

# Veille scientifique en économie de la santé

## *Watch on Health Economics Literature*

*Décembre 2019 / December 2019*

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
E-santé	<i>E-Health</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie - Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision-Evaluation	<i>Prevision-Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health care systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Aging</i>

## Présentation

Cette publication mensuelle, réalisée par les documentalistes de l'Irdes, rassemble de façon thématique les résultats de la veille documentaire sur les systèmes et les politiques de santé ainsi que sur l'économie de la santé : articles, littérature grise, ouvrages, rapports...

Certaines publications recensées sont disponibles gratuitement en ligne. D'autres, payantes, peuvent être consultées sur rendez-vous au [Centre de documentation de l'Irdes](#) ou être commandées auprès des éditeurs concernés. Des copies d'articles peuvent aussi être obtenues auprès des bibliothèques universitaires ([Sudoc](#)), de l'Inist ([Refdoc](#)) ou de la [British Library](#). En revanche, aucune photocopie par courrier n'est délivrée par le Centre de documentation.

La collection des numéros de Veille scientifique en économie de la santé (anciennement intitulé Doc Veille) est consultable sur le site internet de l'Irdes : [www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

## Presentation

Produced by the IRDES Information Centre, this publication presents each month a theme-sorted selection of recently published peer-reviewed journal articles, grey literature, books and reports related to Health Policy, Health Systems and Health Economics.

Some documents are available online for free. Paid documents can be consulted at the [IRDES Information centre](#) or be ordered from their respective publishers. Copies of journal articles can also be obtained from university libraries (see [Sudoc](#)), the Inist Agency (see [Refdoc](#)) or the [British Library](#).

**Please note that requests for photocopies or scans of documents will not be answered.**

All past issues of Watch on Health Economics Literature (previously titled Doc Veille) are available online for consultation or download:

[www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)



Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté : [www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

Any reproduction is prohibited but direct links to the document are allowed: [www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

### **Veille scientifique en économie de la santé**

**Directeur de la publication**

Denis Raynaud

**Documentalistes**

Marie-Odile Safon  
Véronique Suhard

**Maquette & Mise en pages**

Franck-S. Clérembault

### **Watch on Health Economics Literature**

**Publication Director**

**Information specialists**

**Design & Layout**

ISSN : 2556-2827

Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
117bis rue Manin - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

# Sommaire

## Contents

### Assurance maladie

#### Health Insurance

---

- 11 **The Challenges Of Universal Health Insurance In Developing Countries: Evidence From A Large-Scale Randomized Experiment In Indonesia**  
Banerjee A., Finkelstein A., Hanna R., et al.
- 11 **Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en 2019**  
Berhuet S. et Croutte P.
- 11 **Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés**  
Cour des Comptes
- 12 **Rapport d'information sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**  
Deroche C. et Savary R. P.
- 12 **Household Labor Search, Spousal Insurance, And Health Care Reform**  
Fang H. et Shephard A. J.
- 12 **Does Medicare Coverage Improve Cancer Detection And Mortality Outcomes?**  
Myerson R. M., Tucker-Seeley R., Goldman D., et al.
- 13 **The Impact Of The ACA Medicaid Expansion On Disability Program Applications**  
Schmidt D. T., Shore-Sheppard L. D. et Watson T.

### E-santé

#### E-Health

---

- 13 **Digital Health Systems**  
Hamilton C., Williams G. A., Fahy N., et al.
- 13 **Modèle de plan personnalisé de parcours de santé**  
Haute Autorité de santé
- 14 **Benchmarking Deployment Of Ehealth Among General Practitioners (2018) : Final Report**  
Lupianez-Villanueva F., Folkvord F., Fauli C., et al.

- 14 **La santé connectée citoyenne**  
Picard R. d.

### Économie de la santé

#### Health Economics

---

- 14 **What Difference Does A Diagnosis Make? Evidence From Marginal Patients**  
Alalouf M., Miller S. et Wherry L. R.
- 15 **Cahier statistique 2018 des institutions de prévoyance (édition 2019)**  
Centre Technique des Institutions de Prévoyance
- 15 **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2018, prévisions 2019 et 2020. 2 tomes**  
Charpy C.
- 15 **La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale**  
Cour des comptes
- 15 **Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire**  
Cour des Comptes
- 16 **Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire**  
Cour des Comptes
- 16 **Sustainable Health Financing With An Ageing Population: Implications Of Different Revenue Raising Mechanisms And Policy Options**  
Cylus J., Roubal T. et Ong P.
- 17 **Comparaisons internationales du reste à charge des ménages**  
Heam J. C., Mikou M., Ferreti C., et al.
- 17 **Les dépenses de santé en 2018 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2018**  
Heam J. C., Mikou M., Ferreti C., et al.
- 17 **Le droit de la sécurité sociale : système et finalités**  
Huteau G.

- 17 **The Impact Of Technological Advancements On Health Spending: A Literature Review**  
Marino et Lorenzoni L.
- 18 **Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2018 (édition 2019)**  
Ministère chargé de la santé
- 18 **Health Care Spending Projections And Policy Changes: Recognizing The Limits Of Existing Forecasts**  
Shoag D.
- 18 **An Experimental Investigation Of Income, Insurance, And Investments In Health Over The Life Course**  
Tracy J. D., Kaplan H., James K. E., et al.

## État de santé Health status

---

- 19 **Les ados et l'alcool : comprendre et agir**  
Benech G., Basset B. et Benyamina Y. p.
- 19 **Nombre de décès évitables en 2016. Dans le cas des moins de 75 ans, deux décès sur trois dans l'UE auraient pu être évités**  
Eurostat
- 19 **En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale**  
Guignon N.
- 20 **Des données et des études publiques mieux centrées sur les enfants 2018-2019**  
Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge
- 20 **Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. État des lieux des modes et niveaux de consommation et facteurs associés**  
Le Borges E., Quatremere G., Andler R., et al.
- 20 **World Report On Vision**  
Organisation Mondiale de la Santé

## Géographie de la santé Geography of Health

---

- 21 **Cartographie de la qualité de vie des enfants en France : huit profils de territoires**  
Bellidenty J. et Virot P.
- 21 **Territoires de santé : nouvelles frontières**  
Club de Rédaction sur l'Avenir de la Protection Sociale
- 21 **Santé et territoire, une réflexion géographique**  
Feuillet T., Charreire H., Herberg S., et al.
- 22 **Pour une géographie régionale des spécificités locales. L'exemple des liens entre environnement urbain et comportements individuels de santé**  
Feuillet T., Salze P., Charreire H., et al.
- 22 **Santé et autonomie des jeunes de 15 à 25 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : État des lieux et besoins spécifiques à cette population**  
Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
- 22 **La santé des jeunes franciliens. Résultats du Baromètre de Santé publique France**  
Maiza-Houot J. et Embersin-Kyprianou C.
- 22 **La santé au travail en régions. Quels outils, quels tableaux de bord ?**  
Telle-Lamberton M.

## Handicap Disability

---

- 23 **Le développement et la structuration de la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie en France. L'état des lieux de l'IResP**  
Bellouze S.
- 23 **Report On Disability-Specific Forms Of Deprivation Of Liberty**  
Flynn E., Pinilla-Rocancio M., Coldefy M., et al.
- 24 **Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans**  
Penneau A., Pichetti S. et Espagnac M.

- 24 **Vers la pleine citoyenneté des personnes handicapées : représentation et participation à la construction des politiques publiques pour une société inclusive**

Radian K. et Michels T.

## Hôpital Hospitals

---

- 25 **Hospitalisation à domicile : Organisations et interactions au sein des territoires**  
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 25 **Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire ?**  
Cazenave-Lacrouz A. et Yilmaz E.
- 26 **Adolescent Mental Health Care In Europe: State Of The Art, Recommendations, And Guidelines By The ADOCARE Network**  
Coppens E., Vermet I., Knaeps J., et al.
- 26 **Does Long-Term Care Subsidization Reduce Hospital Admissions And Utilization?**  
Costa-Font J., Jimenez-Martinez S. et Vilaplana C.
- 26 **Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins**  
Cour des Comptes
- 27 **L'accueil des enfants à l'hôpital public : les propositions de la FHF**  
Fédération Hospitalière de France
- 27 **Impact Of Rural And Urban Hospital Closures On Inpatient Mortality**  
Gujral K. et Basu A.
- 27 **Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : e-Satis. Développement et validation du dispositif**  
Haute Autorité de santé
- 28 **Competition Between Public And Private Maternity Care Providers In France: Evidence On Market Segmentation**  
Herrera-Araujo D. et Rochaix L.
- 28 **The Economic Impact Of Healthcare Quality**  
Koch-Helso A. L., Pierri N. et Wang A. Y.

- 28 **Variation In End-Of-Life Hospital Spending In England: Evidence From Linked Survey And Administrative Data**  
Lee T. et Stoye G.

- 29 **État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016**  
Lefebvre-Hoang I. et Yilmaz E.

- 29 **The Optimal Payment System For Hospitals Under Adverse Selection, Moral Hazard And Limited Liability**  
Marechal F. et Thomas L.

- 29 **Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC)**  
Nestrigue C., Com-Ruelle L. et Bricard D.

- 30 **The Causal Effect Of Hospital Volume On Health Gains From Hip Replacement Surgery**  
Rachet-Jacquet L., Gutacker N. et Siciliani L.

- 30 **Rapport annuel 2019 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé. Données 2018**  
Terrenoire G. et Barat C.

## Inégalités de santé Health inequalities

---

- 31 **La santé des migrants en question(s)**  
Andre J. M. et Fassin D.
- 31 **Les Français plus sensibles aux inégalités de revenus et plus attachés au maintien des prestations sociales**  
Antunez K. et Papuchon A.
- 31 **Le destin des enfants d'immigrés : un déchainement des générations**  
Attias-Donfut C. et Wolff F. C.
- 32 **Minimum Wages And The Health And Access To Care Of Immigrants' Children**  
Averett S. L., Smith J. K. et Wang Y.
- 32 **Santé, immigration, avenir : comment les territoires influencent l'opinion des Français ?**  
Caron R.
- 32 **Heterogeneous Spillover Effects Of Children's Education On Parental Mental Health**  
Everding J.

- 33 **Refugee, Migrant And Ethnic Minority Health**  
Exadaktylos A., Srivastava D., Keidar O., et al.
- 33 **Hôpital : des restes à charge inégalitaires. L'Observatoire de la Mutualité française**  
Fédération Nationale de la Mutualité Française
- 33 **La protection sociale en France et en Europe en 2017 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2019**  
Gonzalez L., Heam J. C., Mikou M., et al.
- 33 **Santé des immigrés : quand les difficultés d'installation détériorent l'état de santé. Exemple de la population immigrée d'Afrique subsaharienne**  
Gosselin A.
- 34 **Glossary On Migration 2019**  
International Organization for Migration
- 34 **Health Diplomacy: Spotlight On Refugees And Migrants**  
OMS Bureau régional de l'Europe
- 34 **Health For Everyone? Social Inequalities In Health And Health Systems**  
Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- 35 **Healthy, Prosperous Lives For All: The European Health Equity Status Report**  
OMS Bureau régional de l'Europe
- 35 **Participation As A Driver Of Health Equity**  
OMS Bureau régional de l'Europe
- 35 **Reducing Inequities In Health Across The Life-Course: Transition To Independent Living – Young Adults**  
OMS Bureau régional de l'Europe
- 36 **Older People Health And Access To Healthcare. A Retrospective Look At Inequality Dynamics Over The Past Decade**  
Rizzi D., Simionato C. et Zantomio F.

## Médicaments Pharmaceuticals

---

- 36 **Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir**  
Benard L., Fumoleau P., Gilly B., et al.

- 36 **Four Facts Concerning Competition in U.S. Generic Prescription Drug Markets**  
Conti R. M. et Berndt E. R.
- 37 **Médicaments biosimilaires : l'hôpital, premier vecteur de leur diffusion**  
Dahmoud A.
- 37 **When Technological Advance Meets Physician Learning in Drug Prescribing**  
Depalo D., Bhattacharya J., Atella V., et al.
- 37 **Fiscalité du secteur du médicament France/Europe : synthèse mise à jour de l'étude PWC 2009**  
Leem

## Méthodologie - Statistique Methodology - Statistics

---

- 38 **L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Ménages - Imputations post-appariements fiscaux et sociaux ». Série « sources et méthodes**  
Couvert N. et Missegue N.
- 38 **Estimating The Effect Of Treatments Allocated By Randomized Waiting Lists**  
De Chaise Martin C. et Behaghel L.

## Politique de santé Health Policy

---

- 39 **Improving Healthcare Quality In Europe. Characteristics, Effectiveness And Implementation Of Different Strategies**  
Busse R., Klazinga N. et Panteli D.
- 39 **Évaluation du rapport de synthèse du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé à la suite du débat public organisé sous forme d'états généraux préalablement à la révision de la loi de bioéthique**  
Delmont-Koropoulos A. et Eliaou J. F.
- 40 **Programme national nutrition santé 2019-2023**  
Ministère chargé de la santé
- 40 **Driving Forward Health Equity – The Role Of Accountability, Policy Coherence, Social Participation And Empowerment**  
OMS Bureau régional de l'Europe

- 40 **Status Report On Alcohol Consumption, Harm And Policy Responses In 30 European Countries 2019**  
OMS Bureau régional de l'Europe

## Politique sociale Social Policy

---

- 41 **En 2017, le nombre d'allocataires de minima sociaux se stabilise, après avoir baissé en 2016**  
Calvo M. et Leroy C.

## Prévention Prevention

---

- 41 **Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé**  
Haut Conseil de la Santé Publique
- 41 **The Heavy Burden Of Obesity – The Economics Of Prevention**  
Organisation de Coopération et de Développement économiques
- 42 **Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuille de route 2019-2022**  
Ministère chargé de la santé
- 42 **Prévenir les conduites à risques chez les jeunes : tabac, alcool, cannabis : Bibliographie sélective**  
Bec E.
- 42 **La politique vaccinale en France**  
Eliaou J. F., Villani C. et Lassarade F.
- 43 **Évaluation du dispositif de communication « Zéro alcool pendant la grossesse » 2018 : résultats du post-test conduit en métropole et dans les DROM**  
Le Borges E., Quatremere G., Andler R., et al.
- 43 **Avis d'experts relatif à la mise en place d'un processus d'analyse de l'efficacité des interventions dans le cadre de la création d'un portail d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé**  
Santé Publique France

## Prévision-Evaluation Prevision-Evaluation

---

- 44 **Améliorer et développer les expérimentations pour des politiques publiques plus efficaces et innovantes**  
Conseil d'État
- 44 **Guide méthodologique de l'évaluation des projets art.51 LFSS 2018. Accompagnement pour la mise en œuvre de l'évaluation de projets dans le cadre de l'innovation en santé**  
Ministère chargé de la santé

## Psychiatrie Psychiatry

---

- 45 **Participation des enfants et adolescents dans le domaine des soins de santé mentale**  
Conseil Supérieur de la Santé
- 45 **Rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale**  
Fiat C., Wonner M. et Brahim-Hammouche M.

## Sociologie de la santé Sociology of Health

---

- 45 **Soigner : entre vérités et mensonges**  
Bogaert E., Gil A., Andriantsehoanarinala L., et al.
- 46 **Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite**  
Loffeier I.
- 46 **La participation, c'est le graal ! Une participation mise au travail : le cas des maisons de santé pluri-professionnelles.**  
Morize N.
- 46 **Introduction à la sociologie de la santé**  
Vassy C. et Derbez B.



## Soins de santé primaires Primary Health Care

---

- 47 **Realising The Full Potential Of Primary Health Care**  
Berchet C.
- 47 **Who Cares When You Close Down? The Effects Of Primary Care Practice Closures On Patients**  
Bischoff T. et Kaiser B.
- 47 **Performance Pay And Productivity In Health Care: Evidence From Community Health Centers**  
Cadena B. C. et Smith A. C.
- 48 **Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine**  
Chaput H., Monziols M., Fressard L., et al.
- 48 **Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe**  
Chaput H., Monziols M., Fressard L., et al.
- 48 **Primary Care Physician Practice Styles And Patient Care: Evidence From Physician Exits In Medicare**  
Fadlon I. et Van Parys J.
- 48 **Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités**  
Legendre B., Aberki C., Chaput H., et al.
- 49 **8 % de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée**  
Millien C.
- 49 **The Legal And Regulatory Framework For Community Pharmacies In The WHO European Region**  
OMS Bureau régional de l'Europe
- 50 **Un médecin libéral sur dix en activité cumule emploi et retraite**  
Pla A.
- 50 **Strengthening Health Systems Through Nursing : Evidence From 14 European Countries**  
Rafferty A. M., Busse R., Zander-Jentsch B., et al.
- 50 **Recent Trends In International Migration Of Doctors, Nurses And Medical Students**  
Socha-Dietrich K. et Lafortune G.

- 51 **Pénurie de médecins spécialistes en Île-de-France : L'URPS médecins lance l'alerte**  
Union Régionale des Professionnels de Santé

## Systèmes de santé Health care systems

---

- 51 **What Can England Learn From The Long-Term Care System In Germany?**  
Curry N., Schlepper L. et Hemmings N.
- 51 **Everything You Always Wanted To Know About European Union Health Policies But Were Afraid To Ask**  
Greer S. L., Fahy N., Rosenblum S., et al.
- 52 **What Quantitative And Qualitative Methods Have Been Developed To Measure The Implementation Of A Life-Course Approach In Public Health Policies At The National Level?**  
Jacob C. M., Cooper C., Baird J., et al.
- 52 **The NHS Long Term Plan**  
National Health Services
- 52 **Health Systems Characteristics : A Survey Of 21 Latin America And Caribbean Countries**  
Lorenzoni L., Pinto D., Guanais F., et al.
- 53 **Health Profile For England 2019**  
Public Health England

## Travail et santé Occupational Health

---

- 53 **Are They Coming For Us? Industrial Robots And The Mental Health Of Workers**  
Abeliansky A. L. et Beulmann M.
- 53 **Pour un service universel de santé au travail**  
Artao S. et Gruny P.
- 54 **Personal Attitudes, Job Characteristics And Health**  
Bellmann L. et Hubler O.
- 54 **The Effect Of The Great Recession On Health: A Longitudinal Study Of Irish Mothers 2001-2011**  
Birody J., Doyle O. et Kelleher C.



- 54 **Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail**  
Cour des Comptes
- 55 **Does Unemployment Worsen Babies' Health? A Tale Of Siblings, Maternal Behaviour And Selection**  
De Cao E., McCormick B. et Nicodemo C.
- 55 **Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité : Actes du séminaire de recherche de la Drees**  
Desprat D.
- 55 **The Effects Of The Affordable Care Act On Workplace Absenteeism Of Overweight And Obese Workers**  
Grumstrup E., Hossain M., Mukhopadhyay S., et al.
- 56 **Does Mental Health Affect Labor Market Outcomes?**  
Inui T., Kawakami A. et Ma X. X.
- 56 **Comment ont évolué les expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? Premiers résultats de l'enquête Sumer 2017**  
Ministère chargé du Travail
- 57 **Consequences Of Parental Job Loss On The Family Environment And On Human Capital Formation: Evidence From Plant Closures**  
Mork E., Sjogren A. et Svaleryd H.
- 57 **La sécurité et la santé au cœur de l'avenir du travail : mettre à profit 100 ans d'expérience**  
Organisation International du Travail
- 58 **The Life Expectancy Of Older Couples And Surviving Spouses**  
Compton J. et Pollak R.
- 58 **Les fins de carrière**  
Cour des Comptes
- 59 **Population Aging And Structural Transformation**  
Cravino J., Levchenko A. A. et Rojas M.
- 59 **Le vieillissement de la population**  
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale
- 59 **La santé des nouveaux retraités du régime général : perception, connaissance administrative et motivations de départ**  
Goujon S.
- 60 **Rapport sur les femmes seniors. Note 2 : L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale**  
Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge
- 60 **Long-Run Consequences Of Informal Elderly Care And Implications Of Public Long-Term Care Insurance**  
Khorhage T.
- 60 **Objectif grand âge : Éviter l'hôpital**  
Kuhn-Lafont A. et Broussy L.
- 60 **Non-recours : à 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à retraite**  
Langevin G. et Martinez H.
- 61 **Rapport d'information sur l'emploi des seniors**  
Lubin M. et Savary R. P.
- 61 **Le Passage à la retraite. Notes de l'Observatoire du Bien-être du Cepremap**  
Peron M., Perona M. et Senik C.
- 62 **Medical And Nursery Care With Endogenous Health And Longevity**  
Schunemann J., Strulik H. et Trimborn T.
- 62 **Quels effets attendre de la réforme de l'APA à domicile de 2016 ?**  
Tenand M. et Gramain A.
- Vieillesse**  
**Aging**
- 57 **Grand âge et numérique : objectif 2030. Rattraper le retard français**  
Biancarelli G., Bouvier M., Burgade L., et al.
- 57 **Fin 2016, trois retraités sur quatre perçoivent une pension brute inférieure à 2 067 euros par mois**  
Chartier F.
- 58 **Pour des territoires engagés dans des politiques favorables au vieillissement**  
Commissariat Général à l'Égalité des Territoires



# Assurance maladie

## Health Insurance

► **The Challenges Of Universal Health Insurance In Developing Countries: Evidence From A Large-Scale Randomized Experiment In Indonesia**

BANERJEE A., FINKELSTEIN A., HANNA R., *et al.*  
2019

**NBER Working Paper Series ; 26204. Cambridge NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26204>

To assess ways to achieve widespread health insurance coverage with financial solvency in developing countries, we designed a randomized experiment involving almost 6,000 households in Indonesia who are subject to a nationally mandated government health insurance program. We assessed several interventions that simple theory and prior evidence suggest could increase coverage and reduce adverse selection: substantial temporary price subsidies (which had to be activated within a limited time window and lasted for only a year), assisted registration, and information. Both temporary subsidies and assisted registration increased initial enrollment. Temporary subsidies attracted lower-cost enrollees, in part by eliminating the practice observed in the no subsidy group of strategically timing coverage for a few months during health emergencies. As a result, while subsidies were in effect, they increased coverage more than eightfold, at no higher unit cost; even after the subsidies ended, coverage remained twice as high, again at no higher unit cost. However, the most intensive (and effective) intervention – assisted registration and a full one-year subsidy – resulted in only a 30 percent initial enrollment rate, underscoring the challenges to achieving widespread coverage.

► **Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en 2019**

BERHUET S. ET CROUTTE P.  
2019

**Paris Fonds CMU.**

[https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2019\\_10\\_02\\_Etude\\_CREDOC\\_populations\\_%C3%A9ligibles\\_CMUC\\_ACS\\_2019.pdf](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2019_10_02_Etude_CREDOC_populations_%C3%A9ligibles_CMUC_ACS_2019.pdf)

A la demande du Fonds CMU-C, le Credoc a réalisé, dans le cadre de son enquête sur les conditions de vie et aspirations des ménages, une étude afin de caractériser les bénéficiaires actuels et potentiels de la CMU-C et de l'ACS, d'identifier leur interlocuteur privilégié en cas de préoccupation pour leur santé et de mieux connaître leurs pratiques en matière d'automédication.

► **Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés**

COUR DES COMPTES  
2019

**In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale]. Paris : Cour des comptes: 177-208**

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019>

Au carrefour de l'assurance maladie, des risques professionnels, du handicap et de la retraite, l'assurance invalidité est un dispositif ancien qui a peu évolué, en dépit des transformations de l'environnement économique et social. L'éclatement de la prise en charge du risque d'invalidité entre plusieurs régimes de base et sa confusion partielle avec celles des risques professionnels et du handicap créent des incohérences (I). Quelles que soient les évolutions qui pourraient être apportées à l'organisation de cette prise en charge, le risque d'invalidité doit être mieux centré sur son objet propre, grâce à une gestion plus active visant à mieux accompagner les pensionnés, notamment vers l'emploi lorsque leur état de santé le permet (II).

► **Rapport d'information sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

DEROCHE C. ET SAVARY R. P.

2019

Paris Sénat.

<http://www.senat.fr/rap/r19-040/r19-040.html>

Ce rapport est le résultat d'une étude menée par la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale du Sénat sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), alors que des interrogations s'élèvent sur la finalité même de cet outil et sa capacité à conjuguer pilotage budgétaire de la dépense de santé et pilotage stratégique pour accompagner la nécessaire transformation du système de soins français. Les propositions visent à remettre les termes de transparence, d'équité et de visibilité au cœur de la gestion de l'Ondam et à l'inscrire dans une réflexion stratégique et prospective sur la dépense de santé qui fait aujourd'hui défaut dès lors que l'on touche, dans de nombreux domaines, aux limites d'une régulation à courte vue. Il s'agit à la fois de renforcer son suivi par le Parlement et de redonner du sens aux acteurs de santé.

► **Household Labor Search, Spousal Insurance, And Health Care Reform**

FANG H. ET SHEPHARD A. J.

2019

NBER Working Paper Series ; 26350. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26350>

Health insurance in the United States for the working age population has traditionally been provided in the form of employer-sponsored health insurance (ESHI). If employers offered ESHI to their employees, they also typically extended coverage to their spouse and dependents. Provisions in the Affordable Care Act (ACA) significantly alter the incentive for firms to offer insurance to the spouses of employees. We evaluate the long-run impact of ACA on firms' insurance offerings and on household outcomes by developing and estimating an equilibrium job search model in which multiple household members are searching for jobs. The distribution of job offers is determined endogenously, with compensation packages consisting of a wage and menu of insurance offerings (premiums and coverage) that workers select from. Using our estimated model we find that households' valuation of

employer-sponsored spousal health insurance is significantly reduced under ACA, and with an "employee-only" health insurance contract emerging among low productivity firms. We relate these outcomes to the specific provisions in the ACA.

► **Does Medicare Coverage Improve Cancer Detection And Mortality Outcomes?**

MYERSON R. M., TUCKER-SEELEY R., GOLDMAN D., *et al.*

2019

NBER Working Paper Series ; 26292. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26292>

Medicare is the largest government insurance program in the United States, providing coverage for over 60 million people in 2018. This paper analyzes the effects of Medicare insurance on health for a group of people in urgent need of medical care – people with cancer. We used a regression discontinuity design to assess impacts of near-universal Medicare insurance at age 65 on cancer detection and outcomes, using population-based cancer registries and vital statistics data. Our analysis focused on the three tumor sites with recommended screening before and after age 65: breast, colorectal, and lung cancer. At age 65, cancer detection increased by 72 per 100,000 population among women and 33 per 100,000 population among men; cancer mortality also decreased by 9 per 100,000 population for women but did not significantly change for men. In a placebo check, we found no comparable changes at age 65 in Canada. This study provides the first evidence to our knowledge that near-universal access to Medicare at age 65 is associated with improvements in population-level cancer mortality, and provides new evidence on the differences in the impact of health insurance by gender.

► **The Impact Of The ACA Medicaid Expansion On Disability Program Applications**

SCHMIDT D. T., SHORE-SHEPPARD L. D. ET WATSON T.

2019

**NBER Working Paper Series ; 26192. Cambridge NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26192>

The Affordable Care Act (ACA) expanded the availability of public health insurance, decreasing the relative benefit of participating in disability programs but also lowering the cost of exiting the labor mar-

ket to apply for disability program benefits. In this paper, we explore the impact of expanded access to Medicaid through the ACA on applications to the Supplemental Security Income (SSI) and Social Security Disability Income (SSDI) programs. Using the fact that the Supreme Court decision of June 2012 made the Medicaid expansion optional for the states, we compare changes in county-level SSI and SSDI caseloads in contiguous county pairs across a state border. We find no significant effects of the Medicaid expansion on applications or awards to either SSI or SSDI, and can reject economically meaningful impacts of Medicaid expansions on applications to disability programs.

## E-santé

### E-Health

► **Digital Health Systems**

HAMILTON C., WILLIAMS G. A., FAHY N., *et al.*

2019

**Eurohealth 25(2)**

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/eurohealth/digital-health-systems>

The latest issue of Eurohealth provides a valuable overview of the key issues surrounding the digitalization of health systems and how to leverage the benefits of digital health. It includes a guest editorial by Hans Kluge, Director of the Division of Health Systems and Public Health in the WHO Regional Office for Europe, and a collection of stimulating articles on themes ranging from governance and leadership of digital health to building public trust to support the secondary use of personal health data. This issue also features case studies from United Kingdom (developing effective policy to support artificial intelligence in health and care), Israel (digital health driven prevention), Estonia (ePrescription), Denmark (eHealth portal) and Kazakhstan (the future development of digital health).

► **Modèle de plan personnalisé de parcours de santé**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2019

**Paris Haute Autorité de Santé.**

[https://has-sante.fr/jcms/p\\_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante](https://has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante)

Le partage et l'échange de données entre professionnels sont indispensables à la bonne coordination des parcours de santé complexes, impliquant l'intervention de nombreux acteurs. Pour les professionnels impliqués dans les prises en charge et les accompagnements, le numérique est un moyen primordial pour disposer des informations présentes dans les documents clés produits à chaque étape du parcours de santé, et échanger ou partager des informations nécessaires à la coordination des parcours de santé. Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) formalise les besoins des personnes, et permet la coordination des interventions nécessaires des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux. Son élaboration passe par le rassemblement d'informations personnelles, médicales, sociales, utiles à l'évaluation des besoins de la personne, à la formalisation des réponses à ces besoins, et au suivi de leur application et de leur réalisation. La structuration du contenu du PPCS est donc indispensable. Ce modèle de plan personnalisé de coordination en santé est accompagné des docu-

ments suivants : un mode d'emploi du plan personnalisé de coordination en santé, un glossaire des termes utilisés lors de l'élaboration d'un PPCS et des exemples de PPCS complétés à partir de cas pratiques.

► **Benchmarking Deployment Of Ehealth Among General Practitioners (2018) : Final Report**

LUPIANEZ-VILLANUEVA F., FOLKVORD F., FAULI C.,  
*et al.*

2019

**Bruxelles Office des publications de la Communauté européenne.**

[https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d1286ce7-5c05-11e9-9c52-01aa75ed71a1/language-en#p\\_portal2012SimilarDocuments\\_WAR\\_portal2012portlet\\_INSTANCE\\_fJ5YVzU8qEIG](https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d1286ce7-5c05-11e9-9c52-01aa75ed71a1/language-en#p_portal2012SimilarDocuments_WAR_portal2012portlet_INSTANCE_fJ5YVzU8qEIG)

DG Connect commissioned Rand Europe, Open Evidence and BDI Research to undertake the third eHealth benchmarking study, which measured the availability and use of eHealth by general practitioners (GPs) in 27 EU member states, and compared the results to those of the second eHealth benchmarking study. (2013). A random sample of 5,793 GPs was surveyed, and univariate and multivariate statistical analyses were conducted to analyse the collected data. The analyses showed that, overall, eHealth adoption in primary healthcare in the 27 EU member states has increased from 2013 to 2018, but that there are differences among the countries surveyed. In countries with the highest level of adoption (Denmark, Estonia, Finland, Spain, Sweden and the United Kingdom), the

use of eHealth is routine among GPs, while in countries with the lowest level of adoption (Greece, Lithuania, Luxembourg, Malta, Romania and Slovakia), eHealth is currently not widespread. Electronic health records are widely available across all countries; health information exchange adoption is lower than electronic health record adoption; Telehealth adoption shows progress, but its availability and use are still low in most countries; and personal health record adoption is, overall, low

► **La santé connectée citoyenne**

PICARD R. D.

2019

**Surrey : Iste**

Les objets connectés sont de plus en plus présents dans le secteur de la santé. Cependant, cette avancée ne pose pas que des problèmes médicaux ou techniques. Cet ouvrage envisage la santé connectée du point de vue du citoyen et de la société. Il analyse les enjeux associés et présente des approches fondées sur les sciences humaines et sociales afin d'identifier les défis à résoudre pour que les objets connectés deviennent des contributeurs efficaces de la santé et du bien-être. Il décrit également les difficultés rencontrées à partir d'objets et services existants et offre des pistes pour les résoudre. La santé connectée citoyenne expose des éléments fondés sur des cas exposés par des membres du Forum LLSA, également engagés dans la co-conception et l'évaluation des usages des solutions connectées.

## Économie de la santé

### Health Economics

► **What Difference Does A Diagnosis Make? Evidence From Marginal Patients**

ALALOUF M., MILLER S. ET WHERRY L. R.

2019

**NBER Working Paper Series ; 26363. Cambridge NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26363>

Over the past 30 years, the criteria used to diagnose many illnesses have been relaxed, resulting in millions more relatively healthy individuals receiving treatment. This paper explores the impact of receiving a diagnosis of a common disease among such "marginally ill" patients. We apply a regression discontinuity design to the cutoff in blood sugar levels used to classify patients as having diabetes. We find that a mar-

ginally diagnosed patient with diabetes spends \$1,097 more on drugs and diabetes-related care annually after diagnosis, but find no corresponding changes in self-reported health or healthy behaviors. These increases in spending persist over the 6-year period we observe the patients. These marginally diagnosed patients experience improved blood sugar after the first year of diagnosis, but this improvement does not persist in subsequent years. Other clinical measures of health, such as BMI, blood pressure, cholesterol, and mortality show no improvement. The diagnosis rates for preventable disease-related conditions such as diabetic retinopathy, neuropathy, and kidney disease increase following a diagnosis, likely due to more intensive screening. Our results imply that a small relaxation in the diagnosis cutoff would increase total spending on diabetes-related care by about \$2.4 billion annually and minimally impact patient health.

► **Cahier statistique 2018 des institutions de prévoyance (édition 2019)**

CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

2019

Paris : CTIP

[https://ctip.asso.fr/wp-content/uploads/2019/07/CahierStatistique2018\\_PAP\\_BD.pdf](https://ctip.asso.fr/wp-content/uploads/2019/07/CahierStatistique2018_PAP_BD.pdf)

Ce cahier regroupe l'ensemble des données relatives aux institutions de prévoyance et au marché de l'assurance, au niveau social et combiné; Il fournit une information sur l'environnement macro-économique, les chiffres-clés 2018 et les indicateurs de solvabilité des institutions.

► **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2018, prévisions 2019 et 2020. 2 tomes**

CHARPY C.

2019

Paris Ministère chargé de la santé.

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission>

► **La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale**

COUR DES COMPTES

2019

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019>

La Cour des comptes publie son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, après avoir publié en juin dernier celui sur les résultats financiers de la sécurité sociale en 2018. Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avait prévu un retour à l'équilibre en 2019, le déficit va au contraire fortement s'aggraver. Il convient d'accélérer le retour à l'équilibre, désormais prévu pour 2023, en accentuant l'effort de maîtrise des dépenses. La Cour formule 42 recommandations visant à assurer un retour pérenne à l'équilibre financier de la sécurité sociale, à rendre plus sélectif le recours aux revenus de remplacement, à accélérer la transformation de du système de santé français et à amplifier la modernisation de la relation de service de la sécurité sociale avec les assurés.

► **Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire**

COUR DES COMPTES

2019

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.]. Paris : Cour des comptes: 251-283

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019>

En dehors d'une urgence, les patients peuvent être transportés selon plusieurs modalités vers ou à partir d'un établissement de santé ou d'un cabinet de ville (ou entre structures de soins) : en ambulance, en véhicule sanitaire léger (VSL), en taxi conventionné ou bien par tout autre moyen (transport en commun, véhicule personnel). L'ensemble constitue le « transport de malades ». Les transports médico-sociaux désignent pour leur part les déplacements vers et depuis les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes âgées ou handicapées. En 2017, environ 87 millions de trajets ont été effectués par 5,8 millions de patients pour environ 5 Md€ de dépenses financées pour l'essentiel par l'assurance maladie. Moins



connu, le coût global des transports liés à des prises en charge dans des ESMS, principalement pour les personnes handicapées, peut être estimé à au moins 1 Md€ par an. Les transports de malades ont fait l'objet de travaux de la Cour et des corps d'inspection. Les analyses portant sur les transports médico-sociaux sont en revanche plus rares. Bien que régies par des réglementations distinctes, ces deux catégories de transport ont des caractéristiques communes : humaines (les personnes transportées présentent une situation de fragilité), techniques (une partie des véhicules a des similarités) et fonctionnelles (du fait de leur caractère programmé). Dans les deux secteurs, sanitaire et médico-social, est amorcée une dynamique de gradation des prises en charge des patients. Depuis les précédents constats de la Cour, la situation n'a pas connu d'amélioration. Les dépenses de transport sont élevées, croissantes et pourtant mal connues (I). Faute d'instruments adaptés ou par manque de volonté d'y recourir, leur régulation est largement défailante (II). De nouveaux leviers de régulation sont nécessaires afin de responsabiliser plus fortement les prescripteurs, les patients et les transporteurs (III).

► **Partir plus tôt à la retraite : des dispositifs nombreux et inégalement justifiés, une redéfinition nécessaire**

COUR DES COMPTES

2019

In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale]. Paris : Cour des comptes: 211-243

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securete-sociale-2019>

La Cour a examiné sept des principaux dispositifs de départ anticipé, en dressant un bilan inédit à ce jour : les carrières longues, l'inaptitude substituée ou non à une pension d'invalidité, les catégories actives de la fonction publique, l'incapacité permanente, la retraite anticipée pour les travailleurs handicapés, le compte professionnel de prévention (pénibilité) et la retraite progressive. Cette analyse présente un double intérêt. Les dispositifs de départ anticipé à la retraite ont fait l'objet d'une attention soutenue du législateur. Depuis 2003, chaque réforme des retraites a été l'occasion de créer de nouveaux dispositifs dérogatoires ou d'amender ceux en vigueur. De ce fait, ces dispositifs sont nombreux, tendent à se superposer et connaissent une certaine instabilité de leurs principes et conditions d'éligibilité de leurs bénéficiaires qu'il apparaît utile

de questionner. En outre, les dispositifs ici examinés permettent depuis le début de la décennie le départ à la retraite d'un grand nombre d'assurés, de l'ordre de 400 000 en 2017. Ces départs ont un coût élevé pour la collectivité, qui a atteint près de 14 Md€ en 2016. Les dispositifs de départ anticipé en vigueur sont aujourd'hui à l'origine de près d'un départ à la retraite sur deux par dérogation à l'âge légal ou à la durée d'assurance requis (I). L'incidence de ces dispositifs sur la situation financière du système de retraite appelle à en hiérarchiser plus fortement les priorités (II).

► **Sustainable Health Financing With An Ageing Population: Implications Of Different Revenue Raising Mechanisms And Policy Options**

CYLUS J., ROUBAL T. ET ONG P.

2019

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

[https://extranet.who.int/kobe\\_centre/sites/default/files/pdf/SustainableFinancing\\_Summary\\_0.pdf](https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/SustainableFinancing_Summary_0.pdf)

While there have been many prior analyses of how population ageing affects health and long-term care expenditure trends, very little is known about how population ageing affects a country's ability to generate revenues to pay for health. This brief looks at how health and long-term care systems are financed and reports on the potential effects of population ageing on countries' ability to generate sufficient and stable revenues for health from common funding sources (i.e. income taxes, consumption taxes, property taxes and social contributions) in the future. The authors simulate the effects of population ageing on countries' ability to generate revenues, a) for countries with younger populations undergoing rapid population ageing and b) for countries that already have large populations of older adults. The analyses find that for countries where the population is comprised of a large share of relatively younger people who are likely to be active in the labour market, population ageing can have a positive impact on revenue generation from all funding sources. This leads to the challenge in many country contexts of strengthening tax collection mechanisms to take advantage of this opportunity. However, in countries with a large (and growing) older population, relying in particular on social contributions generated from the labour market to raise revenues for health is expected to result in fewer revenues per person over the coming decades. The authors consider a number of

policy options to address potential revenue shortcomings as a result of population ageing.

► **Comparaisons internationales du reste à charge des ménages**

HEAM J. C., MIKOU M., FERRETI C., *et al.*

2019

In: [Les dépenses de santé en 2018 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2018.]. Paris : Drees: 118-119.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>

Les comptes de la santé 2018 mettent en évidence que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 203,5 milliards d'euros. Elle progresse moins vite en 2018 qu'en 2017 (+1,5 % après +1,7 %), du fait du net ralentissement des soins hospitaliers. La Sécurité sociale finance 78,1 % de la CSBM, et les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance), 13,4 %. La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7,0 % en 2018. Avec une part de sa richesse nationale consacrée à la santé un peu supérieure à la moyenne des pays de l'UE-15, la France est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

► **Les dépenses de santé en 2018 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2018**

HEAM J. C., MIKOU M., FERRETI C., *et al.*

2019

Panoramas de la DREES. Paris Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>

Les comptes de la santé 2018 mettent en évidence que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 203,5 milliards d'euros. Elle progresse moins vite en 2018 qu'en 2017 (+1,5 % après +1,7 %), du fait du net ralentissement des soins hospitaliers. La Sécurité sociale finance 78,1 % de la CSBM, et les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance),

13,4 %. La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7,0 % en 2018. Avec une part de sa richesse nationale consacrée à la santé un peu supérieure à la moyenne des pays de l'UE-15, la France est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

► **Le droit de la sécurité sociale : système et finalités**

HUTEAU G.

2019

Rennes : Presses de l'Ehesp

L'objectif de cet ouvrage est de rendre le droit de la sécurité sociale accessible aux étudiants et aux candidats aux concours, quelle que soit leur formation d'origine. Outre l'acquisition de savoirs juridiques et techniques, il vise la compréhension des enjeux de cette branche du droit et de ses dynamiques. Pour atteindre ces objectifs et fournir une aide à la préparation d'une épreuve écrite ou orale, ce livre comporte : les connaissances à maîtriser sur les institutions et législations de la sécurité sociale : organisation, financement, assurance-maladie, assurance accident du travail, prestations familiales, retraites, contentieux, etc...; l'exposé des problématiques relatives à chacun des thèmes?; des encadrés afin de faire le point sur des sujets spécifiques?; des annales et des conseils méthodologiques?; un index permettant de s'orienter rapidement dans l'ouvrage. Dans chacun des chapitres concernés, on trouve en outre des développements sur la protection sociale complémentaire (complémentaire santé, retraite complémentaire) ou sur l'aide sociale afin d'en montrer les articulations avec la sécurité sociale

► **The Impact Of Technological Advancements On Health Spending: A Literature Review**

MARINO ET LORENZONI L.

2019

OECD Health Working Papers ; 113. Paris OCDE

The measurement of the impact of technology as a driver of health care expenditure is complex since technological effects are closely interlinked with other determinants such as income and the composition and health status of a population. Furthermore, the impact of the supply of advances in technology on

health expenditure cannot be considered in isolation from demand and the policy context and the broader institutional context governing the adoption of new technologies. Hence, it is the interaction of supply and demand factors and the context that determine the ultimate level of technology use. There are also important quality changes that come with technological progress that also have monetary costs and benefits attached. Modelling quality improvements, both in terms of benefits within the health system and outside (e.g. its impact on life expectancy, ageing populations, productivity and GDP), is a challenging task, and no macroeconomic models to date have tried to capture them. This paper presents a comprehensive literature review of the impact of technological advances on health expenditure growth, the 'cost' side of the equation.

► **Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2018 (édition 2019)**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2019

**Paris : Ministère chargé de la santé**

Publiée chaque année, cette plaquette rassemble en 43 pages les principales données chiffrées des recettes, dépenses et prestations pour chaque branche de la Sécurité sociale pour l'année 2018. Elle met en avant les équilibres financiers, les principaux indicateurs de la performance du service public de la Sécurité sociale (qualité de service, accueils téléphonique et physique, délais de traitement, coûts de gestion, dématérialisation, mise en œuvre des politiques de sécurité sociale), les programmes de qualité et d'efficacité (PQE), et présente un organigramme institutionnel au 1<sup>er</sup> juillet 2019.

► **Health Care Spending Projections And Policy Changes: Recognizing The Limits Of Existing Forecasts**

SHOAG D.  
2019

**HKS Working Paper ; RWP19-022. Cambridge Harvard Kennedy School**

<https://www.hks.harvard.edu/publications/health-care-spending-projections-and-policy-changes-recognizing-limits-existing>

Many projections for health care spending growth do not incorporate the impact of changing labor market regulations. In this paper, I show that changing one such regulation – raising the federal minimum wage – would significantly increase the cost of several important types of care. I do this using data on the cost of long-term care from thousands of providers from 2012-2018. Using these data, I show that costs, which include home health aides and nursing home care, are highly correlated with changes in state level minimum wages. This relationship is statistically robust. Forecasts that ignore the risk of a federal minimum wage increase will understate this element of expected medical spending growth.

► **An Experimental Investigation Of Income, Insurance, And Investments In Health Over The Life Course**

TRACY J. D., KAPLAN H., JAMES K. E., *et al.*  
2019

**ESI Working Papers ; 19-16. Orange Chapman University**

We examine the impacts of age, income and insurance plan on behavior in a virtual environment with cash-motivated subjects, who live multi-period lives in which they earn income and spend on enjoyment, insurance, and investments in health. Health shocks increase simulating aging. The 2x2 experimental has high and low income subjects, and offers employer-based or actuarial insurance. We find: 1) subject behavior approximated optimal responses; 2) in all treatments, subjects under-invested in health early in life and over-invested in health late in life; 3) subjects in the employer based plan purchased insurance at higher rates; 4) the employer-based plan reduced differences due to income and age; 5) subjects in the actuarial plan engaged in more health-promoting behaviors, but still below optimal levels, and did save at the level required, so did realize the full benefits of the plan. Should these results generalize, they have clear implications for the health insurance policy.

## Health status

### ► Les ados et l'alcool : comprendre et agir

BENECH G., BASSET B. ET BENYAMINA Y. P.  
2019

Rennes : Presses de l'Ehesp

En quelques décennies, le rapport des adolescents à l'alcool a considérablement évolué, posant de nouveaux défis à la santé publique : précocité et féminisation des ivresses, banalisation de l'alcool, dommages sanitaires et sociaux élevés. Les professionnels se sentent souvent démunis face à ce qu'ils perçoivent comme un phénomène de société qui les dépasse. Ils ressentent des difficultés pour aborder le sujet avec leurs publics, qu'il s'agisse de jeunes ou de parents.

### ► Nombre de décès évitables en 2016. Dans le cas des moins de 75 ans, deux décès sur trois dans l'UE auraient pu être évités

EUROSTAT  
2019

Bruxelles : Eurostat

[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/fr/stat\\_19\\_5526/STAT\\_19\\_5526\\_FR.pdf](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/fr/stat_19_5526/STAT_19_5526_FR.pdf)

Dans l'Union européenne (UE), 1,7 million de décès ont été enregistrés en 2016 pour les personnes âgées de moins de 75 ans. Sur ce total, 1,2 million de décès pourraient être considérés comme prématurés en vertu de la liste Eurostat-OCDE récemment élaborée en ce qui concerne la mortalité évitable. Quelque 741 000 de ces décès évitables auraient pu être évités grâce à des interventions efficaces dans le domaine de la santé publique et de la prévention primaire, et 422 000 auraient pu être traités dans le cadre d'interventions en temps utile et efficaces. Les crises cardiaques (174 000 décès), les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (168 000 décès) et les accidents vasculaires cérébraux (87 000 décès) ont représenté au total plus d'un tiers (37 %) de l'ensemble des causes évitables de décès de personnes âgées de moins de 75 ans. Par rapport à 2011, le nombre de décès évitables en proportion du nombre total de décès a diminué de 1,7 point de pourcentage, passant de 69,7 % du total des décès en 2011 à 68,0 % en 2016. Ces informations sur les causes des décès dans l'Union européenne pro-

viennent d'un rapport publié par Eurostat, l'Office statistique de l'Union européenne. La notion de mortalité évitable repose sur l'idée que certains décès (pour certains groupes d'âge et certaines maladies) pourraient être « évités » — ce qui signifie qu'ils n'auraient pas eu lieu à ce stade — s'il y avait eu des interventions efficaces en matière de santé publique et de prévention primaire et/ou des soins efficaces et en temps utile.

### ► En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale

GUIGNON N.  
2019

Etudes Et Résultats(1122): 6.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2017-des-adolescents-plutot-en-meilleure-sante-physique-mais-plus-souvent-en>

En 2017, 18 % des adolescents en classe de troisième sont en surcharge pondérale et 5 % sont obèses. Entre 2009 et 2017, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité sont en hausse, en particulier pour les filles (de 17 % en 2009 à 20 % en 2017). La santé bucco-dentaire est, en revanche, en nette amélioration : 68 % des adolescents ont des dents indemnes de caries, contre 56 % en 2009. Ces évolutions sont marquées par de fortes inégalités sociales. Ainsi, 24 % des enfants d'ouvriers sont en surcharge pondérale et 8 % sont obèses, contre respectivement 12 % et 3 % des enfants de cadres. La proportion de ceux qui n'ont aucune dent cariée s'élève à 59 % pour les enfants d'ouvriers, contre 77 % pour ceux des cadres. Ces disparités peuvent en partie s'expliquer par des habitudes de vie différenciées selon le milieu social. Les habitudes de vie bénéfiques à la santé sont plus souvent déclarées par les adolescents issus des milieux socialement favorisés : prise régulière d'un petit déjeuner, pratique d'un sport, limitation du temps passé devant les écrans, recours au dentiste.

► **Des données et des études publiques mieux centrées sur les enfants 2018-2019**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE

2019

Paris HCFEA.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/donnees-etudes-publiques-mieux-centrees-enfants-annee-2018-2019>

Dans la plupart des études scientifiques, et dans les politiques publiques, les champs de la famille et de l'enfance sont à juste titre reliés, bien que l'angle de vue puisse être différent. Mais pouvoir aborder l'enfant dans une multifocale, croisant les dimensions et les contextes, modifierait utilement l'angle du regard et donc l'élaboration des priorités et politiques publiques. Ce rapport a identifié une grande richesse de bases de données administratives et d'enquêtes disponibles en France sur les enfants, qui instruisent une partie des dimensions nécessaires au pilotage des politiques publiques sur les enfants, le cas échéant à partir de données bâties sur les familles et les ménages ou les dispositifs. Mais un certain nombre d'améliorations mériteraient d'être apportées, qui permettraient à notre infrastructures des données de contribuer à une politique de l'enfance plus éclairée, mieux ajustée, et plus articulée entre les différentes administrations et niveaux de décision et de la mise en œuvre.

► **Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. État des lieux des modes et niveaux de consommation et facteurs associés**

LE BORGES E., QUATREMER G., ANDLER R., *et al.*

2019

Saint-Maurice Santé Publique France.

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-divers/consommation-de-susbtances-psychoactives-chez-les-jeunes-en-france-et-dans-certains-pays-revenus-eleves/>

Ce rapport constitue une synthèse des connaissances sur la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les jeunes. En France, les consommations d'alcool, de tabac, de cannabis chez les jeunes diminuent mais demeurent importantes. Leurs effets sont particulièrement néfastes à court et à long terme sur leur santé nécessitant de poursuivre les politiques publiques pour réduire les risques et les consé-

quences liés à cette consommation. Dans un objectif de réduction des risques, Santé publique France lance aujourd'hui une campagne à destination des jeunes de 17 à 25 ans visant à renforcer les comportements protecteurs entre pairs.

► **World Report On Vision**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2019

Genève OMS.

<https://www.who.int/fr/news-room/detail/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision>

À l'échelle mondiale, plus d'un milliard de personnes vivent avec une déficience visuelle parce qu'elles ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin pour des affections comme la myopie, la presbytie, le glaucome ou la cataracte. Tel est le constat du premier rapport mondial sur la vision publié par l'Organisation mondiale de la santé. Lancé en amont de la Journée mondiale de la vue, qui a eu lieu le 10 octobre 2019, ce rapport constate que le vieillissement des populations, l'évolution des modes de vie et les problèmes d'accès aux soins oculaires, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, comptent parmi les principaux facteurs responsables de l'augmentation du nombre des personnes atteintes de troubles visuel.

# Géographie de la santé

## Geography of Health

### ► Cartographie de la qualité de vie des enfants en France : huit profils de territoires

BELLIDENTY J. ET VIROT P.  
2019

#### Etudes Et Résultats(1115)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1115.pdf>

Pour appréhender la qualité de vie des enfants de moins de 18 ans, une cartographie a été réalisée à partir d'une soixantaine d'indicateurs (santé, éducation, accueil des jeunes enfants, etc.), dans la lignée du rapport Stiglitz. Elle permet de distinguer huit groupes de territoires en France métropolitaine. 5,2 millions d'enfants vivent dans trois groupes de territoires (groupes 1, 2 et 3) aux conditions économiques favorables (périphérie des métropoles régionales, Ouest, bassin lyonnais, etc.). Ceux-ci se distinguent entre eux par l'accessibilité aux services et équipements scolaires et de santé. Les territoires du groupe 4 (pour l'essentiel en Île-de-France et dans certaines grandes villes) allient les conditions de vie économiques et de logement les plus défavorables et une offre satisfaisante d'équipements et services : 3,4 millions d'enfants y vivent. Le groupe 5, où résident 1,3 million d'enfants, présente des caractéristiques économiques similaires, mais les services sont plus éloignés. Les territoires ruraux du nord de la France et de la diagonale allant du nord-est au sud-ouest (groupe 6) abritent moins d'un million d'enfants. Ils présentent des caractéristiques économiques plutôt défavorables et une accessibilité aux équipements plus limitée. Les grandes métropoles de régions, avec des niveaux de vie élevés en moyenne mais des inégalités marquées, accueillent 3,1 millions d'enfants (groupe 7). L'accès aux équipements y est très bon. Le groupe 8 rassemble des territoires marqués par un faible accès aux équipements : 90 000 enfants y vivent. Une cartographie interactive est associée à cette étude.

### ► Territoires de santé : nouvelles frontières

CLUB DE RÉDACTION SUR L'AVENIR DE LA PROTECTION SOCIALE  
2019

#### Paris Craps.

<http://association-craps.fr/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Territoires-de-Sant%C3%A9-Int%C3%A9gratif.pdf>

Notamment à travers le débat sur les déserts médicaux, les pouvoirs publics ont lancé une vaste réflexion sur la réforme de la santé. Le Club de rédaction sur l'avenir de la protection sociale (Craps), fidèle à sa démarche de prospective, a souhaité apporter des éléments de réflexion sur un volet de cette réforme : celle des territoires de santé. Cette étude rassemble neuf propositions sur cette problématique.

### ► Santé et territoire, une réflexion géographique

FEUILLET T., CHARREIRE H., HERCBERG S., *et al.*  
2019

#### Lyon : Université Jean-Moulin Lyon 3

La santé est influencée par de multiples facteurs, parmi lesquels le territoire et ses aménagements. Le premier niveau d'influence du territoire sur la santé concerne les comportements individuels. L'environnement physique, construit par les décisions d'aménagement du territoire, peut soit faciliter soit empêcher l'adoption de comportements favorables à la santé (activité physique, accès à une alimentation de qualité). L'aménagement du territoire influence également la santé à travers la qualité du cadre de vie général, et notamment dans sa dimension infrastructurelle. Ainsi le manque de qualité ou une accessibilité contrainte aux services de santé peut dégrader la santé. Telle est la problématique abordée dans cet ouvrage.



► **Pour une géographie régionale des spécificités locales. L'exemple des liens entre environnement urbain et comportements individuels de santé**

FEUILLET T., SALZE P., CHARREIRE H., *et al.*  
2019

In: [Santé et territoire, une réflexion géographique.].  
Lyon : Université Jean-Moulin Lyon 3: 13-26.

La pertinence d'une approche nomothétique comparée à une approche idiographique constitue toujours l'objet de débats en géographie. Ces débats consistent finalement à opposer une géographie régionale à une géographie des lieux alors qu'on sait, en pratique, que les deux ne sont pas incompatibles : l'identification de singularités locales ne compromet pas la généralisation, tandis que la recherche de lois générales n'exclut pas les spécificités. Dans le domaine de l'analyse des déterminants environnementaux de la santé, ce constat est illustré par l'acceptation du paradigme socio-écologique. À travers ce modèle, on reconnaît le rôle de l'environnement (bâti, social, naturel, politique) sur les comportements individuels liés à la santé (par exemple l'alimentation et l'activité physique/sédentarité). Néanmoins, cette position générale n'empêche pas de nombreux auteurs à en dévoiler les différenciations locales, émergeant au gré des particularités propres à l'hétérogénéité intrinsèque du territoire. Ainsi, l'influence de l'environnement alimentaire sur les choix d'alimentation va varier selon le niveau socio-économique des quartiers; les effets de la proximité d'aménagements cyclables sur la pratique du vélo seront nuancés par la configuration topographique des lieux, etc. Une façon de réconcilier les approches nomothétique et idiographique consiste donc à adopter une vision régionale des spécificités locales. Nous avons appliqué cette démarche à l'analyse spatiale des liens entre la densité de l'environnement bâti (variable latente issue de données SIG) et les comportements de mobilité active (données individuelles issues de la cohorte Nutrinet-Santé) en région parisienne. Basées sur des modèles de régression géographiquement pondérée, nos analyses ont dévoilé des quartiers au sein desquels les relations étudiées s'éloignent du modèle global. Nous en concluons que les mécanismes complexes liant l'individu à son environnement diffèrent selon les contextes spatiaux, en fonction de l'arrangement spécifique des composantes sociales et physiques de chacun de ces contextes.

► **Santé et autonomie des jeunes de 15 à 25 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : État des lieux et besoins spécifiques à cette population**

INSTANCE RÉGIONALE D'ÉDUCATION ET DE  
PROMOTION DE LA SANTÉ

2019

Lyon Ireps.

[http://ireps-ara.org/actualite/action\\_  
dl.asp?action=999&idz=8b4a8371ff689393cf83d3a2337192f1](http://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=8b4a8371ff689393cf83d3a2337192f1)

Ce rapport d'études propose une revue synthétique de données sur l'état de santé des jeunes de 15 à 25 ans, catégorisées selon une approche par les déterminants de la santé. Ces données sont mises en perspective avec des éléments qualitatifs issus des contributions des jeunes interrogés lors de l'enquête exploratoire. Il poursuit par une discussion autour des enjeux soulevés par ces données et proposent des pistes d'actions.

► **La santé des jeunes franciliens. Résultats du Baromètre de Santé publique France**

MAIZA-HOUOT J. ET EMBERSIN-KYPRIANOU C.  
2019

Focus santé Ile-de-France. Paris ORSIF.

[https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-  
des-jeunes-franciliens.html](https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-des-jeunes-franciliens.html)

Menée à partir des données du Baromètre santé 2016 de Santé publique France et du sur-échantillon francilien, cette étude propose un diagnostic de la santé des jeunes de 15 à 25 ans. Leurs perceptions et comportements de santé sont analysés sous le crible des inégalités sociales.

► **La santé au travail en régions. Quels outils, quels tableaux de bord ?**

TELLE-LAMBERTON M.  
2019

Paris Orsif.

[https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-  
au-travail-en-region.html](https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-au-travail-en-region.html)

Cette étude, menée à la demande de la Direccte Île-de-France constitue une première étape dans la réalisation partenariale d'un tableau de bord régional. L'observation de la santé au travail, tant du point de vue des conditions de travail et des expositions profes-



sionnelles que de celui des problèmes de santé associés, constitue une aide précieuse pour l'orientation des actions de prévention. En France, de nombreuses régions disposent d'un tableau de bord sur la santé au travail. Pour capitaliser l'expérience déjà acquise dans les différentes régions de France, une synthèse de l'existant en régions a été réalisée. Cette synthèse sera également utile dans le cadre du 3<sup>e</sup> Plan Santé Travail. Parmi les résultats marquants : un système d'observation multi-sources dans la plupart des régions, le plus souvent mis en place par les observatoires régio-

naux de santé; Cinq thèmes systématiques : données socio-économiques, accidents du travail et maladies professionnelles, expositions professionnelles, pathologies en lien avec le travail et maintien dans l'emploi; Différents systèmes de surveillance ou de vigilance utilisés selon les régions (enquête SUMER, observatoire EVREST, programme MCP et réseau RNV3P); En Île-de-France, des outils spécifiques mobilisables dès maintenant : SUMER et les données d'incidence de deux grands services de santé au travail franciliens.

## Handicap

### Disability

► **Le développement et la structuration de la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie en France. L'état des lieux de l'IResP**

BELLOUZE S.  
2019

**Questions de Santé Publique(37)**

[https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/09/Web-QSP\\_37\\_IResP-BD\\_n%C2%B037.pdf](https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/09/Web-QSP_37_IResP-BD_n%C2%B037.pdf)

La recherche sur le handicap et la perte d'autonomie permet aux décideurs publics de mieux appréhender les enjeux et problématiques auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap. Ils s'appuient ensuite sur les résultats obtenus par cette recherche pour orienter l'action publique. Le soutien à la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie a fait émerger un milieu de recherche diversifié et pluridisciplinaire, mais ce champ de recherche s'est inégalement développé selon le type de handicap. Ce numéro de Question de Santé Publique a pour objectif de synthétiser un état des lieux de la recherche française sur le handicap et la perte d'autonomie

► **Report On Disability-Specific Forms Of Deprivation Of Liberty**

FLYNN E., PINILLA-ROCANCIO M., COLDEFY M., *et al.*  
2019

**Galway National University of Ireland.**

<https://www.nuigalway.ie/media/centrefordisabilitylawandpolicy/files/DoL-Report-Final.pdf>

This report summarizes research conducted by the Centre for Disability Law and Policy, National University of Ireland Galway on disability specific forms of deprivation of liberty. Persons with disabilities are often hospitalized, institutionalized or diverted into other forms of detention from the criminal justice system without their consent, on the grounds of an actual or perceived impairment. These different forms of detention violate the right to liberty set out in article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, but are largely unrecognized as human rights violations by the general public and by many states. The research team designed a set of indicators to collect data on this issue in fifteen and subsequently conducted fieldwork through local research teams to understand the underlying causes and triggers that result in these disabilityspecific deprivations of liberty in five countries: France, Ghana, Jordan, Indonesia and Peru.

► **Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans**

PENNEAU A., PICHETTI S. ET ESPAGNAC M.

2019

**Rapport de l'Irdes; 571. Paris Irdes.**

<https://www.irdes.fr/recherche/2019/rapport-571-depenses-de-sante-et-restes-a-charge-sanitaires-des-personnes-en-situation-de-handicap-avant-et-apres-60-ans.html>

Les situations de handicap entraînent des coûts supplémentaires pour les ménages concernés. Les coûts sanitaires - soins médicaux et une partie des aides techniques - représentent l'un des principaux postes de dépense des personnes en situation de handicap. L'objectif de ce rapport est de dresser un état des lieux de la prise en charge sanitaire de ces personnes avant et après 60 ans. Deux populations se distinguent, les personnes handicapées reconnues inaptes au travail et les personnes ayant besoin d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne. L'Allocation aux adultes handicapés (AAH), la pension d'invalidité et la rente d'incapacité sont les trois principales allocations permettant de compenser une incapacité à travailler par le versement de revenus de substitution. Les deux dernières permettent également d'accéder à une meilleure couverture sanitaire, ce qui n'est pas le cas de l'AAH. On observe une forte variabilité des niveaux de dépenses et des profils de consommations de soins en fonction de ces trois types d'allocation qui semblent refléter la grande hétérogénéité des profils de handicap. Les restes à charge sanitaires annuels des bénéficiaires de l'AAH (autour de 500 euros) ne sont pas différents de ceux observés en population générale ou dans les autres types de reconnaissance de handicap. Toutefois, compte tenu de leurs revenus plus modestes, les restes à charge rapportés aux revenus représentent un poids financier plus lourd pour les bénéficiaires de l'AAH. Leur taux d'effort est supérieur de 65 % à celui observé en population générale, alors même que des postes de dépenses comme l'optique et les prothèses dentaires apparaissent plus faibles. Nous montrons également que le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine (autour de 800 euros annuels en moyenne) grâce aux différentes exonérations du ticket modérateur (pension d'invalidité, rente d'incapacité, Affection de longue durée (ALD)), alors que leurs dépenses croissent beaucoup selon le degré de recours à l'aide humaine, de 5 000 euros par an à 17 000 euros en moyenne. Malgré ce lissage des restes à charge, certains restent élevés en

raison de consommations de soins spécifiques telles que les orthèses et prothèses ou les hospitalisations en Médecine-chirurgie ou en psychiatrie. Si le niveau des dépenses de santé, avant et après 60 ans, des personnes ayant recours à l'aide humaine est relativement proche, les restes à charge de celles âgées de 60 ans et plus sont toujours plus élevés, ce qui s'explique par des profils de consommation de soins et des types d'exonération différents.(résumé d'auteur).

► **Vers la pleine citoyenneté des personnes handicapées : représentation et participation à la construction des politiques publiques pour une société inclusive**

RADIAN K. ET MICHELS T.

2019

**Paris La documentation française.**

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/194000697/index.shtml>

La mobilisation autour de la Conférence Nationale du Handicap 2018-2019 a été d'ampleur nationale, avec 460 actions citoyennes labellisées. Des rencontres entre citoyens et ministres ont été organisées sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'une concertation sur 5 grands chantiers nationaux. Ce rapport est le résultat du cinquième chantier sur le thème « Assurer la participation des personnes en situation de handicap à la construction des politiques publiques. Il propose d'élargir les missions du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) et de le rebaptiser Haut Conseil aux Citoyens Handicapés (HCCH). Pour franchir une nouvelle étape sur le chemin de la pleine citoyenneté et de la co-construction des politiques publiques, le rapport propose d'élargir ses missions à la prospective et l'évaluation, d'asseoir sa légitimité grâce une représentation accrue des personnes handicapées, de renforcer ses interactions avec l'ensemble des parties prenantes au niveau local comme national et de le doter des moyens humains et techniques adéquats.

## Hospitals

► **Hospitalisation à domicile : Organisations et interactions au sein des territoires**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE  
2019

**Mettre en œuvre et partager. Paris Anap.**

[https://www.anap.fr/fileadmin/user\\_upload/outils\\_et\\_publications/Outils/Developper\\_une\\_approche\\_territoriale/Parcours\\_de\\_sante/HAD\\_territoires/HAD\\_Organisations\\_interactions\\_territoires\\_publication.pdf](https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Outils/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/HAD_territoires/HAD_Organisations_interactions_territoires_publication.pdf)

Certains soins ne sont pas réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques. Dans certains de ces cas, l'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une des réponses possibles, cependant ce mode de prise en charge présente de nombreux enjeux organisationnels : coordination des professionnels de santé, synchronisation entre établissements hospitaliers et acteurs du domicile, développement et mobilisation des expertises rares, etc. Cette publication a pour objectif de mieux identifier les enjeux de l'HAD dans chaque territoire et de présenter les principaux leviers de développement de la structuration des acteurs : Co-construire avec les acteurs de la stratégie régionale (ARS, CPAM) afin d'améliorer la prise en compte de l'HAD dans les filières et leur articulation avec l'offre de soins territoriale; répondre aux besoins du territoire : accessibilité, spécialités médicales, réactivité ou gradation...; organiser l'établissement d'hospitalisation à domicile : modes de fonctionnement, mise en place et gestion du système d'information (SI), sécurisation du circuit du médicament, prise en charge patient et pilotage interne...

► **Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire ?**

CAZENAVE-LACROUTZ A. ET YILMAZ E.  
2019

**Dossiers de La Drees (Les)(40)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/dans-quelle-mesure-les-incitations-tarifaires-et-la-procedure-de-mise-sous>

Afin d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire (hospitalisation sans nuitée), le ministère de la santé a introduit en 2009 une tarification identique pour les séjours de quelques pathologies quel que soit le mode de prise en charge (en ambulatoire ou avec nuitée et non sévères). Cette incitation tarifaire à réaliser les séjours de chirurgie en ambulatoire a été peu à peu étendue, puis généralisée à partir de 2014, mais son impact sur le changement des pratiques hospitalières reste à mesurer, d'autant plus que, dans le même temps, l'Assurance maladie implémentait pour un nombre croissant de gestes chirurgicaux une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) en cas de prise en charge en hospitalisation complète. Nous tirons parti de la progressivité de la mise en place de ces deux mesures pour évaluer leur impact sur le taux d'ambulatoire des premières pathologies concernées, par comparaison avec les autres pathologies. En présence d'un possible biais de sélection, nous construisons pour chaque pathologie incitée un « contrôle synthétique », à partir de pathologies non incitées. Ce contrôle synthétique permet de reproduire à la fois un taux de chirurgie ambulatoire et une perspective de taux de chirurgie ambulatoire à moyen-terme - tel qu'évalué par des sociétés savantes médicales - comparable à la racine incitée avant la mise en place des deux mesures. Pour de nombreuses pathologies visées, les hôpitaux publics ont augmenté la pratique de la chirurgie ambulatoire en réaction à la politique incitative de tarif unique ou à la politique contraignante de MSAP menée à partir de 2008/2009. Cette augmentation ne semble en général pas s'être accompagnée d'une augmentation des réadmissions ou d'une augmentation du nombre total de séjour. Ces effets sont plus rarement observés dans le secteur privé, et ne sont

quasiment plus observés dans l'extension en 2012 de l'une ou de l'autre politique.

► **Adolescent Mental Health Care In Europe: State Of The Art, Recommendations, And Guidelines By The ADOCARE Network**

COPPENS E., VERMET I., KNAEPS J., *et al.*  
2013

**Bruxelles Adocare.**

<http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-UK-2015.pdf>

Every adolescent is entitled to grow up to be a healthy and responsible adult who is able to fully participate in society and lead a happy life. Unfortunately, one in five adolescents is affected by at least one psychological problem. Today, young people and their family often cannot find adequate treatment and support, partly because the quality and the availability of Adolescent Mental Health Care (AMHC) fail to meet the needs and demands of young people (WHO, 2005). In 2009, to respond to this urgent need for adapted, integrated and multidisciplinary care for adolescents with mental health problems, the European network, Action for Teens was created.

► **Does Long-Term Care Subsidization Reduce Hospital Admissions And Utilization?**

COSTA-FONT J., JIMENEZ-MARTINEZ S. ET  
VILAPLANA C.  
2018

**Londres London School of Economics and Political Science**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ehl:lserod:86651&r=hea>

We use quasi-experimental evidence on the expansion of the public subsidization of long-term care to examine the causal effect of a change in caregiving affordability on the delivery of hospital care. More specifically, we examine a reform that both introduced a new caregiving allowance and expanded the availability of publicly funded home care services, on both hospital admissions (both on the internal and external margin) and length of stay. We find robust evidence of a reduction in both hospital admissions and utilization among both those receiving a caregiving allowance and, albeit

less intensely, among beneficiaries of publicly funded home care, which amounts to 11% of total healthcare costs. These effects were stronger when regions had an operative regional health and social care coordination plan in place. Consistently, a subsequent reduction in the subsidy, five years after its implementation, is found to significantly attenuate such effects. We investigate a number of potential mechanisms, and show a number of falsification and robustness checks.

► **Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins**

COUR DES COMPTES  
2019

**In: [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.]. Paris : Cour des comptes: 287-312**

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019>

Également désignés sous le terme « d'activité externe » des hôpitaux, les actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital recouvrent des activités composites : consultations médicales, actes techniques médicaux, d'imagerie ou de biologie, passages aux urgences... Ils sont dispensés par des médecins salariés, pour l'essentiel d'établissements de santé publics et privés non lucratifs. Ils diffèrent des consultations en ville par le fait qu'ils sont effectués en établissement de santé. Ils se distinguent par ailleurs des séances et des séjours à l'hôpital, y compris de médecine ambulatoire, par le fait qu'ils sont financés pour l'essentiel selon les tarifs applicables aux professionnels libéraux de ville. Les ACE sont susceptibles d'être réalisés à plusieurs moments du parcours du patient : venue aux urgences s'accompagnant de la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique et non suivie d'une hospitalisation, demande d'avis médical spécialisé, réalisation ponctuelle d'un acte de biologie ou d'imagerie, consultation en pré ou post-hospitalisation, consultation périodique dans le cadre du traitement d'une pathologie. En 2017, les ACE ont été à l'origine de 4,2 Md€ de dépenses d'assurance maladie en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), dont 27 % au titre des urgences. En 2018, les juridictions financières ont effectué une enquête sur ce domaine mal connu de l'activité hospitalière : la Cour a examiné le cadre juridique, le financement et les orientations fixées par le ministère de la santé et par les agences régionales de santé (ARS) en matière d'activité externe des hôpitaux ;

pour leur part, onze chambres régionales des comptes ont contrôlé la gestion de cette activité par 18 établissements publics de taille variée.

► **L'accueil des enfants à l'hôpital public : les propositions de la FHF**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE  
2019

Paris FHF.

<https://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/Organisation-de-l-offre-de-soins/L-accueil-des-enfants-a-l-hopital-public>

Ce cahier de propositions se veut autant un guide et une aide pour les établissements, qu'un outil d'interpellation des pouvoirs publics afin d'accorder aux équipes les moyens leur permettant de réellement mettre en œuvre des actions concrètes d'amélioration de l'accueil des enfants dans nos établissements. Les propositions s'articulent autour de 5 axes : Valoriser l'accueil des enfants à l'hôpital; Mieux informer l'enfant; Recueillir la parole des enfants; Renforcer la formation pour les professionnels; Coordonner de la prise en charge des mineurs non accompagnés.

► **Impact Of Rural And Urban Hospital Closures On Inpatient Mortality**

GUJRAL K. ET BASU A.  
2019

NBER Working Paper Series ; 26182. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26182>

This paper examines the impact of California's hospital closures occurring from 1995-2011 on adjusted inpatient mortality for time-sensitive conditions: sepsis, stroke, asthma/chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and acute myocardial infarction (AMI). Using a difference-in-difference approach on California's Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD) data, the impact of hospital closures on inpatient mortality is estimated. Outcomes of admissions in hospital service areas (HSAs) with and without closure(s) are compared before and after the closure year. The paper aims to fill gaps in prior work by using a reconciled list of California's hospital closures and by studying differential impacts of rural and urban hospital closures. To our best knowledge, this is also the first paper explicitly studying patient

outcomes of California's rural closures. Results suggest that when treatment groups are not differentiated by hospital rurality, closures appear to have no measurable impact. However, estimating differential impacts of rural and urban closures shows that rural closures increase inpatient mortality by 0.46% points (an increase of 5.9%), whereas urban closures have no impact. Results differ across diagnostic conditions; the general effect of closures is to increase mortality for stroke patients by 3.1% and for AMI patients by 4.5%, and decrease mortality for asthma/COPD patients by 8.8%.

► **Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : e-Satis. Développement et validation du dispositif**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ  
2019

Saint-Denis HAS.

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3106392/fr/iqss-2019-methode-de-validation-du-dispositif-national-de-mesure-de-l-experience-et-de-la-satisfaction-des-patients](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3106392/fr/iqss-2019-methode-de-validation-du-dispositif-national-de-mesure-de-l-experience-et-de-la-satisfaction-des-patients)

Ce guide méthodologique décrit les étapes clés de développement et de validation scientifique appliquées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour produire un indicateur de résultats mesurant la satisfaction et l'expérience patient. Les critères de validation de ce type d'indicateurs sont : la faisabilité, la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins, les qualités métrologiques du questionnaire et l'ajustement des résultats. La méthodologie décrite est générique et reproductible pour les futurs développements de questionnaires prévus dans le dispositif national e-Satis. Le document reprend en détails les étapes successives de développement : environ 18 mois sont nécessaires pour aboutir à un indicateur fiable. La méthode décrite dans ce rapport a été utilisée pour la mesure de la satisfaction et de l'expérience : des patients hospitalisés plus de 48h en Médecine – Chirurgie – Obstétrique : e-Satis + 48h MCO



► **Competition Between Public And Private Maternity Care Providers In France: Evidence On Market Segmentation**

HERRERA-ARAUJO D. ET ROCHAIX L.

2019

**HEDG Working Paper ; 19/11. York University of York**

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1911.pdf>

The French market for hospital care is shared by public and private providers. In addition to covering a number of mandates usually not undertaken by the private sector such as training, research, and disease prevention, public hospitals are required to provide basic care across the French territory. To investigate the existence of market segmentation between public and private care providers, we focus on maternity care and first examine to what extent public and private maternity units substitute each other on an extensive margin, to then analyze how competition plays out on an intensive margin. Consistent with the public mandate, our findings indicate that, after a private unit closure, public maternity units are less likely to exit a low-populated area than a high-populated area. In addition, we find evidence of an asymmetric intensive margin substitution between private and public maternity units. Maternity users tend to substitute private units (non for-profit and for-profit) for public units more often than the reverse.

► **The Economic Impact Of Healthcare Quality**

KOCH-HELSE A. L., PIERRI N. ET WANG A. Y.

2019

**IMF Working Paper ; WP/19/173. Washington Fonds Monétaire International**

<https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2019/08/16/The-Economic-Impact-of-Healthcare-Quality-47049>

We study the costs of hospitalizations on patients' earnings and labor supply, using the universe of hospital admissions in Denmark and full-population tax data. We evaluate the quality of treatment based on its ability to mitigate the labor market consequences of a given diagnosis and propose a new measure of hospital quality, the "Adjusted Earning Losses" (AEL). We

find a 4 percentage points difference in lost earnings between the best and worst large Danish hospitals, all else equal. We show that AEL contains significant additional information relative to traditional measures and does not suffer from worse selection issues. We also document a large decline in the labor cost of hospitalizations over time, with large variations across diseases. We find that the average post-hospitalization reduction in labor earnings declined by 25 percent (50 percent) on the intensive (extensive) margin between 1998 and 2012.

► **Variation In End-Of-Life Hospital Spending In England: Evidence From Linked Survey And Administrative Data**

LEE T. ET STOYE G.

2019

**Londres IFS.**

<https://www.ifs.org.uk/uploads/WP201922-Variation-in-end-of-life-hospital-spending-in-England.pdf>

Much of lifetime healthcare spending is concentrated at the end of life. This paper uses survey data linked to administrative hospital and mortality records to examine how the pattern of end-of-life hospital inpatient spending varies across different groups within a large public hospital system in England. In line with existing studies we find that spending rises sharply at the end of life even after controlling for changes in health, but the pattern of these increases varies across household composition and socioeconomic status. Quarterly spending increases more sharply for those in couples at the end of life: a 10% reduction in time to death is associated with a 10% rise in individual spending among couples, but only 8% for singles. Spending is also lower in the last 18 months of life for those with no formal qualifications relative to their more educated peers due to lower use of elective care. Differences across groups are not explained by differences in observed morbidity or cause of death, but could be explained by differential access to, or preferences for, care. These results suggest that policymakers should consider broader trends in sociodemographic attributes when forecasting future health spending and in evaluating inequity in healthcare use.

► **État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016**

LEFEBVRE-HOANG I. ET YILMAZ E.  
2019

**Dossiers de La Drees (Les)(41)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/etat-des-lieux-des-pratiques-de-chirurgie-ambulatoire-en-2016>

La chirurgie ambulatoire permet la sortie du patient le jour même de son intervention, sans nuit passée à l'hôpital. Cette pratique répond à plusieurs objectifs. Du point de vue du patient, la chirurgie ambulatoire permet de réduire l'exposition aux infections nosocomiales et conduit à une plus grande satisfaction. Du point de vue des régulateurs, les coûts moins élevés de cette forme de prise en charge, par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, sont un atout permettant de mieux maîtriser les dépenses de soins. Le développement de la chirurgie ambulatoire est donc fortement encouragé par les pouvoirs publics. Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par l'état de santé des patients, les variations de pratiques de chirurgie ambulatoire sur le territoire permettent d'identifier les organisations de l'offre de soins les plus propices à cette pratique et les potentiels de progression. Depuis 2008, les disparités départementales de chirurgie ambulatoire se sont réduites. Tous les départements ont vu leur taux d'ambulatoire progresser sur cette période, et les écarts observés par rapport à la moyenne nationale se sont réduits de 40 %. Toutefois des disparités subsistent, quoique de manière très différente d'un type d'intervention chirurgicale à l'autre. Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire paraît faible pour deux catégories d'interventions : celles dont le taux d'ambulatoire est déjà très élevé (14 groupes d'interventions chirurgicales dont la cataracte et les chirurgies de la main ou du poignet) et celles pour lesquelles la pratique ambulatoire est peu adaptée, du fait de la complexité des cas et du petit nombre de séjours concernés (16 groupes d'interventions dont les chirurgies du rachis ou celles de la thyroïde). Entre ces deux cas polaires, il existe un ensemble de 30 groupes d'interventions, concernant 28,5 % des séjours de chirurgie, dont les taux d'ambulatoire sont très inégaux selon les départements et pour lesquelles le potentiel d'ambulatoire pourrait être développé, par exemple les chirurgies transurétales ou celles de la cheville ou du pied. L'analyse des facteurs associés à la décision de recourir à ce type de prise en charge met en évidence l'importance des caractéristiques individuelles des patients (âge et comorbidités) : ainsi, la chirurgie

ambulatoire est moins fréquente pour les patients plus âgés ou poly-pathologiques. Le degré de complexité des interventions influence aussi ce mode de prise en charge. La proximité du lieu d'hospitalisation est aussi un facteur en faveur d'une plus grande prise en charge en ambulatoire. Des caractéristiques liées directement aux établissements, comme la taille de l'établissement, jouent aussi un rôle : les petites structures prennent en charge davantage en ambulatoire toutes choses égales par ailleurs. En revanche, nos estimations peinent à mettre en évidence un effet systématique de l'offre de soins de ville sur la chirurgie ambulatoire, sauf pour quelques interventions spécifiques alors que le développement de la chirurgie ambulatoire pourrait être limité par une offre de ville insuffisante.

► **The Optimal Payment System For Hospitals Under Adverse Selection, Moral Hazard And Limited Liability**

MARECHAL F. ET THOMAS L.  
2019

**Besançon Université de Franche-Comté**

<https://crese.univ-fcomte.fr/uploads/wp/WP-2019-04.pdf>

This paper studies the optimal contract offered by a regulator to a partially altruistic hospital under adverse selection, moral hazard, and limited liability. We consider that the hospital privately observes the severity of illness of patients and chooses a hidden quality that influences the probability of some complications or comorbidities (CCs) occurring. We analyze the conditions under which the payment, for a given diagnosis Related Group, should be refined according to the severity of illness and the occurrence of CCs.

► **Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC)**

NESTRIGUE C., COM-RUELLE L. ET BRICARD D.  
2019

**Document de travail Irdes ; 82. Paris Irdes**

<https://www.irdes.fr/recherche/2019/documents-de-travail/html#DT82>

La complexité des parcours de soins des victimes d'un primo-accident vasculaire cérébral (AVC), au cours des trois mois suivant la sortie de la phase aiguë hospitalière, est analysée à partir des données médico-admi-



nistratives du Système national des données de santé (SNDS). L'étude s'appuie sur une méthode originale de construction des parcours individuels par analyse séquentielle basée sur l'identification et la chronologie des lieux de prise en charge à l'hôpital ou en ville et, pour la ville, sur les types de professionnels de santé intervenant. Les déterminants des parcours sont analysés en mesurant les effets propres de l'âge et du sexe, des caractéristiques cliniques, de la prise en charge médicale et de l'offre de soins locale. À la sortie de l'épisode aigu d'hospitalisation (en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)), six patients sur dix ont un parcours comprenant une prise en charge majoritairement à domicile, un patient sur quatre bénéficiant d'actes de rééducation en ville. Seulement un patient sur 20 bénéficie d'une prise en charge en ville avec des actes infirmiers en plus des actes de rééducation. À l'inverse, un patient sur trois, à la sortie de l'épisode aigu d'hospitalisation après un AVC, présente ensuite un faible recours aux soins. Moins de trois patients sur dix empruntent des parcours majoritairement en établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), le plus souvent pour des durées supérieures à deux mois. Les parcours où interviennent majoritairement les structures d'hébergement médico-sociales ne concernent qu'une minorité de patients (3 %). Enfin, 6 % des patients décèdent dans les trois mois suivant la sortie de l'hospitalisation en court séjour. Ces parcours de soins s'expliquent notamment par l'intensité des soins requis liée à des facteurs cliniques et démographiques (gravité de l'état de santé, âge, sexe). Cependant, les facteurs d'offre jouent aussi un rôle déterminant. La rééducation dans un SSR est plus fréquente quand la densité de lits de SSR est plus forte. Lors d'une prise en charge majoritairement à domicile, la rééducation semble initiée souvent tardivement suite au premier contact avec le médecin généraliste, alors qu'elle aurait dû répondre à une prescription hospitalière de sortie de MCO. En ville, la rééducation s'accompagne parfois d'interventions d'infirmiers, surtout quand l'offre libérale en soins infirmiers est importante. Ces travaux soulignent enfin l'importance des structures Unités neuro-vasculaires (UNV) dans la réduction de la mortalité. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les patients pris en charge dans une structure UNV lors de leur hospitalisation initiale préalable en phase aiguë décèdent moins souvent au cours des trois mois suivants (résumé d'auteur).

► **The Causal Effect Of Hospital Volume On Health Gains From Hip Replacement Surgery**

RACHET-JACQUET L., GUTACKER N. ET SICILIANI L.  
2019

**CHE Research Paper Series ; 168. York University of York**

[https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP168\\_hospital\\_volume\\_health\\_gains.pdf](https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP168_hospital_volume_health_gains.pdf)

This study investigates the causal effect of hospital volume on health gains from hip replacement surgery in the English National Health Service. We exploit a unique dataset, which links routine hospital records and patient-reported outcome measures (PROMs) for all public hospitals in England. PROMs assess patients' health along key dimensions of pain and mobility shortly before and six months after the surgery. We investigate whether higher hospital volume increases patient health six months post-surgery, conditioning on pre-surgery health and other patient medical and socioeconomic indicators. We address possible reverse-causality bias due to hospital demand being responsive to quality by constructing a measure of predicted hospital volumes based on a patient choice model. The results suggest that the observed volume-outcome effect in hip replacement surgery is clinically small and no longer statistically significant once we account for the endogeneity of volume.

► **Rapport annuel 2019 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé. Données 2018**

TERRENOIRE G. ET BARAT C.  
2019

**Paris Ministère chargé de la santé.**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-annuel-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-2019>

Ce rapport présente et analyse les signalements déclarés par les établissements sur la « plate-forme-signalement ONVS », qui illustrent des situations de violences et d'incivilités vécues dans les diverses structures en milieu de santé. Toutefois, ces signalements ne sont pris en compte que sur la base du volontariat des établissements. C'est la raison pour laquelle l'Observatoire des violences en milieu de santé (ONVS) engage depuis sa création des efforts importants de mobilisa-

tion des établissements afin que cette plate-forme soit davantage renseignée.

## Inégalités de santé

### Health inequalities

#### ► La santé des migrants en question(s)

ANDRE J. M. ET FASSIN D.

2019

Paris : Éditions Hyg e

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/sante-migrants-questions/>

Depuis 2015, l'arrivée de populations d'Afrique et du Moyen-Orient en Europe a cristallisé les tensions politiques entre pays membres, divisés face à la « crise migratoire ». Mais, au-delà des discours alarmistes et/ou extrémistes, il apparaît que cette « crise » est moins liée au flux migratoire qu'à la gestion des conditions d'accueil. Quel est l'état de santé des migrants ? Comment accèdent-ils aux soins ? Quel est le rôle et le quotidien des professionnels de santé et acteurs de la solidarité ?   travers ces thématiques, des experts répondent, études et chiffres à l'appui, à certaines idées reçues sur les migrants (porteurs de maladies transmissibles, profitant du système de protection sociale français...) et décrivent les insuffisances des conditions d'accueil.

#### ► Les Français plus sensibles aux inégalités de revenus et plus attachés au maintien des prestations sociales

ANTUNEZ K. ET PAPUCHON A.

2019

Dossiers de La Drees (Les)(35): 28.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd35.pdf>

Depuis 2000, le Baromètre d'opinion de la Drees est un outil de référence pour analyser l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, sur la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap, dépendance, pauvreté et exclusion) ainsi que sur les inégalités et la cohésion sociale. Son échantillon est composé de plus de 3 000 personnes et représentatif de la population âgée de 18 ans ou plus résidant

en France m ropolitaine (méthode des quotas). Les données de la vague 2018 ont été collectées du 15 octobre au 1<sup>er</sup> décembre 2018, dans un contexte marqué par le début du mouvement des Gilets Jaunes et des projets de réformes touchant la fiscalité (bascule des cotisations sociales vers la CSG) et les prestations sociales (refonte du système de retraite, réforme de l'assurance chômage, nouveau mode de calcul des allocations logement...). Ce document présente les premiers résultats de l'édition 2018 de cette enquête, sous la forme d'une vue d'ensemble des faits les plus marquants et de trois focus thématiques. Dans la suite de ce document et pour en faciliter la lecture, le terme « Français » désigne les personnes âgées de 18 ans ou plus vivant en France m ropolitaine interrogées dans le cadre de ce Baromètre, qu'elles soient de nationalité française ou non.

#### ► Le destin des enfants d'immigrés : un d s-enchaînement des générations

ATTIAS-DONFUT C. ET WOLFF F. C.

2009

Paris : Stock

Sur les enfants d'immigrés circulent idées reçues et préjugés. Or, les membres de cette « deuxième génération », perçue et désignée comme un groupe à part, sont loin de correspondre à l'image stéréotypée du « jeune de banlieue » encagoul . Leurs destins, d'une grande diversité, contribuent à dessiner l'avenir du pays que leurs parents ont choisi. Pour la première fois, une vaste enquête porte sur des familles immigrées venues de tous les continents. Elle a, en outre, pour originalité de s'intéresser aux liens entre générations, généralement peu étudiés dans cette population, comme si elle n'avait plus de passé. Enfin, elle prend en compte, dans chaque famille, la situation de tous les enfants, ce qui permet d'intéressantes comparaisons. Ainsi, sur un sujet où domine trop souvent l'id olo-

gie, les auteurs présentent ici de solides données. On mesure, par exemple, combien dans une même fratrie les filles réussissent beaucoup mieux que les garçons. L'enquête révèle également la force du projet parental et son rôle dans la réussite scolaire des descendants d'immigrés qui s'avère spectaculaire, tout comme la mobilité sociale d'une génération à l'autre, cela quelle que soit l'origine familiale. On découvre aussi que les relations de filiation sont soumises à rude épreuve dans l'émigration, car si liens affectifs et solidarités demeurent, les transmissions se perdent. Les enfants, qui satisfont les attentes d'un côté, les trahissent de l'autre. En s'autonomisant, ils parachèvent le désenchaînement des générations.

► **Minimum Wages And The Health And Access To Care Of Immigrants' Children**

AVERETT S. L., SMITH J. K. ET WANG Y.  
2019

**IZA discussion Paper Series ; 12559. Bonn IZA**  
<http://ftp.iza.org/dp12606.pdf>

States are increasingly resorting to raising the minimum wage to boost the earnings of those at the bottom of the income distribution. In this paper, we examine the effects of minimum wage increases on the health of the children of immigrants. Their parents are disproportionately represented in minimum wage jobs, typically have less access to health care and are a growing part of the U.S. labor force. Using a difference-in-differences identification strategy and data drawn from the National Health Interview Survey from the years 2000 - 2015, we examine whether children of low-educated immigrants experience any changes in health or access to care when the minimum wage increases.

► **Santé, immigration, avenir : comment les territoires influencent l'opinion des Français ?**

CARON R.  
2019

**Etudes Et Résultats(1106)**  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1106.pdf>

Les opinions des Français sont parfois très marquées par leur appartenance à un territoire. Les données du Baromètre d'opinion de la Drees 2017, qui interroge

3 000 personnes, laissent apparaître certains de ces contrastes. Pour les mettre en évidence, une typologie des communes françaises ad hoc a été élaborée : elle montre qu'en 2017, huit habitants des grands centres urbains sur dix estiment que notre système de sécurité sociale apporte un niveau de protection suffisant, contre deux tiers de ceux des campagnes isolées. Les opinions relatives à l'accès aux soins ou à l'intégration des étrangers divergent aussi entre les grands centres et les territoires qui en sont les plus éloignés. Les trois quarts des habitants des campagnes isolées estiment que le nombre de médecins spécialistes à proximité de chez eux est insuffisant, contre un tiers dans les grands centres. Six personnes sur dix des campagnes isolées ou des petits centres urbains déclarent qu'il y aurait trop de travailleurs immigrés en France, contre quatre sur dix dans les grands centres. Les habitants des « banlieues », qu'elles soient plutôt favorisées ou défavorisées, se distinguent par une vision plus optimiste de leur propre situation.

► **Heterogeneous Spillover Effects Of Children's Education On Parental Mental Health**

EVERDING J.  
2019

**hche Research Paper No. 2019/18. Hamburg HCHE**  
<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/200978/1/1670209369.pdf>

Despite extensive research on nonmarket returns to education, direct and spillover effects on mental health are widely unstudied. This study is the first to analyze heterogeneous intergenerational effects of children's education on parents' mental health. Given ambiguous theoretical implications, I explore potential mechanisms empirically. Using Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) data, I estimate IV regressions, exploiting country-level variation in compulsory schooling reforms. Increasing children's education reduces parents' long-term probability of developing depression. Fathers and more educated sons drive this beneficial effect. Since mental illness is frequently undiagnosed, the findings may help improve elderly-specific health care provision.

► **Refugee, Migrant And Ethnic Minority Health**

EXADAKTYLOS A., SRIVASTAVA D., KEIDAR O., *et al.*  
2019

**International Journal of Environmental and  
Research and Public Health**(Numéro spécial)  
<https://www.mdpi.com/books/pdfview/book/1653>

Les migrations internationales, notamment en Europe, ont considérablement augmenté ces dernières années et rendent la recherche primordiale dans cette problématique. Après une définition des différents concepts, ce numéro spécial porte sur la santé des réfugiés, des migrants et des minorités ethniques. Il rassemble 37 articles dont 28 portent sur l'Europe et abordent la santé sous différents aspects.

► **Hôpital : des restes à charge inégalitaires. L'Observatoire de la Mutualité française**

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ  
FRANÇAISE  
2019

Paris : FNMF

<https://www.mutualite.fr/presse/hopital-des-restes-a-charge-inegalitaires/>

Dans l'édition 2019 de son Observatoire, la Mutualité française décrypte les restes à charge encore supportés par les Français, alors que se met en place la réforme du 100 % Santé. Ces restes à charge peuvent s'avérer élevés et très variables en fonction de l'âge et du lieu d'habitation, en particulier pour les dépenses hospitalières. L'intervention des mutuelles est alors déterminante pour réduire la facture et les inégalités. L'Observatoire confirme les préoccupations des Français liées au grand âge et révèle également leur inquiétude pour l'hôpital dont ils considèrent la réforme comme une priorité.

► **La protection sociale en France et en Europe en 2017 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2019**

GONZALEZ L., HEAM J. C., MIKOU M., *et al.*  
2019

Paris : Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cps19.pdf>

En 2017, le solde global de la protection sociale redevient excédentaire pour s'établir à 5,2 milliards d'euros, une première après la période de déficits dus aux effets de la crise de 2008. Les ressources de la protection sociale, qui s'élèvent à 779,7 milliards d'euros, progressent plus rapidement qu'en 2016 (+ 2,8 % en 2017, après + 2,2 %), dans un contexte de reprise économique. Les prestations de protection sociale constituent la majeure partie des dépenses (94 %), pour un montant de 727,9 milliards d'euros, soit 31,7 % du PIB. Elles augmentent de 1,8 %, au même rythme qu'en 2016. Cet ouvrage retrace les principaux résultats des comptes de la protection sociale en 2017 en France et les met en perspective avec ceux des autres États membres de l'Union européenne. Il analyse les évolutions récentes des prestations sociales et des ressources les finançant, pour les différents risques sociaux : santé, vieillesse-survie, famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion.

► **Santé des immigrés : quand les difficultés d'installation détériorent l'état de santé. Exemple de la population immigrée d'Afrique subsaharienne**

GOSSELIN A.  
2019

Sepidemo.

<https://soepidemo.com/2019/09/11/sante-des-immigres-quand-les-difficultes-dinstallation-deteriorent-letat-de-sante-exemple-de-la-population-immigree-dafrique-subsaharienne/>

Alors que l'accueil des réfugiés devient un enjeu crucial en Europe depuis la dite « crise migratoire » de l'été 2015, le processus d'installation des immigrés est peu renseigné, notamment parce qu'on manque de données longitudinales sur cette question. Les études disponibles portent soit sur la thématique de l'intégration sur le marché du travail ou sur des sous-groupes de population (par exemple bénéficiaires d'un titre de séjour, cf. par exemple l'enquête ELIPA). À partir des données de l'enquête ANRS Parcours, nous avons pu observer le processus d'installation des immigrés d'Afrique subsaharienne à leur arrivée et le mettre en lien avec leur état de santé.

► **Glossary On Migration 2019**

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION  
2019

Genève : IOM

[https://publications.iom.int/system/files/pdf/imL\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/imL_34_glossary.pdf)

Cette troisième édition du glossaire sur la migration a pour objectif de favoriser l'utilisation correcte de la terminologie en matière de migrations.

► **Health Diplomacy: Spotlight On Refugees And Migrants**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
2019

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-spotlight-on-refugees-and-migrants-2019>

La question des réfugiés et des migrants fait actuellement l'objet d'un débat politique intense dans le monde entier. Du point de vue de la santé publique, les mouvements de population, y compris les migrations forcées, constituent un phénomène complexe et figurent en bonne place à l'ordre du jour politique et stratégique de la plupart des États membres de l'OMS. La diplomatie de la santé et la santé des réfugiés et des migrants sont intrinsèquement liées. La mobilité humaine concerne tous les pays, et pose d'importants défis en termes de développement durable et de droits humains afin de garantir l'égalité et d'obtenir des résultats à la lumière des objectifs de développement durable. Cet ouvrage s'inscrit dans le cadre de l'engagement du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à œuvrer pour la santé des réfugiés et des migrants. Il présente les bonnes pratiques adoptées par les pouvoirs publics, les acteurs non étatiques et les organisations internationales et non gouvernementales pour tenter de faire face à la complexité de la migration, en renforçant la réactivité des systèmes de santé aux questions de santé des réfugiés et des migrants, et en coordonnant et en élaborant des solutions de politique étrangère en vue d'améliorer la santé aux niveaux mondial, régional, national et local. Nowadays, refugees and migrants are the focus of intense political debate worldwide. From the public health perspective, population movement, including forced migration, is a complex phenomenon and is a high priority on the political and policy agenda of most WHO Member States. Health diplomacy and the health of refugees and migrants are intrinsically linked.

Human mobility is relevant to all countries and creates important challenges in terms of both sustainable development and human rights, to ensure equality and achieve results through the Sustainable Development Goals. This book is part of the WHO Regional Office for Europe's commitment to work for the health of refugees and migrants. It showcases good practices by which governments, non-state actors and international and nongovernmental organizations attempt to address the complexity of migration, by strengthening health system responsiveness to refugee and migrant health matters, and by coordinating and developing foreign policy solutions to improve health at the global, regional, country and local levels.

► **Health For Everyone? Social Inequalities In Health And Health Systems**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES  
2019

OECD Health Policy Studies. Paris OCDE.

[https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-for-everyone\\_3c8385d0-en](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-for-everyone_3c8385d0-en)

Good health is a key component of people's well-being. It is a value in itself but – through its influence on social, education and labour market outcomes – being in good or bad health has also wider implications on people's chances of leading a fulfilling and productive life. Yet, even in the OECD countries, health inequality persists with severe consequences on the goal of promoting inclusive growth. This report documents a comprehensive range of inequalities in health and health systems to the detriment of disadvantaged population groups in a large set of OECD and EU countries. It assesses the gaps in health outcomes and risk factors between different socio-economic groups. When it comes to health systems, the report measures inequalities in health care utilisation, unmet needs and the affordability of health care services. For each of these different domains, the report identifies groups of countries that display higher, intermediate, and low levels of inequality. The report makes a strong case for addressing health-related inequalities as a key component of a policy strategy to promote inclusive growth and reduce social inequalities. It also provides a framework for more in-depth analyses on how to address these inequalities at country level.



► **Healthy, Prosperous Lives For All:  
The European Health Equity Status Report**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
2019

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>

L'adoption du programme de développement durable à l'horizon 2030 et des objectifs de développement durable a mis en place des structures permettant de renforcer les interventions en faveur d'une meilleure santé et de plus de bien-être pour tous et de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte. Malgré l'amélioration globale de la santé et du bien-être dans la Région européenne de l'OMS, des inégalités subsistent. Ce rapport énumère cinq conditions indispensables pour que tous puissent être et rester en bonne santé : des services de santé accessibles, de bonne qualité; la sécurité des revenus et la protection sociale; des conditions de vie décentes; un capital social et humain; et des conditions de travail et d'emploi correctes. Il est nécessaire d'appliquer des politiques pour tenter de remplir ces cinq conditions. Le rapport de situation sur l'équité en santé examine également les moteurs de l'équité en santé, à savoir les facteurs fondamentaux pour la création de sociétés plus équitables : cohérence des politiques, responsabilisation, participation sociale et renforcement du pouvoir d'agir. Ce document fournit des données probantes sur les indicateurs du manque d'équité en santé dans chacun des 53 États membres de la Région, ainsi que sur les solutions permettant de lutter contre ce manque d'équité.

► **Participation As A Driver Of Health Equity**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
2019

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/policy-coherence-as-a-driver-of-health-equity-2019>

La santé est un droit humain. Les États doivent donc assurer l'accès en temps voulu à des soins de santé abordables et de qualité appropriée, et garantir les déterminants fondamentaux de la santé, tels que l'eau potable et salubre, l'assainissement, l'alimentation, le logement, l'information et l'éducation sanitaires, le travail décent, ainsi que l'égalité entre les sexes. Il importe dès lors de mener une action cohérente

dans différents domaines politiques. Les objectifs de développement durable des Nations Unies fournissent le cadre nécessaire pour accroître la cohérence des politiques en faveur de l'équité en santé. Comme la cohérence des politiques concerne différents niveaux de gouvernance, les mécanismes permettant à la communauté de la santé publique de la favoriser sont à la fois systémiques et administratifs. Le premier concerne la transparence (l'accès à la santé et à d'autres données pertinentes, et la capacité d'utiliser les données) et la responsabilité (la reddition de comptes au pouvoir législatif, les initiatives des ministères de la Santé et le poids de la société civile). L'autre mécanisme porte sur les liens ministériels établis entre le secteur de la santé et d'autres secteurs (comités interministériels et participation du public), la législation en matière de santé publique, les plans et objectifs gouvernementaux, la budgétisation conjointe et le financement délégué

► **Reducing Inequities In Health  
Across The Life-Course: Transition  
To Independent Living – Young Adults**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
2019

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

Taking a life-course approach, this paper outlines the key health equity issues for young adults, their social determinants and how policy-makers can act to reduce them. Chapter 1 discusses young adulthood as a significant – yet overlooked – life-course stage for health equity. Chapter 2 describes the key health issues for this group and how the social determinants of health impact on health inequalities during young adulthood. Chapter 3 outlines policies that could reduce health inequalities among young adults, including outlining specific indicators to measure change within different policy areas and highlighting country examples. Chapter 4 outlines Member State commitments that give policy-makers the mandate to take action on young adults' health, alongside European priorities and policy drivers. Chapter 5 outlines the key stakeholders and partners needed to reduce health inequalities, arguing that intersectoral action to improve health is crucial for young adults.

► **Older People Health And Access To Healthcare. A Retrospective Look At Inequality Dynamics Over The Past Decade**

RIZZI D., SIMIONATO C. ET ZANTOMIO F.

2019

**No. 26/WP/2019. Venice University Ca' Foscari of Venice**

[https://econpapers.repec.org/paper/venwpaper/2019\\_3a26.htm](https://econpapers.repec.org/paper/venwpaper/2019_3a26.htm)

The past decade of austerity measures has severely hit Public Healthcare provision in Italy, entailing significant reductions in per-capita expenditure, particularly in Regions put under 'Healthcare Budget Recovery Plans', mostly in the South of the country. Building on data on individuals aged 50 or older drawn from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, we

compute time- and area-specific Concentration and Horizontal Inequity indexes, to assess the evolution of inequity in older people health and healthcare access (i.e. GP contacts and specialists' visits) across Italian macro-areas since the Great Recession onset. Results show that in the North, while health has been improving on average, income-related inequality in health has increased; in the South, while on average health has not improved, the concentration of bad health among the income-poor has decreased. Sizeable inequity in access to specialists' visits emerges throughout the country, and generally worsened since before the crisis onset. Evidence overall suggests that in the South, along the crisis, under worsened income conditions and Public Healthcare budget cuts, poorer older individuals might have substituted specialised care with increased family doctors' visits.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

► **Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir**

BENARD L., FUMOLEAU P., GILLY B., *et al.*

2019

**Paris Institut Montaigne.**

<https://www.institutmontaigne.org/publications/medicaments-innovants-prevenir-pour-mieux-guerir#>

L'accès aux médicaments innovants en France risque-t-il de devenir plus compliqué dans un futur proche ? Face aux coûts accrus des nouveaux types de thérapies, au vieillissement de la population et à la montée des maladies chroniques, le système de santé français pourrait rapidement montrer des signes d'essoufflement avec, à terme, le risque d'une médecine à plusieurs vitesses, opposant les centres hospitaliers et les patients ayant les moyens de s'offrir ces innovations à ceux qui ne pourraient y prétendre. Il s'agit là d'un des principaux défis, à l'avenir, pour la performance et l'équité du système de santé. L'Institut Montaigne propose la mise en place d'un ensemble de mesures concrètes afin de (ré)concilier deux objectifs : l'égal accès pour tous les patients aux traitements, dans les meilleures conditions possibles et la préservation de du système de santé solidaire, grâce à de nouveaux modes de financement de l'innovation.

► **Four Facts Concerning Competition in U.S. Generic Prescription Drug Markets**

CONTI R. M. ET BERNDT E. R.

2019

**NBER Working Paper Series ; 26194. Cambridge NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26194>

We establish four facts concerning competition among U.S. generic drug suppliers, using IQVIA's National Sales Perspective™ 2004Q4 – 2016Q3 data. We define a unique product market ("molform"), consisting of the combination of a molecule active ingredient and a route of administration formulation, aggregated over different dosages and strengths. We find: (i) supply exhibits substantial churning in entrants and exits; (ii) volume-weighted use concentrates in older generic molform cohorts; (iii) the extent of competition is greatest for the oldest molform cohorts and is smallest for the youngest molform cohorts. With a median of one competitor, the extent of competition in the youngest molform cohort is very limited; and (iv) supplier-molform annual revenues are typically small, are largest for relatively young drugs, but are heavily right skewed. These four facts provide an empirical platform on which to construct and empirically evaluate



hypotheses regarding generic drug market structure, performance, and possible policy reforms.

► **Médicaments biosimilaires : l'hôpital, premier vecteur de leur diffusion**

DAHMOUD A.

2019

**Etudes Et Résultats(1123)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1123.pdf>

L'arrivée récente des biosimilaires – des équivalents moins chers de médicaments biologiques – sur le marché constitue une source possible d'économies pour l'Assurance maladie. Principalement prescrits à l'hôpital, les médicaments biologiques représentent, en 2018, 21,3 % du chiffre d'affaires hors taxe en ville et portent le dynamisme de ce marché. Malgré leur potentiel de diffusion important, les premiers médicaments biosimilaires peinent à percer en ville. Si pour les médicaments génériques, le pharmacien de ville dispose d'un droit de substitution, ce n'est pas le cas des biosimilaires. Ils sont interchangeable, au sein d'un groupe biologique similaire, mais par les prescripteurs uniquement. L'hôpital, premier prescripteur de ces médicaments, joue donc un rôle clé pour leur diffusion en ville. Or, si le choix des médicaments prescrits à l'hôpital influence, directement ou indirectement, leur consommation en ville, l'hôpital (ou le groupement d'achats) négocie leur acquisition au meilleur prix sans prendre en compte leur tarif en ville. Pour les laboratoires, proposer des prix bas à l'hôpital peut donc constituer une stratégie d'implantation indirecte sur le marché de ville. Des premiers schémas incitatifs pour promouvoir les biosimilaires ont d'ailleurs vu le jour à l'hôpital.

► **When Technological Advance Meets Physician Learning in Drug Prescribing**

DEPALO D., BHATTACHARYA J., ATELLA V., *et al.*

2019

**NBER Working Paper Series ; 26202. Cambridge NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26202>

The support for scientific investigation in biomedicine depends in part on the adoption of new knowledge into medical practice. We investigate how a technological advance, in the form of a large and influential

2010 randomized controlled study, changed physician practice in statin (a medication used to manage high cholesterol levels) prescribing. We analyze data representative of the Italian population for the period 2003-2014. Our analysis accounts for possible non-random sorting of patients into treatment. We show that both doctors and patients responded promptly to this technological shock, changing the mix of patients who received therapy, drug dosing, and frequency of testing for side effects, as well as patient adherence to therapy. The results show that investments in scientific knowledge can rapidly diffuse into practice in professions where continuing education is the norm.

► **Fiscalité du secteur du médicament France/Europe : synthèse mise à jour de l'étude PWC 2009**

LEEM

2019

**Paris LEEM.**

<https://www.leem.org/publication/fiscalite-du-secteur-du-medicament-france-europe-synthese-mise-jour-de-letude-pwc-2019>

La 6<sup>e</sup> édition de l'étude sur la fiscalité de l'industrie pharmaceutique, réalisée par le cabinet PwC pour le Leem, montre une nouvelle perte de terrain de la France face à ses voisins européens. En cause, le report à 2020 de la baisse annoncée de l'impôt sur les sociétés, à la différence du Royaume-Uni, de l'Italie, et de la Suisse qui ont mené des réformes fiscales conduisant à réduire significativement leur taux d'impôt sur les sociétés (respectivement -1 %, -3,5 % et -9 %). Au-delà de ce cadre global d'imposition, les laboratoires pharmaceutiques sont touchés en France par une fiscalité sectorielle qui continue à s'alourdir (+4 points en 2019 par rapport à 2016), là aussi à contre-courant de nos voisins européens. Les remises consenties en cas de dépassement de l'enveloppe de remboursement négociée avec le Comité économique des produits de santé ont dépassé le milliard d'€, sur un chiffre d'affaires global de l'industrie de 23 milliards. Ces remises ne sont cependant pas considérées comme un impôt, et ne peuvent donc pas être déduites de l'assiette de l'impôt sur les sociétés comme ce serait le cas s'il s'agissait de remises commerciales. Les taxes sur les ventes de médicaments remboursés (420 millions d'€ en 2018), sur la promotion (103 millions d'€), ainsi que sur les ventes directes à l'officine (284 millions d'€), viennent compléter l'addition. Du côté R&D, la France se situe, à



première vue, en bonne position grâce aux dispositifs fiscaux incitatifs que sont le crédit d'impôt recherche et le régime applicable aux revenus de la propriété industrielle. Mais là aussi, les inquiétudes grandissent.

Les nouvelles modalités de détermination de l'assiette taxable des revenus de la propriété industrielle « sont devenues illisibles » et des menaces constantes pèsent sur le crédit d'impôt recherche.

## Méthodologie - Statistique

### Methodology - Statistics

► **L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Ménages - Imputations post-appariements fiscaux et sociaux ». Série « sources et méthodes**

COUVERT N. ET MISSEGUE N.

2019

Paris Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt72.pdf>

Dans l'enquête Capacité, Aides et REssources des seniors en ménages ordinaires (CARE-Ménages) 2015, les données des seniors ont été enrichies via un enrichissement par l'Insee avec les sources fiscales et sociales. L'appariement, de bonne qualité, nécessite cependant d'imputer des montants aux seniors et à leurs conjoints non retrouvés dans ces sources. Après imputations, les taux de perception des différents types de revenus individuels des seniors sont proches de ceux observés dans l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'Insee. Les montants de pensions de retraite (principale source de revenus) des seniors après appariements et imputations sont également proches en moyenne et en distribution de ceux observés dans l'ERFS.

► **Estimating The Effect Of Treatments Allocated By Randomized Waiting Lists**

DE CHAISE MARTIN C. ET BEHAGHEL L.

2019

NBER Working Paper Series ; 26282. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26282>

Oversubscribed treatments are often allocated using randomized waiting lists. Applicants are ranked randomly, and treatment offers are made following that ranking until all seats are filled. To estimate causal effects, researchers often compare applicants getting and not getting an offer. We show that those two groups are not statistically comparable. Therefore, the estimator arising from that comparison is inconsistent when the number of waitlists goes to infinity. We propose a new estimator, and show that it is consistent, provided the waitlists have at least two seats. Finally, we revisit an application, and we show that using our estimator can lead to significantly different results from those obtained using the commonly used estimator.

**Health Policy****► Improving Healthcare Quality In Europe. Characteristics, Effectiveness And Implementation Of Different Strategies**

BUSSE R., KLAZINGA N. ET PANTELI D.  
2019

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019>

Cette publication, élaborée par l'Observatoire en collaboration avec l'OCDE, fournit un cadre conceptuel global pour comprendre et appliquer les stratégies d'amélioration de la qualité des soins. Elle résume surtout les données probantes disponibles sur les différentes stratégies de qualité et émet des recommandations pour leur mise en œuvre. L'ouvrage a pour but d'aider les responsables politiques à comprendre les concepts de qualité et à évaluer les stratégies, considérées séparément ou conjointement. Cette publication explique les concepts qui sous-tendent les multiples éléments de la qualité dans les politiques de soins de santé (y compris les définitions de la qualité, ses dimensions, les activités connexes et les objectifs), la mesure de la qualité et la gouvernance, dans le contexte plus large de la recherche sur les systèmes de santé. L'ouvrage est ainsi conçu afin d'aider les responsables politiques à prioriser et à harmoniser les différentes initiatives en matière de qualité, et à adopter une approche globale de l'amélioration de la qualité.

**► Évaluation du rapport de synthèse du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé à la suite du débat public organisé sous forme d'états généraux préalablement à la révision de la loi de bioéthique**

DELMONT-KOROPOULIS A. ET ELIAOU J. F.  
2019

**Paris Sénat.**

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-644-notice.html>

De manière générale, démocratie participative et démocratie représentative peuvent et doivent être complémentaires, voire synergiques, et non antagonistes. Pour cela, les modalités retenues pour leur articulation doivent être bien conçues et bien appliquées. Le législateur, sur une initiative parlementaire, a confié au Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), à côté de sa mission de réflexion éthique indépendante, une nouvelle mission consistant à organiser des états généraux de la bioéthique. Cette nouvelle responsabilité inclut l'élaboration d'un rapport de synthèse, présenté devant l'Office, chargé de procéder à son « évaluation, en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée. » Le présent rapport présente cette évaluation, clôturant ainsi les travaux de l'Office préalables à la révision de la loi de bioéthique. Après un rappel du cadre des états généraux de la bioéthique qui se sont tenus en 2018, il propose une évaluation de la méthodologie suivie par le CCNE et évoque la présentation par le CCNE des enseignements à retirer des états généraux pour les thèmes présentant une dimension scientifique, technique ou médicale, ainsi que les pistes d'action retenues par le Comité. Il formule, en conclusion, des interrogations et des recommandations, portant notamment sur les limites des enseignements qui peuvent être tirés des consultations réalisées et sur la coordination entre le CCNE et l'Office.

► **Programme national nutrition santé 2019-2023**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2019

**Paris Ministère chargé de la santé.**

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4\\_2019-2023.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf)

L'objectif de ce quatrième programme nutrition santé est de permettre aux Français de rester en bonne santé tout au long de leur vie grâce à de bons réflexes pour mieux manger et bouger. Deux ans après ses débuts, c'est également l'occasion de faire le point sur le Nutri-Score, emblématique du PNNS puisqu'il vise à la fois à modifier les comportements et incite à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments. Le nouveau PNNS se décline en quatre axes principaux : Améliorer pour tous l'environnement alimentaire et physique, encourager les comportements favorables à la santé ; Mieux prendre en charge les personnes en surpoids, dénutries ou atteintes de maladies chroniques ; Impulser une dynamique territoriale et développer la recherche, l'expertise et la surveillance en appui de la politique nutritionnelle.

► **Driving Forward Health Equity – The Role Of Accountability, Policy Coherence, Social Participation And Empowerment**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
2019

**Copenhague OMS - Bureau régional de l'Europe.**

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/driving-forward-health-equity-the-role-of-accountability,-policy-coherence,-social-participation-and-empowerment-2019>

A scientific expert review process coordinated by the WHO European Office for Investment for Health and Development of the WHO Regional Office for Europe identified four key drivers of health equity: accountability, policy coherence, social participation and, underlying them, empowerment. Work on these drivers informs the Health Equity Status Report initiative (HESRI) and has resulted in three independent companion papers each elaborating further on one of the common goods for health equity – accountability, policy coherence and social participation – as well as this summary paper.

► **Status Report On Alcohol Consumption, Harm And Policy Responses In 30 European Countries 2019**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
2019

**Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.**

Per capita alcohol consumption in the WHO European Region, including the European Union (EU), is the highest in the world, which results in proportionally higher levels of burden of disease attributable to alcohol use compared to other regions. While there have been welcome improvements in terms of overall mortality and alcohol-attributable mortality in EU+ countries (EU Member States, Norway and Switzerland), there was no statistically significant decline in total alcohol per capita consumption between 2010 and 2016 and the observed decreases in heavy episodic drinking seem to have come to a halt. Assessment of alcohol policies in the 10 areas defined in the European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 revealed huge variability across the countries, including the implementation of the three WHO "best buys" policy measures to reduce noncommunicable diseases related to alcohol. Countries scored relatively low on reducing the negative consequences of drinking and alcohol intoxication and very low in pricing policies, and scored generally high in the areas of leadership, awareness and commitment, drink-driving policies and countermeasures, and monitoring and surveillance. Further steps are needed to maintain reductions in alcohol-attributable harm, specifically in the implementation of evidence-based alcohol policies to decrease levels of per capita alcohol consumption and heavy episodic drinking.

## Politique sociale

### Social Policy

► **En 2017, le nombre d'allocataires de minima sociaux se stabilise, après avoir baissé en 2016**

CALVO M. ET LEROY C.  
2019

**Etudes Et Résultats(1108)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1108.pdf>

Fin 2017, 4,22 millions de personnes sont allocataires d'un minimum social. En tenant compte des conjoints et des enfants à charge, environ 7 millions de personnes, soit 11 % de la population, sont couvertes par les minima sociaux. Le nombre d'allocataires se stabilise en 2017 (+0,1 %), après une diminution de 1,3 % en 2016. Cette baisse, une première depuis 2008, poursuivait l'infléchissement observé en 2014 (+2,7 %) et 2015 (+1,9 %) par rapport à 2012 et 2013 (+4,5 % par an en moyenne). Après une forte baisse en 2016 (-4,3 %), les

effectifs d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) diminuent très légèrement en 2017 (-0,5 %; 1,9 million de personnes). Ceux de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) reculent, eux, encore plus fortement qu'en 2016 (-6,0 % contre -3,9 %; 427 100 allocataires). Le nombre d'allocataires du minimum vieillesse (552 600 fin 2017) stagne depuis 2013. En revanche, les effectifs de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) augmentent à un rythme toujours plus soutenu depuis 2014 (+3,0 % en 2017; 1,2 million). Les effectifs de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA), en place depuis 2015, continuent de progresser (+14,0 %) sous l'effet de la hausse du nombre de demandeurs d'asile, mais restent relativement faibles (86 800). En 2017, les dépenses liées au versement des minima sociaux se stabilisent (+0,2 %) et s'élèvent à 26,5 milliards d'euros, soit 1,2 % du produit intérieur brut (PIB).

## Prévention

### Prevention

► **Facteurs contribuant à un habitat favorable à la santé**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
2019

**Paris HCSP.**

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=729>

Le présent rapport constitue une première réponse à la saisine relative à l'habitat favorable à la santé adressée par la Direction générale de la santé le 21 avril 2018 au Haut Conseil de la santé publique. Ce rapport constitue un document de référence identifiant les propriétés de l'habitat ayant un impact sur la santé. Une description de l'ensemble des facteurs influençant positivement ou négativement la santé a été réalisée, selon différentes dimensions : l'environnement extérieur proche du logement, caractéristiques du bâti et des occupants incluant leurs comportements.

► **The Heavy Burden Of Obesity – The Economics Of Prevention**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES  
2019

**OECD Health Policy Studies. Paris OCDE.**

<http://www.oecd.org/fr/sante/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

Almost one in four people in OECD countries is currently obese. This epidemic has far-reaching consequences for individuals, society and the economy. Using microsimulation modelling, this book analyses the burden of obesity and overweight in 52 countries (including OECD, European Union and G20 countries), showing how overweight reduces life expectancy, increases healthcare costs, decreases workers' productivity and lowers GDP. The report makes the urgent economic case to scale up investments in policies to promote healthy lifestyles and tackle this growing

global public health problem. The book evaluates a number of policies which could significantly improve health outcomes while being an excellent investment for countries.

► **Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuille de route 2019-2022**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2019

**Paris : Ministère chargé de la santé**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/prevenir-et-agir-face-aux-surdoses-d-opioides-feuille-de-route-2019-2022>

Les usages problématiques d'opioïdes recouvrent une diversité de personnes et de situations, souvent compliquées par des maladies et des vulnérabilités associées. Les personnes souffrant de douleurs chroniques ou aiguës et les personnes dépendantes aux opioïdes, doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale et adaptée à leur situation. Les médicaments opioïdes sont des médicaments essentiels pour le traitement de la douleur et pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Il est indispensable de garantir leur accessibilité aux patients qui en ont besoin, tout en sécurisant au mieux leur utilisation. À cet égard la délivrance des médicaments opioïdes en France est particulièrement réglementée et cadrée. Les programmes d'accompagnement et de prise en charge des usagers dépendants aux opioïdes ont permis de réduire la mortalité par surdose. Le risque de surdose nécessite une vigilance constante dans une approche préventive et anticipative. De nouveaux signaux apparaissent relatifs aux mésusages d'antalgiques opioïdes ou à la diffusion de nouveaux produits de synthèse extrêmement puissants. Dans ce contexte, la ministre des solidarités et de la santé a souhaité le développement d'une feuille de route pour prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes. Élaborée en lien avec les acteurs concernés, institutionnels, professionnels de santé et de la société civile, cette feuille de route porte 5 objectifs : 1. Améliorer les pratiques professionnelles ; 2. Assurer une diffusion large de la naloxone prête à l'emploi ; 3. Impliquer les usagers et leur entourage ; 4. Mettre en réseau l'ensemble des acteurs au niveau territorial et favoriser les actions coordonnées de proximité ; 5. Renforcer le système de vigilance, d'alerte et de réponse.

► **Prévenir les conduites à risques chez les jeunes : tabac, alcool, cannabis : Bibliographie sélective**

BEC E.  
2019

**Toulouse : Creai-ORS**

[https://drapps-occitanie.fr/wp-content/uploads/2019/06/Bibliographie\\_Matinale\\_conduites-%C3%A0-risqueVF.pdf](https://drapps-occitanie.fr/wp-content/uploads/2019/06/Bibliographie_Matinale_conduites-%C3%A0-risqueVF.pdf)

L'adolescence se caractérise par une période d'intégration dans le cercle des pairs et de prise de distance vis-à-vis des parents. C'est principalement à l'adolescence que se fait l'initiation à la consommation de substances psychoactives licites, comme l'alcool et le tabac, mais aussi illicites, comme le cannabis. Les adolescents se révèlent peu sensibles aux risques sanitaires à long terme (notamment les risques de maladies chroniques liées au tabagisme et à l'alcoolisation). Les jeunes sont également plus influençables et sensibles aux stratégies publicitaires des industriels. Mieux connaître les comportements de santé des jeunes permet de mieux identifier les risques et favoriser l'information et l'accompagnement des adolescents dans cette période de transition. Cette bibliographie valorise une sélection de références sur la prévention des conduites à risque chez les jeunes. Elle commence par proposer des références générales sur les conduites à risque puis s'intéresse davantage aux conduites addictives et particulièrement au tabac, au cannabis et à l'alcool. Les documents retenus sont récents et accessibles en ligne. Ils sont présentés par date de publication : du plus récents au plus anciens. Ils ont tous été consultés pour la dernière fois en mai 2019.

► **La politique vaccinale en France**

ELIAOU J. F., VILLANI C. ET LASSARADE F.  
2019

**Paris : La documentation Française**

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/194000640.pdf>

L'apport des vaccins en santé publique est indéniable : ils ont permis d'éradiquer la variole, et la poliomyélite est près de l'être. La recherche sur les vaccins doit être encouragée car le VIH, les maladies tropicales et la tuberculose la tiennent en échec. Pour lutter contre la désinformation, qui contribue à l'hésitation vaccinale, la transparence et une pédagogie exigeante des autorités de santé sont plus que jamais nécessaires. La sécurité des vaccins doit être garantie par une phar-



macovigilance renforcée. En France, une forte résurgence de la rougeole est due à l'hésitation vaccinale et à d'autres facteurs, comme le déclin de l'immunité et, potentiellement, la nature des souches virales circulantes. Les obligations vaccinales ont été étendues en 2018 pour améliorer la couverture vaccinale contre ce virus et sept autres agents pathogènes. La recherche sur les stratégies vaccinales suggère que des obligations ciblées pourraient diminuer l'incidence de la grippe, qui a fait près de dix mille victimes durant l'hiver 2018-2019.

► **Évaluation du dispositif de communication « Zéro alcool pendant la grossesse » 2018 : résultats du post-test conduit en métropole et dans les DROM**

LE BORGES E., QUATREMER G., ANDLER R., *et al.*  
2019

**Saint Maurice : Santé Publique France**

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/evaluation-du-dispositif-de-communication-zero-alcool-pendant-la-grossesse-2018-resultats-du-post-test-conduit-en-metropole-et-dans-les-drom>

En septembre 2018, une campagne nationale d'information auprès du grand public et des professionnels de santé portant le message de précaution « Zéro alcool pendant la grossesse » a été diffusée en métropole et dans les DROM. Pour évaluer le dispositif de communication, un post-test a été réalisé. Les résultats du post-test montrent une visibilité de la campagne relativement inégale selon les territoires, environ un tiers de la population déclarant avoir reconnu au moins un des éléments de la campagne en métropole, contre plus des trois quarts de la population dans les DROM. Les supports les plus reconnus étaient les annonces presse pour la métropole (24 %) et les affiches extérieures dans les DROM (60 %). Les vidéos pédagogiques diffusées dans les lieux de santé ont également bénéficié de bons scores de reconnaissance. Des différences importantes entre les DROM sont observées en fonction des supports. Concernant la perception de la campagne, 88 % des métropolitains (+12 points par rapport à la campagne de 2017) et 75 % des habitants des DROM exposés à la campagne étaient d'accord pour dire qu'elle était convaincante pour arrêter de consommer de l'alcool pendant la grossesse. La campagne a été jugée particulièrement incitative par le public cible puisque en métropole, 94 % des femmes en âge de procréer et ayant vu la campagne se disaient

incitées par la campagne à ne pas boire d'alcool en cas de grossesse, et 92 % à réfléchir aux risques associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse (vs 85 % de celles qui n'avaient pas vu la campagne). Près de neuf personnes sur dix en métropole (87 %) et dans les DROM (89 %) ont déclaré être incitées par la campagne à conseiller aux femmes enceintes de leur entourage de ne pas boire d'alcool.

► **Avis d'experts relatif à la mise en place d'un processus d'analyse de l'efficacité des interventions dans le cadre de la création d'un portail d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2019

**Saint-Maurice Santé Publique France.**

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/avis-d-experts-relatif-a-la-mise-en-place-d-un-processus-d-analyse-de-l-efficacite-des-interventions-dans-le-cadre-de-la-creation-d-un-portail-d-in>

Il existe un patrimoine de 50 ans de recherche en prévention et en promotion de la santé publié dans la littérature scientifique. L'accès à cette littérature est difficile et coûteux. De plus les interventions évaluées ne sont que très peu décrites dans les articles ou les synthèses qui sont essentiellement consacrés aux méthodes statistiques de l'évaluation et à leur validité. Cette littérature est donc sous-exploitée. Cette recherche a pourtant demandé d'importantes ressources humaines, financières et surtout un investissement en temps de conception, de mise en œuvre et suivi de cohortes nécessaire à une évaluation à long terme, se comptant parfois en dizaines d'années. Par ailleurs les porteurs de projet mettent en place des projets de prévention innovants, adaptés à leur public et aux besoins locaux, mais ne disposent que rarement des moyens techniques et financiers pour évaluer l'impact de leur programme. Il manque donc un système d'information permettant de réconcilier ces deux mondes : le patrimoine international et national des recherches publiées en prévention et en promotion de la santé d'une part et le patrimoine national des programmes créés sur le terrain d'autre part.

## Prevision-Evaluation

► **Améliorer et développer les expérimentations pour des politiques publiques plus efficaces et innovantes**

CONSEIL D'ÉTAT  
2019

**Paris La Documentation française.**

[https://www.conseil-etat.fr/Media/actualites/documents/2019/10-octobre/etude-pm\\_experimentations\\_vdef](https://www.conseil-etat.fr/Media/actualites/documents/2019/10-octobre/etude-pm_experimentations_vdef)

Dressant le bilan de près de vingt ans de pratique des expérimentations par l'État, les collectivités territoriales et leurs opérateurs, le Conseil d'État souligne que nombre d'entre elles n'ont pas suivi une méthodologie propre à assurer la plus grande fiabilité de leurs résultats, et qu'il pourrait y être recouru davantage dans certains domaines. C'est pourquoi le Conseil d'État propose aujourd'hui un guide de bonnes pratiques de l'expérimentation et formule des propositions au gouvernement pour favoriser leur développement.

► **Guide méthodologique de l'évaluation des projets art.51 LFSS 2018. Accompagnement pour la mise en œuvre de l'évaluation de projets dans le cadre de l'innovation en santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2019

**Paris Drees.**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article/l-evaluation-des-projets>

En la rendant systématique pour toutes les expérimentations, le législateur a choisi de faire de l'évaluation un élément majeur du dispositif « article 51 ». Les rapports d'évaluation viendront éclairer les avis du comité technique puis du conseil stratégique de l'innovation en santé sur les suites à donner aux expérimentations, notamment sur l'opportunité de les généraliser. Ces rapports d'évaluation et ces avis seront ensuite transmis au gouvernement qui présentera chaque année au parlement un état des lieux des expérimentations achevées et en cours. Dans ce contexte, il est apparu utile d'élaborer un guide méthodologique de l'évaluation des projets « article 51 » qui définisse à la fois le cadre méthodologique général dans lequel les travaux d'évaluation doivent s'inscrire, ainsi qu'une démarche commune de mise en œuvre de ces travaux. Ce guide s'adresse d'abord aux porteurs de projets et vise à les accompagner tout au long du processus d'évaluation de leur expérimentation. Notamment, il fournit des informations, conseils et apports méthodologiques nécessaires à la bonne intégration de la dimension évaluative au sein de chaque projet. Il apporte également un appui aux accompagnateurs (agences régionales de santé, organismes d'assurance maladie), en leur proposant une vue d'ensemble du processus évaluatif, des acteurs de l'évaluation et de leurs rôles respectifs. Enfin, il met à la disposition des évaluateurs externes une description détaillée de l'ensemble de la démarche évaluative. Ce guide a été conçu à partir d'une analyse de la littérature et d'autres guides destinés à informer sur l'évaluation d'expérimentations en santé et l'accompagnement de porteurs de projet.

## Psychiatrie

### Psychiatry

► **Participation des enfants et adolescents dans le domaine des soins de santé mentale**

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ  
2019

**Bruxelles Conseil supérieur de la santé.**

<https://www.health.belgium.be/fr/avis-9458-sante-mentale-et-jeunes>

La participation et l'implication des enfants dans les décisions qui les concernent est un droit fondamental, inscrit dans plusieurs textes législatifs. En plus d'être une fin en soi, c'est aussi un excellent moyen d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins en rendant ceux-ci plus adaptés aux besoins. Mais la participation des enfants dans le domaine de la santé mentale est à l'heure actuelle quasi inexistante en Belgique. Alors que les problèmes de santé mentale constituent une part importante de la morbidité chez les enfants et les adolescents, il n'y a pas de groupe organisé qui représente leur voix dans ce domaine et il n'existe pas de cadre suffisant pour mettre en

place un processus de participation. Dans cet avis, le Conseil supérieur de la santé identifie les conditions nécessaires pour garantir le droit à la participation des enfants et des jeunes dans les soins de santé mentale, au niveau de l'aide individuelle, de l'organisation des services et de la politique gouvernementale.

► **Rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale**

FIAT C., WONNER M. ET BRAHIM-HAMMOUCHE M.  
2019

**Paris Assemblée nationale.**

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i2249.asp>

Ce rapport de la mission d'évaluation sur l'organisation de la santé mentale en France dresse tout d'abord un état des lieux plutôt alarmant de la prise en charge de la psychiatrie et dénonce un parcours de soins chaotique. Il émet ensuite des pistes d'amélioration.

## Sociologie de la santé

### Sociology of Health

► **Soigner : entre vérités et mensonges**

BOGAERT E., GIL A., ANDRIANTSEHENO HARINALA L., *et al.*  
2019

**Pratiques : Les Cahiers de La Médecine Utopique(85)**

La pratique soignante est à la croisée des chemins, elle est contrainte d'articuler des données issues de différents mondes. Les soignants, formés surtout comme des scientifiques, n'ont alors d'autre choix qu'exercer avec leurs propres références, voire leurs croyances... Comment peuvent-ils baser leur pratique sur les données scientifiques les plus valides possible tout en travaillant dans un « régime » d'incertitude permanente ? Lorsque l'on se place dans le domaine des activités humaines, au duel de concepts vérité/mensonge, il

serait plus pertinent de préférer le duel certitude/doute. Comment travailler avec les attentes de la personne soignée sans occulter le doute qui doit accompagner toute pratique « honnête » ? Ce doute peut-il être partagé entre tous et à tout moment ? Faut-il dire la « vérité » (celle du soignant ?) au malade et comment ? Les pressions des différents lobbies (médicaments, pesticides, amiante...) sur les citoyens, les professionnels et les décideurs sont majeures. Faute de barrières institutionnelles suffisantes et d'indépendance de l'expertise sanitaire publique, leur influence dévoie les politiques de santé publique et vient pervertir le fonctionnement démocratique. La fabrique de l'opinion par les lobbies « lobotomiseurs » et l'amplification de la transmission des « fausses nouvelles » perturbent le libre arbitre des citoyens qui ont l'impression de ne plus pouvoir faire

confiance à personne. Pour rechercher collectivement une certaine « vérité scientifique » en médecine et la distinguer des « mensonges » d'un scientisme instrumentalisé, il faut réhabiliter les discours critiques et protéger les lanceurs d'alerte pour faire reconnaître le caractère relatif et évolutif des « vérités scientifiques » qui sont les fondements d'une authentique exigence rationnelle, à réinterroger sans cesse.

► **Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite**

LOFFEIER I.

2015

Paris : Puf

« Plutôt mourir ! » : voilà ce qu'évoque pour le plus grand nombre l'éventualité d'aller vivre en maison de retraite.

Il faut dire que, depuis près de cinquante ans, ces établissements sont volontiers décrits comme des mouiroirs. Ils perdurent pourtant, en tant que lieux hautement compétents car spécialisés et adaptés à la vieillesse, sous la surveillance accrue des services de l'État, dans ce qui est devenu un marché des solutions pour les personnes âgées. Dans un tel cadre, les connaissances envisagées comme nécessaires pour bien agir en maison de retraite sont hantées par le spectre de la maltraitance et de plus en plus spécialisées, nombreuses, segmentées, normées et parfois contradictoires. Malgré les tentatives d'améliorations, les professionnels, débordés, s'y décrivent comme impuissants à produire le service de qualité qu'ils souhaiteraient, tandis que les résidents y vivent comme dans une impasse, avec la mort pour tout horizon. Mieux comprendre les contradictions de fond auxquelles la fabrique de la maison de retraite fait lace au quotidien permet d'ouvrir des perspectives vers d'autres possibles (4<sup>e</sup> de couv.)

► **La participation, c'est le graal ! Une participation mise au travail : le cas des maisons de santé pluri-professionnelles.**

MORIZE N.

2019

Lyon Université Lyon 2. Master II Sociologie et Développement des organisations.

Notion socialement valorisée et promue par les politiques publiques depuis les années 2000, la participation des usagers s'inscrit petit à petit dans le système de santé. Dans les soins de premiers recours, l'exercice regroupé au sein des maisons de santé pluri-professionnelles permet un travail collectif et coordonné, qui semble alors une opportunité pour donner une place aux usagers. Quelques maisons de santé développent des dispositifs permettant la participation des usagers à l'organisation et/ou à la mise en œuvre du travail de soin ou de prévention, voire parfois à la gouvernance des structures. Cette participation permet-elle une redistribution des pouvoirs médicaux entre professionnels de santé et bénévoles ? Comment les conditions de cette participation sont-elles négociées entre ces différents acteurs, tant au niveau national dans les interactions avec les politiques publiques, qu'au niveau local dans la division du travail participatif ? L'enquête qualitative, menée de février à mai 2019 par observations et entretiens dans deux régions françaises, détaille les enjeux politiques autour desquels interagissent des collectifs de professionnels et de représentants d'usagers. Elle permet de comprendre les motivations et les représentations des différents acteurs, entrepreneurs de cause et travailleurs de la participation. Enfin, l'enquête se penche sur les différentes formes d'organisation du travail qui s'articulent autour de ces participations plurielles.

► **Introduction à la sociologie de la santé**

VASSY C. ET DERBEZ B.

2019

Paris : Armand Colin

Les questions relatives à la maladie et à la santé sont devenues centrales, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif (santé publique, politiques de santé, débats et crises sanitaires régulières...). Cet ouvrage dresse un panorama des travaux récents en sociologie de la santé, appliqués principalement à l'histoire et à la situation actuelle du système de santé, des professions de santé (médecins, infirmiers), des représentations de la santé et de la maladie en France aujourd'hui.

## Soins de santé primaires

### Primary Health Care

#### ► Realising The Full Potential Of Primary Health Care

BERCHET C.

2019

aris : OCDE

<https://www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm>

Strengthening primary care, and getting greater value out of this sector, is a priority for all OECD health systems. Primary care is defined as the first level of contact for the population with the health care system, bringing health care as close as possible to where people live and work. It addresses the main health problems in the community, providing preventive, curative and rehabilitative services. Primary care goes beyond services provided by primary care physicians to encompass other health professionals such as nurses, pharmacists, auxiliaries, and community health workers. Primary care as the first point of care, where primary care providers deliver people-centred care, has the potential to respond to major health challenges and to promote health for all.

#### ► Who Cares When You Close Down? The Effects Of Primary Care Practice Closures On Patients

BISCHOFF T. ET KAISER B.

2019

Document de travail ; 1907. Bern Bern Universität

<https://ideas.repec.org/p/ube/dpvwib/dp1907.html>

This paper investigates the consequences that patients face when their regular primary care provider closes down her practice, typically due to retirement. We estimate the causal impact of closures on patients' utilization patterns, medical expenditures, hospitalizations, and health plan choice. Employing a difference-in-difference framework, we find that patients who experience a discontinuity of care persistently adjust their utilization pattern by shifting visits away from ambulatory primary care providers (-12%) towards specialist care (+10%), and hospital outpatient facilities (+5%). The magnitude of these effects depends considerably on the local availability of primary care. We also

observe that patients with chronic conditions shift their utilization more strongly towards other providers. Our results have potential implications for health policy in at least two dimensions: practice closures may lead to an inefficient use of healthcare services and deteriorate access to primary care, particularly in regions where the supply of primary care doctors is low.

#### ► Performance Pay And Productivity In Health Care: Evidence From Community Health Centers

CADENA B. C. ET SMITH A. C.

2019

IZA Discussion Paper ; 12586. Bonn IZA

<https://econpapers.repec.org/paper/izaizadps/dp12586.htm>

Nearly half of high earning workers receive performance pay as part of their compensation, but we know strikingly little about the incentive effects of piece rate compensation on high-skilled workers. In this paper, we examine changes in medical providers' output in response to a piece rate compensation scheme. We use data from a Federally Qualified Health Center that changed from a salary-based plan to one that rewarded providers for seeing more patients on a monthly basis. Two key facts guide our empirical approach. First, the timing of the switch from salary to piece rates varied at the individual level depending on the provider's hire date, which allows us to control for other changes over time in patient demand for services. Second, most providers worked under both compensation schemes, which allows us to make within-person comparisons. We further address incomplete compliance by using providers' expected monthly compensation plan status as an instrument for their actual status. We find that providers working under the piece rate scheme see roughly 18 percent more patients monthly. Only a small portion of this difference is due to within-provider changes in output, and we find no evidence that the incentive scheme causes providers to become more productive. Instead, most of this difference derives from compositional changes in the workforce, likely due to increased retention of more productive providers.

► **Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine**

CHAPUT H., MONZIOLS M., FRESSARD L., *et al.*  
2019

**Etudes Et Résultats(1113)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>

Les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire, selon le Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Ils passent 44 heures et 30 minutes auprès des patients, avec des consultations en cabinet qui durent en moyenne 18 minutes, et consacrent en moyenne par semaine 5 heures et 30 minutes aux tâches de gestion et de coordination et 2 heures à la mise à jour des connaissances. De plus, 2 heures par semaine en moyenne sont dédiées à d'autres activités (vacances à l'hôpital, par exemple). En 2017, les médecins généralistes ont pris 5,7 semaines de vacances en moyenne. En définitive, 60 % des médecins généralistes déclarent que leurs horaires s'adaptent bien à leur vie privée.

► **Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe**

CHAPUT H., MONZIOLS M., FRESSARD L., *et al.*  
2019

**Etudes Et Résultats(1114)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>

Début 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe, avec d'autres médecins ou des paramédicaux, selon le quatrième Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Cette proportion a augmenté de 7 points depuis 2010. Plus de neuf médecins généralistes en groupe sur dix s'associent à au moins un autre médecin généraliste. C'est ensuite avec les infirmiers que les regroupements sont les plus fréquents. L'exercice en groupe est surtout choisi par les médecins les plus jeunes (81 % des moins de 50 ans) et, dans une moindre mesure, par les femmes. La fréquence de cet exercice varie aussi d'une région à l'autre.

► **Primary Care Physician Practice Styles And Patient Care: Evidence From Physician Exits In Medicare**

FADLON I. ET VAN PARYS J.  
2019

**NBER Working Paper Series ; 26269. Cambridge NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26269>

Primary care physicians (PCPs) provide frontline health care to patients in the U.S.; however, it is unclear how their practice styles affect patient care. In this paper, we estimate the long-lasting effects of PCP practice styles on patient health care utilization by focusing on Medicare patients affected by PCP relocations or retirements, which we refer to as "exits." Observing where patients receive care after these exits, we estimate event studies to compare patients who switch to PCPs with different practice style intensities. We find that PCPs have large effects on a range of aggregate utilization measures, including physician and outpatient spending and the number of diagnosed conditions. Moreover, we find that PCPs have large effects on the quality of care that patients receive, and that all of these effects persist for several years. Our results suggest that switching to higher-quality PCPs could significantly affect patients' longer-run health outcomes.

► **Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités**

LEGENDRE B., ABERKI C., CHAPUT H., *et al.*  
2019

**Etudes Et Résultats(1100)**

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1100.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1100.pdf)

L'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore entre 2016 et 2017 (respectivement +2,3 %, +2,8 % et +5,4 %), soutenue par une croissance des effectifs de ces professionnels, notamment de ceux exerçant à titre libéral. Pour ces trois professions, les inégalités de répartition géographique diminuent, entre les communes les moins dotées et les mieux dotées, en particulier pour les sages-femmes. Toutefois, des inégalités territoriales subsistent. Les infirmiers sont plus inégalement répartis selon les régions et les masseurs-kinésithérapeutes selon le type de commune. La répartition des sages-femmes ne répond à aucune de ces deux logiques. Pour les trois professions, l'ac-



cessibilité est globalement meilleure dans les grands pôles urbains et le long du littoral. Si 7 habitants sur 10 bénéficient d'un bon accès à un professionnel de premier recours (que ce soit un médecin généraliste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute), 4,5 % de la population française rencontre simultanément des difficultés d'accès à ces trois professions. Le cumul des difficultés d'accès aux sages-femmes et aux maternités est moins répandu, puisque cela ne concerne que 1,5 % de la population.

► **8 % de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée**

MILLIEN C.

2019

**Etudes Et Résultats(1110)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1110.pdf>

En France, au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 73 000 pharmaciens sont en activité et inscrits à l'Ordre selon le répertoire partagé des professionnels de santé. En raison de la stabilisation à un niveau bas du nombre de places disponibles au numerus clausus dans les années 1990, et malgré son relèvement dans les années 2000, les effectifs stagnent depuis ces dix dernières années. Entre 2018 et 2040, le nombre de pharmaciens devrait cependant augmenter de 8 %, pour s'élever à 79 000 en 2040, dans l'hypothèse où les comportements seraient constants et la législation en vigueur maintenue. Dans la mesure où la population française augmenterait au même rythme (8 %) pendant cette période selon l'Insee, la densité resterait stable. Dans les dix prochaines années, les pharmaciens devraient être plus nombreux à cesser leur activité en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations ayant connu un numerus clausus élevé au début des années 1980. Cependant, si le nombre de places offertes aux étudiants demeurerait au niveau du numerus clausus actuel et si le flux de professionnels diplômés à l'étranger se maintenait, alors l'arrivée de nouveaux praticiens compenserait ces nombreux départs. L'officine resterait le lieu d'exercice principal du pharmacien, et le salariat continuerait son développement. La profession, majoritairement féminine, rajeunirait.

► **The Legal And Regulatory Framework For Community Pharmacies In The WHO European Region**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

2019

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-legal-and-regulatory-framework-for-community-pharmacies-in-the-who-european-region-2019>

This report provides an overview of the main possible components and provisions of the legal and regulatory framework for community pharmacies and their activities in Europe. It analyses the diverse approaches to community pharmacy licences and to establishment of new pharmacies and their ownership, as well as possible limitations in terms of horizontal and vertical integration. It also details the framework for community pharmacy operating requirements (including opening hours, workforce, premises and equipment, services provided and identification of a community pharmacy) and the types of activity undertaken. Provisions associated with possible alternative forms of dispensing medicines (over-the-counter medicines, prescription-only medicines, dispensing by medical doctors and online medicine sales) are also described. The report concludes with the possible key players involved in the legal and regulatory framework and outlines their missions and functions. Ce rapport donne un aperçu des principales composantes et dispositions pouvant faire partie du cadre légal et réglementaire des pharmacies de proximité et de leurs activités en Europe. On y analyse les diverses manières d'envisager les licences des pharmacies de proximité, l'établissement de nouvelles officines et l'identité de leurs détenteurs, ainsi que les restrictions éventuelles en matière d'intégration horizontale et verticale. On y détaille également le cadre des conditions requises pour l'exploitation d'une pharmacie de proximité (notamment les heures d'ouverture, le personnel, les locaux et les équipements, les services dispensés et l'identification d'une pharmacie de proximité) et les types d'activités entreprises. Les dispositions relatives aux diverses formes possibles de délivrance de médicaments (médicaments avec ou sans ordonnance, délivrance par des médecins et vente de médicaments en ligne) sont également décrites. Le rapport se clôture sur une présentation des principaux acteurs susceptibles d'être englobés dans le cadre légal et réglementaire, ainsi que de leurs missions et fonctions.

► **Un médecin libéral sur dix en activité cumule emploi et retraite**

PLA A.  
2018

**Etudes Et Résultats(1097)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1097.pdf>

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, près de 10 % des médecins libéraux ou ayant une activité mixte exercent dans le cadre du dispositif cumul emploi-retraite, soit un peu plus de 12 000 médecins. Le nombre de bénéficiaires du dispositif s'est fortement accru ces dernières années. Les spécialistes conventionnés en secteur 2, et notamment les psychiatres, y ont davantage recours que les généralistes ou les spécialistes de secteur 1. Au-delà de 65 ans, près de 70 % des médecins encore en activité sont des cumulants. La cessation d'exercice définitive de ces bénéficiaires intervient en moyenne à 69,5 ans, après avoir cumulé revenu d'activité et pension de retraite pendant près de quatre ans. Leurs revenus sont quasiment au même niveau que ceux des actifs non cumulants. La croissance du dispositif d'année en année entraîne un recul progressif de l'âge de fin d'activité des médecins libéraux, qui atteint en moyenne 67 ans en 2017. Néanmoins, les différences d'âge à la cessation d'exercice se maintiennent entre hommes et femmes, généralistes et spécialistes. La fin d'activité intervient plus tardivement pour les spécialistes dans les zones où ils sont nombreux à exercer, ainsi que pour les généralistes dans les zones peu denses. Paris se démarque particulièrement, les médecins y prolongeant leur activité nettement plus longtemps qu'ailleurs.

► **Strengthening Health Systems Through Nursing : Evidence From 14 European Countries**

RAFFERTY A. M., BUSSE R., ZANDER-JENTSCH B., *et al.*

2019

**Health Policies Series ; 52. Copenhague OMS - Bureau régional de l'Europe.**

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/strengthening-health-systems-through-nursing-evidence-from-14-european-countries-2019>

'Who is a nurse?' and 'What is nursing?' seem to be simple questions yet the answers are strangely elusive. This book explores the variations in structure and organization of the nursing workforce across the differ-

ent countries of Europe. This diversity, and the reasons for it, are of more than academic interest. The work of nurses has always had a critical impact on patient outcomes. As health systems shift radically in response to rising demand, the role of nurses becomes even more important. This book is part of a two-volume study on the contributions that nurses make to strengthening health systems. This is the first time that the topic of nursing has been dealt with at length within the Observatory Health Policy Series. The aim is to raise the profile of nursing within health policy and draw the attention of decision-makers. Part 1 is a series of national case studies drawn from Belgium, England, Finland, Germany, Greece, Ireland, the Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, and Switzerland. The countries were chosen as the subject of a large EU-funded study of nursing (RN4Cast). Lithuania and Slovenia were added to provide broader geographical and policy reach. Part 2, to be published later this year, will provide thematic analysis of important policy issues such as quality of care, workforce planning, education and training, regulation and migration. The lessons learned from comparative case-study analysis demonstrate wide variation in every dimension of the workforce. It examines what a nurse is; nurse-to-doctor and nurse-to-population ratios; the education, regulation and issuing of credentials to nurses; and the planning of the workforce. While comparative analysis across countries brings these differences into sharp relief, it also reveals how the EU functions as an important 'binding agent', drawing these diverse elements together into a more coherent whole.

► **Recent Trends In International Migration Of Doctors, Nurses And Medical Students**

SOCHA-DIETRICH K. ET LAFORTUNE G.

2019

**Paris : OCDE**

<https://www.oecd.org/health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students-5571ef48-en.htm>

This report describes recent trends in the international migration of doctors and nurses in OECD countries. Over the past decade, the number of doctors and nurses has increased in many OECD countries, and foreign-born and foreign-trained doctors and nurses have contributed to a significant extent. New in-depth analysis of the internationalisation of medical education shows that in some countries (e.g. Israel, Norway,

Sweden and the United States) a large and growing number of foreign-trained doctors are people born in these countries who obtained their first medical degree abroad before coming back. The report includes four case studies on the internationalisation of medical education in Europe (France, Ireland, Poland and Romania) as well as a case study on the integration of foreign-trained doctors in Canada.

► **Pénurie de médecins spécialistes en Île-de-France : L'URPS médecins lance l'alerte**

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

2019

Paris : URPS

<https://www.urps-med-idf.org/penurie-de-medecins-specialistes-liberaux-en-ile-de-france/>

L'Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France publie une série de données inédites pour quantifier la pénurie de médecins libéraux spécialistes, à l'échelle de la région et des départements. Les données de l'URPS médecins montrent que la baisse du nombre de médecins libéraux est généralisée, celle-ci n'épargne aucune spécialité et aucun département.

## Systemes de santé

### Health care systems

► **What Can England Learn From The Long-Term Care System In Germany?**

CURRY N., SCHLEPPER L. ET HEMMINGS N.

2019

Londres The Nuffield Trust.

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/what-can-england-learn-from-the-long-term-care-system-in-germany>

This report seeks to assess the German long-term care system through the lens of the policy challenges that face us in England. Using a literature review and a series of interviews with experts on the German system both within and outside Germany, we have sought to draw out elements of the German system that could either be incorporated into our thinking or that offer us cautionary tales. While the context may vary, we face common demographic and social challenges. As such, this report is intended not as a critique of the German system, nor as a comparative piece, but as a contribution to the discussions that we hope will ensue in the coming months. This report builds on our earlier work examining the long-term care system in Japan (Curry and others, 2018).

► **Everything You Always Wanted To Know About European Union Health Policies But Were Afraid To Ask**

GREER S. L., FAHY N., ROSENBLUM S., *et al.*

2019

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Cette deuxième édition entièrement révisée répond à ces questions. Elle propose un examen et une analyse d'ensemble des politiques de santé publique de l'Union européenne (UE) jusqu'à la mi 2019. L'ouvrage s'ouvre sur une explication des aspects politiques essentiels de l'intégration européenne et du processus décisionnel européen en matière de santé, y compris la question fondamentale de savoir comment la politique de santé de l'UE a vu le jour et quels en sont les effets. Il aborde ensuite les trois facettes de la politique de santé de l'UE. La première facette est une politique de santé explicite, que ce soit la politique de santé publique ou les politiques visant à renforcer les services et systèmes de santé dans des domaines tels que le cancer et les maladies transmissibles. La deuxième facette est constituée par les politiques de renforcement du marché interne, qui ont souvent plus de conséquences pour les services de santé, mais n'ont pas la santé comme principal objectif. Ces politiques englobent notamment la mobilité des professionnels et des patients,

la réglementation ayant trait aux assureurs et aux prestataires de soins de santé, et la concurrence en matière de soins de santé. En font également partie certaines des politiques grâce auxquelles l'UE a eu un impact énorme et positif sur la santé, à savoir la réglementation en matière d'environnement, de protection des consommateurs et de droit du travail. La troisième facette est la gouvernance budgétaire, dans le cadre de laquelle les institutions de l'UE surveillent les décisions des États, notamment dans le domaine de la santé. Chaque facette a des effets sur la vie politique et sur les politiques menées, sur la législation et sur la santé. Cet ouvrage fait la synthèse des différentes facettes et des différentes manières dont elles ont été employées pour renforcer ou affaiblir la santé publique et les systèmes de santé en Europe. Il montre les multiples formes du travail effectué en faveur de la santé par l'UE, souvent sans reconnaissance, ainsi que les opportunités de renforcer encore l'impact positif de l'UE sur la santé.

► **What Quantitative And Qualitative Methods Have Been Developed To Measure The Implementation Of A Life-Course Approach In Public Health Policies At The National Level?**

JACOB C. M., COOPER C., BAIRD J., *et al.*  
2019

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/394275/9789289053938-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/394275/9789289053938-eng.pdf)

L'adoption d'une approche portant sur toute la durée de la vie pour la santé et le bien-être constitue désormais un élément fondamental du processus d'élaboration des politiques de santé. Par exemple, dans la Déclaration de Minsk de 2015, les États membres de la Région européenne de l'OMS se sont engagés à recourir davantage à une telle approche dans leurs politiques de santé. Cependant, la mise en œuvre d'une approche portant sur toute la durée de la vie ne fait l'objet d'aucune stratégie, ni d'aucun plan de suivi et d'évaluation. Cet examen met en évidence le manque de ressources écrites relatives à l'évaluation de la mise en œuvre de ce type d'approche. Le rapport contient des propositions issues de la recherche sur l'adoption d'une approche portant sur toute la durée de la vie dans les interventions de santé publique et l'élaboration de stratégies nationales susceptibles d'aider les responsables politiques à mettre au point un cadre

d'évaluation. À titre d'exemple, les États membres ayant recours à une telle approche dans leurs politiques au niveau de la population pourraient utiliser les plates-formes d'enquêtes existantes ainsi que les données quantitatives collectées de manière systématique pour rendre compte des interventions actuellement menées à des étapes clés du parcours de vie. Idéalement, un cadre de suivi et d'évaluation devrait être élaboré à l'adresse des États membres afin de collecter des données aux différents stades de la vie dans le temps et de manière longitudinale.

► **The NHS Long Term Plan**

NATIONAL HEALTH SERVICES  
2019

**Londres NHS.**

<https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>

The NHS Long Term Plan sets out its priorities for healthcare over the next 10 years and shows how the NHS funding settlement will be used. This plan focuses on improving services outside hospitals and moving towards more joined-up, preventative and personalised care for patients, and the ambition to establish integrated care systems in every part of the country by 2021. The plan includes measures to: improve out-of-hospital care, supporting primary medical and community health services; ensure all children get the best start in life by continuing to improve maternity safety; support older people through more personalised care and stronger community and primary care services; and make digital health services a mainstream part of the NHS.

► **Health Systems Characteristics : A Survey Of 21 Latin America And Caribbean Countries**

LORENZONI L., PINTO D., GUANAIS F., *et al.*  
2019

**OECD Health Working Papers ; 111. Paris OCDE**

[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-characteristics\\_0e8da4bd-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-characteristics_0e8da4bd-en)

In 2018, the Inter-American Development Bank and the OECD launched a survey to collect information on key health systems characteristics in Latin American and Caribbean (LAC) countries. This paper presents

the information provided by 21 of these countries. It describes country-specific arrangements to organise the population coverage against health risks and the financing of health spending. It depicts the organisation of health care delivery, focusing on the public/private mix of health care provision, provider payment schemes, user choice and competition among providers, as well as the regulation of health care supply and prices. Finally, this document provides information on governance and resource allocation in health systems (decentralisation in decision-making, nature of budget constraints and priority setting). In 2018, the Inter-American Development Bank and the OECD launched a survey to collect information on key health systems characteristics in Latin American and Caribbean (LAC) countries. This paper presents the information provided by 21 of these countries. It describes country-specific arrangements to organise the population coverage against health.

### ► Health Profile For England 2019

PUBLIC HEALTH ENGLAND  
2019

**Londres Public Health England.**

<https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england-2019>

The third annual report combining data and knowledge with information from other sources to give a broad picture of the health of people in England in 2019 : population change and trends in life expectancy, trends in mortality, trends in morbidity and risk factors, health of children in the early years, inequalities in health, wider determinants of health, current and emerging health protection issues, Methods, data and definitions.

## Travail et santé

### Occupational Health

#### ► Are They Coming For Us? Industrial Robots And The Mental Health Of Workers

ABELIANSKY A. L. ET BEULMANN M.  
2019

**Göttingen University of Göttingen**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:zbw:cegedp:379&r=lab>

We investigate how an increase in the robot intensity (the ratio of industrial robots over employment) affects the self-reported mental health of workers in Germany. To do so, we combine individual mental health data from the German Socioeconomic Panel with the deliveries of robots to 21 German manufacturing sectors provided by the International Federation of Robotics for the period 2002-2014 (every two years). Controlling for a range of individual and sectoral characteristics, and employing individual-, time- and sectoral fixed effects, we find that an increase in robot intensity of 10% is associated with an average decrease of 0.59% of the average mental health standard deviation. This suggests that in a fast automating sector (i.e. rubber and plastics), where the robot intensity increased by approximately 2000%, mental health would have decreased by 118% of one standard deviation. This

effect seems to be driven by job security fears of individuals working in noninteractive jobs and the fear of a decline in an individual's economic situation. Moreover, further sample divisions into low, middle and high occupational groups shows that the negative effects are affecting mostly the middle-level occupational group. Splitting the sample according to different age groups shows that the mental health of younger workers is the most vulnerable to an increase in automation. Results are also robust to instrumenting the stock of robots, and to different changes in the sample.

#### ► Pour un service universel de santé au travail

ARTAO S. ET GRUNY P.  
2019

**Paris Sénat.**

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-010-notice.html>

À la suite de la publication en 2018 du rapport demandé par le gouvernement à Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis et Henri Forest sur la santé au travail, la



commission des affaires sociales du Sénat a souhaité prendre part au débat. Elle a chargé Mme Pascale Gruny, sénatrice de l'Aisne, et M. Stéphane Artano, sénateur de Saint-Pierre-et-Miquelon, d'identifier les pistes d'amélioration de la prévention des risques professionnels afin d'en faire un service universel de qualité sur l'ensemble du territoire pour tous les travailleurs, quel que soit leur statut. Le rapport formule des propositions articulées autour de quatre objectifs : améliorer la cohérence et la lisibilité de la gouvernance de la santé au travail ; dynamiser ses ressources humaines et financières ; garantir un suivi médical de tous les travailleurs ; relever les défis des risques psychosociaux et de la désinsertion professionnelle. Partant du principe que la santé au travail constitue une mission de service public déléguée à des organismes privés, ils ont réaffirmé leur attachement à un service de proximité de la prévention des risques professionnels incarnés par les services de santé au travail qui devront, à l'avenir, respecter un référentiel de certification exigeant défini par une agence nationale de la santé au travail.

#### ► **Personal Attitudes, Job Characteristics And Health**

BELLMANN L. ET HUBLER O.

2019

[IZA Discussion Paper Series ; 12597. Bonn IZA](http://ftp.iza.org/dp12597.pdf)

<http://ftp.iza.org/dp12597.pdf>

Using a new German individual data set, we investigate the influence on health with respect to personal traits measured by the Big Five, collegiality, commitment and job characteristics. Among the Big Five conscientiousness, agreeableness and emotional stability correlate positively with good health. Job characteristics like activities combined with substantial decision authority, no physically demanding tasks, pleasant environmental conditions, little time pressure and no necessity of multitasking affect health in the same direction. If employees get help if needed from their colleagues and if they do not feel unfairly criticized by others in the firm, they usually have no health problems. For mental health, all Big Five items are influential whereas no statistical significance could be found for the number of days workers were absent due to sickness except in cases of neuroticism.

#### ► **The Effect Of The Great Recession On Health: A Longitudinal Study Of Irish Mothers 2001-2011**

BIRODY J., DOYLE O. ET KELLEHER C.

2019

[UCD Centre for Economic Research Working Paper Series; WP19/18. Dublin University College Dublin, School of Economics](http://d.repec.org/n?u=RePEc:ucn:wpaper:201918&r=lab)

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ucn:wpaper:201918&r=lab>

The relationship between recessions and health is mixed, with some evidence from the most recent financial crisis finding a positive effect on health behaviours. This study uses longitudinal data spanning the periods before, during and after the Irish crisis of 2008, to test the impact of economic expansion and contraction on mothers physical and mental health and health behaviours. Three waves of data from the Irish Lifeways Cohort Study for the period 2001-2011, and local area employment rates from the Irish Census, are used to capture the impact of the recession on health, independent of individual employment status. The results from fixed effect linear probability models demonstrate that increases in the local unemployment rate are associated with significant increases in the probability of mothers reporting poor self-rated health and poor mental well-being. Yet the association between local area unemployment and health behaviours is mostly positive, with higher unemployment reducing the probability of being obese and tobacco consumption. The relationship with physical activity is more ambiguous. These results are largely consistent with the US literature, which is predominantly based on working men, thus demonstrating the universal impact of recessions on health.

#### ► **Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail**

COUR DES COMPTES

2019

[In: \[La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale\]. Paris : Cour des comptes](https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019)

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019>

Les dépenses d'indemnités journalières pour maladie sont très dynamiques, sous l'effet de l'augmentation de la durée des arrêts de travail et se concentrent



plus particulièrement sur certains secteurs d'activité et zones géographiques (I). Les modalités de gestion des indemnités sont lourdes, permettent de facto le versement de montants significatifs de prestations comportant des erreurs ou évitables, et ne corrigent qu'à la marge les prescriptions excessives d'arrêts (II). De nouveaux objectifs et instruments s'imposent afin de réguler plus efficacement ces dépenses (III).

► **Does Unemployment Worsen Babies' Health? A Tale Of Siblings, Maternal Behaviour And Selection**

DE CAO E., MCCORMICK B. ET NICODEMO C.

2019

**Bonn IZA**

<https://www.iza.org/publications/dp/12568/does-unemployment-worsen-babies-health-a-tale-of-siblings-maternal-behaviour-and-selection>

We study the effect of unemployment on birth outcomes by exploiting geographical variation in the unemployment rate across local areas in England, and comparing siblings born to the same mother via family fixed effects. Using rich individual data from hospital administrative records between 2003 and 2012, babies' health is found to be strongly pro-cyclical. A one-percentage point increase in the unemployment rate leads to an increase in low birth weight and preterm babies of respectively 1.3 and 1.4%, and a 0.1% decrease in foetal growth. We find heterogenous responses: unemployment has an effect on babies' health which varies from strongly adverse in the most deprived areas, to mildly favourable in the most prosperous areas. We provide evidence of three channels that can explain the overall negative effect of unemployment on newborn health: maternal stress; unhealthy behaviours - namely excessive alcohol consumption and smoking; and delays in the take-up of prenatal services. While the heterogenous effects of unemployment by area of deprivation seem to be explained by maternal behaviour. Most importantly, we also show for the first time that selection into fertility is the main driver for the previously observed, opposite counter-cyclical results, e.g., Dehejia and Lleras-Muney. (2004). Our results are robust to internal migration, different geographical aggregation of the unemployment rate, the use of gender-specific unemployment rates, and potential endogeneity of the unemployment rate which we control for by using a shift-share instrumental variable approach.

► **Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité : Actes du séminaire de recherche de la Drees**

DESPRAT D.

2019

**Dossiers De La Drees (Les)(38): 84.**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/sante-mentale-experiences-du-travail-du-chomage-et-de-la-precarite-actes-du>

La Direction de la recherche - des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes), et la Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (Dares) ont organisé un séminaire de recherche qui s'est tenu entre avril et décembre 2018. Il visait à questionner les relations entre santé mentale, organisation du travail, chômage et précarité et souhaitait apporter des éléments de connaissance aux interrogations qui traversent actuellement l'espace public. Plus globalement, ce séminaire était l'occasion d'identifier les points aveugles des études actuelles et les nouvelles pistes de recherche à creuser sur ces thématiques pour déboucher sur la rédaction d'un appel à recherches en sciences humaines et sociales. Ce dossier rassemble les transcriptions des interventions aux quatre séances du séminaire et une synthèse des échanges avec la salle. La première séance questionne l'impact des évolutions les plus récentes de l'organisation du travail et des entreprises sur la santé mentale. La deuxième se penche sur les effets du chômage et de la précarité. La troisième séance introduit le genre comme une composante importante de l'analyse des liens entre santé mentale, travail et chômage. Enfin, la quatrième aborde les dispositifs de prévention et de reconnaissance des souffrances professionnelles.

► **The Effects Of The Affordable Care Act On Workplace Absenteeism Of Overweight And Obese Workers**

GRUMSTRUP E., HOSSAIN M., MUKHOPADHYAY S., *et al.*

2019

**IZA discussion Paper Series ; 12617. Bonn IZA**

<http://ftp.iza.org/dp12617.pdf>

In this paper, we examine whether the expansion of health insurance coverage brought on by the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (ACA), led

to a decline in absenteeism among overweight and obese individuals. We use data from the National Health Insurance Survey (NHIS) to compare absenteeism among overweight and obese workers to absenteeism among normal-weight workers before and after the ACA. Our results suggest that in the post-ACA period, the probability of being absent declined by about 1.3 (1.5) percentage points among obese (overweight) individuals. Disaggregated regressions suggest that the effect is significant among women, but not among men. Furthermore, our estimates (using a Tobit model) indicate that the obese (overweight) workers missed 0.33 (0.46) fewer days after the ACA. Again, the effect is concentrated among women. Our results show that improved health outcomes led to reduced absenteeism. Our results also show that there are no decline in absenteeism among elderly (age >= 65) adults (who did not experience any increase in health insurance coverage as a result of the ACA), suggesting that the decline in absenteeism is indeed due to the expansion of health insurance coverage due to the ACA. Our estimates imply that the ACA reduced the cost associated with absenteeism by about \$350 million per year.

► **Does Mental Health Affect Labor Market Outcomes?**

INUI T., KAWAKAMI A. ET MA X. X.  
2019

**Evidence from a National Representative Survey in Japan. RIETI Discussion paper series 19-E-061. Tokyo Research Institute of Economy, Trade and Industry**  
<https://www.rieti.go.jp/en/publications/summary/19080008.html>

Japanese working hours are substantially longer than most advanced countries, and previous literatures has found adverse consequences of increasing working hours on several health measures, including mental health. Our study confirms a large and heterogeneous effect of mental health on labor supply. We find that good mental health can significantly increase the probability of labor participation and the chance of becoming a permanent employee in Japan. The effect is stronger for women compared to men, and strongest among the middle age group. We also find an adverse effect from bad mental health on working hours of elderly self-employed male and female workers, and young, self-employed, female workers. The Japanese government enacted "The Work Style Reform Bill" on June 2018 in order to reduce long working hours, and

our results indicate that a potential improvement of mental health realized through these reforms could further lead to an increase in labor force participation.

► **Comment ont évolué les expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années ? Premiers résultats de l'enquête Sumer 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL  
2019

**Dares Analyses(041)**

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/comment-ont-evolué-les-expositions-des-salariés-du-secteur-privé-aux-risques>

Dans le secteur privé, la plupart des expositions des salariés aux contraintes physiques ont baissé entre 1994 et 2017, à l'exception du bruit. L'exposition à au moins un produit chimique concerne un tiers des salariés en 2017, un niveau légèrement inférieur à celui de 1994. L'exposition à au moins un produit cancérigène concerne encore 10 % des salariés, soit 1,8 million de personnes. Sur les vingt dernières années, le signalement des expositions à des agents biologiques a augmenté. Ces expositions aux risques physiques, chimiques et biologiques s'inscrivent dans un contexte organisationnel toujours très contraint. L'intensité du travail a augmenté depuis 20 ans, même si elle s'est stabilisée entre 2010 et 2017. Bien que les marges de manœuvre favorisant l'autonomie au travail soient en recul, les salariés se plaignent moins souvent en 2017 qu'en 2003 de manquer de moyens pour faire correctement leur travail. Après un pic en 2010, le signalement de comportements hostiles revient en 2017 au niveau de 2003, tandis que la tension au travail se stabilise à un niveau élevé et que les écarts entre salariés se creusent concernent le manque de reconnaissance au travail. Afin de lutter contre l'ensemble de ces expositions, près d'un salarié sur deux est couvert par des pratiques formalisées de prévention des risques professionnels.

► **Consequences Of Parental Job Loss On The Family Environment And On Human Capital Formation: Evidence From Plant Closures**

MORK E., SJOGREN A. ET SVALERYD H.

2019

**IZA Discussion Paper Series ; 12559. Bonn IZA**

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:iza:izadps:dp12559&r=lab>

We study the consequences of mothers' and fathers' job loss for parents, families, and children. Rich Swedish register data allow us to identify plant closures and account for non-random selection of workers to closing plants by using propensity score matching and controlling for pre-displacement outcomes. Our overall conclusion is positive: childhood health, educational and early adult outcomes are not adversely affected by parental job loss. Parents and families are however negatively affected in terms of parental health, labor market outcomes and separations. Limited effects on family disposable income suggest that generous unemployment insurance and a dual-earner norm shield

families from financial distress, which together with universal health care and free education is likely to be protective for children.

► **La sécurité et la santé au cœur de l'avenir du travail : mettre à profit 100 ans d'expérience**

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

2019

**Genève OIT.**

[https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_686781/lang--fr/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_686781/lang--fr/index.htm)

Cette étude de l'Organisation internationale du travail (OIT) démontre que les changements dans les pratiques de travail, les données démographiques, la technologie et l'environnement créent de nouvelles préoccupations en matière de sécurité et de santé au travail (SST). Elle propose ainsi quelques recommandations pour améliorer la situation.

## Vieillessement

### Aging

► **Grand âge et numérique : objectif 2030. Rattraper le retard français**

BIANCARELLI G., BOUVIER M., BURGADE L., *et al.*

2019

**Paris Matières Grises.**

<https://www.silvereco.fr/grand-age-et-numerique-objectif-2030/31112252>

En matières de numérique, le secteur du grand âge en France accuse un retard coupable. Mais ce retard n'a rien d'inéluctable... à condition d'en prendre conscience et de se mobiliser urgemment. C'est le message que Think Tank Matières Grises a souhaité véhiculer dans ce dernier rapport tout en constatant le retard accumulé. À travers cette étude, les auteurs partagent leur vision et poussent à la réflexion de ce que pourrait être une transformation numérique réussie du secteur du Grand Âge d'ici 2030 en nous livrant quelques pistes pour y parvenir.

► **Fin 2016, trois retraités sur quatre perçoivent une pension brute inférieure à 2 067 euros par mois**

CHARTIER F.

2019

**Etudes Et Résultats(1119)**

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1119.pdf>

D'après l'échantillon interrégimes de retraités (EIR) de la Drees de 2016, 16,1 millions de personnes, dont 14,9 millions vivant en France, perçoivent une pension de retraite de droit direct, acquise au titre de leur carrière, versée par l'un des régimes de retraite français. Celle-ci s'élève en moyenne à 1 472 euros bruts par mois. En raison, notamment, des carrières plus favorables des nouveaux retraités, cette pension moyenne s'est accrue de 3,3 % en quatre ans en euros constants. Depuis 2012, le nombre de retraités de droit direct résidant en France a augmenté de 4,8 % (près de 680 000 personnes). Certains retraités veufs ou veuves peuvent percevoir, en outre, une pension de réversion.

En tenant compte de cette pension, 75 % des retraités de droit direct d'un régime de base résidant en France ont une pension totale inférieure à 2 067 euros bruts mensuels. Les inégalités de pension sont plus fortes entre les femmes qu'entre les hommes. La pension des femmes résidant en France est nettement inférieure à celle des hommes : elle est inférieure de 42 % pour les seuls droits directs, et de 29 % si l'on tient compte de la réversion. Les écarts se réduisent cependant au fil des générations, du fait de l'amélioration des carrières féminines. Parmi les retraités nés en 1950, 81 % sont partis au taux plein, sans décote ni surcote. En particulier, 59 % ont pris leur retraite à 60 ans ou avant avec le taux plein sans surcote.

► **Pour des territoires engagés dans des politiques favorables au vieillissement**

COMMISSARIAT GÉNÉRAL À L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES

2019

Paris CGET.

<https://www.cget.gouv.fr/ressources/publications/pour-des-territoires-engages-dans-des-politiques-favorables-au-vieillessement>

Si la France rurale connaît le taux de vieillissement le plus élevé, c'est dans les couronnes péri-urbaines, les Antilles et sur les littoraux que la croissance du nombre de personnes âgées est et sera la plus forte et la plus rapide. Le vieillissement de la population constitue ainsi un enjeu prospectif pour tous les territoires. Il interroge de nombreux pans de l'action publique (santé, mobilité, habitat, lien social, etc.) donc de nombreux acteurs, autant publics (État et différents niveaux de collectivités) que privés (entreprises, mutuelles et organismes de retraite, associations, etc.). De fait, la complexité est forte pour les territoires souhaitant s'emparer du sujet de façon transversale. Face à ce constat, le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) a réuni pendant un an quatre territoires volontaires, Bagnolet (93), Nîmes (30), Prémèsques (59) et Saint-Georges-des-Coteaux (17), chacun représenté par des élus, des professionnels et des habitants, dans le cadre d'une « Fabrique Prospective ». La démarche visait plus particulièrement à traiter l'enjeu du vieillissement dans des territoires où les politiques publiques visent préférentiellement les populations les plus jeunes : les territoires péri-urbains et les quartiers prioritaires. Or, ces territoires vieillissent et parfois de façon très rapide. De ce

travail collectif est issu un certain nombre d'enseignements qui permet de mieux accompagner l'action des territoires péri-urbains et des quartiers prioritaires en matière d'adaptation au vieillissement. Cet ouvrage les regroupe autour de quatre entrées : les idées reçues sur le vieillissement dans les territoires péri-urbains et les quartiers prioritaires; les enjeux, les attentes et les points de crispation; les repères méthodologiques; des exemples inspirants.

► **The Life Expectancy Of Older Couples And Surviving Spouses**

COMPTON J. ET POLLAK R.

2019

IZA Discussion Paper ; 12571. Bonn IZA

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:iza:izadps:dp12571&r=age>

Comparisons of individual life expectancies over time and across demographic groups provide information for individuals making retirement decisions and for policy makers. For couples, analogous measures are the expected years both spouses will be alive (joint life expectancy) and the expected years the surviving spouse will be a widow or widower (survivor life expectancy). Using individual life expectancies to calculate summary measures for couples is intuitively appealing but yields misleading results because the mortality distribution of husbands and wives overlap substantially. To illustrate, consider a wife aged 60 whose husband is 62. In 2010, her life expectancy was 24.4 years and his 20.2 years. The intuitions that the spouses will die at about the same time (e.g., within 5 years of each other) and that she will not live for a long time after his death are incorrect. The probability that the wife will outlive her husband is 0.63 and, if she does, her survivor life expectancy is 12.5 years. Using 2010 data, we investigate differences in joint and survivor life expectancy by race and ethnicity and by education. We then calculate trends and patterns i

► **Les fins de carrière**

COUR DES COMPTES

2019

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-fins-de-carriere>

Le taux d'emploi des salariés de 55 à 64 ans a nettement progressé depuis les années 2000, pour atteindre

52,3 % début 2019. Il reste néanmoins inférieur à celui de la moyenne de l'Union européenne (59,1 %), du fait de la faiblesse du taux d'emploi des 60-64 ans. Les seniors touchés par le chômage, qui représentent une part croissante des bénéficiaires d'allocations et de minima sociaux, éprouvent de grandes difficultés à retrouver un emploi, avec un risque réel et préoccupant de précarité. Les politiques en faveur de l'emploi des seniors ont été délaissées au cours des dernières années par les pouvoirs publics et le service public de l'emploi, qui n'ont pas défini au niveau national d'actions spécifiques en faveur de ce public. La Cour formule six recommandations visant à mieux prendre en compte la situation des travailleurs et demandeurs d'emplois seniors.

► **Population Aging And Structural Transformation**

CRAVINO J., LEVCHENKO A. A. ET ROJAS M.  
2019

**NBER Working Paper Series ; 26327. Cambridge NBER**

<https://www.nber.org/papers/w26327>

We propose and quantify a novel mechanism behind the structural transformation process: older individuals devote a larger share of their expenditures to services, so the relative size of the service sector grows as the population ages. We document that for a large sample of countries, increases in population age are accompanied by the rise in the relative size of the service sector. We use household-level data from the US Consumer Expenditure Survey to show that the fraction of expenditures devoted to services increases with household age. We use a shift-share decomposition and a quantitative model to show that changes in the US population age distribution accounted for about a fifth of the increase in the share of services in consumption expenditures observed between 1982 and 2016. In our quantitative model, population aging plays a much larger role than changes in real income in accounting for the structural change observed in the US during this period.

► **Le vieillissement de la population**

ECOLE NATIONALE SUPÉRIEURE DE SÉCURITÉ SOCIALE

2019

**Saint-Etienne : EN3S**

<https://en3s.fr/secudoc/support-pedagogique/questions-de-protection-sociale-le-veillissement-de-la-population/>

Cette ressource présente les différents enjeux liés au vieillissement dans le domaine de la protection sociale. Elle revient notamment sur la question des retraites, des dépenses de santé mais également sur la prise en charge de la perte d'autonomie. Elle est destinée aux enseignants qui abordent ces questions dans leurs enseignements.

► **La santé des nouveaux retraités du régime général : perception, connaissance administrative et motivations de départ**

GOUJON S.

2019

**Cadrage(41)**

<https://www.statistiques-recherches.cnav.fr/cadrage-n-41-septembre-2019.html>

Parmi les nouveaux retraités du régime général, 9 sur 10 perçoivent leur santé de façon positive peu après leur départ à la retraite. Il existe cependant des écarts entre les assurés, notamment selon la catégorie socio-professionnelle de leur dernier emploi. Pour les 11 % d'assurés percevant leur état de santé comme mauvais ou très mauvais, celui-ci était le plus souvent dégradé avant la retraite. En effet, la plupart de ces assurés valident des trimestres au titre de l'invalidité ou de la maladie après 50 ans, ou ont obtenu le taux plein au titre de l'invalidité ou de l'inaptitude. Pour les assurés se percevant en mauvaise santé, ce facteur joue nettement dans les motivations de départ à la retraite. Il devient le principal motif, devant ceux habituels, notamment de profiter de sa retraite le plus longtemps possible. Si 27 % des nouveaux retraités sont concernés soit par une mauvaise ou très mauvaise santé déclarée, soit par un départ à la retraite au titre de l'inaptitude au travail, soit par le fait que la santé a joué dans la motivation du départ à la retraite, seuls 3 % d'entre eux cumulent les trois aspects de la santé abordés dans l'étude.



► **Rapport sur les femmes seniors. Note 2 : L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE

2019

Paris HCFEA.

[http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Rapport\\_femmes\\_seniors\\_chapitre\\_2\\_aidantes\\_Vf-2.pdf](http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Rapport_femmes_seniors_chapitre_2_aidantes_Vf-2.pdf)

Le rapport aborde les aides apportées à leurs proches par les femmes seniors, définies ici comme ayant entre 55 et 64 ans. Il distingue d'une part, l'aide à un proche, au sens habituel du terme, c'est-à-dire l'aide apportée à ses enfants, sa famille et ses proches en perte d'autonomie ou en situation de handicap et d'autre part, l'aide dénommée grand-parentale apportée à ses petits-enfants. En France, 8,3 millions de personnes âgées de 16 ans ou plus, non professionnelles, aident régulièrement pour des raisons de santé ou de handicap une personne âgée de 5 ans ou plus vivant en logement ordinaire. Et 1,1 million sont des femmes aidantes âgées de 55 à 64 ans. Cette frange de population est la plus fréquemment impliquée dans l'aide à un proche. À la différence des hommes, qui sont moins souvent aidants lorsqu'ils exercent une activité professionnelle ou qu'ils sont caractérisés par un niveau d'instruction élevé, l'implication des femmes âgées de 55 à 64 ans est en moyenne identique quels que soient le niveau d'éducation et la position vis-à-vis du marché du travail.

► **Long-Run Consequences Of Informal Elderly Care And Implications Of Public Long-Term Care Insurance**

KHORFHAGE T.

2019

HEDG Working Paper ; 19/17. York University of York

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:yor:hctd:19/17&r=age>

In this paper, I estimate a dynamic structural model of labor supply, retirement, and informal care supply, incorporating labor market frictions and the German tax and benefit system. I find that informal elderly care has adverse and persistent effects on labor market outcomes and therefore negatively affects lifetime earnings, future pension benefits, and individuals' well-being. These consequences of caregiving

are heterogeneous and depend on age, previous earnings, and institutional regulations. Policy simulations suggest that, even though fiscally costly, public long-term care insurance can offset the personal costs of caregiving to a large extent - in particular for low-income individuals.

► **Objectif grand âge : Éviter l'hôpital**

KUHN-LAFONT A. ET BROUSSY L.

2019

Paris Matières grises.

<https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2019/07/Rapport-Think-Tank-mati%C3%A8res-grises.pdf>

Ce rapport est une synthèse des causes et des effets des hospitalisations des personnes âgées mais surtout qui rappelle les différents leviers pour les éviter : développement du tarif global et des pharmacies à usage intérieur, déploiement de l'HAD, continuité des soins la nuit en EHPAD, télémédecine, formation des équipes soignantes aux situations d'urgence, développement de l'hébergement temporaire en sortie d'hôpital... Ce document dresse un panorama des dispositifs identifiés et déjà connus pour lutter efficacement contre les hospitalisations évitables des personnes âgées et rappelle le rôle déterminant des EHPAD pour la mobilisation de ces leviers.

► **Non-recours : à 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à retraite**

LANGEVIN G. ET MARTINEZ H.

2019

Etudes Et Résultats(1124)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1124.pdf>

À l'âge de 70 ans, 68 % des assurés du système de retraite français nés en 1942 qui ont cessé leur activité professionnelle ont fait valoir l'ensemble de leurs droits à retraite. 7 % des assurés de la génération 1942 ne bénéficient d'aucune pension de retraite des régimes obligatoires. Le plus souvent, ils ont validé peu de trimestres en France et généralement en début de carrière. Trois quarts d'entre eux sont nés à l'étranger. 24 % des assurés bénéficient seulement d'une partie des pensions auxquelles ils ont droit. Les droits non liquidés correspondent le plus souvent à des régimes que ces retraités ont quittés depuis de nombreuses



années et dans lesquels ils ont acquis peu de trimestres ou peu de points de retraite. Les droits non liquidés correspondent pour l'essentiel à de faibles montants : environ 2 % de l'ensemble des droits acquis par la génération née en 1942. Le manque à gagner pour ceux qui n'ont liquidé qu'une partie de leurs droits est d'environ 40 euros bruts par mois. Le taux de recours varie d'un régime de retraite à l'autre. Alors que la totalité des assurés des régimes de fonctionnaires y ont liquidé leurs droits, c'est le cas de seulement 60 % de ceux du régime complémentaire des contractuels de la fonction publique. Au régime général, 87 % des assurés ont fait valoir leurs droits à retraite.

### ► **Rapport d'information sur l'emploi des seniors**

LUBIN M. ET SAVARY R. P.

2019

Paris : Sénat

<http://www.senat.fr/rap/r18-749/r18-7491.pdf>

Ce rapport s'attache à expliquer l'évolution très contrastée de l'emploi des seniors depuis la fin des années 1960. Aujourd'hui, la problématique de l'emploi des seniors se concentre désormais sur la tranche 60-64 ans pour laquelle le niveau observé en France demeure substantiellement inférieur au regard de nos voisins européens. Le rapport examine ces différentes causes afin d'envisager les pistes permettant de lever les freins à l'emploi des seniors. Il fait également le point sur les dispositifs de transition emploi-retraite (retraite progressive, cumul emploi retraite, surcote...) encore trop peu connus et insuffisamment attractifs pour les salariés. Il formule ensuite une série de recommandations à destination principalement des entreprises : formation des managers, création d'un label permettrait de valoriser les bonnes pratiques d'entreprises, renvoi au pouvoir de négociation des partenaires sociaux, accompagnement renforcé des demandeurs d'emploi les plus âgés, abondement spécifique du compte personnel de formation (CPF) pour les plus de 45 ans qui perdent leur emploi, cumul emploi-retraite générateur de droits...

### ► **Le Passage à la retraite. Notes de l'Observatoire du Bien-être du Cepremap**

PERON M., PERONA M. ET SENIK C.

2019

2019-07 ; Paris : Cepremap

<http://d.repec.org/n?u=RePEchal:journl:halshs-02278046&r=age>

Le projet de réforme du système de retraites français, dévoilé en juillet 2019, devrait remplacer les notions d'âge légal de départ à la retraite par un âge-pivot, évoluant en fonction de l'espérance de vie des générations. On a déjà pu voir à quel point cette question de l'âge de départ à la retraite faisait l'objet de prises de position marquées, reflétant l'importance symbolique de cette transition dans notre société. Pour autant, la littérature économique met en évidence des impacts négatifs comme positifs du départ à la retraite, selon le contexte national et la situation des personnes concernées. Cette ambivalence du départ à la retraite se retrouve dans les évaluations subjectives de bien-être. La retraite n'efface par ailleurs pas ou peu les différences sociales dans l'évaluation de son bien-être : les plus satisfaits avant leur retraite le sont également après, même si dans certains domaines, en particulier celui de la santé, l'écart entre groupes sociaux tend à se réduire avec le passage à la retraite. Du fait de la place occupée par le travail dans la construction de la position sociale des individus, la retraite peut également être un moment d'interrogation de leur utilité sociale, lorsque certains liens de sociabilité liés au travail se distendent. Nous observons de tels effets dans le cas français, mais ils restent faibles pour les personnes de moins de 70 ans, et d'autant plus faibles si, comme un tiers des retraités de cette classe d'âge, la personne est engagée dans des activités de bénévolat. Les interrogations douloureuses sur l'utilité sociale ou le sentiment de solitude sont plutôt un problème propre au quatrième âge, à partir de 80 ans.

► **Medical And Nursery Care With Endogenous Health And Longevity**

SCHUNEMANN J., STRULIK H. ET TRIMBORN T.  
2019

**Working Papers SES 505. Fribourg University of Fribourg**

<https://econpapers.repec.org/paper/frifribow/fribow00505.htm>

For the population over 65, nursery care expenditures constitute on average the largest share in total health expenditures. In this paper, we distinguish between medical care, intended to improve one's state of health, and personal care required for daily routine. Personal care can be either carried out autonomously or by a third party. In the course of aging, autonomous personal care is eventually substituted by nursery care. We set up a life-cycle model in which individuals are subject to physiological aging, calibrate it with data from gerontology, and analyze the interplay between medical and nursery care. We replicate health behavior and life expectancy of individuals and in particular the empirically observed patterns of medical and nursery care expenditure. We then analyze the impact of better health and rising life expectancy, triggered by rising income and medical progress, on the expected cost of nursery care in the future. We predict an elasticity of nursery care expenditure with respect to life expectancy of 1/3. In terms of present value at age 20, life-time nursery care expenditure is predicted to decline with rising life expectancy.

► **Quels effets attendre de la réforme de l'APA à domicile de 2016 ?**

TENAND M. ET GRAMAIN A.

2019

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02149712/document>

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, comporte une réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes qui vivent à domicile. Cette réforme vise principalement à réduire le reste-à-charge supporté par les bénéficiaires de l'APA, en particulier les plus dépendants et ceux appartenant aux « classes moyennes ». Trois ans après l'adoption de la loi ASV, son impact sur les reste-à-charge à domicile n'a cependant été que peu documenté, faute de données individuelles

permettant une évaluation ex post. Compte tenu des différentes modifications qui ont été apportées au barème de l'APA, quel impact la réforme peut-elle avoir sur le reste-à-charge supporté par les personnes âgées dépendantes à domicile ? Quelles catégories de bénéficiaires, en termes de revenu et de niveau de dépendance, devraient bénéficier le plus de cette réforme ? Cette note propose des éléments d'évaluation de la réforme de l'APA à partir de données sur la clientèle d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). La simulation de la réforme sur cette population particulière permet d'illustrer les différents canaux par lesquels une modification de la prestation APA peut affecter le reste-à-charge des bénéficiaires.

## Index des auteurs Author index

### A

Abeliansky A. L.....	53
Aberki C.....	48
Agence Nationale d'Appui à la Performance....	25
Alalouf M.....	14
Andler R. ....	20 , 43
Andre J. M. ....	31
Andriantsehenoharina L. ....	45
Antunez K.....	31
Artao S. ....	53
Atella V.....	37
Attias-Donfut C. ....	31
Averett S. L. ....	32

### B

Baird J.....	52
Banerjee A. ....	11
Barat C. ....	30
Basset B. ....	19
Basu A. ....	27
Bec E.....	42
Behaghel L. ....	38
Bellidenty J. ....	21
Bellmann L. ....	54
Bellouze S. ....	23
Benard L. ....	36
Benech G. ....	19
Benyamina Y. ....	19
Berchet C. ....	47
Berhuet S.....	11
Berndt E. R. ....	36
Beulmann M. ....	53
Bhattacharya J.....	37
Biancarelli G.....	57
Birody J. ....	54
Bischoff T.....	47
Bogaert E. ....	45
Bouvier M.....	57
Brahim-Hammouche M.....	45
Bricard D. ....	29
Broussy L. ....	60

Burgade L.....	57
Busse R.....	39 , 50

### C

Cadena B. C.....	47
Calvo M. ....	41
Caron R.....	32
Cazenave-Lacrouz A.....	25
Centre Technique des Institutions de Prévoyance .....	15
Chaput H. ....	48
Charpy C.....	15
Charreire H. ....	21 , 22
Chartier F.....	57
Club de Rédaction sur l'Avenir de la Protection Sociale.....	21
Coldefy M.....	23
Commissariat Général à l'Égalité des Territoires .....	58
Compton J. ....	58
Com-Ruelle L. ....	29
Conseil d'État .....	44
Conseil Supérieur de la Santé .....	45
Conti R. M.....	36
Cooper C. ....	52
Coppens E. ....	26
Costa-Font J.....	26
Cour des Comptes.....	11 , 15 , 16 , 26 , 54 , 58
Couvert N.....	38
Cravino J.....	59
Croutte P. ....	11
Curry N.....	51
Cylus J. ....	16

### D

Dahmoud A.....	37
De Cao E.....	55
De Chaise Martin C. ....	38
Delmont-Koropoulis A.....	39
Depalo D.....	37
Derbez B. ....	46

Deroche C.....	12
Desprat D.....	55
Doyle O.....	54

## E

Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale	59
Eliaou J. F.....	39 , 42
Embersin-Kyprianou C.....	22
Espagnac M.....	24
Eurostat.....	19
Everding J.....	32
Exadaktylos A.....	33

## F

Fadlon I.....	48
Fahy N.....	13 , 51
Fang H.....	12
Fassin D.....	31
Fauli C.....	14
Fédération Hospitalière de France.....	27
Fédération Nationale de la Mutualité Française.....	33
Ferreti C.....	17
Feuillet T.....	21 , 22
Fiat C.....	45
Finkelstein A.....	11
Flynn E.....	23
Folkvord F.....	14
Fressard L.....	48
Fumoleau P.....	36

## G

Gil A.....	45
Gilly B.....	36
Goldman D.....	12
Gonzalez L.....	33
Gosselin A.....	33
Goujon S.....	59
Gramain A.....	62
Greer S. L.....	51
Grumstrup E.....	55
Gruny P.....	53
Guanais F.....	52
Guignon N.....	19
Gujral K.....	27
Gutacker N.....	30

## H

Hamilton C.....	13
Hanna R.....	11
Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge.....	20 , 60
Haut Conseil de la Santé Publique.....	41
Haute Autorité de santé.....	13 , 27
Heam J. C.....	17 , 33
Hemmings N.....	51
Herberg S.....	21
Herrera-Araujo D.....	28
Hossain M.....	55
Hubler O.....	54
Huteau G.....	17

## I

Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé.....	22
International Organization for Migration.....	34
Inui T.....	56

## J

Jacob C. M.....	52
James K. E.....	18
Jimenez-Martinez S.....	26

## K

Kaiser B.....	47
Kaplan H.....	18
Kawakami A.....	56
Keidar O.....	33
Kelleher C.....	54
Khorfhage T.....	60
Klazinga N.....	39
Knaeps J.....	26
Koch-Helso A. L.....	28
Kuhn-Lafont A.....	60

## L

Lafortune G.....	50
Langevin G.....	60

Lassarade F.....	42
Le Borges E.....	20 , 43
Leem.....	37
Lee T.....	28
Lefebvre-Hoang I.....	29
Legendre B.....	48
Leroy C.....	41
Levchenko A. A. ....	59
Loffeier I.....	46
Lorenzoni L. ....	17 , 52
Lubin M. ....	61
Lupianez-Villanueva F. ....	14

## M

Maiza-Houot J.....	22
Marechal F. ....	29
Martinez H. ....	60
Ma X. X. ....	56
McCormick B.....	55
Michels T.....	24
Mikou M.....	17 , 33
Miller S.....	14
Millien C.....	49
Ministère chargé de la santé.....	18 , 40 , 42 , 44
Ministère chargé du travail.....	56
Missegue N.....	38
Monziols M. ....	48
Morize N.....	46
Mork E. ....	57
Mukhopadhyay S.....	55
Myerson R. M. ....	12

## N

National Health Services .....	52
Nestrigue C.....	29
Nicodemo C. ....	55

## O

OMS Bureau régional de l'Europe. ....	34 , 35 , 40 , 49
Ong P.....	16
Organisation de coopération et de développement économiques .....	34 , 41
Organisation International du Travail.....	57
Organisation Mondiale de la Santé .....	20

## P

Panteli D. ....	39
Papuchon A.....	31
Penneau A. ....	24
Perona M. ....	61
Peron M. ....	61
Picard R.....	14
Pichetti S. ....	24
Pierri N. ....	28
Pinilla-Rocancio M. ....	23
Pinto D.....	52
Pla A. ....	50
Pollak R.....	58
Public Health England.....	53

## Q

Quatremere G. ....	20 , 43
--------------------	---------

## R

Rachet-Jacquet L.....	30
Radian K. ....	24
Rafferty A. M.....	50
Rizzi D.....	36
Rochaix L.....	28
Rojas M. ....	59
Rosenblum S. ....	51
Roubal T.....	16

## S

Salze P.....	22
Santé Publique France.....	43
Savary R. P. ....	12 , 61
Schlepper L.....	51
Schmidt D. T.....	13
Schunemann J. ....	62
Senik C.....	61
Shephard A. J.....	12
Shoag D. ....	18
Shore-Sheppard L. D. ....	13
Siciliani L. ....	30
Simionato C.....	36
Sjogren A. ....	57
Smith A. C. ....	47

Smith J. K.....	32
Socha-Dietrich K.....	50
Srivastava D.....	33
Stoye G.....	28
Strulik H.....	62
Svaleryd H.....	57

## T

Telle-Lamberton M.....	22
Tenand M.....	62
Terrenoire G.....	30
Thomas L.....	29
Tracy J. D.....	18
Trimborn T.....	62
Tucker-Seeley R.....	12

## U

Union Régionale des Professionnels de Santé ..	51
--	----

## V

Van Parys J.....	48
Vassy C.....	46
Vermet I.....	26
Vilaplana C.....	26
Villani C.....	42
Virost P.....	21

## W

Wang A. Y.....	28
Wang Y.....	32
Watson T.....	13
Wherry L. R.....	14
Williams G. A.....	13
Wolff F. C.....	31
Wonner M.....	45

## Y

Yilmaz E.....	25 , 29
---------------	---------

## Z

Zander-Jentsch B.....	50
Zantomio F.....	36