi stable ?
G2007/12	V. ALBOUY - B. CRÉPON Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin	G2009/05	G. LALANNE - P.-A. PIONNIER - O. SIMON Le partage des fruits de la croissance de 1950 à 2008 : une approche par les comptes de surplus
G2008/01	C. PICART Les PME françaises : rentables mais peu dynamiques	G2009/06	L. DAVEZIES - X. D'HAULTFOEUILLE Faut-il pondérer ?... Ou l'éternelle question de l'éconômètre confronté à des données d'enquête
G2008/02	P. BISCOURP - X. BOUTIN - T. VERGÉ The Effects of Retail Regulations on Prices Evidence from the Lot Galland	G2009/07	S. QUANTIN - S. RASPILLER - S. SERRAVALLE Commerce intragroupe, fiscalité et prix de transferts : une analyse sur données françaises
G2008/03	Y. BARBESOL - A. BRIANT Economies d'agglomération et productivité des entreprises : estimation sur données individuelles françaises	G2009/08	M. CLERC - V. MARCUS Élasticités-prix des consommations énergétiques des ménages
G2008/04	D. BLANCHET - F. LE GALLO Les projections démographiques : principaux mécanismes et retour sur l'expérience française	G2009/09	G. LALANNE - E. POULIQUEN - O. SIMON Prix du pétrole et croissance potentielle à long terme
G2008/05	D. BLANCHET - F. TOUTLEMONDE Évolutions démographiques et déformation du cycle de vie active : quelles relations ?	G2009/10	D. BLANCHET - J. LE CACHEUX - V. MARCUS Adjusted net savings and other approaches to sustainability: some theoretical background
G2008/06	M. BARLET - D. BLANCHET - L. CRUSSON Internationalisation et flux d'emplois : que dit une approche comptable ?	G2009/11	V. BELLAMY - G. CONSALES - M. FESSEAU - S. LE LAIDIER - É. RAYNAUD Une décomposition du compte des ménages de la comptabilité nationale par catégorie de ménage en 2003
G2008/07	C. LELARGE - D. SRAER - D. THESMAR Entrepreneurship and Credit Constraints - Evidence from a French Loan Guarantee Program	G2009/12	J. BARDAJI - F. TALLET Detecting Economic Regimes in France: a Qualitative Markov-Switching Indicator Using Mixed Frequency Data
G2008/08	X. BOUTIN - L. JANIN Are Prices Really Affected by Mergers?	G2009/13	R. AEBERHARDT - D. FOUGÈRE - R. RATHELOT Discrimination à l'embauche : comment exploiter les procédures de testing ?
G2008/09	M. BARLET - A. BRIANT - L. CRUSSON Concentration géographique dans l'industrie manufacturière et dans les services en France : une approche par un indicateur en continu	G2009/14	Y. BARBESOL - P. GIVORD - S. QUANTIN Partage de la valeur ajoutée, approche par données microéconomiques
G2008/10	M. BEFFY - É. COUDJIN - R. RATHELOT Who is confronted to insecure labor market histories? Some evidence based on the French labor market transition	G2009/15	I. BUONO - G. LALANNE The Effect of the Uruguay round on the Intensive and Extensive Margins of Trade
G2008/11	M. ROGER - E. WALRAET Social Security and Well-Being of the Elderly: the Case of France	G2010/01	C. MINODIER Avantages comparés des séries des premières valeurs publiées et des séries des valeurs révisées - Un exercice de prévision en temps réel de la croissance trimestrielle du PIB en France
G2008/12	C. AFSA Analyser les composantes du bien-être et de son évolution	G2010/02	V. ALBOUY - L. DAVEZIES - T. DEBRAND Health Expenditure Models: a Comparison of Five Specifications using Panel Data
G2008/13	M. BARLET - D. BLANCHET - T. LE BARBANCHON Microsimuler le marché du travail : un prototype	G2010/03	C. KLEIN - O. SIMON Le modèle MESANGE réestimé en base 2000
G2009/01	P.-A. PIONNIER Le partage de la valeur ajoutée en France, 1949-2007	G2010/04	M.-É. CLERC - É. COUDJIN L'IPC, miroir de l'évolution du coût de la vie en France ? Ce qu'apporte l'analyse des courbes d'Engel
G2009/02	Laurent CLAVEL - Christelle MINODIER A Monthly Indicator of the French Business Climate	G2010/05	N. CECI-RENAUD - P.-A. CHEVALIER Les seuls de 10, 20 et 50 salariés : impact sur la taille des entreprises françaises
G2009/03	H. ERKEL-ROUSSE - C. MINODIER Do Business Tendency Surveys in Industry and Services Help in Forecasting GDP Growth? A Real-Time Analysis on French Data		

G2010/06	R. AEBERHARDT - J. POUGET Hierarchical Differences in Wages and National Origin - Evidence on French Full-Time Male Workers from a matched Employer-Employee Dataset	G2011/04	M. ROGER - M. WASMER Heterogeneity matters: labour productivity differentiated by age and skills	G2012/04	M. GAINI - A. LEDUC - A. VICARD School as a shelter? School leaving-age and the business cycle in France	G2013/07	P.-Y. CABANNES - A. MONTAUT - P.-A. PIONNIER Évaluer la productivité globale des facteurs en France : l'apport d'une mesure de la qualité du capital et du travail
G2010/07	S. BLASCO - P. GIVORD Les trajectoires professionnelles en début de vie active : quel impact des contrats temporaires ?	G2011/05	J.-C. BRICONGNE - J.-M. FOURNIER V. LAPEGUE - O. MONSO De la crise financière à la crise économique L'impact des perturbations financières de 2007 et 2008 sur la croissance de sept pays industrialisés	G2012/05	M. GAINI - A. LEDUC - A. VICARD A scarred generation? French evidence on young people entering into a tough labour market	G2013/08	R. AEBERHARDT - C. MARBOT Evolution of Instability on the French Labour Market During the Last Thirty Years
G2010/08	P. GIVORD Méthodes économétriques pour l'évaluation de politiques publiques	G2011/06	P. CHARNOZ - É. COUDIN - M. GAINI Wage inequalities in France 1976-2004: a quantile regression analysis	G2012/06	P. AUBERT - M. BACHELET Disparités de montant de pension et redistribution dans le système de retraite français	G2013/09	J.-B. BERNARD - G. CLÉAUD Oil price: the nature of the shocks and the impact on the French economy
G2010/09	P.-Y. CABANNES - V. LAPEGUE - E. POULIQUEN - M. BEFFY - M. GAINI Quelle croissance de moyen terme après la crise ?	G2011/07	M. CLERC - M. GAINI - D. BLANCHET Recommendations of the Stiglitz-Sen-Floussi Report: A few illustrations	G2012/07	R. AEBERHARDT - P. GIVORD - C. MARBOT An Unconditional Quantile Regression Approach: Spillover Effect of the Minimum Wage in France:	G2013/10	G. LAME Euro there a « Greenspan Conundrum » in the Euro area?
G2010/10	I. BUONO - G. LALANNE La réaction des entreprises françaises à la baisse des tarifs douaniers étrangers	G2011/08	M. BACHELET - M. BEFFY - D. BLANCHET Projetier l'impact des réformes des retraites sur l'activité des 55 ans et plus : une comparaison de trois modèles	G2012/08	A. EIDELMAN - F. LANGUMIER - A. VICARD Prélèvements obligatoires reposant sur les ménages : des canaux redistributifs différents en 1990 et 2010	G2013/11	P. CHONÉ - F. EVAIN - L. WILNER - E. YILMAZ Introducing activity-based payment in the hospital industry : Evidence from French data
G2010/11	R. RATHÉLOT - P. SILLARD L'apport des méthodes à noyaux pour mesurer la concentration géographique - Application à la concentration des immigrés en France de 1968 à 1999	G2011/09	C. LOUVOT-RUNAVOT L'évaluation de l'activité dissimulée des entreprises sur la base des contrôles fiscaux et son insertion dans les comptes nationaux	G2012/10	C. MARBOT - D. ROY Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie	G2013/12	C. GRISLAIN-LETREMY Natural Disasters: Exposure and Underinsurance
G2010/12	M. BARATON - M. BEFFY - D. FOUGERE Une évaluation de l'effet de la réforme de 2003 sur les départs en retraite - Le cas des enseignants du second degré public	G2011/10	A. SCHREIBER - A. VICARD La tertiarisation de l'économie française et le ralentissement de la productivité entre 1978 et 2008	G2012/11	A. MAUROUX Le crédit d'impôt dédié au développement durable : une évaluation économétrique	G2013/13	P.-Y. CABANNES - V. COTTET - Y. DUBOIS - C. LELARGE - M. SICSC French Firms in the Face of the 2008/2009 Crisis
G2010/13	D. BLANCHET - S. BUFFETEAU - E. CRENNER S. LE MINEZ Le modèle de microsimulation Destinie 2 : principales caractéristiques et premiers résultats	G2011/11	M.-É. CLERC - O. MONSO - E. POULIQUEN Les inégalités entre générations depuis le baby-boom	G2012/12	V. COTTET - S. QUANTIN - V. RÉGNIER Coût du travail et allègements de charges : une estimation au niveau établissement de 1996 à 2008	G2013/14	A. POISSONNIER - D. ROY Households Satellite Account for France in 2010. Methodological issues on the assessment of domestic production
G2010/14	D. BLANCHET - E. CRENNER Le bloc retraites du modèle Destinie 2 : guide de l'utilisateur	G2011/12	C. MARBOT - D. ROY Évaluation de la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt pour l'emploi de salariés à domicile en 2007	G2012/13	X. D'HAULTFOEUILLE - P. FÉVRIER - L. WILNER Demand Estimation in the Presence of Revenue Management	G2014/01	M. BACHELET - A. LEDUC - A. MARINO Les biographies du modèle Destinie II : rebasage et projection
G2010/15	M. BARLET - L. CRUSSON - S. DUPUCH - F. PUFECH Des services échangés aux services échangeables : une application sur données françaises	G2011/13	P. GIVORD - R. RATHÉLOT - P. SILLARD Place-based tax exemptions and displacement effects: An evaluation of the Zones Franches Urbaines program	G2012/14	D. BLANCHET - S. LE MINEZ Joint macro/micro evaluations of accrued-to-date pension liabilities: an application to French reforms	G2014/02	B. GARBINTI L'achat de la résidence principale et la création d'entreprises sont-ils favorisés par les donations et héritages ?
G2010/16	M. BEFFY - T. KAMIONKA Public-private wage gaps: is civil-servant human capital sector-specific?	G2011/14	X. D'HAULTFOEUILLE - P. GIVORD - X. BOUTIN The Environmental Effect of Green Taxation: the Case of the French "Bonus/Malus"	G2013/01-F1301	T. DEROYON - A. MONTAUT - P.-A. PIONNIER Utilisation rétrospective de l'enquête Emploi à une fréquence mensuelle : apport d'une modélisation espace-état	G2014/03	N. CECI-RENAUD - P. CHARNOZ - M. GAINI Évolution de la volatilité des revenus salariaux du secteur privé en France depuis 1968
G2010/17	P.-Y. CABANNES - H. ERKEL-ROUSSE - G. LALANNE - O. MONSO - E. POULIQUEN Le modèle Mélanges réestimé en base 2000 Tome 2 - Version avec volumes à prix chaînés	G2011/15	M. BARLET - M. CLERC - M. GARNEO - V. LAPEGUE - V. MARCUS La nouvelle version du modèle MZE, modèle macroéconométrique pour la zone euro	G2013/02-F1302	C. TREVIEN Habiter en HLM : quel avantage monétaire et quel impact sur les conditions de logement ?	G2014/04	P. AUBERT Modalités d'application des réformes des retraites et prévisibilité du montant de pension
G2010/18	R. AEBERHARDT - L. DAVEZIES Conditional Logit with one Binary Covariate: Link between the Static and Dynamic Cases	G2011/16	R. AEBERHARDT - I. BUONO - H. FADINGER Learning, Incomplete Contracts and Export Dynamics: Theory and Evidence from French Firms	G2013/03	A. POISSONNIER Temporal disaggregation of stock variables - The Chow-Lin method extended to dynamic models	G2014/05	C. GRISLAIN-LETREMY - A. KATOSSKY The Impact of Hazardous Industrial Facilities on Housing Prices: A Comparison of Parametric and Semiparametric Hedonic Price Models
G2011/01	T. LE BARBANCHON - B. OURLIAC - O. SIMON Les marchés du travail français et américain face aux chocs conjoncturels des années 1996 à 2007 : une modélisation DSGE	G2011/17	C. KERDRAIN - V. LAPEGUE Restrictive Fiscal Policies in Europe: What are the Likely Effects?	G2013/04	P. GIVORD - C. MARBOT Does the cost of child care affect female labor market participation? An evaluation of a French reform of childcare subsidies	G2014/06	J.-M. DAUSSIN-BENICHOU - A. MAUROUX Turning the heat up. How sensitive are households to fiscal incentives on energy efficiency investments?
G2011/02	C. MARBOT Une évaluation de la réduction d'impôt pour l'emploi de salariés à domicile	G2012/01	P. GIVORD - S. QUANTIN - C. TREVIEN A Long-Term Evaluation of the First Generation of the French Urban Enterprise Zones	G2013/05	G. LAME - M. LEQUIEN - P.-A. PIONNIER Interpretation and limits of sustainability tests in public finance	G2014/07	C. LABONNE - G. LAMÉ Credit Growth and Capital Requirements: Binding or Not?
G2011/03	L. DAVEZIES Modèles à effets fixes, à effets aléatoires, modèles mixtes ou multi-niveaux : propriétés et mises en œuvre des modélisations de l'hétérogénéité dans le cas de données groupées	G2012/02	N. CECI-RENAUD - V. COTTET Politique salariale et performance des entreprises	G2013/06	C. BELLEGO - V. DORTET-BERNADET La participation aux pôles de compétitivité : quelle incidence sur les dépenses de R&D et l'activité des PME et ETI ?	G2014/08	C. GRISLAIN-LETREMY et C. TREVIEN The Impact of Housing Subsidies on the Rental Sector: the French Example
		G2012/03	P. FÉVRIER - L. WILNER Do Consumers Correctly Expect Price Reductions? Testing Dynamic Behavior			G2014/09	M. LEQUIEN et A. MONTAUT Croissance potentielle en France et en zone euro : un tour d'horizon des méthodes d'estimation

G2014/10	B. GARBINTI - P. LAMARCHE Les hauts revenus épargnent-ils davantage ?
G2014/11	D. AUDENAERT - J. BARDAJI - R. LARDEUX - M. ORAND - M. SICSIC Wage Resilience in France since the Great Recession
G2014/12	F. ARNAUD - J. BOUSSARD - A. POISSONNIER - H. SOUAL Computing additive contributions to growth and other issues for chain-linked quarterly aggregates
G2014/13	H. FRAÏSSE - F. KRAMARZ - C. PROST Labor Disputes and Job Flows
G2014/14	P. GIVORD - C. GRISLAIN-LETREMY - H. NAEGELE How does fuel taxation impact new car purchases? An evaluation using French consumer-level dataset
G2014/15	P. AUBERT - S. RABATÉ Durée passée en carrière et durée de vie en retraite : quel partage des gains d'espérance de vie ?
G2015/01	A. POISSONNIER The walking dead Euler equation Addressing a challenge to monetary policy models
G2015/02	Y. DUBOIS - A. MARINO Indicateurs de rendement du système de retraite français
G2015/03	T. MAYER - C. TREVIEN The impacts of Urban Public Transportation: Evidence from the Paris Region
G2015/04	S.T. LY - A. RIEGERT Measuring Social Environment Mobility
G2015/05	M. A. BEN HALIMA - V. HYAFIL-SOLELHAC M. KOUBI - C. REGAERT Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?
G2015/06	Y. DUBOIS - A. MARINO Disparités de rendement du système de retraite dans le secteur privé : approches intergénérationnelle et intragénérationnelle
G2015/07	B. CAMPAGNE - V. ALHENC-GELAS - J.-B. BERNARD No evidence of financial accelerator in France
G2015/08	Q. LAFFETER - M. PAK Élasticités des recettes fiscales au cycle économique : étude de trois impôts sur la période 1979-2013 in France
G2015/09	J.-M. DAUSSIN-BENVIQUOU, S. IDMACHICHE, A. LEDUC et E. POULICHOU Les déterminants de l'attractivité de la fonction publique de l'État
G2015/10	P. AUBERT La modulation du montant de pension selon la durée de carrière et l'âge de la retraite : quelles disparités entre assurés ?
G2015/11	V. DORTET-BERNADET - M. SICSIC Effet des aides publiques sur l'emploi en R&D dans les petites entreprises

		consumption in employment: an Input-Output decomposition
G2017/01		D. FOUGÈRE - E. GAUTIER - S. ROUX Understanding Wage Floor Setting in Industry-Level Agreements: Evidence from France
G2017/02		Y. DUBOIS - M. KOUBI Règles d'indexation des pensions et sensibilité des dépenses de retraites à la croissance économique et aux chocs démographiques
G2017/03		A. CAZENAVE-LACROUTZ - F. GODET L'espérance de vie en retraite sans incapacité sévère des générations nées entre 1960 et 1990 : une projection à partir du modèle Destinée
G2017/04		J. BARDAJI - B. CAMPAGNE - M.-B. KHDER - Q. LAFFETER - O. SIMON (Insee) A.-S. DUVERNEZ - C. ELEZAAR P. LEBLANC - E. MASSON - H. PARTOUCHE (DG-Trésor) Le modèle macroéconométrique Mésange : réestimation et nouveautés
G2017/05		J. BOUSSARD - B. CAMPAGNE Fiscal Policy Coordination in a Monetary Union at the Zero-Lower-Bound
G2017/06		A. CAZENAVE-LACROUTZ - A. GODZINSKI Effects of the one-day waiting period for sick leave on health-related absences in the French central civil service
G2017/07		P. CHARNOZ - M. ORAND Qualification, progrès technique et marchés du travail locaux en France, 1990-2011
G2017/08		K. MILIN Modélisation de l'inflation en France par une approche macrosectorielle
G2017/09		C.-M. CHEVALIER - R. LARDEUX Homeownership and labor market outcomes: disentangling externality and composition effects
G2017/10		P. BEAUMONT Time is Money: Cash-Flow Risk and Export Market Behavior
G2018/01		S. ROUX - F. SAVIGNAC SMEs' financing: Divergence across Euro area countries?
G2018/02		C.-M. CHEVALIER - A. LUCIANI Computerization, labor productivity and employment: impacts across industries vary with technological level
G2018/03		R. MONIN - M. SUAREZ CASTILLO L'effet du CICE sur les prix : une double analyse sur données sectorielles et individuelles
G2018/04		R. LARDEUX Who Understands The French Income Tax? Bunching Where Tax Liabilities Start

G2018/05	C.-M. CHEVALIER Financial constraints of innovative firms and sectoral growth
G2018/06	R. S.-H. LEE - M. PAK Pro-competitive effects of globalisation on prices, productivity and markups: Evidence in the Euro Area
G2018/07	C.-M. CHEVALIER Consumption inequality in France between 1995 and 2011
G2018/08	A. BAUER - B. GARBINTI - S. GEORGES-KOT Financial Constraints and Self-Employment in France, 1945-2014
G2018/09	P. BEAUMONT – A. LUCIANI Prime à l'embauche dans les PME : évaluation à partir des déclarations d'embauche
G2018/10	C BELLÉGO – V. DORTET-BERNADET - M. TEPAUT Comparaison de deux dispositifs d'aide à la R&D collaborative public-privé
G2018/11	R. MONIN – M. SUAREZ CASTILLO Réplication et rapprochement des travaux d'évaluation de l'effet du CICE sur l'emploi en 2013 et 2014
G2018/12	A. CAZENAVE-LACROUTZ - F. GODET – V. LIN L'introduction d'un gradient social dans la mortalité au sein du modèle Destinée 2
G2019/01 F1901	M. ANDRÉ – A.-L. BIOTTEAU Effets de moyen terme d'une hausse de TVA sur le niveau de vie et les inégalités: une approche par microsimulation
G2019/02	A. BOURGEOIS – A. BRIAND Le modèle Avionic : la modélisation Input/Output des comptes nationaux
G2019/03	A. GODZINSKI – M. SUAREZ CASTILLO Short-term health effects of public transport disruptions: air pollution and viral spread channels
G2019/04 F1903	L. AEBERHARDT - F. HATIER - M. LECLAIR - B. PENTINAT - J.-D. ZAFAR L'économie numérique fausse-t-elle le partage volume-prix du PIB?
G2019/05	A. CAZENAVE-LACROUTZ – E. YILMAZ Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire ?
G2019/06	J.-P. CLING – S. EGHBAL-TEHERANI – M. ORZONI – C. PLATEAU The Differences between EU Countries for Sustainable Development Indicators: It is (mainly) the Economy!
G2019/07	P. CHONÉ – L. WILNER Competition on Unobserved Attributes: The Case of the Hospital Industry

G2019/08	P. PORA – L. WILNER Child Penalties and Financial Incentives: Exploiting Variation along the Wage Distribution
G2019/09	E. GAUTIER – S. ROUX – M. SUAREZ CASTILLO Do Minimum Wages make Wages more Rigid ? Evidence from French Micro Data
G2019/10	M. ANDRÉ – A. SIREYJOL Imposition des couples et des familles : effets budgétaires et redistributifs de l'impôt sur le revenu
G2019/11	K. MOHKAM – O. SIMON L'empreinte matière de l'économie française : une analyse par matière et catégorie de produits
G2019/12	S. BUNEL – B. HADJIBEYLI Evaluation du crédit d'impôt innovation
G2019/13	C. BONNET – F. GODET – A. SOLAZ Gendered economic determinants of couple formation over 50 in France
G2019/14	P. GIVORD – M. SUAREZ CASTILLO Excellence for all? Heterogeneity in high schools' value-added
G2019/15	G. CETTE – L. KOEHL – T. PHILIPPON Labor Share in Some Advanced Countries
G2020/01	J. SILHOL – B. VENTELOU Les zones d'intervention prioritaire reflètent- elles des écarts de pratiques des médecins généralistes ?