

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Mai 2019 / May 2019

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé - Technologies médicales	<i>E-Health - Medical technology</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>Handicap</i>
Hôpital	<i>Hospital</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 publique	<i>Public Policy</i>
Prévention	<i>Prévention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary healthcare</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Systèmes de santé	<i>Health 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

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



Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté : 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

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

Mise en ligne web

Aude Sirvain

ISSN : 2556-2827

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

Web publishing

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

Sommaire Contents

Assurance maladie *Health Insurance*

- 9 **The Effect of Health Insurance on Mortality: Power Analysis and What We Can Learn from the Affordable Care Act Coverage Expansions**
Black B., Hollingsworth A., Nunes L., et al.
- 9 **The Impact of the Affordable Care Act: Evidence from California's Hospital Sector**
Duggan M., Gupta A. et Jackson E.
- 9 **Impact of Private Health Insurance on a Public Healthcare System: The Case of Cesarean Deliveries**
Milcent C. et Zbiri S.
- 10 **Selection and Moral Hazard Effects in Healthcare**
Remmerswaal M., Boone J. et Douven R.

Démographie *Demography*

- 10 **Trends in Life Expectancy in EU and Other OECD Countries : Why Are Improvements Slowing?**
Raleigh V. S.

E-santé - Technologies médicales *E-Health - Medical technology*

- 11 **Usage du numérique dans le secteur médico-social - 1er état des lieux national**
Agence nationale d'appui à la performance
- 11 **Ouvrage collectif SSI Santé**
Association pour la sécurité des systèmes d'information en santé
- 11 **Market Study on Telemedicine**
Commission européenne
- 11 **Évaluer les dispositifs médicaux connectés, y compris ceux faisant appel à l'intelligence artificielle**
Haute autorité de santé

- 12 **Avis du 31 janvier 2019 portant sur les standards de qualité pour faire des consultations numériques du public un processus d'enrichissement de la démocratie en santé**
Ministère chargé de la santé
- 12 **The Impact of Telehealth and Telepharmacy Technology on Public Health Service Pressure and Patient Outcomes**
Thromber A.

Économie de la santé *Health Economics*

- 12 **Économie de la santé**
Batifoulrier P., Da Silva N. et Domin J. P.
- 12 **Making Outcome-Based Payment a Reality in the NHS**
Cole A., Cubi-Molla P., Pollard J., et al.
- 13 **Baseline Health and Public Healthcare Costs Five Years On: A Predictive Analysis Using Biomarker Data in a Prospective Household Panel**
Davillas A. et Pudney S.
- 13 **Universal Basic Income in the US and Advanced Countries**
Hoynes H. W. et Rothstein J. S.
- 13 **Incorporating Concerns for Equity into Health Resource Allocation. A Guide for Practitioners**
Love-Koh J., Griffin S., Kataika E., et al.
- 14 **Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends**
Xu K., Soucat A. et Kutzin J.

État de santé *Health Status*

- 14 **Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique**
Fosse-Edorh S., Mandereau-Bruno L. et Piffaretti C.

- 15 **Les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'accident vasculaire cérébral en France**
Leandre C. et Com-Ruelle L.
- 15 **Tabagisme et arrêt du tabac en 2018**
Lermenier-Jeannet A.
- 15 **Rapport annuel sur les drogues 2018**
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- 16 **La santé des enfants en France : bibliographie thématique**
Safon M. O.
- 16 **Publication des premiers bulletins de santé publique dédiés au tabac pour chaque région de France**
Santé Publique France
- 16 **International Comparisons of Health and Wellbeing in Adolescence and Early Adulthood**
Shah S., Hagell A. et Cheung R.

Géographie de la santé *Geography of health*

- 17 **Renforcer l'accès aux soins en Ile-de-France : point d'étape fin 2018 (Ma santé 2022)**
Agence régionale de la santé d'Ile-de-France
- 17 **Manuel de géographie quantitative : concepts, outils, méthodes**
Feuillet T., Cossart E. et Commenges H.

Handicap *Handicap*

- 17 **Disability and Distress: The Effect of Disability Programs on Financial Outcomes**
Deshpande M., Gross T. et Su Y.

Hôpital *Hospital*

- 18 **Le rôle des centres hospitaliers universitaires : référé de la Cour des comptes**
Cour des comptes
- 18 **Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités**
Cour des comptes
- 19 **The Strange Case of Appropriate C-Sections: DRG-Tariff Regulation, Hospital Ownership, and Market Concentration**
Berta P., Martini G., Piacenza M., et al.
- 19 **Maîtriser les dépenses de santé face au changement démographique : Une analyse de l'évolution des coûts à l'hôpital au Québec**
Echevin D. et Morin A.
- 19 **Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) : Dispositif d'accompagnement francilien - Retours d'expériences**
Lemerrer A. et Blery E.
- 20 **L'hôpital public en crise : origines et propositions**
Michot F., Bringer J., Launois B., et al.
- 20 **Le rôle des centres hospitaliers universitaires dans la politique de soins**
Milon A.
- 20 **Une économie politique de l'hôpital - contre Procuste**
Mosse P. et Hirsch M. p.
- 20 **Repenser l'hôpital : Rendez-vous manqués et raisons d'espérer**
Tsimaratos M., Devictor B. et Gentile S.
- 21 **Medicare: Voluntary and Mandatory Episode-Based Payment Models and Their Participants**
U.S. Government Accountability Office

Inégalités de santé *Health inequalities*

- 21 **Report on the Health of Refugees and Migrants in the WHO European Region: No Public Health Without Refugee and Migrant Health**
Organisation mondiale de la santé
- 22 **Does Childcare Improve the Health of Children with Unemployed Parents? Evidence from Swedish Childcare Access Reform**
Aalto A. M., Mork E., Sjogren A., et al.
- 22 **The Roots of Health Inequality and the Value of Intra-Family Expertise**
Chen Y., Persson P. et Polyakova M.
- 23 **The Effect of College Education on Health and Mortality: Evidence from Canada**
Lacroix G., Laliberte F., Michaud P. C., et al.

Médicaments *Pharmaceuticals*

- 23 **État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques**
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- 23 **La pertinence de la prescription des antibiotiques**
Cour des comptes
- 24 **Evaluating Consumers' Choices of Medicare Part D Plans: A Study in Behavioral Welfare Economics**
Keane M. P., Ketcham J. D. et Kuminoff N. V.
- 24 **How Many Life-Years Have New Drugs Saved? A 3-Way Fixed-Effects Analysis of 66 Diseases in 27 Countries, 2000-2013**
Lichtenberg F. R.
- 25 **From Pain Patient to Junkie: An Economic Theory of Painkiller Consumption and Its Impact on Wellbeing and Longevity**
Strulik H.

Méthodologie - Statistique *Methodology-statistics*

- 25 **"If You Were Me": Proxy Respondents' Biases in Population Health Surveys**
Davin B., Joutard X., Paraponaris A., et al.
- 25 **Meta-Analysis for Medical Decisions**
Manski C. F.
- 26 **Les nouveaux modèles de soins : une clinique au service de la personne**
Plagnol A., Pachoud B., Granger B., et al.

Politique de santé *Health policy*

- 26 **Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé : Étude d'impact**
Assemblée nationale
- 26 **Rapport d'information sur la révision de la loi relative à la bioéthique**
Breton X. et Touraine J. L.
- 27 **Avis du 31.01.19 portant sur les indicateurs de suivi pluriannuel de la stratégie nationale de santé 2018-2022**
Devictor B.
- 27 **Avis relatif à l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice**
Haut Conseil de la santé publique
- 28 **Usagers : votre santé, vos droits**
Ministère chargé de la santé
- 28 **La sédation profonde et continue jusqu'au décès en France, deux ans après l'adoption de la loi Claeys-Leonetti**
Roberts R.
- 28 **Le projet de loi d'adaptation et de transformation du système de santé : Ma santé 2022. Synthèse documentaire**
Safon M. O.

Politique publique

Public Policy

- 29 **Le rapport public annuel 2019 de la Cour des Comptes. 3 tomes**
Cour des comptes
- 29 **Favoriser l'élaboration de politiques publiques fondées sur des données probantes : incertitude versus ambiguïté**
Cairney P.
- 29 **Faire participer les habitants : citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires**
Carrel M. et Eliasoph N.

Prévention

Prévention

- 30 **Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques**
Boiche J., Carre F., Fervers B., et al.
- 30 **Nouvelles évaluations du service Sophia : Un impact positif notamment sur les adhérents en écart par rapport au suivi recommandé**
Caisse nationale d'assurance maladie
- 30 **La politique de prévention des infections associées aux soins : une nouvelle étape à franchir**
Cour des comptes
- 31 **Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes**
Santé Publique France
- 31 **Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque)**
Sizaret A.
- 31 **Evaluation médico-économique du service d'accompagnement des individus asthmatiques Sophia Asthme. Deuxième année de déploiement : Rapport d'étude, protocole et annexes**
Tubach F. et al.

Psychiatrie

Psychiatry

- 32 **Santé mentale, troubles mentaux et du comportement : dossier documentaire**
Institut régional d'éducation et de promotion de la santé
- 32 **Mentally Spent: Credit Conditions and Mental Health**
Hu Q., Levine R., Lin C., et al.

Soins de santé primaires

Primary healthcare

- 32 **Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes**
Afrite A., Franc C. et Mousques J.
- 33 **Fluidifier les parcours patients et les synergies entre acteurs - Démarches et outils**
Agence nationale d'appui à la performance
- 33 **Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: The Final Summarised Results of the Models of Child Health Appraised (MOCHA) Project**
Blair M., Rigby M. et Alexander D.
- 34 **Measuring General Practice Productivity**
Dawson J. et Rigby-Brown A.
- 34 **Étude portant sur le thème « Médecine spécialisée » : parcours de patients**
Depinoy F., Faure et L.
- 35 **From Alma-Ata to Astana: Primary Health Care – Reflecting on the Past, Transforming for the Future**
OMS - Bureau régional de l'Europe

Sociologie de la santé

Sociology of Health

- 35 **Faire la concurrence : retour sur un phénomène social et économique**
Castel P., Henaut L., Marchal E., et al.

- 35 **Sociologie des outils de gestion : introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion**
Chiapello E. et Gilbert P.
- 36 **Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago : second volume**
Demaziere D. d. et Jouvenet M. d.
- 36 **Les biographies en sociologie**
Dubar C. et Nicourd S.
- 36 **L'innovation en santé : technologies, organisations, changements**
Haxaire C., Moutaud B., Farnarier C., et al.
- 36 **Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches**
Pennec A., Le Borgne Uguen F. et Douguet F.

Systemes de santé

Health systems

- 37 **2019 Global Health Care Outlook : Shaping the Future**
Deloitte
- 37 **OECD Reviews of Public Health: Japan. A Healthier Tomorrow**
Baubion C., Cecchini M. et Fujisawa R.
- 37 **Performance Measurement Systems in the Health Sector and Their Budgetary Implications**
Beazley I., Dougherty S., Penn C., et al.
- 37 **Economic and Social Impacts and Benefits of Health Systems**
Boyce T. et Brown C.
- 38 **Comprendre la politique de santé aux États-Unis**
Chelle E. et Smyrl M. p.
- 38 **Decentralisation in the Health Sector and Responsibilities Across Levels of Government Impact on Spending Decisions and the Budget**
James C., Beazley I., Penn C., et al.
- 38 **Compendium of Health System Responses to Large-Scale Migration in the WHO European Region**
OMS - Bureau régional de l'Europe

Travail et santé

Occupational Health

- 39 **Travail et santé**
Barnay T. et Jusot F.
- 39 **Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions**
Berard J. L., Oustric S. et Seiller S.
- 39 **Employer Concerns and Responses to an Aging Workforce**
Clark R. L., Nyce S., Ritter B., et al.
- 40 **Sickness Absence and Relative Income**
Goerke L.
- 40 **Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs**
Haute autorité de santé
- 40 **Health, Cognition and Work Capacity Beyond the Age of 50. International Evidence on the Extensive and Intensive Margin of Work**
Vandenbergh V.
- 41 **Adjustment Costs and Incentives to Work:evidence from a Disability Insurance Program**
Zarezani A.

Viellissement

Aging

- 41 **Impact of Later Retirement on Mortality: Evidence from France**
Bozio A., Garrouste C. et Perdrix E.
- 42 **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Synthèse des rapports d'activité 2017**
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- 42 **Âges de départ à la retraite**
Conseil d'Orientation des retraites
- 42 **Retraite et droits conjugaux : panorama et perspectives**
Conseil d'Orientation des retraites
- 43 **Rapport sur la proposition de loi visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie**
Doineau E.

- 43 **Unravelling Hidden Inequities
in a Universal Public Long-Term Care
System**
Garcia-Gomez P., Hernandez-Pizarro H. M. et Lopez-Casas-
novas G.
- 43 **The Costs and Benefits of Caring:
Aggregate Burdens of an Aging Population**
Kydland F. et Pretnar N.

Assurance maladie

Health Insurance

► **The Effect of Health Insurance on Mortality: Power Analysis and What We Can Learn from the Affordable Care Act Coverage Expansions**

BLACK B., HOLLINGSWORTH A., NUNES L., et al.
2019

NBER Working Paper Series ; 25568. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25568>

A large literature examines the effect of health insurance on mortality. We contribute by emphasizing two challenges in using the Affordable Care Act (ACA)'s quasi-experimental variation to study mortality. The first is non-parallel pretreatment trends. Rising mortality in Medicaid non-expansion relative to expansion states prior to Medicaid expansion makes it difficult to estimate the effect of insurance using difference-in-differences (DD). We use various DD, triple difference, age-discontinuity and synthetic control approaches, but are unable to satisfactorily address this concern. Our estimates are not statistically significant, but are imprecise enough to be consistent with both no effect and a large effect of insurance on amenable mortality over the first three post-ACA years. Thus, our results should not be interpreted as evidence that health insurance has no effect on mortality for this age group, especially in light of the literature documenting greater health care use as a result of the ACA. Second, we provide a simulation-based power analysis, showing that even the nationwide natural experiment provided by the ACA is underpowered to detect plausibly sized mortality effects in available datasets, and discuss data needs for the literature to advance. Our simulated pseudo-shocks power analysis approach is broadly applicable to other natural-experiment studies.

► **The Impact of the Affordable Care Act: Evidence from California's Hospital Sector**

DUGGAN M., GUPTA A. ET JACKSON E.
2019

NBER Working Paper Series ; n° 21488. Cambridge NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25488>

The Affordable Care Act (ACA) authorized the largest expansion of public health insurance in the U.S. since the mid-1960s. We exploit ACA-induced changes in the discontinuity in coverage at age 65 using a regression discontinuity based design to examine effects of the expansion on health insurance coverage, hospital use, and patient health. We then link these changes to effects on hospital finances. We show that a substantial share of the federally-funded Medicaid expansion substituted for existing locally-funded safety net programs. Despite this offset, the expansion produced a substantial increase in hospital revenue and profitability, with larger gains for government hospitals. On the benefits side, we do not detect significant improvements in patient health, although the expansion led to substantially greater hospital and emergency room use, and a reallocation of care from public to private and better-quality hospitals.

► **Impact of Private Health Insurance on a Public Healthcare System: The Case of Cesarean Deliveries**

MILCENT C. ET ZBIRI S.
2019

PSE Working Papers ; 2018-52. Paris PSE.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01945878v2>

According to the health economics literature, medical practices respond to the source of hospital payments and the rules that govern them. Here, we study the impact of supplementary private health insurance within the DRG-based financing of French hospitals. We use differences between the public and private hospital sectors in managers' and doctors'

► **Selection and Moral Hazard Effects in Healthcare**

REMMERSWAAL M., BOONE J. ET DOUVEN R.
2019

CPB Discussion Paper. La Hague CPB.

<https://www.cpb.nl/en/selection-and-moral-hazard-effects-in-healthcare>

In the Netherlands, average healthcare expenditures of persons with a voluntary deductible are twice as high as average healthcare expenditures of persons without a voluntary deductible. When assessing the effects of voluntary cost-sharing in healthcare on healthcare expenditures, it is important to disentangle moral hazard from selection: are healthcare expenditures low because people pay (a bigger share of) their healthcare expenditures out-of-pocket? Or are people with higher cost-sharing levels healthier? In this study, we separate

selection from moral hazard for the combined mandatory and voluntary deductible in the Netherlands. We use proprietary claims data from Dutch health insurers and exploit with a panel regression discontinuity design that we can observe healthcare expenditures before and after the deductibles kick in for 18 year olds. Our study shows that selection, not moral hazard, is the main effect explaining the difference in healthcare expenditures between persons with and without a voluntary deductible. Furthermore, we find that 18 year olds who never chose a voluntary deductible reduce their healthcare spending by 26 euros (on average) in response to a 100 euro increase in the (mandatory) deductible. However, for 18 year olds who chose a voluntary deductible (on top of the mandatory) we find that this choice does not result in a further reduction in healthcare spending.

Démographie

Demography

► **Trends in Life Expectancy in EU and Other OECD Countries : Why Are Improvements Slowing?**

RALEIGH V. S.
2019

OECD Health Working Papers; 108. Paris OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/trends-in-life-expectancy-in-eu-and-other-oecd-countries_223159ab-en

This paper reports on levels and trends in life expectancy in the 28 EU countries and some other high-income OECD countries, and examines potential explanations for the slowdown in improvements in recent years. The aim is to raise awareness of the issue and prompt further investigative work, including through international collaboration in areas where the underlying drivers appear to be similar across countries, which can in turn inform the implementation of appropriate policies and interventions. Ce document de travail décrit les niveaux et les tendances de l'espérance de vie dans les 28 pays de l'Union Européenne (UE) et d'autres pays de l'OCDE, et examine les raisons possibles du ralentissement des gains d'espérance de vie observé au cours des dernières années. L'objectif

est de susciter une prise de conscience plus large de ce phénomène et de stimuler des travaux de recherche, y compris des collaborations internationales concernant les facteurs sous-jacents qui semblent jouer un rôle dans plusieurs pays. Ces travaux pourraient guider la mise en place de politiques et d'interventions appropriées.

E-santé - Technologies médicales

E-Health - Medical technology

► **Usage du numérique dans le secteur médico-social - 1er état des lieux national**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2019

Paris Anap

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/usage-du-numerique-dans-le-secteur-medico-social-1er-etat-des-lieux-national/>

Ce document restitue un état des lieux de l'usage du numérique dans le secteur médico-social. Il présente les grands constats issus de l'analyse, les enseignements que l'on peut en retenir et identifie les enjeux de développement du numérique dans le secteur médico-social.

► **Ouvrage collectif SSI Santé**

ASSOCIATION POUR LA SÉCURITÉ DES SYSTÈMES
D'INFORMATION EN SANTÉ
2019

Duneau : Apssis

<http://www.apssis.com/#/publications-apssis/4395697>

La rédaction d'articles et de retours d'expériences a été proposée à un large panel de professionnels de la SSI Santé. L'objectif était de donner la parole au terrain, par la plume de celles et ceux qui « exercent la SSI », qui mettent en œuvre les principes de la cybersécurité au cœur des organisations, tant sur le volet « technique » que sur le volet « politique ». L'ouvrage est organisé en 7 thématiques : Normes et référentiels, Gouvernance de la SSI Santé, Technologies de sécurité, RGPD et cybersécurité, Processus et procédures, Conformité et audits, et Prospective.

► **Market Study on Telemedecine**

COMMISSION EUROPÉENNE
2018

Bruxelles Commission européenne

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf

Commandée par l'Union européenne, cette étude examine le marché européen de la télémédecine et les facteurs qui en déterminent son développement. L'analyse présente les applications de télémédecine et les directives techniques, et décrit la dynamique du marché et les obstacles potentiels limitant un déploiement et une adoption plus larges. Une évaluation de la rentabilité d'un déploiement à grande échelle dans les conditions actuelles et futures du marché est entreprise afin de fournir aux décideurs des conseils judicieux.

► **Évaluer les dispositifs médicaux connectés, y compris ceux faisant appel à l'intelligence artificielle**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2019

Saint-Denis HAS

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2905546/fr/evaluer-les-dispositifs-medicaux-connectes-y-compris-ceux-faisant-appel-a-l-intelligence-artificielle

Ce guide précise les spécificités de l'évaluation clinique à l'attention des industriels qui sollicitent leur remboursement. Si l'évaluation repose sur les mêmes critères que pour tout autre type de dispositif médical, des spécificités liées à leur caractère connecté doivent être prises en compte : rapidité d'évolution de la solution technologique, interactions multiples entre patients, aidants, soignants et autres dispositifs médicaux ou objets, intégration de systèmes experts traitant les données (algorithmes avec ou sans intelligence artificielle).

► **Avis du 31 janvier 2019 portant sur les standards de qualité pour faire des consultations numériques du public un processus d'enrichissement de la démocratie en santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2019

Paris Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_standards_qualite_consultations_en_ligne_adoptes_ap_3101_15_190219_vuap.pdf

Le nombre de consultations en ligne, notamment sur les enjeux de santé va croissant. Peuvent être citées en exemple la consultation de l'Institut national du cancer (INCa)² sur le dépistage des cancers du sein, ou encore celles sur la stratégie nationale de santé, la vaccination, la « concertation grand âge autonomie », les états généraux de la bioéthique, etc. La Conférence nationale de la santé (CNS) s'interroge sur les modalités très diverses qui ont été retenues. Dans la perspective de contribuer à l'enrichissement de la démocratie en santé, la CNS, dont une des missions est de contribuer au débat public en santé, a décidé de s'autosaisir de ce sujet et a sollicité l'appui de la Commission nationale du débat public (CNDP) pour

la définition des standards de qualité des consultations en ligne dans le domaine de la santé. L'enjeu est d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'importance d'une démarche de qualité, en particulier dans le contexte actuel de forte demande de participation citoyenne. Cela contribuera également à sécuriser les démarches des organisateurs.

► **The Impact of Telehealth and Telepharmacy Technology on Public Health Service Pressure and Patient Outcomes**

THROMBER A.
2019

Londres NowHealthcare Group

<https://www.nowhealthcaregroup.com/white-paper/>

This report aims to quantify the impact of digital technology on patient outcomes, medicine adherence and the reduction of pressure on public health services and private employers. The figures within are based on live Now Healthcare data combined with publicly available NHS and academic sources.

Health Economics

► **Économie de la santé**

BATIFOULIER P., DA SILVA N. ET DOMIN J. P.
2018

Paris : Armand Colin

Cet ouvrage présente, dans un langage simple et accessible, les débats économiques sur les questions de santé pour les ouvrir aux débats citoyens. Pour ce faire, il propose un ensemble pluraliste de réflexions relatives à la santé en considérant que l'organisation actuelle du système de santé ne peut se comprendre sans avoir recours à ses trajectoires historiques. Ce manuel s'organise autour d'une logique thématique qui permet de présenter les grands objets de santé : l'hôpital, la médecine de ville, l'industrie pharmaceutique, les assurances privées mais aussi l'émergence des systèmes de santé, la quantification de l'activité

de soin, les inégalités, la marchandisation du soin et les rapports entre santé et capitalisme.

► **Making Outcome-Based Payment a Reality in the NHS**

COLE A., CUBI-MOLLA P., POLLARD J., *et al.*
2019

Londres OHE

<https://www.ohe.org/publications/making-outcome-based-payment-reality-nhs>

This report explores the feasibility of introducing one type of flexible payment mechanism –outcome-based payment (OBP) –for cancer medicines into the NHS in England. This model links the price the NHS pays for

Économie de la santé

a medicine to the outcomes it achieves in practice for NHS patients. OBP could help to accelerate patient access to some new medicines and ensure close monitoring of real-world patient benefit. It can also promote value for money in NHS spending and support innovation. This is especially valuable against the backdrop of rising overall NHS spending on medicines.

► **Baseline Health and Public Healthcare Costs Five Years On: A Predictive Analysis Using Biomarker Data in a Prospective Household Panel**

DAVILLAS A. ET PUDNEY S.
2019

ISER Working Paper Series; 2019-01. Colchester ISER.
<https://econpapers.repec.org/paper/eseiserwp/2019-01.htm>

We investigate the utilisation of primary and secondary public healthcare services and the consequent public costs, using data from the British Understanding Society household panel. We use a sample of 2,314 adults who, at baseline in 2010/11, reported no history of diagnosed long-lasting health conditions and for whom a set of objective biomarkers were observed. Five years later, their utilisation of GP and hospital outpatient and inpatient services was observed. We develop an econometric technique for count data observed within ranges and a method of combining NHS episode cost data with Understanding Society data without exact individual-level matching. This allows us to estimate the impact of differences in personal characteristics and socio-economic status (SES) on cost outcomes. We find that a composite biomarker index approximating allostatic load is a powerful predictor of realised costs: among the group who are at least 1 standard deviation (SD) above mean allostatic load, we estimate that a reduction of 1 SD at baseline reduces GP, outpatient and inpatient cost outcomes by around 18%. In addition to the expected strong effect of ageing on cost, we also find a large gender difference: on average women experience costs at least 20% higher than comparable men, because of their greater utilisation of GP and outpatient services. There is a strong SES gradient in healthcare costs: the average impact of moving from no educational qualifications to intermediate or from intermediate to degree level is approximately 16%. Income differences, on the other hand, have negligible impact on future costs.

► **Universal Basic Income in the US and Advanced Countries**

HOYNES H. W. ET ROTHSTEIN J. S.
2019

NBER Working Paper Series ; 25538. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25538>

We discuss the potential role of Universal Basic Incomes (UBIs) in advanced countries. A feature of advanced economies that distinguishes them from developing countries is the existence of well developed, if often incomplete, safety nets. We develop a framework for describing transfer programs, flexible enough to encompass most existing programs as well as UBIs, and use this framework to compare various UBIs to the existing constellation of programs in the United States. A UBI would direct much larger shares of transfers to childless, non-elderly, non-disabled households than existing programs, and much more to middle-income rather than poor households. A UBI large enough to increase transfers to low-income families would be enormously expensive. We review the labor supply literature for evidence on the likely impacts of a UBI. We argue that the ongoing UBI pilot studies will do little to resolve the major outstanding questions.

► **Incorporating Concerns for Equity into Health Resource Allocation. A Guide for Practitioners**

LOVE-KOH J., GRIFFIN S., KATAIKA E., *et al.*
2019

CHE Research Paper Series ; 160. York University of York.

Unfair differences in health care access, quality or health outcomes exist between and within countries around the world, and improving health equity is an important social objective for many governments and international organizations. This paper summarizes the methods for analysing health equity available to policymakers regarding the allocation of health sector resources. We provide an overview of the major tools that have been developed to measure, evaluate and promote health equity, along with the data required to operationalise them. These are organised into four key policy questions facing decision-makers: (i) what is the current level of inequity in health; (ii) does government health expenditure benefit the worst-off; (iii) can government health expenditure more effectively

promote equity; and (iv) which interventions provide the best value for money in reducing inequity. Benefit incidence analysis is identified as the principal tool for estimating the distribution of current public health sector expenditure, with geographical resource allocation formulae and health system reform being the main government policy levers for improving equity. Techniques from the economic evaluation literature, such as extended and distributional cost-effectiveness analysis can be used to identify 'best buy' interventions from a health equity perspective. A range of inequality metrics, from gap measures and slope indices to concentration indices and regression analysis, can be applied to these approaches to evaluate changes in equity. Discussion: Methods from the economics literature can be used to generate novel evidence on the health equity impacts of resource allocation decisions. They provide policymakers with a toolkit for addressing multiple aspects of health equity, from health outcomes to financial protection, and can be adapted to accommodate data commonly available in either high income or low and middle income settings. However, the quality and reliability of the data are crucial to the validity of all methods.

► **Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends**

XU K., SOUCAT A. ET KUTZIN J.
2018

Genève : Office des publications de l'OMS

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf>

L'augmentation des dépenses en santé, qui représentent 10 % du produit intérieur brut (PIB) mondial, est plus rapide que la croissance de l'économie mondiale. Selon un nouveau rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les dépenses en santé dans le monde, celles-ci augmentent rapidement, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'augmentation est de 6 % par an en moyenne contre 4 % dans les pays à revenu élevé. Les dépenses en santé d'un pays sont assumées à 51 % en moyenne par les administrations publiques et à plus de 35 % par les individus sous forme de dépenses directes. L'une des conséquences de cette situation est que, chaque année, 100 millions de personnes plongent dans l'extrême pauvreté.

État de santé

Health Status

► **Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique**

FOSSE-EDORH S., MANDEREAU-BRUNO L. ET PIFFARETTI C.
2018

Saint-Maurice, Santé publique France

Chiffres clés en 2016 : Plus de 3,3 millions de personnes sont traitées pharmacologiquement pour un diabète en France, soit 5 % de la population. Parmi ces personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète : 244 / 100000 ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde transmurale, soit plus de 8100 personnes; 596 / 100000 ont été hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral (AVC), soit plus de 19800 personnes; 805 / 100000 ont été hospitalisées pour une plaie du pied, soit plus de 26700 personnes; 255 / 100000 ont été hospitalisées pour une amputation

de membre inférieur, soit plus de 8400 personnes; 133 / 100000 ont été hospitalisées pour une mise sous dialyse ou une greffe rénale, soit plus de 4400 personnes. Les taux d'incidence de ces complications sont stables sur la période 2010-2016, sauf pour les AVC et les plaies du pied dont la fréquence augmente. Les inégalités socio-économiques et territoriales restent très marquées, que ce soit en termes de fréquence du diabète ou de survenue de complications graves.

► **Les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'accident vasculaire cérébral en France**

LEANDRE C. ET COM-RUELLE L.

2019

Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(240)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/240-facteurs-de-risque-des-patients-hospitalises-pour-un-premier-episode-d-accident-vasculaire-cerebral-en-france.pdf>

La fréquence des accidents vasculaires cérébraux en France et leurs conséquences majeures en termes de létalité et de handicap lié aux séquelles les érigent en véritable enjeu de santé publique. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, le Plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux (AVC) 2010-2014 préconise notamment de développer la prévention de l'AVC en déployant des actions de prévention et de dépistage des facteurs de risque sources d'AVC. Si les facteurs de risque sont bien identifiés par les cliniciens et mesurés dans certaines études sur échantillons, qu'en est-il sur le plan national ou régional? Le Système national des données de santé (SNDS) offre la possibilité d'analyser la population exhaustive des AVC sur le territoire français à partir des données d'information médicale et de consommation de soins hospitaliers et de ville qui y sont intégrées. Une série de cohortes françaises en est extraite, incluant les victimes d'un primo AVC survenu de 2010 à 2019 (à terme); elles englobent le suivi médical des 24 mois d'amont et autant en aval. Afin de repérer et quantifier les facteurs de risque d'AVC, une méthode a été mise au point et testée sur la cohorte 2012 d'adultes. Ainsi, les prévalences des facteurs de risque liés à des pathologies sont estimées à 51 % pour l'hypertension artérielle, à 37 % pour la dyslipidémie, à 20 % pour le diabète, à 16 % pour la fibrillation auriculaire et à 20 % pour la dépression. Elles sont situées dans les fourchettes cliniques nationales et internationales et apportent des informations nouvelles utiles en termes de prévention de l'AVC et de bonne prise en charge des malades. En revanche, le SNDS ne s'avère pas adapté au repérage des facteurs de risque liés aux habitudes de vie et au comportement de l'individu tels que l'obésité, le tabagisme et l'alcoolisme, soulignant le besoin d'être complété par d'autres études incluant des données cliniques.

► **Tabagisme et arrêt du tabac en 2018**

LERMENIER-JEANNET A.

2019

Paris OFDT

https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/tableau-de-bord-tabac-annuel_v2019.pdf

Le bilan annuel du « tableau de bord tabac » que l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) publie depuis 15 ans rassemble différents indicateurs clés sur les ventes dans le réseau des buralistes, les ventes de traitements et les recours aux dispositifs d'aide à l'arrêt. Il donne donc un aperçu synthétique des évolutions au cours de l'année écoulée.

► **Rapport annuel sur les drogues 2018**

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

2019

Saint-Denis OFDT

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2018>

Chaque année, à l'instar de l'ensemble des points focaux constituant le Reitox (Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies) en Europe, l'OFDT adresse à l'EMCDDA (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) un rapport national sur l'état du phénomène de la drogue dans le pays. C'est à partir de l'ensemble de ces rapports nationaux que l'agence de l'Union européenne rédige l'année suivante son rapport européen annuel sur les drogues. Le rapport national est présenté maintenant sous la forme de 10 chapitres ou workbooks. Après avoir décrit le cadre légal et la politique de lutte contre les drogues illicites, ce rapport 2018 réunit les dernières données de prévalence d'usage en populations adulte et jeune ainsi que celles relatives à la prévention et aux conséquences sanitaires de ces consommations, ainsi qu'aux demandes de traitement et à la réduction des risques et des dommages. Il détaille aussi les évolutions des marchés des différentes drogues et aborde la réponse pénale, notamment grâce à un chapitre dédié à la prison. Enfin, il dresse un panorama (en anglais uniquement) des bonnes pratiques et de la recherche en matière de conduites addictives en France.

► **La santé des enfants en France : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2019

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-enfants-en-france.pdf>

S'intéresser à la santé des enfants, c'est aussi s'intéresser à la santé des adultes de la prochaine génération et l'enjeu consiste à conduire les enfants à la vie d'adulte dans les meilleures conditions possibles pour chacun. Sans prétendre à l'exhaustivité, l'objectif de cette bibliographie est de recenser les principales sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur la santé des enfants en France pour la période s'étendant de 2000 à 2018. Quelques études internationales sont référencées. Les aspects ciblés sont les suivants : Éléments de contexte sociodémographiques et socio-économiques; État de santé et recours aux soins; Quelques aspects spécifiques : périnatalité, soins bucco-dentaires, obésité, vaccination.

► **Publication des premiers bulletins de santé publique dédiés au tabac pour chaque région de France**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
2019

Saint-Maurice SPF

<https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Publication-des-premiers-bulletins-de-sante-publique-dedies-au-tabac-pour-chaque-region-de-France>

Ces bulletins de santé publique proposent pour la première fois un état des lieux détaillé et actualisé avec les données disponibles les plus récentes sur les habitudes tabagiques et sur la morbidité et mortalité associées au tabac dans les régions françaises, jusqu'au niveau départemental lorsque cela était possible. Les données présentées sont issues de systèmes de surveillance mis en œuvre par Santé publique France, l'OFDT et l'Inserm; et pour le cancer ses partenaires l'INCa, Francim et les Hospices civils de Lyon.

► **International Comparisons of Health and Wellbeing in Adolescence and Early Adulthood**

SHAH S., HAGELL A. ET CHEUNG R.
2019

Londres The Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/international-comparisons-of-health-and-wellbeing-in-adolescence-and-early-adulthood>

Young people aged 10–24 make up approximately a fifth of the population of most high-income countries and there are strong health and economic arguments for improving their health outcomes. This report summarises how 17 key indicators of the health and wellbeing of young people aged 10–24 vary in a selection of 19 similar high-income countries both within and outside of Europe.

Géographie de la santé

Geography of health

► **Renforcer l'accès aux soins en Ile-de-France : point d'étape fin 2018 (Ma santé 2022)**

AGENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ D'ILE-DE-FRANCE
2018

Paris A.R.S.I.F.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-lars-ile-de-france-renforce-ses-actions-et-les-moyens-engages-en-2018>

Les chiffres dévoilés dans ce rapport de l'Agence régionale de la santé d'Ile-de-France montrent que les grandes agglomérations de la région francilienne sont aussi touchées par la désertification médicale. En l'espace de quelques années, la région est en effet passée du statut de privilégiée et « richement » dotée, dans le domaine de l'accès aux soins, à celui de région rassemblant le plus grand nombre d'habitants confrontés à des difficultés d'accès aux soins, en particulier en médecine générale. La pénurie de praticiens ne fait que commencer car la moitié des 22.000 médecins qui exercent en Ile-de-France, dont 6.000 à Paris, ont plus de soixante ans et les jeunes confrères ne sont pas aussi nombreux pour leur succéder. De plus, lorsqu'un médecin part en retraite, les murs de son cabinet ont pris une telle valeur qu'un professionnel en début de carrière n'a pas les moyens de les racheter. Pour lutter contre le développement des déserts médicaux, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS)

et l'ARS soutiennent désormais financièrement l'installation de cabinets médicaux regroupant plusieurs médecins. En Ile-de-France depuis 2017, 70 projets fédérant 300 praticiens, ont ainsi été cofinancés à hauteur de 11 millions d'€.

► **Manuel de géographie quantitative : concepts, outils, méthodes**

FEUILLET T., COSSART E. ET COMMENGES H.
2019

Paris : Armand Colin

À l'ère du big data et du développement fulgurant des nouvelles technologies, jamais les données spatiales n'ont été si nombreuses et aussi facilement accessibles. Toutefois, leur compréhension et leur mobilisation ne sont pas sans difficulté. Ce manuel a pour objectif d'apporter un cadre rigoureux de lecture et d'analyse des données spatiales, sous toutes leurs formes, dans une démarche de modélisation applicable à tout type de données ou de phénomènes s'exprimant dans l'espace. Après avoir présenté les théories, les concepts et les principales définitions de la géographie quantitative, il propose aux étudiants d'explorer de manière progressive les principales méthodes à connaître – des statistiques spatiales basiques aux techniques de modélisation spatiale les plus avancées.

Handicap

Handicap

► **Disability and Distress: The Effect of Disability Programs on Financial Outcomes**

DESHPANDE M., GROSS T. ET SU Y.
2019

NBER Working Paper Series ; 25642. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25642>

We provide the first evidence on the relationship between disability programs and markers of financial distress: bankruptcy, foreclosure, eviction, and home sale. Rates of these adverse financial events peak around the time of disability application and subsequently fall for both allowed and denied applicants. To estimate the causal effect of disability programs on these outcomes, we use variation induced by an age-based eligibility rule and find that disability allow-

ance substantially reduces the likelihood of adverse financial events. Within three years of the decision, the likelihood of bankruptcy falls by 0.81 percentage point (30 percent), and the likelihood of foreclosure and home sale among homeowners falls by 1.7 percentage points (30 percent) and 2.5 percentage points (20 percent), respectively. We find suggestive evidence of reductions in eviction rates. Conversely, the likeli-

hood of home purchases increases by 0.86 percentage point (20 percent) within three years. We present evidence that these changes reflect true reductions in financial distress. In our model of optimal disability benefits, considering these extreme events increases optimal disability benefits and potentially shortens waiting times.

Hospital

► **Le rôle des centres hospitaliers universitaires : référé de la Cour des comptes**

COUR DES COMPTES

2018

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-role-des-centres-hospitaliers-universitaires>

Ce référé de la Cour des comptes recommande de regrouper les trente centres hospitaliers universitaires, en constituant une dizaine de « réseaux ». Elle estime que le modèle créé en 1958 s'est essoufflé et que les CHU ne parviennent plus à remplir correctement leurs trois missions : soins de pointe, formation, recherche. Le gouvernement s'apprête justement à revoir la carte hospitalière et la gradation des soins entre les divers types d'établissements. Depuis 2011, les CHU connaissent aussi des difficultés financières récurrentes : le déficit consolidé se monte à 405 millions d'€ en 2017, dû pour moitié à l'AP-HP (Paris). En cause, selon les magistrats financiers, une insuffisante maîtrise des charges, qui réduit la capacité à investir et conduit à une vétusté croissante. Par ailleurs, la productivité des personnels apparaît variable d'un CHU à l'autre : Rouen affiche 236 séjours par équivalent temps plein médical, contre 157 à Nîmes ou 131 à l'AP-HP.

► **Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités**

COUR DES COMPTES

2019

[In: Le rapport public annuel 2019 de la Cour des Comptes. Tome 2.], Paris : Cour des comptes: 211-239.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

À la suite d'une nouvelle enquête sur les urgences hospitalières, la Cour constate que les améliorations organisationnelles mises en œuvre depuis 2014 à l'hôpital n'ont pas porté tous leurs effets, faute d'un partage des tâches avec la ville permettant de réaliser un véritable virage ambulatoire. Malgré des avancées en termes de recueil des données et d'organisation des services, les urgences demeurent trop sollicitées, entraînant de fréquentes situations de tension dans les établissements (I). La tarification est demeurée complexe et peu propice à un report des prises en charge hospitalières vers une médecine de ville insuffisamment outillée pour les accueillir (II). Désengorger les urgences nécessite de développer les alternatives aux urgences hospitalières en ville, de réorganiser les services d'urgence à l'hôpital et de réformer leurs modalités de financement (III).

► **The Strange Case of Appropriate C-Sections: DRG-Tariff Regulation, Hospital Ownership, and Market Concentration**

BERTA P., MARTINI G., PIACENZA M., et al.

2019

HEDG Working papers ; 19/02. York University of York.

The aim of this paper is to discuss how different types of hospitals respond to large financial incentives for vaginal deliveries and to financial disincentives for C-sections. We focus on a public health care system based on the quasi market model. We theoretically and empirically evaluate a government policy equalizing the tariff for C-section and vaginal deliveries at a level such that hospitals face monetary disincentives for C-section and monetary incentives for vaginal deliveries. We first theoretically show that hospital ownership matters insofar different types of hospitals are characterized by different ethical preferences; but ownership interacts with market concentration. We then consider the case-study of Lombardy in Italy. We exploit spatial variation in the presence of for-profit, not-for-profit and public hospitals and in the market concentration at the local level to evaluate the relationship between ownership and the probability of C-section. Our empirical results strongly suggest that competitive pressures from alternative providers tend to homogenize behaviors. However, in local monopolies, we do observe less C-section from private for-profit hospitals than from public and private non-profit hospitals especially when they are medically appropriate

► **Maîtriser les dépenses de santé face au changement démographique : Une analyse de l'évolution des coûts à l'hôpital au Québec**

ECHEVIN D. ET MORIN A.

2019

Working paper; 19-01. Montréal Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques.

https://www.cedia.ca/sites/cedia.ca/files/cahier_19_01_depenses_sante_face_changement_demographique.pdf

À partir de données médico-administratives longitudinales sur les séjours à l'hôpital et les coûts au Québec pour la période 1995-2012, une décomposition de la

variation des coûts de santé à l'hôpital est effectuée afin d'en analyser les principaux déterminants. Entre 1995 et 2012, la part des séjours hospitaliers a représenté 86 % de la hausse des coûts à l'hôpital, contre seulement 14 % pour les services médicaux à l'acte. De 2008 à 2012, cette répartition a été respectivement de 41 % et 59 %. Sur la période la plus récente observée, comme on aurait pu s'y attendre du fait de la hausse des rémunérations des médecins spécialistes, c'est donc la forte hausse des coûts des services médicaux qui a le plus contribué à la hausse des coûts à l'hôpital. Néanmoins, l'augmentation des volumes d'actes a davantage contribué à la hausse globale des coûts que la hausse des prix des actes. Il est de plus difficile d'établir un changement de comportement chez les médecins suite aux bonifications récentes des prix des actes, dans la mesure où la variation des volumes d'actes apparaît assez déconnectée de la variation des prix des actes. On montre enfin que l'effet de vieillissement ne prédomine pas tous les autres et semble avoir une relativement faible influence sur l'évolution des coûts de santé à l'hôpital. C'est donc davantage une combinaison des changements dans la prévalence des maladies et des changements de pratiques qui ont eu pour effet d'entraîner la hausse globale des coûts.

► **Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) : Dispositif d'accompagnement francilien - Retours d'expériences**

LEMERRER A. ET BLERY E.

2019

Paris ARSIF

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>

De février 2017 à septembre 2018, 20 services « candidats » ont été appuyés par 10 services « référents » sur les chirurgies programmées orthopédiques (PTH/PTG), colorectales (bénigne ou maligne), thoraciques et gynécologiques (hystérectomie). Ce projet a été l'occasion pour 21 établissements – tous statuts, toutes « situations géographiques » – de mener des actions articulées autour des axes de travail suivant : l'organisation des parcours patients RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie), en amont et en aval des interventions chirurgicales; la mise en place d'un socle/cadre commun de bonnes pratiques professionnelles; des démarches institutionnelles et des comités RAAC pluridisciplinaires. Ce rapport est un retour d'expé-

rience de ces travaux, qui prend la forme non pas d'un témoignage des projets menés, mais d'un guide le plus opérationnel possible.

► **L'hôpital public en crise : origines et propositions**

MICHOT F., BRINGER J., LAUNOIS B., et al.
2019

Paris Académie nationale de médecine
<http://www.academie-medicine.fr/lhopital-public-en-crise-origines-et-propositions>

La crise est perceptible au sein de l'hôpital public depuis des mois et largement commentée par la presse et les médias audiovisuels. Cette crise est en réalité plus ancienne et, depuis une dizaine d'années, de nombreux rapports lui ont été consacrés; réformer l'hôpital et plus globalement réformer le système de santé sont des objectifs réaffirmés de la prochaine loi santé. À partir de l'audition de trente-deux personnalités du monde de la santé, ce rapport analyse les origines de la crise de l'hôpital public : crise de perte de sens, crise financière, crise managériale et gouvernance, crise structurelle et organisationnelle, crise sociétale et sociale. Il décline ensuite des propositions concernant la gouvernance de l'hôpital, des nouvelles modalités de financement, la réinsertion de l'hôpital dans son environnement, la situation des personnels médicaux et soignants, la participation des patients et des citoyens et la place de l'Université dans l'hôpital.

► **Le rôle des centres hospitaliers universitaires dans la politique de soins**

MILON A.
2018

Paris Sénat
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-195-notice.html>

Dans la perspective du soixantième anniversaire des centres hospitaliers universitaires (CHU), créés par ordonnance du 30 décembre 1958, la commission des affaires sociales a demandé à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur leur rôle au sein de notre système de santé. Après un premier volet portant sur la mission des CHU en matière d'enseignement supérieur et de recherche médicale, publié en janvier 2018, ce second volet de l'enquête s'attache à leur activité de

soins. Si la triple mission - soin, formation, recherche - consubstantielle aux CHU conserve toute sa pertinence, le modèle marque des signes d'essoufflement qui appellent à en consolider les fondements pour conjuguer proximité et excellence. Au constat d'une grande hétérogénéité entre établissements partageant le même statut s'ajoute celui d'une fragilité financière croissante, révélatrice d'un malaise hospitalier, ou encore celui d'une participation inégale des CHU à la structuration territoriale de l'offre de soins. Les propositions formulées, en particulier en vue de parvenir à une gradation des soins sur le territoire pour une prise en charge cohérente des patients, en tirant parti des complémentarités entre établissements, apportent une contribution utile aux réflexions en cours sur la transformation de notre système de santé.

► **Une économie politique de l'hôpital - contre Procuste**

MOSSE P. ET HIRSCH M. P.
2018

Paris : l'Harmattan

L'hôpital public français connaît des bouleversements dont les tenants et les aboutissants font davantage l'objet de controverses que d'analyses. C'est que la régulation actuelle prend les allures d'une rationalisation sans fin. Dès lors, les moyens de cette rationalisation sont souvent perçus comme des carcans ou, pire, comme des gadgets importés du monde marchand. Pourtant, l'ouvrage montre que, sous certaines conditions, des marges de manœuvre existent qui éloigneraient le mirage de l'hôpital-entreprise tout en évitant les affres de la bureaucratie. Il en est ainsi de la contractualisation, de l'expérimentation ou de l'évaluation. De leur appropriation et de leur adaptation par l'ensemble des acteurs du système de santé dépend l'avenir de l'hôpital.

► **Repenser l'hôpital : Rendez-vous manqués et raisons d'espérer**

TSIMARATOS M., DEVICTOR B. ET GENTILE S.
2019

Paris : Michalon

Tout au long de son histoire, l'hôpital a connu de nombreuses réformes. La réforme de la T2A (tarification à l'activité) s'inscrivait dans une préoccupation

d'amélioration du système de santé, mais elle a désorienté les personnels hospitaliers, mal préparés à ce changement. Dès sa mise en place, elle a entraîné une nouvelle forme de management et augmenté la pression déjà forte des exigences qualitatives et quantitatives dans un contexte de contraintes économiques et budgétaires. Dix ans après, les conditions de travail à l'hôpital se sont considérablement dégradées, faisant apparaître le risque d'épuisement professionnel. La qualité et la sécurité ne doivent-elles concerner que les aspects médico-économiques ? Les soins ont-ils tous vocation à être rentables ? La recomposition hospitalière a transformé des hôpitaux dédiés à l'accueil des malades en structures de production de soins fréquentés par des usagers. La santé publique est devenue un acteur de l'économie nationale. Mettant en perspective la complexité, la densité, voire parfois l'incohérence du système actuel, les regards croisés de deux praticiens hospitaliers et d'une économiste de la santé permettent de faire un état des lieux assez éloigné des traditionnelles recommandations et rapports d'experts. Le management pyramidal et hiérarchique, couplé à une vision purement financière, a vécu. Il est urgent de replacer l'humain au cœur des préoccupations de tous les acteurs de la filière santé.

► **Medicare: Voluntary and Mandatory Episode-Based Payment Models and Their Participants**

U.S. GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE
2018

Washington GAO

<https://www.gao.gov/products/GAO-19-156>

Can Medicare save money and improve health care quality—just by changing the way it pays? To find out, Medicare is testing alternatives to the way it pays the hospitals and physicians who provide health care services. We reviewed tests of models that pay per «health care episode,» such as a hospitalization for surgery. We found advantages to using either voluntary or mandatory participants in these tests. Volunteers are motivated to do well, which can help Medicare determine whether a novel payment approach could work. Mandatory participation, however, allows Medicare to test with a more diverse group of participants.

Inégalités de santé

Health inequalities

► **Report on the Health of Refugees and Migrants in the WHO European Region: No Public Health Without Refugee and Migrant Health**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>

Almost one in 10 people in the WHO European Region is currently an international migrant. Finding work is a major reason why people migrate internationally, although violence, conflict, natural disasters and human rights abuses are also contributors. Migration and displacement are social determinants of health

affecting the health of refugees and migrants. The WHO Regional Office for Europe has taken the lead in assisting Member States in promoting refugee and migrant health and addressing the public health aspects of their health. The Regional Office established the Migration and Health programme specifically for this purpose. Gaining an overview of the health status of refugees and migrants and health system response is paramount in achieving the Sustainable Development Goals and in ensuring universal health coverage, and is in line with the Health 2020 framework. This report, the first of its kind, creates an evidence base with the aim of catalysing progress towards developing and promoting migrant-sensitive health systems in the 53 Member States of the WHO European Region and beyond. This report seeks to illuminate the causes, consequences and responses to the health needs and challenges faced by refugees and migrants in the

Region, while also providing a snapshot of the progress being made across the Region. Additionally, the report seeks to identify gaps that require further action through collaboration, to improve the collection and availability of high-quality data and to stimulate policy initiatives. À l'heure actuelle, les migrants internationaux représentent près d'un dixième de la population de la Région européenne de l'OMS. La recherche d'un emploi constitue l'une des principales raisons pour lesquelles l'on décide d'émigrer à l'étranger, bien que la violence, les conflits, les catastrophes naturelles et les violations des droits de l'homme y contribuent également. La migration et le déplacement sont des déterminants sociaux qui influent sur la santé des réfugiés et des migrants. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a pris l'initiative d'aider les États membres à promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, et à traiter les aspects de la santé de ces populations qui relèvent de la santé publique. Il a institué le programme Migration et santé spécialement à cette fin. Afin d'atteindre les objectifs de développement durable et de parvenir à la couverture sanitaire universelle, il importe d'acquérir une vue d'ensemble de l'état de santé des réfugiés et des migrants et des interventions menées par les systèmes de santé. En outre, cette initiative est conforme au cadre Santé 2020. Ce rapport, le premier du genre, constitue une base de données factuelles dont le but est de catalyser la mise en place et la promotion de systèmes de santé tenant compte des besoins des migrants dans les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS et au-delà. Le présent rapport vise à mettre en lumière les causes et les conséquences des besoins sanitaires des réfugiés et des migrants de la Région ainsi que les défis auxquels ils sont confrontés, tout en présentant un aperçu des progrès réalisés. Il cherche également à recenser les lacunes nécessitant la prise d'autres mesures en collaboration, à améliorer la collecte et la disponibilité de données de qualité, et à favoriser les initiatives politiques.

► **Does Childcare Improve the Health of Children with Unemployed Parents? Evidence from Swedish Childcare Access Reform**

AALTO A. M., MORK E., SJOGREN A., *et al.*
2019

Working papers ; 2019:1. Uppsala IFAU.
https://econpapers.repec.org/paper/hhsifauwp/2019_5f001.htm

We analyze how access to childcare affects the health outcomes of children with unemployed parents using a reform that increased childcare access in some Swedish municipalities. While we find no effects of childcare access on hospitalization for 2- to 3-year-olds, our results suggest that 4- to 5-year-olds were more likely to be hospitalized due to infections when they first gained access to childcare. Children aged 10 to 11 years who had access to childcare earlier in their childhood, while their parents were unemployed, were less likely to be prescribed medication for respiratory conditions and allergies. Taken together, our results suggest that the immediate health consequences of childcare access for children of unemployed parents are limited. Our findings support previous evidence that the greater exposure to microorganisms induced by childcare attendance may reduce the risk of developing allergies and asthma

► **The Roots of Health Inequality and the Value of Intra-Family Expertise**

CHEN Y., PERSSON P. ET POLYAKOVA M.
2019

NBER Working Paper Series ; 25618. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25618>

Mounting evidence documents a stark correlation between income and health, yet the causal mechanisms behind this gradient are poorly understood. This paper examines the impact of access to expertise on health, and whether unequal access to expertise contributes to the health-income gradient. Our empirical setting, Sweden, allows us to shut down inequality in formal access to health care; we first document that strong socioeconomic gradients nonetheless persist. Second, we study the effect of access to health-related expertise – captured by the presence of a health professional in the extended family – on health. Exploiting “admissions lotteries” into medical schools and variation in the timing of degrees, we show that access to intra-family medical expertise has far-reaching health consequences, at all ages: It raises longevity, improves drug adherence and reduces the occurrence of life-style-related disease in adulthood, raises vaccination rates in adolescence, and reduces tobacco exposure in utero. Third, we show that the effects of expertise are larger at the lower end of the income distribution – precisely where access to expertise is scarcer. Unequal access to health-related expertise can account for as

much as 18% of the health-SES gradient, and may thus play a significant role in sustaining health inequality.

► **The Effect of College Education on Health and Mortality: Evidence from Canada**

LACROIX G., LALIBERTE F., MICHAUD P. C., *et al.*
2018

Working Paper, 2018s-41. Montréal CIRANO.

<https://cirano.qc.ca/files/publications/2018s-41.pdf>

We investigate the returns to college attendance in Canada in terms of health and mortality reduction. To do so, we first use a dynamic health microsimulation model to document how interventions which incentivize college attendance among high school graduates may impact their health trajectory, health care consumption and life expectancy. We find large returns

both in terms of longevity (4.2 years additional years at age 50), reduction in the prevalence of various health conditions (10-15 percentage points reduction in diabetes and 5 percentage points for stroke) and health care consumption (28.4% reduction in lifetime hospital stays, 19.8 for specialists). We find that education impacts mortality mostly by delaying the incidence of health conditions as well as providing a survival advantage conditional on having diseases. Second, we provide quasi-experimental evidence on the impact of college attendance on long-term health outcomes by exploiting the Canadian Veteran's Rehabilitation Act, a program targeted towards returning WW-II veterans and which incentivized college attendance. The impact on mortality are found to be larger than those estimated from the health microsimulation model (hazard ratio of 0.216 compared to 0.6 in the simulation model) which suggest substantial returns to college education in terms of healthy life extension which we estimate around one million canadian dollars.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ
2019

St Denis ANSM

https://ansm.sante.fr/content/download/157015/2058811/version/3/file/Rapport_Antalgiques-Opioides_Fev-2019_3.pdf_2019-03-06.pdf

En 10 ans, la consommation des antalgiques opioïdes a augmenté; cela s'inscrit dans la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur de part, notamment, des plans ministériels de lutte contre la douleur ayant été mis en place depuis 1998. En parallèle, l'ANSM observe une augmentation du mésusage, ainsi que des intoxications et des décès liés à l'utilisation des antalgiques opioïdes, qu'ils soient faibles ou forts. Cependant, la situation n'est pas comparable avec celle observée aux États-Unis et au Canada. L'enjeu pour les autorités sanitaires françaises consiste à sécuriser au

mieux l'utilisation des antalgiques opioïdes sans restreindre leur accès aux patients qui en ont besoin. Ce rapport sur la consommation des antalgiques opioïdes en France, s'inscrit dans une démarche de surveillance globale de l'utilisation des médicaments utilisés dans la prise en charge de la douleur.

► **La pertinence de la prescription des antibiotiques**

COUR DES COMPTES
2019

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/20190214-refere-S2018-3239-pertinence-prescription-antibiotiques.pdf>

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2019-02/20190214-refere-S2018-3239-pertinence-prescription-antibiotiques-rep-MSS.pdf>

En 2015, en France, 1 300 tonnes d'antibiotiques ont été consommées : 730 concernaient la santé humaine

et 570 la santé animale. La France se situe ainsi parmi les trois pays les plus consommateurs de l'Union européenne. Ce niveau élevé, orienté à la hausse depuis 2005, signe l'échec des deux derniers plans de réduction de la consommation d'antibiotiques. Plusieurs pratiques sont en cause : le recours excessif aux antibiotiques, des prescriptions trop approximatives dans le choix des molécules ou les durées de traitement, un mode de dispensation par boîte qui accentue la consommation et l'automédication. La Cour recommande de mettre en œuvre de manière plus directive une palette de mesures visant à réduire la consommation d'antibiotiques et d'en garantir l'effectivité en utilisant l'instrument de la rémunération sur objectifs de santé publique. Ce référé fait suite au contrôle de la Cour sur la politique de prévention des infections associées aux soins, dont elle a rendu compte dans son rapport public annuel 2019. L'antibiorésistance contribue en effet à rendre plus compliqué, voire impossible, le traitement des infections contractées à l'occasion d'un séjour et d'une intervention à l'hôpital, mais aussi dans les établissements de santé et en ville. Le recours excessif aux antibiotiques et leur prescription massive et inappropriée contribuent non seulement à sélectionner les bactéries de plus en plus résistantes, mais aussi réduit leur efficacité, rendant plus difficile le traitement des patients. Ce référé de la Cour des comptes est suivi de la réponse de la ministre de la santé, Agnès Buzyn.

► **Evaluating Consumers' Choices of Medicare Part D Plans: A Study in Behavioral Welfare Economics**

KEANE M. P., KETCHAM J. D. ET KUMINOFF N. V.
2019

NBER Working Paper Series ; 25652. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25652>

We propose new methods to model behavior and conduct welfare analysis in complex environments where some choices are unlikely to reveal preferences. We develop a mixture-of-experts model that incorporates heterogeneity in consumers' preferences and in their choice processes. We also develop a method to decompose logit errors into latent preferences versus optimization errors. Applying these methods to Medicare beneficiaries' prescription drug insurance choices suggests that: (1) average welfare losses from suboptimal choices are small, (2) beneficiaries with dementia and

depression have larger losses, and (3) policies that simplify choice sets offer small average benefits, helping some people but harming others.

► **How Many Life-Years Have New Drugs Saved? A 3-Way Fixed-Effects Analysis of 66 Diseases in 27 Countries, 2000-2013**

LICHTENBERG F. R.
2019

NBER Working Paper Series ; 25483. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25483>

We analyze the role that the launch of new drugs has played in reducing the number of years of life lost (YLL) before 3 different ages (85, 70, and 55) due to 66 diseases in 27 countries. We estimate 2-way fixed-effects models of the rate of decline of the disease- and country-specific age-standardized YLL rate. The models control for the average decline in the YLL rate in each country and from each disease. One additional drug launch 0-11 years before year t is estimated to have reduced the pre-age-85 YLL rate (YLL85) in year t by 3.0%, and one additional drug launch 12 or more years before year t is estimated to have reduced YLL85 by 5.5%. (A drug's utilization peaks 8-10 years after it was launched.) Controlling for the number of drugs previously launched, YLL rates are unrelated to the number of drug classes previously launched. The estimates imply that, if no new drugs had been launched after 1981, YLL85 in 2013 would have been 2.16 times as high as it actually was. We estimate that pharmaceutical expenditure per life-year saved before age 85 in 2013 by post-1981 drugs was \$2837. This amount is about 8% of per capita GDP, indicating that post-1981 drugs launched were very cost-effective, overall. But the fact that an intervention is cost-effective does not necessarily mean that it is "affordable."

► **From Pain Patient to Junkie: An Economic Theory of Painkiller Consumption and Its Impact on Wellbeing and Longevity**

STRULIK H.

2018

CEGE Discussion paper series ; 359. Göttingen Center for European Governance and Economic Development Research.

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwcegedp/359.htm>

In this paper, I propose a life cycle model of painkiller consumption that combines the theory of health deficit accumulation with the theory of addiction. Chronic pain is conceptualized as a persistent negative shock to lifetime utility that can be treated by pain relief

medication. Some individuals treated with opioid pain relievers develop addiction, which increases their demand for opioids and reduces their welfare and life expectancy through side effects and potential overdose. Nevertheless, individuals prefer opioid treatment if they fail to understand how it causes addiction. Once individuals are unintentionally addicted and access to prescription opioids is discontinued, consumption shifts to illicit opioids (like heroin). I calibrate the model for a benchmark American and investigate the comparative dynamics of alternative drug characteristics, pain intensities, and ages of onsets of pain and their implications for welfare and life expectancy. I also discuss treatment of addiction and the use of opioids in palliative care.

Méthodologie - Statistique

Methodology-statistics

► **“If You Were Me”: Proxy Respondents’ Biases in Population Health Surveys**

DAVIN B., JOUTARD X., PARAPONARIS A., et al.

2019

Working paper AMSE ; 2019-05. 2019. halshs-02036434.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02036434>

Proxy respondents are widely used in population health surveys to maximize response rates. When surveys target frail elderly, the measurement error is expected to be smaller than selection or participation biases. However, in the literature on elderly needs for care, proxy use is most often considered with a dummy variable in which endogeneity with subjects’ health status is rarely scrutinised in a robust way. Pitfalls of this choice extend beyond methodological issues. Indeed, the mismeasurement of needs for care with daily activities might lead to irrelevant social policies or to private initiatives that try to address those needs. This paper proposes a comprehensive and tractable strategy supported by various robustness checks to cope with the suspected endogeneity of proxy use to the unobserved health status of subjects in reports of needs for care with activities of daily living. Proxy respondents’ subjectivity is found to inflate the needs

of the elderly who are replaced or assisted in answering the questionnaire and to deflate the probability of unmet or undermet needs.

► **Meta-Analysis for Medical Decisions**

MANSKI C. F.

2019

NBER Working Paper Series ; 25504. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25504>

Statisticians have proposed meta-analysis to combine the findings of multiple studies of health risks or treatment response. The standard practice is to compute a weighted-average of the estimates. Yet it is not clear how to interpret a weighted average of estimates reported in disparate studies. Meta-analyses often answer this question through the lens of a random-effects model, which interprets a weighted average of estimates as an estimate of a mean parameter across a hypothetical population of studies. The relevance to medical decision making is obscure. Decision-centered research should aim to inform risk assessment and treatment for populations of patients, not populations of studies. This paper lays out principles

for decision-centered meta-analysis. One first specifies a prediction of interest and next examines what each available study credibly reveals. Such analysis typically yields a set-valued prediction rather than a point prediction. Thus, one uses each study to conclude that a probability of disease, or mean treatment response, lies within a range of possibilities. Finally, one combines the available studies by computing the intersection of the set-valued predictions that they yield. To demonstrate decision-centered meta-analysis, the paper considers assessment of the effect of anti-hypertensive drugs on blood pressure.

► **Les nouveaux modèles de soins :
une clinique au service de la personne**

PLAGNOL A., PACHOUD B., GRANGER B., *et al.*
2018

Paris : Doin

Cet ouvrage présente les fondements des « nouveaux modèles de soins », une thématique en plein essor sur le plan international. Jusqu'alors, le modèle tradition-

nel des soins était tourné vers les notions de maladie et de traitement curatif, occultant progressivement la personne soignée sous le poids de la technicité scientifique. À contrario, tout en assumant pleinement les exigences d'ordre scientifique, ces nouveaux modèles convergent autour de préoccupations au cœur des exigences de la clinique et des attentes sociétales : appui sur les ressources et aspirations de la personne soignée, reconnaissance de son histoire et de son expérience comme sources essentielles de savoir, implication de cette personne comme acteur décisionnel en fonction de ses valeurs, attention au clinicien comme personne et à l'impact de la relation soignant-soigné, réhabilitation des méthodes qualitatives et du recours aux sciences humaines. L'influence de ce changement de paradigme, véritable révolution scientifique, est appelée à s'exercer sur toutes les disciplines concernées par les soins, en particulier celles relevant directement des sciences médicales, sociales ou infirmières. Pour la première fois, cet ouvrage met en relation les principes communs à ces modèles, présente les plus dynamiques d'entre eux, met en évidence leurs développements cliniques concrets et souligne leur synergie avec la clinique fondée sur les données probantes.

Politique de santé

Health policy

► **Projet de loi relatif à l'organisation
et à la transformation du système
de santé : Étude d'impact**

ASSEMBLÉE NATIONALE
2019

Paris Journal officiel de la république française

https://www.legifrance.gouv.fr/Media/Droit-francais/Etudes-d-impact/ei_art_39_2019/ei_ssax1900401L_pjl_organisation_transformation_sante_cm_13.02.2019

Un projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été présenté en Conseil des ministres le 13 février 2019 et sera débattu à l'Assemblée nationale à partir du 19 mars 2019. Parallèlement, des négociations conventionnelles sont en cours jusqu'en avril 2019 sous la direction de la Cnam afin de préciser les missions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi

que le statut des futurs assistants médicaux. Ce rapport rend compte des résultats de l'étude d'impact du projet de loi.

► **Rapport d'information sur la révision de la
loi relative à la bioéthique**

BRETON X. ET TOURAINE J. L.
2018

Paris Assemblée nationale

La mission d'information se propose de réinterroger les principes de la bioéthique à l'aune des dernières évolutions scientifiques, techniques et sociales. La mission s'est également conformée à l'usage français qui veut que les questions liées à la fin de vie ne soient pas traitées dans le cadre des lois de bioéthique et, en conséquence, elle a fait le choix de ne pas abor-

der ces questions. Afin d'éclairer au mieux la représentation nationale, la mission d'information formule, bien avant le dépôt du projet de loi relatif à la bioéthique, 60 propositions concernant les thématiques suivantes : procréation et société, la prise en charge médicale des personnes présentant des variations du développement sexuel, les recherches impliquant l'embryon, la prise en charge des patients à l'épreuve de la médecine génomique et des tests génétiques, don des éléments et produits du corps humain, l'intelligence artificielle, loi et bioéthique : pour un approfondissement démocratique.

► **Avis du 31.01.19 portant sur les indicateurs de suivi pluriannuel de la stratégie nationale de santé 2018-2022**

DEVICTOR B.

2019

Paris CNS

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-et-recommandations/mandature-2015-2019-les-avis-voeux-adoptes/article/avis-du-31-01-19-portant-sur-les-indicateurs-de-suivi-pluriannuel-de-la>

La stratégie nationale de santé 2018- 2022 a été adoptée officiellement par le Gouvernement fin décembre 2017 à l'issue d'un processus de concertation avec les acteurs de la santé et les autres ministères concernés. L'arrêté du 1^{er} février 2018 relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018- 2022 , prévoit un dispositif de suivi et d'évaluation composé de : -1. un suivi annuel des actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs figurant dans le décret du 29 décembre 2017, réalisé par les directions du Ministère des solidarités et de la santé et la direction générale des outre-mer à partir d'indicateurs de processus et de moyens, et consolidé par le secrétariat général des ministères sociaux; - 2. un suivi pluriannuel réalisé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), reposant sur

des indicateurs de résultats et d'impacts faisant l'objet de publications en 2018, 2020 et 2022; - 3. une évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé, pilotée par la Drees, faisant l'objet d'un rapport final en 2022. Conformément à l'article 1.II. de cet arrêté » qui prévoit que les rapports mentionnés sont soumis pour avis au Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et à la CNS « la Drees du ministère chargé de la santé a sollicité l'avis de la Conférence nationale de santé sur la liste des indicateurs de résultats et d'impacts retenus pour le suivi pluriannuel de la stratégie nationale de santé. Ce rapport rassemble les résultats de cette consultation.

► **Avis relatif à l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2018

Paris HCSP

https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20180208_valdelastrandesperplasoumaideju.pdf

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu de la part de la Direction générale de la santé (DGS) une saisine datée du 20 juillet 2017 pour un avis sur « l'évaluabilité de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice » mise en place en avril 2017. Cette saisine du HCSP porte sur une étude préalable à la démarche évaluative qui accompagnera le déploiement de cette stratégie. Cette étude devrait notamment permettre la définition du cadre méthodologique de l'évaluation en circonscrivant le champ de celle-ci et en identifiant des indicateurs de processus et d'évaluation pertinents. Cette stratégie santé des personnes placées sous main de justice fait suite au plan d'actions stratégiques 2010- 2014. Elle a pris en compte des observations et recommandations formulées par l'Igas dans le rapport d'évaluation conjoint IGAS n°201505QR/IGSJ n°58-15 du 25 mars 2015.

► **Usagers : votre santé, vos droits**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2019

Paris : Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_guide_pratique_-_usagers_votre_sante_vos_droits_-_2014-3.pdf

Ce guide, composé de 26 fiches pratiques réparties entre six thématiques, aborde les grands domaines de la prise en charge sanitaire : l'accès aux soins, le patient acteur de sa santé, l'information sur la qualité des soins, l'information sur la fin de vie, la valorisation des droits et des annexes détaillées.

► **La sédation profonde et continue jusqu'au décès en France, deux ans après l'adoption de la loi Claeys-Leonetti**

ROBERTS R.

2018

Paris C.N.S.P.F.V.

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/press/sedation-profonde-et-continue-jusquau-deces-le-dispositif-peine-a-se-mettre-en-place-sur-le-terrain/>

La loi du 2 février 2016 a ouvert la possibilité pour les patients de demander l'accès, sous certaines conditions, à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Elle a donc ouvert « un droit » nouveau dont beaucoup se demandent s'il s'installe bien sur le terrain, s'il est connu de ceux qui pourraient en bénéficier et si les équipes soignantes sont à l'aise pour la proposer et la mettre en œuvre. Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, ayant au titre de ses missions celle de participer à l'évaluation des politiques publiques en matière de fin de vie, a mandaté un groupe de travail pour tenter de recueillir des éléments utiles en réponse à ces questions. Le rapport d'évaluation mené sous la direction du Pr René Robert, constate que la sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD) peine à se mettre en place sur le terrain. Il y est peu fait recours. On sent une certaine frilosité des équipes soignantes à la mettre en œuvre, engendrant de l'incompréhension, voire parfois de la colère chez les familles qui ont essayé de l'obtenir pour leur proche en fin de vie et qui avaient compris que c'était un droit devenu acquis depuis la loi de 2016. En matière de sédation, la tension est souvent devenue assez palpable sur le terrain, dès que le mot est prononcé, si bien que même l'accès à des pratiques

sédatives plus banales, qui ne posaient aucune question éthique jusque-là, semble s'en trouver atteint. Le groupe a tenu à explorer précisément les différentes situations médicales susceptibles d'avoir recours à la SPCJD : les difficultés sont-elles les mêmes en réanimation, en neurologie, en gériatrie, en soins palliatifs ou en médecine de ville ? Il a auditionné différentes associations de patients en lien avec des familles. Il a aussi établi une analyse approfondie de la littérature internationale et auditionné des experts étrangers pour vérifier si les difficultés signalées sont propres à la France ou non.

► **Le projet de loi d'adaptation et de transformation du système de santé : Ma santé 2022. Synthèse documentaire**

SAFON M. O.

2019

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/projet-de-loi-relatif-a-l-organisation-et-a-la-transformation-du-systeme-de-sante.pdf>

Un projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été présenté en Conseil des ministres le 13 février 2019 et sera débattu à l'Assemblée nationale à partir du 19 mars 2019. Parallèlement, des négociations conventionnelles sont en cours jusqu'en avril 2019 sous la direction de la Cnam afin de préciser les missions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que le statut des futurs assistants médicaux. Après un cadrage chronologique sur l'état d'avancement du projet de loi, l'objectif de cette synthèse est d'en analyser les principales dispositions et de proposer quelques éléments bibliographiques (rapports, articles...) ainsi que des ressources électroniques.

Public Policy

► **Le rapport public annuel 2019 de la Cour des Comptes. 3 tomes**

COUR DES COMPTES
2019

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

Introduit par une analyse de la situation d'ensemble des finances publiques à fin janvier 2019, le tome I du rapport public annuel 2019 de la Cour des comptes expose une sélection d'observations suivies de recommandations, mesures concrètes visant à améliorer l'utilisation des fonds publics et l'efficacité des services publics. Ses dix chapitres sont regroupés autour de quatre thèmes : les finances publiques, les politiques publiques, la gestion publique et les territoires. Ils mettent en exergue des échecs, mais également des progrès et des réussites. Le tome II présente les suites données par les administrations, collectivités et autres organismes contrôlés aux observations et recommandations formulées les années précédentes. Douze chapitres sont ensuite regroupés en trois catégories, en fonction du degré de mise en œuvre des recommandations, matérialisé par trois couleurs : vert (La Cour constate des progrès), orange (La Cour insiste) et rouge (La Cour alerte).

► **Favoriser l'élaboration de politiques publiques fondées sur des données probantes : incertitude versus ambiguïté**

CAIRNEY P.
2017

Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

https://www.ccnpps.ca/159/publications.ccnpps?id_article=1929

Les études sur les politiques publiques distinguent souvent l'incertitude, qu'on définit comme un manque de connaissances au sujet d'un problème politique ou de sa solution, de l'ambiguïté, définie comme la possibilité de générer plus d'une interprétation d'un problème. Dans cette optique, la réduction de l'incertitude se veut une démarche technique par laquelle on présente les meilleures données probantes aux bonnes personnes

et au bon moment en vue de répondre à un problème politique déjà bien défini. La réduction de l'ambiguïté se veut une démarche politique à travers laquelle on cherche à exercer un pouvoir pour définir un problème politique et provoquer la demande de données probantes. Cette distinction a des implications majeures pour quiconque cherche à influencer les décideurs politiques et à former des coalitions avec des acteurs influents. Dans cet article, nous avons mis en évidence certaines de ces implications pour les acteurs de la santé publique qui souhaitent encourager la création de politiques publiques plus favorables à la santé.

► **Faire participer les habitants : citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires**

CARREL M. ET ELIASOPH N.
2013

Lyon : ENS Éditions

Veut-on vraiment que les habitants des quartiers populaires participent ? Deux analyses s'affrontent, en théorie comme en pratique, sur la participation des habitants aux politiques de la ville. La première pointe les dérives de « l'injonction participative », cette demande unilatérale et méprisante faite aux pauvres de se comporter en citoyens, sans leur donner la possibilité de débattre sur le fonctionnement des institutions. La seconde voit au contraire dans la participation un levier pour leur émancipation sociale et politique, et l'amélioration de l'action publique. Le croisement de plusieurs perspectives d'analyse et terrains d'enquête permet de dépasser cette vision binaire et de rendre compte de la manière dont les problèmes sociaux, économiques et urbains sont débattus dans l'espace public. L'ethnographie de la participation aide à mieux comprendre la manière dont les habitants prennent part, ou non, à la définition et à l'évaluation des politiques publiques qui les concernent. Cet ouvrage montre que l'apathie des habitants des quartiers d'habitat social n'est qu'apparente, ou plutôt qu'elle se développe dans des contextes d'interaction particuliers. Sous certaines conditions, au contraire, de nouvelles formes de contre-pouvoir, engendrées par l'activité délibérative des « artisans de la participation », émergent dans les milieux populaires.

Prévention

► **Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques**

BOICHE J., CARRE F., FERVERS B., *et al.*
2019

Paris INSERM

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Ce document présente la synthèse et les recommandations issues des travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre à la demande du Ministère chargé des sports concernant la prévention et le traitement des maladies chroniques par l'activité physique. Ce travail s'appuie essentiellement sur les données issues de la littérature scientifique disponible lors du dernier trimestre 2016. Les principales pathologies qui y sont étudiées sont les pathologies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies respiratoires chroniques. L'obésité, en tant que déterminant de maladies chroniques et phénomène morbide en soi, y trouve également sa place. Enfin, sont aussi prises en compte certaines maladies mentales (dépression, schizophrénie), ainsi que les troubles musculosquelettiques (TMS) et la multimorbidité.

► **Nouvelles évaluations du service Sophia : Un impact positif notamment sur les adhérents en écart par rapport au suivi recommandé**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
2019

Paris : Cnam

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/evaluation-du-service-sophia/evaluation-du-service-sophia-diabete.php>

Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé du patient diabétique, expérimenté en 2008 dans neuf départements puis étendu à l'ensemble du territoire en 2013, avant d'être étendu progressivement aux personnes asthmatiques à partir de 2014. Aujourd'hui, le service s'appuie sur 220 infirmiers-conseillers en santé et compte plus de 790 000 adhérents diabétiques

et 72 000 adhérents asthmatiques. Pour la première fois, la longévité du service d'accompagnement des patients diabétiques permet d'avoir un recul suffisant pour mesurer des résultats en termes de santé publique (morbi-mortalité). Une nouvelle étude réalisée en 2018 évalue l'impact à huit ans du service sophia (2008-2016) auprès des premiers adhérents de l'année 2008. Par ailleurs, depuis son lancement en 2014, le service d'accompagnement des patients asthmatiques, sophia a fait l'objet d'une seconde évaluation médicale et économique à deux ans de ce service. La note de synthèse publiée par la Cnam en février constitue la troisième évaluation du dispositif. Les résultats montrent que ce service est très apprécié par ses 870 000 adhérents et contribue à une amélioration de leur suivi médical recommandé et de leur santé. Cela conforte l'Assurance maladie à poursuivre ce service en focalisant son action sur les personnes ayant le plus besoin de soutien. Des adaptations du service vont ainsi être menées pour mieux cibler ses actions de recrutement et d'accompagnement, diversifier ses modes d'actions en utilisant les médias digitaux (emails, SMS, apps) et encore mieux relayer les recommandations des professionnels de santé.

► **La politique de prévention des infections associées aux soins : une nouvelle étape à franchir**

COUR DES COMPTES
2019

[In: **Le rapport public annuel 2019 de la Cour des Comptes. Tome 1.**], Paris : Cour des comptes: 125-159.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

La lutte contre les infections associées aux soins implique de réduire leur nombre à l'hôpital et de prendre de surcroît pleinement en compte les enjeux liés au parcours de soins en dehors de l'hôpital et à l'antibiorésistance (I). Pour partie engagée, la réorganisation de l'action publique doit être menée à bien à tous les niveaux de la gestion du risque, des structures de soins jusqu'au cadre national de pilotage (II). Au-delà, il importe de responsabiliser plus forte-

ment les acteurs du système de santé eux-mêmes, en améliorant les pratiques professionnelles en matière d'hygiène et de prescription des antibiotiques et en promouvant une gestion plus active du risque (III).

► **Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2019

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes>

En France, des recommandations alimentaires et d'activité physique officielles ont été diffusées depuis 2001 dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS). Suite à l'évolution des données scientifiques et aux rapports récents de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et à l'avis du Haut Conseil de santé publique (HCSP), la Direction générale de la santé (DGS) a chargé Santé publique France de l'actualisation des recommandations relatives à l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité à diffuser auprès de la population adulte.

► **Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque)**

SIZARET A.

2019

Besançon : IREPS

L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masseur-kinésithérapeute) s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Il vise à former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires. Intégré à la formation initiale des étudiants en santé, le service sanitaire est consacré à la préparation

et à la réalisation d'actions de prévention primaire; il comprend le temps de formation préparatoire à cette action, le travail personnel des étudiants, la réalisation de l'action, le retour d'expérience, l'évaluation de la formation et des actions réalisées. Ce dossier documentaire accompagne donc le dispositif du service sanitaire en Bourgogne - Franche-Comté. Proposer de faire le tour de la question de la promotion de la santé en 180 minutes est naturellement une gageure ! L'ambition de ce document est avant tout d'amorcer l'aventure en promotion de la santé. Dix-neuf concepts importants ont été choisis; pour chacun d'eux sont mentionnées : des définitions sourcées qui permettront aux lecteurs de s'approprier les grands repères de la promotion de la santé, et pour les plus motivés de plonger dans des textes fondateurs; une ressource documentaire sous forme d'infographie, d'article ou de schéma pour illustrer le concept; des références bibliographiques pour aller plus loin.

► **Evaluation médico-économique du service d'accompagnement des individus asthmatiques Sophia Asthme. Deuxième année de déploiement : Rapport d'étude, protocole et annexes**

TUBACH F. ET *et al.*

2019

Paris Cnam

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/evaluation-du-service-sophia/evaluation-du-service-sophia-asthme.php>

Ce rapport s'inscrit dans le cadre général d'un mandat que la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a octroyé au Centre de pharmacoépidémiologie de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (Cephepi). Il s'agissait d'évaluer le programme Sophia Asthme dans sa deuxième année de déploiement à l'aide des données de remboursement de l'assurance maladie (Système national des données de santé - SNDS) - incluant les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et de données recueillies auprès des participants au programme Sophia Asthme (adhérents).

Psychiatry

► **Santé mentale, troubles mentaux et du comportement : dossier documentaire**

INSTITUT RÉGIONAL D'ÉDUCATION ET DE
PROMOTION DE LA SANTÉ

2018

Nantes : IREPS

https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=199#.XH5A4rhCfyQ

La santé mentale couvre un champ très vaste au sein desquels sont habituellement distingués trois niveaux : - la santé mentale positive, qui recouvre l'épanouissement personnel, et dont l'interdépendance avec la santé physique est de mieux en mieux identifiée, - la détresse psychologique réactionnelle, qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, - les maladies psychiatriques caractérisées, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques établies sur des critères précis. Cette sélection documentaire apporte principalement des éléments de connaissances relatifs à l'épidémiologie, à la prévention et à la prise en charge de la détresse psychologique et des principaux troubles mentaux et du comportement aux différents âges de la vie, en Pays de la Loire et en France : dépression, troubles envahissants du développement, schizophrénie et conduites suicidaires notamment. Elle apporte également des éléments couvrant le champ de la santé mentale positive. Elle propose enfin des outils pédagogiques permettant de mieux

connaître et de réfléchir sur ce sujet avec différents publics. Elle exclut les documents portant spécifiquement sur les addictions, les questions de souffrance psychique au travail et la maladie d'Alzheimer et autres démences.

► **Mentally Spent: Credit Conditions and Mental Health**

HU Q., LEVINE R., LIN C., et al.

2019

NBER Working Paper Series ; 25584. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25584>

In light of the human suffering and economic costs associated with mental illness, we provide the first assessment of whether local credit conditions shape the incidence of mental depression. Using several empirical strategies, we discover that bank regulatory reforms that improved local credit conditions reduced mental depression among low-income households and the impact was largest in counties dominated by bank-dependent firms. On the mechanisms, we find that the regulatory reforms boosted employment, income, and mental health among low-income individuals in bank-dependent counties, but the regulatory reforms did not increase borrowing by these individuals.

Soins de santé primaires

Primary healthcare

► **Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes**

AFRITE A., FRANC C. ET MOUSQUES J.

2019

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(239).

Paris : Irdes

www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/239-desorganisations-et-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.pdf

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmières, Action de santé libérale en équipe (Asalée), a plusieurs objectifs : améliorer la qualité de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et sauvegarder du temps médical grâce à l'éducation thérapeutique et une délégation d'actes des médecins généralistes vers les infirmières. Démarré en 2004, il concerne aujourd'hui environ 700 infirmières et 3 000 médecins. Cette typologie des binômes de médecins généralistes et d'infirmières participant au dispositif Asalée s'inscrit dans le cadre du programme d'évaluation DAPHNEE de l'expérimentation de coopération de ces professionnels. Elle complète les premiers travaux qualitatifs parus (Fournier et al., 2018) par une analyse quantitative exploratoire de 1 065 binômes de médecins généralistes et d'infirmières à partir d'une enquête menée mi-2015. Trois classes de binômes se distinguent par l'intensité de l'activité des professionnels impliqués, leur ancienneté dans le dispositif et leur perception de ses apports, la nature et l'intensité des échanges au sein des binômes et le contexte ou mode d'exercice des infirmières. La classe 1 (38 % des effectifs) regroupe les binômes les plus anciens dans le dispositif, considérant positivement ses apports et dont l'activité est la plus intense, soit les binômes entrés dans une phase de maturité. La classe 2 (44 % des effectifs) est caractérisée par des binômes en phase de croissance, entrés plus récemment et présentant une activité intermédiaire. La classe 3 (18 % des effectifs) est surtout constituée de binômes en construction avec moins de deux ans d'expérience dans Asalée, et ayant l'activité dans le dispositif la plus faible.

► **Fluidifier les parcours patients et les synergies entre acteurs - Démarches et outils**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2019

Paris : ANAP

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/fluidifier-les-parcours-patients-et-les-synergies-entre-acteurs-demarches-et-outils/>

Partout en France, des professionnels désirent contribuer à une meilleure fluidification du parcours de leurs patients. Pour cela, il faut lever de nombreux obstacles : identifier des ressources disponibles sur le territoire, communiquer via des systèmes d'informa-

tion non interopérables, optimiser l'orientation des patients après une hospitalisation ou accéder à des ressources rares et donc peu disponibles... Pourtant de nombreux « pionniers », souvent avec le soutien des Agences régionales de santé, ont conçu des outils et des méthodes apportant des réponses concrètes : pour certains, un arbre décisionnel permettant en quelques questions d'identifier la bonne ressource sur le territoire, pour d'autre un outil qui identifie les patients en risque iatrogénique lors de leur passage en officine, et d'autres encore une organisation nouvelle, avec le soutien des pouvoirs publics, afin de maintenir une offre de santé de qualité en proximité. Cette publication présente vingt outils pratiques, conçus et utilisés par des professionnels au sein de neuf régions métropolitaines. Si chaque expérience est particulière, si chaque outil répond bien à des enjeux locaux, nous avons voulu mettre en avant les outils répliquables et mobilisables rapidement afin que tous puissent en bénéficier. Pour cela vingt fiches de présentation des outils présentent une synthèse « comprendre l'outil en deux minutes », précisent les utilisateurs cibles, les résultats ou témoignages, les moyens à mobiliser, les conditions de réussite, les points d'attention et quelques indicateurs de suivi. Par ailleurs, les coordonnées de personnes qui ont participé à la conception ou au déploiement de l'outil sont également fournies. Ces fiches sont complétées d'outils téléchargeables et d'une annexe méthodologique.

► **Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: The Final Summarised Results of the Models of Child Health Appraised (MOCHA) Project**

BLAIR M., RIGBY M. ET ALEXANDER D.

2018

London Imperial college

www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/MOCHA-Issues-and-Opportunities-in-Primary-Health-Care-for-Children-in-Europe.pdf

Primary care is a strong determinant of overall health care. Children make up around a fifth of the population of the European Union and European Economic Area; and have their own needs and uptake of primary care. However there is little research into how well primary care services address their needs. There are large differences in childhood mortality and morbidity patterns in the EU and EEA countries; and there

has been a major epidemiological shift in the past half century from predominantly communicable disease, to non-communicable diseases presenting and increasingly managed in primary care. This increase in multifactorial morbidities, such as obesity and learning disability, has led to the need for primary care systems to adapt to accommodate these changes. Europe presents a challenging picture of unexplained variation in health care delivery and style, and of children's different health experiences and health-related behaviour. The MOCHA project aimed to describe the primary care systems in detail, analyse their components and appraise them from a number of different viewpoints, including professional, public, political and economic lenses. It did this through nine work packages, supported by a core management team; and a network of national agents, individuals in each MOCHA country who had the expertise in research and knowledge of their national health care system to answer a wide-range of questions posed by the MOCHA scientific teams.

► **Measuring General Practice Productivity**

DAWSON J. ET RIGBY-BROWN A.

2019

Londres The King's Fund.

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/measuring-general-practice-productivity>

General practice in England is under significant pressure, with a rising workload that is becoming more complex and intense. At the same time, funding has not been growing at the same rate as demand and the number of GPs has been declining. Practices are therefore under increasing pressure both to work more productively and to work in different ways. This study developed and tested a measure of effectiveness in general practice known as the general practice effectiveness tool (GPET), in consultation with GPs, practice staff, and members of the public. This summary outlines the findings and offers learning for practices on how they think about their effectiveness.

► **Étude portant sur le thème «Médecine spécialisée » : parcours de patients**

DEPINOY F., FAURE ET L.

2018

Paris Acsantis ; Paris HCAAM

http://securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_patients_et_medecine_specialisee_acsantis.pdf

Dans le cadre d'un travail sur l'organisation de la médecine spécialisée et du second recours, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a souhaité recueillir le point de vue et l'expérience des patients. Une étude qualitative a été réalisée en constituant un échantillon d'usagers témoins et en utilisant la méthode des « focus groupes ». L'objectif a été d'explorer ce qui fonctionne comme ce qui relève des ruptures de parcours et de recueillir les attentes et propositions des patients. L'étude a été menée sur deux mois (avril et mai 2017) avec deux groupes de 13 patients atteints de pathologies chroniques et « naïfs » vis-à-vis de ce type d'exercice. Le recrutement a été effectué à partir du réseau du cabinet d'étude sans recours à un panéliste. Au total, 15 femmes et 11 hommes ont participé à la réflexion, la moyenne d'âge était de 63 ans, différentes catégories socio-professionnelles étaient représentées. Du fait des délais courts et de la nécessité d'échanges présentsiels, 22 patients sur 26 résidaient en Ile-de-France pour des questions de déplacements. Les patients (15/26) souffraient d'une pathologie chronique - cardiovasculaire, pulmonaire, rénale, asthme, diabète, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaque, fibromyalgie ou d'une forme de cancer (11/26). Les groupes se sont réunis à 4 reprises, une cinquième séance avec quelques volontaires a été consacrée à une validation collective des conclusions présentées dans ce document. Chaque séance a donné lieu à un enregistrement et une retranscription ad integrum permettant un travail d'analyse fidèle et précis. Le modérateur (médecin généraliste) et l'observateur (consultant formé en sociologie) ont ensuite travaillé séparément puis ensemble à la restitution des séances. Ce rapport analyse les résultats obtenus.

► **From Alma-Ata to Astana: Primary Health Care – Reflecting on the Past, Transforming for the Future**

OMS - BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
2018

Copenhague OMS - Bureau régional de l'Europe
<http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/publications/from-alma-ata-to-astana-primary-health-care-reflecting-on-the-past-transforming-for-the-future-2018>

The Global Conference on Primary Health Care, taking place on the occasion of the 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata, aims to commemorate and reaffirm the original principles of the declaration while renewing political commitment to placing primary health care (PHC) at the foundation of achieving universal health coverage and the sustainable

development goals. This interim report, is one of the six reports developed by each WHO regional office as background documentation for the conference. It analyses PHC progress made in the European region over the past four decades and makes projections for the future of PHC. To develop the report, all 53 European Member States were invited to submit input based on their experiences in PHC innovations, enablers and barriers. By examining the main challenges and opportunities for PHC in the European region since 1978, and taking stock of the lessons that have been learned at both national and regional levels, the report identifies key innovations of PHC models for the 21st century. This provides a base guidance for strengthening health systems around PHC to achieve health for all and ultimately transform the vision set out in the 1978 declaration into a practical reality.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► **Faire la concurrence : retour sur un phénomène social et économique**

CASTEL P., HENAUT L., MARCHAL E., *et al.*
2016

Paris : Presses des Mines

La concurrence est-elle un processus évolutif ? Comment la définir et la réguler ? Que signifie être en concurrence, faire la concurrence ? C'est à ces questions que trois chercheurs du Centre de sociologie des organisations, Patrick Castel, Léonie Hénaut, et Emmanuelle Marchal, se proposent de répondre dans un ouvrage qu'ils ont dirigé Faire la concurrence. Retour sur un phénomène social et économique . À leur yeux, la pierre angulaire du débat est que la concurrence ne s'impose pas comme une force inexorable à des acteurs qui la subirait passivement mais qu'au contraire toutes sortes d'acteurs participent à ses dynamiques – sa définition, sa régulation – voire à la définition de son périmètre. Les auteurs attirent tout d'abord notre attention sur le fait que la concurrence touche à présent toutes les formes d'organisation : privées, publiques et associatives. Ils pointent aussi le fait qu'on la retrouve dans des situations où on ne l'attend pas via des procédés tels que les indicateurs

de performance, les classements ou les appels d'offre. Cette omniprésence de la concurrence les a conduit à étudier son fonctionnement dans une multitude de secteurs : santé, enseignement supérieur et recherche, risques, marchés, travail, environnement – autant de domaines d'expertise développés au CSO.

► **Sociologie des outils de gestion : introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion**

CHIAPELLO E. ET GILBERT P.
2013

Paris : Éditions de La Découverte

Les sociétés actuelles sont de plus en plus régulées par des mécanismes qui se réclament de la gestion, et la place des outils (normes, indicateurs, tableaux de bord, systèmes d'information...) y est devenue considérable. Sortis des grandes entreprises où ils sont nés, ces outils ont gagné l'économie sociale, l'État et les organisations publiques. Le projet de ce livre est d'introduire dans l'analyse des phénomènes sociaux, organisationnels et économiques ces objets, peu visibles jusque-là

malgré leur omniprésence, et de les utiliser comme des analyseurs de situations qui marquent notre époque.

► **Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago : second volume**

DEMAZIERE D. D. ET JOUVENET M. D.
2016

Paris ; Editions EHESS

Cet ouvrage a pour objectif de présenter la réception de la sociologie d'Andrew Abbott, en France et aux États-Unis. Il a été précédé et préparé par une série de séminaires organisée au laboratoire Printemps, « L'œuvre sociologique d'Andrew Abbott : fondements empiriques et enjeux théoriques », et par un colloque, « Les parcours sociologiques qui s'est déroulé à l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ) les 25 et 26 mai 2011.

► **Les biographies en sociologie**

DUBAR C. ET NICOURD S.
2017

Paris : La Découverte

L'usage des données biographiques connaît actuellement un nouvel essor en sociologie, soulevant une série de questions. Quelles dynamiques sociales révèle l'analyse de cas individuels ? Pourquoi certains sociologues considèrent-ils les données biographiques comme des sources essentielles de connaissance des réalités sociales, tandis que d'autres les jugent peu fiables ? Quelles utilisations les sociologues font-ils des matériaux biographiques ? Ce livre montre que la complexité des processus de socialisation et les multiples temporalités de la vie invitent à utiliser les données biographiques en les associant à des perspectives théoriques et des méthodologies spécifiques. L'étude des biographies nécessite une pluralité de regards : leur contextualisation sociohistorique à travers les dimensions d'âges et de générations (parcours de vie), les évolutions des positions sociales au sein de champs sociaux (trajectoires) et les différentes sphères de socialisation (carrières) (résumé de l'éditeur).

► **L'innovation en santé : technologies, organisations, changements**

HAXAIRE C., MOUTAUD B., FARNARIER C., et al.
2018

Rennes : Presses universitaires de Rennes

Un consensus semble avoir été trouvé en sciences sociales pour dire que l'innovation ne peut se réduire à une invention technique ou organisationnelle mais résulte du processus social qui mène à son adoption ou son rejet. Cet ouvrage s'attache précisément à décrire ces déplacements qui peuvent concerner les frontières juridico-professionnelles tout comme la définition des entités cliniques ou encore l'expérience vécue de la maladie.

► **Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches**

PENNEC A., LE BORGNE UGUEN F. ET DOUGUET F.
2014

Rennes : Presses universitaires de Rennes

Cet ouvrage aborde la sociologie de la santé en considérant les contextes organisationnels des soins, entre droits des malades et pouvoirs des institutions, et en analysant l'expérience singulière de la maladie et les négociations avec les proches. Les analyses concernent des parcours ordinaires de santé, des maladies chroniques invalidantes, des situations de handicaps, des pathologies graves et les fins de vie.

Systèmes de santé

Health systems

► **2019 Global Health Care Outlook : Shaping the Future**

DELOITTE
2019

Paris Deloitte

<https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-sector-outlook.html>

Cette publication dresse un portrait de l'état des soins de santé dans le monde en 2019, lequel examine les tendances et les problèmes qui affectent les prestataires de soins de santé, les gouvernements, les payeurs, les patients et les autres parties prenantes. Il présente également des suggestions pour ces acteurs qui travaillent à redéfinir leurs systèmes de santé.

► **OECD Reviews of Public Health: Japan. A Healthier Tomorrow**

BAUBION C., CECCHINI M. ET FUJISAWA R.
2019

Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-public-health-japan_9789264311602-en

This review assesses Japan's public health system, highlights areas of strength and weakness, and makes a number of recommendations for improvement. The review examines Japan's public health system architecture, and how well policies are responding to population health challenges, including Japan's ambition of maintaining good population health, as well as promoting longer healthy life expectancy for the large and growing elderly population. In particular, the review assesses Japan's broad primary prevention strategy, and extensive health check-ups programme, which is the cornerstone of Japan's secondary prevention strategy. The review also examines Japan's exposure to public health emergencies, and capacity to respond to emergencies as and when they occur. (résumé de l'éditeur).

► **Performance Measurement Systems in the Health Sector and Their Budgetary Implications**

BEAZLEY I., DOUGHERTY S., PENN C., et al.
2019

Paris OCDE

[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=COM/DELSA/GOV\(2019\)3&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=COM/DELSA/GOV(2019)3&docLanguage=En)

This paper summarises performance measurement systems in the health sector across OECD and partner countries, focusing in particular on the extent to which they impact budgeting and spending decisions. Although each performance management system should reflect the specific features of the country and the objectives of the measurement, the paper provides some key insights on what institutional structures are commonly applied when monitoring or measuring the performance of sub-national service delivery, as well as general obstacles to implementing such systems. The questionnaire on performance measurement systems in the health sector and responsibilities across levels of government is included in the Annex. Ce document de l'OCDE rend compte d'une enquête menée auprès des gouvernements membres sur les systèmes de mesure de la performance du secteur de la santé et leurs impacts sur les budgets et les dépenses. L'enquête montre que de nombreux pays de l'OCDE s'appuient sur des systèmes centralisés de mesure de la performance pour gérer l'offre de services de santé et surveiller la performance des prestataires. Les systèmes de performance sont davantage axés sur l'amélioration des performances que sur la réduction des coûts.

► **Economic and Social Impacts and Benefits of Health Systems**

BOYCE T. ET BROWN C.
2019

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/economic-and-social-impacts-and-benefits-of-health-systems-2019>

This report provides evidence and practical methods to show the health sector is essential to a stable, function-

ning economy. Health systems have a positive impact on the economic performance of other sectors in the national economy, through the jobs they generate and from the purchase of goods and services. This report seeks to assist European policy-makers, providing guidance and tools to engage in stronger dialogue with ministries of finance and international institutions, to prevent disinvestment in health. It provides a framework that policy-makers at national, regional and local levels can apply to demonstrate health systems are a key sector for driving forward the implementation of local and national goals for sustainable development. Ce rapport présente des éléments de preuve et des méthodes pratiques en vue de démontrer que le secteur de la santé est essentiel à une économie stable et fonctionnelle. Les systèmes de santé exercent un impact positif sur la performance d'autres secteurs de l'économie nationale, grâce aux emplois qu'ils créent et à l'achat de biens et services. Ce rapport vise à aider les responsables politiques européens en leur fournissant les orientations et les outils qui leur permettront d'engager un dialogue plus soutenu avec les ministères des Finances et les institutions internationales et ce, dans le but de prévenir le désinvestissement dans la santé. Le cadre qu'il présente peut être appliqué par les responsables nationaux, régionaux et locaux afin de démontrer que les systèmes de santé jouent un rôle fondamental dans la mise en œuvre des objectifs locaux et nationaux de développement durable.

► **Comprendre la politique de santé aux États-Unis**

CHELLE E. ET SMYRL M. P.

2019

Rennes : Presses de l'EHESP

Le système de santé des États-Unis est reconnu comme le plus coûteux au monde, pour une efficacité inférieure à celle de pays comparables sur le plan du développement économique. En France pourtant, les réformes de santé, comme celle de la tarification hospitalière, s'en inspirent, sans nécessairement en avoir dressé le bilan. Faut-il dès lors continuer à en faire un exemple ? La question se pose de manière cruciale aujourd'hui. Ce livre, clair et pédagogique, offre une plongée au cœur de la politique de santé états-unienne. Il fait le point sur la portée et les limites de cette politique publique, présentée tour à tour comme modèle ou contre-modèle, et permet de comprendre que la bataille menée par le président

Trump contre la réforme Obama n'est pas qu'une question de politique interne : elle rend compte de choix et de clivages qui traversent tous les systèmes nationaux d'organisation des soins.

► **Decentralisation in the Health Sector and Responsibilities Across Levels of Government Impact on Spending Decisions and the Budget**

JAMES C., BEAZLEY I., PENN C., et al.

2019

Paris OCDE

[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=COM/DELSA/GOV\(2019\)2&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=COM/DELSA/GOV(2019)2&docLanguage=En)

This paper presents quantitative and qualitative information on the decentralised nature of health systems, mainly hospitals, and how the degree of decentralisation and spending power varies according to different institutional characteristics. The questionnaire on performance measurement systems in the health sector and responsibilities across levels of government is included at Annex A. Ce document de l'OCDE est basé sur une enquête menée auprès des gouvernements membres et porte sur la décentralisation des systèmes de santé. Les résultats montrent que dans la plupart des pays de l'OCDE, les gouvernements infranationaux contrôlent l'offre et la prestation de soins de santé, mais pas toujours le financement ou les politiques. Les gouvernements locaux ont peu de pouvoir

► **Compendium of Health System Responses to Large-Scale Migration in the WHO European Region**

OMS - BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

2018

Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/publications/2018/compendium-of-health-system-responses-to-large-scale-migration-in-the-who-european-region>

The scale of international migration in the WHO European Region has increased substantially in the last decade. The dynamics of large-scale migration pose specific challenges and opportunities to health systems, and responses will differ from country to coun-

try. Strengthening health system responses is one of the priority areas in the 2016 Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Its agreed actions include the identification

and mapping of practices for developing and delivering health services that respond to the needs of refugees, asylum seekers and migrants.

Travail et santé

Occupational Health

► Travail et santé

BARNAY T. ET JUSOT F.
2018

Paris : Les Presses de Sciences Po

Si la pénibilité du travail contribue à dégrader la santé, les études montrent aussi que l'emploi la préserve en favorisant notamment l'accès aux soins. Les relations entre état de santé des individus et marché du travail ont fait l'objet de nombreux débats et d'une abondante législation. Les dispositions actuelles, fondées sur une logique de compensation et de réparation, ne prennent pas assez en compte la complexité de ces interactions, encore accrue par le vieillissement de la population, l'allongement et la précarisation des trajectoires professionnelles. Face au risque santé s'impose la nécessité de plus de prévention et de sécurisation des parcours (4^e de couv.)

► Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions

BERARD J. L., OUSTRIC S. ET SEILLER S.
2019

Paris 1^{er} Ministre

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/02/rapport_de_mm_berard_oustric_et_seiller_relatif_a_la_prevention_lefficacite_lequite_et_la_maitrise_des_arrets_de_travail_-_20.02.2019.pdf

Ce rapport, intitulé « Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail », développe neuf constats et vingt propositions visant à mobiliser l'ensemble des acteurs sur la problématique des arrêts de travail. Il s'agit notamment : d'encourager les mesures de prévention primaire, en fournissant aux entreprises des informations leur donnant des points

de comparaison pour mettre en place un plan d'actions adapté; de renforcer les actions de prévention de la désinsertion professionnelle pour réduire la durée des arrêts longs et favoriser le retour à l'emploi; de donner de meilleurs outils aux médecins pour une prescription pertinente des arrêts de travail; d'offrir des alternatives à l'arrêt de travail, tels que le télétravail au choix du salarié, et de rénover les règles de contrôle; d'améliorer l'équité du système d'indemnisation, notamment en faveur des salariés les plus précaires, tout en allégeant les tâches de gestion.

► Employer Concerns and Responses to an Aging Workforce

CLARK R. L., NYCE S., RITTER B., *et al.*
2019

NBER Working Paper Series ; 25572. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25572>

Economist and public policy analysts have devoted considerable research to examining the work and retirement decisions of employees. Much less effort has been spent on understanding the concerns and challenges of employers if their workers delay retirement and remain on the job until older ages. In this study, we report findings from three employer surveys with the objective of learning how organizations are responding to the aging of their workforces. The surveys provide several important observations. First, employer concerns about workforce aging vary considerably across the economy. To some firms, these demographic changes are of immediate concern and are viewed as a significant risk to the organization while other firms remain more concerned about potential productivity and cost effect of an older labor force. Second, most employers expect the importance of

workforce aging to increase in the next five years. In response, a significant proportion of organizations are making changes to working conditions and compensation policies. Third, firms remain reluctant to adopt formal phased retirement policies but are more willing to offer part-time employment, return to work, and other policies on a case by case basis.

► **Sickness Absence and Relative Income**

GOERKE L.

2018

Economic Discussion Paper ;12/2018. Bonn IZA.

<https://econpapers.repec.org/paper/iaadpaper/201812.htm>

We analyse labour supply and absence from work choices, assuming that individual preferences exhibit relative consumption concerns. We show that contractual hours and the length of absence periods may vary equally with the strength of positional considerations. In this case, positional concerns do not affect their difference, i.e. overall or effective working time. Moreover, the nature and intensity of relative consumption effects influence the impact of sick pay and of true illness periods on contractual work hours and absence behaviour. Consequently, the profitability of employing individuals also varies with the strength of their positional concerns.

► **Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2019

Paris HAS

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs

Dans un contexte de vieillissement de la population active, de prévalence des maladies chroniques et de recul progressif de l'âge de départ en retraite, le maintien en emploi est un facteur de santé et d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Le périmètre de ces recommandations est circonscrit à la stratégie à mettre en œuvre à une échelle individuelle, dès lors qu'un risque de désinsertion professionnelle est identifié ou pressenti du fait d'une altération de la santé du travailleur. Les objectifs de cette recommandation de

bonnes pratiques sont de : proposer un socle commun pour prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien en emploi des travailleurs ayant un ou plusieurs problèmes de santé (en première intention dans l'entreprise d'origine), améliorer la lisibilité et la cohérence de la prise en charge des personnes en risque de désinsertion professionnelle. Les éléments génériques relevant de recommandations générales applicables quel que soit le problème de santé sont systématiquement précisés, ainsi que, le cas échéant, les éléments spécifiques à certaines pathologies considérées comme les plus fréquentes en population générale (à savoir les pathologies ostéo-articulaires, cancéreuses, cardiovasculaires et neurologiques, ainsi que les troubles dépressifs et anxieux).

► **Health, Cognition and Work Capacity Beyond the Age of 50. International Evidence on the Extensive and Intensive Margin of Work**

VANDENBERGHE V.

2019

Discussion Paper 2019-2. Louvain-la-Neuve IRES.

<https://econpapers.repec.org/paper/ctlouvir/2019002.htm>

The rising cost of old-age dependency in Europe and elsewhere invariably leads to reforms aimed at raising the effective age or retirement. But do older individuals have the health/cognitive capacity to work longer? Following Cutler et al. (2012), this paper asks how much older individuals could work if they worked as much as their younger (50-54) counterparts in similar health/with equal cognitive performance. Contrary to existing papers, this one uses international, European, comparable panel evidence available in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). It considers both physical health and cognition; and health consists of subjective and objective measures. Also, it examines the extensive and intensive margins of work (employment and hours): existing papers only consider the former. Results are essentially fivefold. First, declines in health significantly affect employment. Second, the impact on hours is statistical significant but of much smaller magnitude. People suffering from ill health rarely adjust hours; they rather stop working altogether. Third, cognition is not fundamentally affected by ageing, and it adds little to our capacity to predict how work capacity evolves with age. Fourth, identification issues exist and must be addressed. They comprise unobserved heterogeneity across respondents,

justification bias or proxying/measurement errors regarding health. Finally, declining health/cognition explain at most 31% of the actual labour supply reduction between 50 and 70. This confirms the existence of a, currently largely underused, work capacity among older individuals.

► **Adjustment Costs and Incentives to Work:evidence from a Disability Insurance Program**

ZAREZANI A.

2019

IZA Discussion paper ; 12136. Bonn IZA.

<http://ftp.iza.org/dp12136.pdf>

How important are adjustment costs for individuals when they face a change in work incentives induced by a policy change? I provide the first estimate of heterogeneous adjustment costs by exploiting a policy change that substantially increased work incentives. The policy change increased the exemption threshold in a disability insurance program. I document strong responses to work incentives as I observe excess mass –“bunching”– right below the exemption threshold where the marginal tax on earnings is low. A puzzling observation is that individuals continue bunching at

the former threshold after the policy change. This finding suggests that they face adjustment costs when changing their labor supply. I use the amount of bunching at the new and former threshold to estimate adjustment costs that vary by individuals’ ability to work. The estimated adjustment costs are higher for individuals with lower ability; varying from zero to twenty percent of their potential earnings, with an average at eight percent. The estimated elasticity of earnings respect to net-of-tax rate – accounting for heterogeneous adjustment costs – is 0.2, which is double the size of the elasticity estimated with no adjustment costs. To investigate the relative size of the adjustment costs to the work incentives induced by the policy change, I evaluate the overall effect of the policy change on the labor supply using a Difference-in-Differences design. I find that individuals who already work, work more, and those who did not work, start working. Policies designed to increase labor supply will work if the induced work incentives are large enough to offset the adjustment costs. Accounting for adjustment costs then might explain disparate findings on the effects of an increase in work Incentives on labor supply in disability insurance programs. These findings have important implications for designing policies and targeting heterogeneous groups to increase labor supply in disability insurance programs.

Veillissement

Aging

► **Impact of Later Retirement on Mortality: Evidence from France**

BOZIO A., GARROUSTE C. ET PERDRIX E.

2019

Paris PSE

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02019046/document>

This paper investigates the impact of delaying retirement on mortality among the French population. We take advantage of the 1993 pension reform in the private sector to identify the causal effect of an increase in claiming age on mortality. We use administrative data which provide detailed information on career characteristics, dates of birth and death. Our results, precisely estimated, show that an exogenous increase

of the claiming age has no significant impact on the probability to die between age 65 and 72, conversely we find that an increase of the retirement age of one year leads to an increase of 0.004 in the death rate between age 72 and 77. This effect is qualitatively small, and we discuss more generally the ability to estimate small effects in rare event data using minimal detectable effect procedure.

► **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Synthèse des rapports d'activité 2017**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2019

Paris CNSA

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/rapport_conference_des_financeurs_2017_v2.zip

Les rapports d'activité permettent de faire un état des lieux de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées sur l'ensemble du territoire. Les chiffres clés de l'année 2017 : 100 conférences des financeurs installées ; plus de 200 millions d'euros mobilisés par les membres des conférences des financeurs (y compris les concours alloués par la CNSA) pour la prévention de la perte d'autonomie dans le champ de compétence de la conférence, correspondant à près de 640 000 actions réalisées pour plus de 2 millions de participants ; 500 000 actions financées par les financeurs (hors concours CNSA) pour plus de 800 000 participants pour un total de près de 105 millions d'euros ; 137 000 actions financées par les concours versés par la CNSA pour près de 1,3 million de participants pour un total de 97 millions d'euros ; les concours de la CNSA ont été engagés à hauteur de 61,1 % en 2017 (55,8 % pour les autres actions de prévention et 79,5 % pour le forfait autonomie), ce qui représente en volume une augmentation de plus de 48,7 millions d'euros par rapport à 2016 ; le financement des concours de la CNSA a eu pour effet d'augmenter les dépenses de prévention de 48 % en 2017.

► **Âges de départ à la retraite**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2019

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article536.html>

Le dossier de cette séance porte sur les âges de départ à la retraite (ou âges de liquidation de la pension). Les âges de départ à la retraite, à travers leur influence sur le nombre de cotisants et de retraités, sont des déterminants importants de la situation financière du système de retraite, mais aussi des durées passées à la retraite. Ils importent à ce titre à la fois dans l'appréciation de l'objectif de pérennité financière et dans celle de l'objectif d'équité de traitement entre les assurés au regard de la durée de retraite. La première partie

du dossier présente les évolutions, passées et à venir, des âges de départ à la retraite après avoir défini les différents concepts possibles que recouvrent la notion d'âge de la retraite. La deuxième partie s'intéresse, quant à elle, à leur niveau et à leur évolution dans les différents régimes. Enfin, la troisième partie présente un panorama des âges légaux et des âges effectifs de départ à la retraite dans les différents pays suivis par le COR.

► **Retraite et droits conjugaux : panorama et perspectives**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2019

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article535.html>

S'interroger sur l'avenir des droits conjugaux dans le futur système de retraite universel suppose de revenir sur le fondement historique de la réversion qui s'inscrivait dans un contexte où le mariage précoce et durable était le mode de conjugalité dominant et où l'homme était l'apporteur principal de ressources au sein du couple. Les évolutions sociales et économiques sont susceptibles de remettre en question cette construction. La première partie est consacrée à des éléments de cadrage démographique et économique sur la vie en couple en France. Les modalités de vie en couple ont évolué depuis plusieurs décennies, sous l'impulsion de modifications légales (instauration du Pacs en 1999, loi de 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe) ou de changements sociaux. Par ailleurs, les rôles économiques et sociaux au sein des couples se sont modifiés au fil du temps, même s'il existe toujours une certaine dissymétrie qui se traduit par des inégalités entre les femmes et les hommes pendant la vie active et à la retraite. La deuxième partie permet de dresser un état des lieux de la réversion en France en présentant les dispositifs existants, les bénéficiaires et les montants en jeu. Elle revient notamment sur la complexité, voire l'incohérence, des règles de réversion selon les régimes d'affiliation. Après un panorama des dispositifs en vigueur à l'étranger, la dernière partie s'interroge enfin sur les évolutions possibles de la réversion dans le futur système universel de retraite.



► **Rapport sur la proposition de loi visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie**

DOINEAU E.

2019

Paris Sénat

<http://www.senat.fr/rap/l18-237/l18-237.html>

Ce rapport étaye la proposition de loi n° 185 (2018-2019) adoptée par l'Assemblée nationale visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie. L'article unique de ce texte ouvre la possibilité pour l'opticien-lunetier de pratiquer des tests de réfraction et des adaptations de verres correcteurs ou de lentilles de contact au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), atténuant ainsi l'obligation de réaliser ces actes en magasin. La portée de ce texte, animé par l'intention de garantir un meilleur confort visuel à des personnes vulnérables ou atteintes de difficultés de déplacement, est néanmoins limitée. Restreinte aux seuls actes accomplis par l'opticien-lunetier, la proposition de loi ne s'inscrit pas dans une vision d'ensemble de réorganisation de la filière visuelle et ne traite pas des problèmes structurels d'accès aux soins visuels des populations les plus vulnérables. Pour autant, sensible au signal envoyé par ce texte d'un plus grand assouplissement de l'exercice de la profession d'opticien, la commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi sans modification, dans sa version issue des travaux de l'Assemblée nationale. La loi n° 2019-72 du 5 février 2019 visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie est parue au "Journal Officiel de la République Française", 6 février 2019.

► **Unravelling Hidden Inequities in a Universal Public Long-Term Care System**

GARCIA-GOMEZ P., HERNANDEZ-PIZARRO H. M. ET LOPEZ-CASASNOVAS G.

2019

Tinbergen Institute Discussion Paper ; TI 2019-011/V. Rotterdam Tinbergen Institute.

<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20190011.html>

We investigate whether publicly subsidized long-term care (LTC) is allocated according to needs, independently from income, using administrative data from all applicants for public LTC in Catalonia, from 2011

to 2014. We measure the level of horizontal inequity in subsidies to compensate informal care costs, formal home care, and institutional care using objective detailed information on needs. Our findings suggest that the system is inequitable; cash transfers are distributed among the financially better-off, while the use of nursing homes is concentrated among the worse-off. Additionally, we assess the inequity in the form of provision (voucher versus in-kind) and its implications for the equity in the time to access. Our results show that while in-kind provision is concentrated among the worse-off, the better-off are more likely to receive a voucher to (partly) subsidize LTC expenses. However, this duality does not imply inequity in the time to access a nursing home.

► **The Costs and Benefits of Caring: Aggregate Burdens of an Aging Population**

KYDLAND F. ET PRETNAR N.

2019

NBER Working Paper Series ; 25498. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25498>

Throughout the 21st century, population aging in the United States will lead to increases in the number of elderly people requiring some form of living assistance which, as some argue, is to be seen as a burden on society, straining old-age insurance systems and requiring younger agents to devote an increasing fraction of their time toward caring for infirm elders. Given this concern, it is natural to ask how aggregate GDP growth is affected by such a phenomenon. We develop an overlapping generations model where young agents face idiosyncratic risk of contracting an old-age disease, like for example Alzheimer's or dementia, which adversely affects their ability to fully enjoy consumption. Young agents care about their infirm elders and can choose to supplement elder welfare by spending time taking care of them. Through this channel, aggregate GDP growth endogenously depends on young agents' degree of altruism. We calibrate the model and show that projected population aging will lead to future reductions in output of 17% by 2056 and 39% by 2096 relative to an economy with a constant population distribution. Curing diseases like Alzheimer's and dementia can lead to a compounded output increase of 5.4% while improving welfare for all agents.

Index des auteurs Author index

A

Aalto A. M.	22
Afrite A.	32
Agence nationale d'appui à la performance 11 , 33	
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.....	23
Agence régionale de la santé d'Ile-de-France ...	17
Alexander D.	33
Assemblée nationale.....	26
Association pour la sécurité des systèmes d'information en santé.....	11

B

Barnay T.	39
Batifoulier P.	12
Baubion C.	37
Beazley I. 37 , 38	
Berard J. L.	39
Berta P.	19
Black B.	9
Blair M.	33
Blery E.	19
Boiche J.	30
Boone J.	10
Boyce T.	37
Bozio A.	41
Breton X.	26
Bringer J.	20
Brown C.	37

C

Cairney P.	29
Caisse nationale d'assurance maladie	30
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	42
Carre F.	30
Carrel M.	29
Castel P.	35
Cecchini M.	37
Chelle E.	38

Chen Y.	22
Cheung R.	16
Chiapello E.	35
Clark R. L.	39
Cole A.	12
Commenges H.	17
Commission européenne	11
Com-Ruelle L.	15
Conseil d'Orientation des retraites.....	42
Cossart E.	17
Cour des comptes	18 , 23 , 29 , 30
Cubi-Molla P.	12

D

Da Silva N.	12
Davillas A.	13
Davin B.	25
Dawson J.	34
Deloitte.....	37
Demaziere D.	36
Depinoy F.	34
Deshpande M.	17
Devictor B. 20 , 27	
Doineau E.	43
Domin J. P.	12
Dougherty S.	37
Douguet F.	36
Douven R.	10
Dubar C.	36
Duggan M.	9

E

Echevin D.	19
Eliasoph N.	29

F

Farnarier C.	36
Faure et L.	34
Fervers B.	30

Feuillet T.	17
Fosse-Edorh S.	14
Franc C.	32
Fujisawa R.	37

G

Garcia-Gomez P.	43
Garrouste C.	41
Gentile S.	20
Gilbert P.	35
Goerke L.	40
Granger B.	26
Griffin S.	13
Gross T.	17
Gupta A.	9

H

Hagell A.	16
Haut Conseil de la santé publique.....	27
Haute autorité de santé 11 ,	40
Haxaire C.	36
Henaut L.	35
Hernandez-Pizarro H. M.	43
Hirsch M.	20
Hollingsworth A.	9
Hoynes H. W.	13
Hu Q.	32

I

Institut régional d'éducation et de promotion de la santé	32
--	----

J

Jackson E.	9
James C.	38
Joutard X.	25
Jouvenet M.	36
Jusot F.	39

K

Kataika E.	13
-----------------	----

Keane M. P.	24
Ketcham J. D.	24
Kuminoff N. V.	24
Kutzin J.	14
Kydland F.	43

L

Lacroix G.	23
Laliberte F.	23
Launois B.	20
Leandre C.	15
Le Borgne Uguen F.	36
Lemerrer A.	19
Lermenier-Jeannet A.	15
Levine R.	32
Lichtenberg F. R.	24
Lin C.	32
Lopez-Casasnovas G.	43
Love-Koh J.	13

M

Mandereau-Bruno L.	14
Manski C. F.	25
Marchal E.	35
Martini G.	19
Michaud P. C.	23
Michot F.	20
Milcent C.	9
Milon A.	20
Ministère chargé de la santé 12 ,	28
Morin A.	19
Mork E.	22
Mosse P.	20
Mousques J.	32
Moutaud B.	36

N

Nicourd S.	36
Nunes L.	9
Nyce S.	39

O

Observatoire français des drogues et des	
--	--

toxicomanies	15
OMS - Bureau régional de l'Europe	35 , 38
Organisation mondiale de la santé.....	21
Oustric S.	39

P

Pachoud B.....	26
Paraponaris A.....	25
Penn C.....	37 , 38
Pennec A.....	36
Perdrix E.	41
Persson P.	22
Piacenza M.	19
Piffaretti C.	14
Plagnol A.	26
Pollard J.....	12
Polyakova M.....	22
Pretnar N.	43
Pudney S.	13

R

Raleigh V. S.....	10
Remmerswaal M.....	10
Rigby-Brown A.	34
Rigby M.	33
Ritter B.	39
Roberts R.	28
Rothstein J. S.	13

S

Safon M. O.....	16 , 28
Santé Publique France.....	16 , 31
Seiller S.....	39
Shah S.....	16
Sizaret A.....	31
Sjogren A.	22
Smyrl M.	38
Soucat A.....	14
Strulik H.	25
Su Y.....	17

T

Thromber A.....	12
-----------------	----

Touraine J. L.	26
Tsimaratos M.	20
Tubach F.....	31

U

U.S. Government Accountability Office	21
---	----

V

Vandenbergh V.....	40
--------------------	----

X

Xu K.....	14
-----------	----

Z

Zarezani A.	41
Zbiri S.....	9

