

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Mars 2019 / March 2019

Assurance maladie	<i>Health insurance</i>
E-santé - Technologies médicales	<i>E-health – Medical technologies</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>
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>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary health care</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 **Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide**
Fonds Cmu
- 9 **Reinsurance, Repayments, and Risk Adjustment in Individual Health Insurance: Germany, The Netherlands and the U.S. Marketplaces**
McGuire T., Schillo S. et Van Kleef R. C.
- 9 **Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture**
Pierre A.
- 10 **The Effects of Capping Co-Insurance Payments**
Westerhout E. et Folmer K.

E-santé - Technologies médicales

E-health - Medical technologies

- 10 **Retours d'expérience des bonnes pratiques sur l'échange et le partage de données de santé**
Asip Santé
- 10 **Numérique & santé : quels enjeux éthiques pour quelles régulations ?**
Comité Consultatif National d'Éthique
- 10 **IA et emploi en santé. Quoi de neuf docteur ?**
Gruson D.
- 11 **Télémédecine : des économies en trois actes**
IQVIA
- 11 **Le numérique au secours de la santé**
Soudoplatoff S.
- 11 **Pharmacie connectée et télépharmacie : c'est déjà demain ! Livre vert**
Wolf-Thal C. et Coatanea P.

Économie de la santé

Health Economics

- 12 **Réforme des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné**
Aubert J. M.
- 12 **Measuring the Health Cost of Prolonged Unemployment: Evidence from the Great Recession**
Beatty T. K. M. et Ritter J. A.
- 12 **Health and Economic Growth : Reconciling the Micro and Macro Evidence**
Bloom D., Canning D. et Kostchy K.
- 13 **Health and Economic Growth**
Bloom D., Kuhn M. et Prettner K.
- 13 **Modelling Time-Varying Income Elasticities of Health Care Expenditure for the OECD**
Casas I., Gao J. et Xie S.
- 13 **How Vulnerable Is Risk Aversion to Wealth, Health and Other Risks? An Empirical Analysis for Europe**
Courbage C., Montoliu-Montes G. et Rey B.
- 13 **End-Of-Life Medical Expenses**
French E., Bailey Jones J. et Kelly E.
- 14 **Free for Children? Patient Cost-Sharing and Healthcare Utilization**
Iizuka T. et Shigeoka H.

État de santé

Health status

- 14 **Les addictions au tabac et à l'alcool**
Caniard E. et Auge-Caumon M. J.
- 14 **Survie nette conditionnelle chez les personnes atteintes de cancer en France métropolitaine. Étude réalisée à partir des données du réseau français des registres des cancers (FRANCIM)**
Dantony E., Uhry Z., Bossard N., et al.

- 15 **Les cancers en France en 2018. L'essentiel des faits et des chiffres (édition 2019)**
Institut National du Cancer

- 15 **The Great Recession and Mental Health: The Effect of Income Loss on the Psychological Health of Young Mothers**
Kiernan F.

Géographie de la santé *Geography of health*

- 15 **Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français**
Chevallard G. et Mousques J.
- 16 **Spatial Inequality in Mortality in France over the Past Two Centuries**
D'Albis H. et Bonnet F.
- 16 **La territorialisation des politiques de santé : actes de la journée d'études Fabrique Territoires Santé**
Epstein R., Philippe M., Benussan A., et al.

Hôpital *Hospital*

- 16 **Subjective and Objective Quality Reporting and Choice of Hospital: Evidence from Maternal Care Services in Germany**
Avidic D., Buyukdumus T., Moscelli G., et al.
- 17 **Le rôle des CHU dans l'offre de soins : exercices 2011 à 2017**
Cour des comptes
- 17 **Regional Variation in Healthcare Utilization and Mortality**
Godoy A. et Huitfeldt I.
- 17 **Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) : rapport annuel 2017**
Haute Autorité de Santé
- 17 **Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : Rapport des résultats nationaux de la campagne 2018**
Haute Autorité de Santé

- 18 **Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs**
Haute Autorité de Santé

- 18 **Manager une organisation de santé : l'apport des sciences de gestion**
Minvielle E., Gallopel Morvan K., Januel J. M., et al.

- 18 **Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 - propositions d'évolution**
Siahmed H., Roussel I., Meunier A., et al.

Inégalités de santé *Health inequalities*

- 19 **Inequalities in Access to Healthcare. A Study of National Policies 2018**
Baeten R., Spasova S., Vanhercke B., et al.
- 19 **Multigenerational Effects of Early Life Health Shocks**
Cooke C., Fletcher J. M. et Forgues A.
- 19 **How Do Variations in Definitions of Migrant and Their Application Influence the Access of Migrants to Health Care Services?**
Hannigan A., O'Donnell P., O'Keeffe M., et al.
- 20 **Health of Refugee and Migrant Children. Technical Guidance**
Hjern A. et Kadir A.
- 20 **Health of Older Refugees and Migrants. Technical Guidance**
Kristiansen M.
- 21 **Social Determinants of Health**
Marmot M. (éd.) et Wilkinson R. G. (éd.).
- 21 **Comprendre les inégalités**
Maurin L.
- 21 **Mental Health Promotion and Mental Health Care in Refugees and Migrants**
Priebe S. et Giacco D.
- 22 **Inégalités Sociales de Santé : les villes agissent dès l'enfance**
Salomon J., Bourdillon F., Chambaud L., et al.
- 22 **Health Care Utilization of Refugees**
Schober T. et Zoher K.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 22 **Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- 23 **Stemming the Superbug Tide : Just a Few Dollars More**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- 23 **Audit de la maîtrise des risques sanitaires par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)**
Aballea P. et Noury D.
- 23 **Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable**
Bouvenot G., Juillet Y., Saint-Pierre A., et al.
- 24 **Legal Barriers to the Better Use of Health Data to Deliver Pharmaceutical Innovation**
Cole A. et Towse A.
- 24 **Rational Self-Medication**
Darden M. E. et Papageorge N. W.
- 24 **WHO Report on Surveillance of Antibiotic: Early Implementation Consumption 2016-2018**
Swaminathan S.

Méthodologie – Statistique

Methodology- Statistics

- 25 **R pour la statistique et la science des données**
Cornillon P. A., Guyader A., Husson F., et al.
- 25 **On the Importance of the Upside Down Test in Absolute Socioeconomic Health Inequality Comparisons**
Khaled M., Makdissi P. et Yazbeck M.

Politique de santé

Health Policy

- 26 **Rapport d'information sur la révision de la loi relative à la bioéthique**
Breton X. et Touraine J. L.

- 26 **Avis de la conférence nationale de santé du 23 novembre 2017 sur le projet de stratégie nationale de santé (SNS)**
Devictor B.
- 26 **Avis relatif à la saisine du 6 novembre 2017 sur la stratégie nationale de santé**
Haut Conseil de la santé publique
- 26 **Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé**
Haut Conseil de la santé publique
- 27 **L'accompagnement social**
Jacquey-Vazquez B.
- 27 **Ma santé 2022 : un engagement collectif**
Ministère chargé de la santé
- 27 **Stratégie nationale de santé 2018-2022**
Ministère chargé de la santé
- 28 **Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé**
Vaillant L., Bensadon A.-C., Siahmed H., et al.

Politique publique

Public Policy

- 28 **Vingt ans d'évaluations d'impact en France et à l'étranger. Analyse quantitative de la production scientifique**
Bono P. H., Debu S., Desplatz R., et al.
- 29 **Lutte contre la fraude aux finances publiques. Bilan 2017**
Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude
- 29 **Quelle place pour les méthodes qualitatives dans l'évaluation des politiques publiques ?**
Revillard A.

Prévention

Prevention

- 29 **Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie**
Comité interministériel pour la santé

- 30 **Éducation thérapeutique du patient : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation**

Haute Autorité de Santé

- 30 **The Organization and Delivery of Vaccination Services in the European Union**

OMS Bureau régional de l'Europe

- 31 **Développer la prévention en France : 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens**

Wolf-Thal C.

Psychiatrie *Psychiatry*

- 31 **Santé mentale, troubles mentaux et du comportement : Bibliographie**

Institut de Recherche en Santé Publique

Soins de santé primaires *Primary health care*

- 31 **The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying Blind**

Auraaen A., Slawomirski L. et Klazinga N.

- 32 **Physicians' Incentives to Adopt Personalized Medicine: Experimental Evidence**

Bardey D., Kembou Nzale S. et Ventelou B.

- 33 **Le secteur de la biologie médicale en 2016**

Blanchoz J. M. et Bouchet A.

- 33 **Atlas de la démographie médicale en France 2018. Situation au 1er janvier 2018**

Bouet D. et Mougues J. M.

- 33 **Effects of Health Care Payment Models on Physician Practice in the United States : Follow-Up Study**

Friedberg M., Chen P. G., Simmons M., et al.

- 33 **Suppression du Numerus clausus et de la PACES : Refonte du premier cycle des études de santé pour les "métiers médicaux**

Saint-André J. P.

Systemes de santé *Health Systems*

- 34 **Health System Performance Assessment – Integrated Care Assessment (20157303 HSPA) : Health System Fiches**

Commission européenne

- 34 **Inequality in Life Expectancies Across Europe**

Bohacek R., Bueren J., Crespo L., et al.

- 35 **Public Health, Healthcare, Health and Inequality in Health in the Nordic Countries**

Christiansen T., Lauridsen J., Kifmann M., et al.

- 35 **Fit for Purpose: Findings and Recommendations of the External Review of the Pan-Canadian Health Organizations. Rapport de synthèse et summary report**

Forest P. G. et Martin D.

- 35 **Health Literacy for People-Centred Care : Where Do OECD Countries Stand?**

Moreira L.

- 36 **How ACOs Are Caring for People with Complex Needs**

Peck K. A., Usadi B., Mainor A., et al.

Travail et santé *Occupational Health*

- 37 **Management of Psychosocial Risks in European Workplaces : Evidence from the Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)**

Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail

- 37 **Évaluation de la COG 2014 - 2017 de la branche accidents du travail - maladies professionnelles**

Barbezieux P., Imbaud D. et Pavis I.

- 37 **L'effet des cancers sur la trajectoire professionnelle**

Barnay T., Ben Halima M. A., Duguet E., et al.

- 38 **The Effect of the Economic Collapse in Iceland on the Probability of Cardiovascular Events**

Birgisdottir A., Hauksdottir A. et Ruhm C. J.

- 38 **L'essentiel 2017 : santé et sécurité au travail**
Caisse Nationale d'Assurance maladie
- 38 **The Effect of Work Disability on the Intention to Retire of Older Workers**
Cavapozzi D. et Dal Bianco C.
- 39 **Santé mentale des actifs en France : un enjeu majeur de santé publique**
Fondation Pierre Deniker
- 39 **Sinistralité et repérage des cancers professionnels dans neuf pays européens**
Kieffer C.
- 39 **Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2016**
Mercieca P., Chappert F. et Therry P.
- 40 **Occupational Retirement and Social Security Reform: The Roles of Physical and Cognitive Health**
Wen J.
- 42 **Impact of Home and Leisure Accident Rates on Disability and Costs of Long Term Care in Spain**
Alemany R., Gutierrez A. M. et Guillem M.
- 43 **Social Security Reforms and the Changing Retirement Behavior in Sweden**
Palme M. et Laune L.
- 43 **Equal Long-Term Care for Equal Needs with Universal and Comprehensive Coverage? An Assessment Using Dutch Administrative Data**
Tenand M., Bakx P., Van Doorslaer E., et al.

Vieillessement

Aging

- 40 **Accueil accompagnement des personnes âgées. Bilan des réalisations au 31 décembre 2017 et programmation de places nouvelles entre 2018 et 2022**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 41 **Avis sur les notes « Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et autonomie »**
Conseil de l'Age
- 41 **Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030**
Conseil de l'Age
- 41 **L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en maison de retraite**
Terra Nova
- 42 **Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 : Avis du HCAAM**
Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- 42 **Working Better with Age: Japan**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques

Assurance maladie

Health insurance

► **Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide**

FONDS CMU

2018

Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2018-11-29_RapportAnnuel_ACS_2017_Internet.pdf

Le Fonds CMU-C rend compte annuellement au gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Le dispositif créé en 2005 a été réformé le 1^{er} juillet 2015. Le gouvernement a souhaité faciliter l'accès à l'ACS au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence visant à offrir une plus grande lisibilité des offres de complémentaire santé et de meilleures garanties à des prix plus bas. Désormais, seuls les contrats sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité-prix peuvent bénéficier de l'ACS sur la base de trois garanties type : un contrat A d'entrée de gamme, un contrat B de niveau intermédiaire, un contrat C, de niveau supérieur. Alors que le gouvernement vient d'annoncer l'extension de la couverture CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS à compter de novembre 2019 (dans le cadre du PLFSS), ce nouveau rapport du Fonds dresse un panorama complet du dispositif ACS, trois ans après la réforme de 2015. Ce panorama fait état de l'évolution du nombre de bénéficiaires (progression à un rythme annuel de 7 %, soit une augmentation de 25 % depuis la réforme), du taux de recours et du taux d'utilisation du chèque ACS (un chèque ACS sur cinq n'est pas utilisé). Depuis la mise en place de la réforme, le niveau de garantie des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS s'est amélioré significativement, alors que le prix moyen des contrats a baissé de 10 %. Le rapport apporte aussi un éclairage sur les dépenses de santé des bénéficiaires, sur leurs restes à charge en santé après intervention de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (environ 5 % de la dépense) et sur leurs restes à payer sur le prix du contrat (en moyenne, 62 % du prix des contrats est pris en charge par l'ACS). Si ce rapport fait, comme les années précédentes, un bilan positif de la réforme de 2015, il analyse également les difficultés qui demeurent pour l'accès aux soins des béné-

ficiaries de l'ACS et qui justifient la transformation à venir du dispositif

► **Reinsurance, Repayments, and Risk Adjustment in Individual Health Insurance: Germany, The Netherlands and the U.S. Marketplaces**

MCGUIRE T., SCHILLO S. ET VAN KLEEF R. C.

2018

Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W25374>

Reinsurance can complement risk adjustment of health plan payments to improve fit of payments to plan spending at the individual and group level. This paper proposes three improvements in health plan payment systems using reinsurance. First, we base reinsurance payments on spending not accounted for by the risk adjustment system, rather than just high spending. Second, we propose pairing reinsurance for individual-level losses with repayments for individual-level profits. Third, we optimize the weights on the risk adjusters taking account of the presence of reinsurance/repayment. We implement our methodology in data from Germany, The Netherlands and the U.S. Marketplaces, comparing our modified approach to plan payment with risk adjustment as currently practiced in the three settings. The combination of the three improvements yields very substantial improvements in the individual-level fit of payments to plan spending in all three countries.

► **Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture**

PIERRE A.

2018

Paris Université Paris Dauphine. Doctorat en sciences économiques; PSL University

Cette thèse s'intéresse à la place de l'assurance maladie privée en France dans l'organisation globale du système d'assurance sous l'angle des inégalités



sociales et de la solidarité entre les bien-portants et les malades. Elle s'intéresse en particulier au rôle joué par l'assurance complémentaire sur l'accès aux soins, la mutualisation des dépenses de santé et le bien-être de la population.

► **The Effects of Capping Co-Insurance Payments**

WESTERHOUT E. ET FOLMER K.

2018

[Tilburg Tilburg University](#)

https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/28354863/2018_050.pdf

In light of increasing health care expenditures, patient cost-sharing schemes have emerged as one of the main policy tools to reduce medical spending. We show that the effect of patient cost-sharing schemes on health care expenditures is not only determined by the economic incentives they provide, but also by the way these economic incentives are framed. Patients react to changes in economic incentives almost twice as strongly under a deductible policy than under a no-claims refund policy. Our preferred explanation is that individuals are loss-averse and respond differently to both schemes because they perceive deductible payments as a loss and no-claim refunds as a gain.

E-santé - Technologies médicales

E-health – Medical technologies

► **Retours d'expérience des bonnes pratiques sur l'échange et le partage de données de santé**

ASIP SANTÉ

2018

[Paris Asip Santé](#)

<https://esante.gouv.fr/media/2518>

L'ASIP Santé et la CNSA, avec l'appui des professionnels travaillant dans les MAIA, ont souhaité capitaliser sur des expériences locales de guides pratiques juridiques pour produire un document recensant les bonnes pratiques autour de l'échange et du partage des données de santé en rappelant le cadre juridique applicable.

► **Numérique & santé : quels enjeux éthiques pour quelles régulations ?**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE

2018

[Paris CCNE](#)

<https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/numerique-sante-quels-enjeux-ethiques-pour-quelles-regulations>

Ce rapport se penche sur les aspects éthiques que pose le développement du numérique dans le domaine de la santé : données de santé, intelligence artificielle,

médecine algorithmique, autant de problématiques qui méritent que l'on envisage des leviers de régulation.

► **IA et emploi en santé. Quoi de neuf docteur ?**

GRUSON D.

2019

[Paris Institut Montaigne](#)

<https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/ia-et-emploi-en-sante-quoi-de-neuf-docteur-note.pdf>

Si les initiatives publiques visent à ouvrir la voie à l'intelligence artificielle (IA) en santé et à structurer un pilotage effectif pour les données de santé, elles n'intègrent pas encore de stratégie d'anticipation et d'accompagnement des impacts de l'IA sur les métiers du secteur de la santé. L'élaboration d'une telle stratégie doit constituer une priorité afin d'anticiper et rendre plus efficace la transformation digitale du système de santé français. C'est l'objectif de cette note, rédigée par David Gruson pour l'Institut Montaigne, qui formule deux propositions : la création d'une méthodologie de chiffrage des impacts de l'IA sur les métiers de santé et le déploiement d'une responsabilité sociale d'entreprise (RSE) digitale dans les établissements de santé.

► **Télémédecine : des économies en trois actes**

IQVIA
2018

Paris IQVIA

<https://www.leem.org/publication/telemedecine-des-economies-en-trois-actes>

Une nouvelle étude réalisée par IQVIA pour l'association des laboratoires japonais présents en France (LaJaPF), avec le soutien des entreprises du médicament (Leem), évalue à 356 millions d'€ par an les économies possibles grâce à trois actes de télémédecine sur trois pathologies. La télésurveillance de la pression artérielle pourrait assurer une économie de 322 millions d'€. Pour le cancer de la prostate, la téléconsultation avec l'urologue diminue les dépenses de 26,3 millions. Enfin, pour les patients diabétiques avec suspicion de rétinopathie, la télé-expertise, via l'envoi d'images rétinienne par un professionnel de santé à un ophtalmologue, permettrait de réduire les dépenses de 8 millions d'€. Ces économies reposent essentiellement sur une diminution du coût des consultations, des frais de transport et des arrêts de travail liés aux consultations de suivi. Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'il s'agit d'une étude au plan national, à partir des données de l'Assurance maladie et que les actes de télémédecine visés par l'étude s'intègrent assez facilement dans les pratiques médicales actuelles, sans nécessiter d'investissement dans des matériels coûteux.

► **Le numérique au secours de la santé**

SOUDOPLATOFF S.
2018

Paris Fondapol

<http://www.fondapol.org/etude/le-numerique-au-secours-de-la-sante/>

La technologie joue un rôle important dans bien des aspects de notre vie. Tout comme elle a révolutionné nos méthodes de communication et nos systèmes financiers, son application au domaine de la santé transforme la façon dont les soins sont dispensés. Face à l'évolution de la démographie médicale, aux inégalités territoriales d'accès aux soins, à la hausse de la prévalence des maladies chroniques ou encore au vieillissement de la population et à la prise en charge de la dépendance, les technologies numériques recèlent d'énormes ressources pour améliorer les sys-

tèmes de santé. De la santé mobile à la génomique, en passant par l'exploitation des données issues de l'intelligence artificielle et la possible création de notre double numérique, la médecine est sur le point d'être révolutionnée. Dans cette étude, l'auteur se saisit de l'immense potentiel du numérique dans le domaine de la santé en le faisant vivre à travers les dernières innovations, dont il faut suivre le pas à l'échelle nationale.

► **Pharmacie connectée et télépharmacie : c'est déjà demain ! Livre vert**

WOLF-THAL C. ET COATANEA P.
2018

Paris CNOP

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Livre-vert-Pharmacie-connectee-et-telepharmacie>

Cette publication traite de l'impact du numérique sur les métiers de la pharmacie et leur nécessaire évolution. Les douze propositions formulées dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2022 s'organisent autour de trois axes majeurs : les nouveaux services aux patients, le renforcement de la coordination des soins et la maîtrise des données et des algorithmes.

Health Economics

► **Réforme des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné**

AUBERT J. M.
2019

Paris Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. À un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, le rapport recommande de substituer progressivement des modalités de financement commune aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

► **Measuring the Health Cost of Prolonged Unemployment: Evidence from the Great Recession**

BEATTY T. K. M. ET RITTER J. A.
2018

Falcon Heights : University of Minnesota

<https://ageconsearch.umn.edu/record/280435>

How much does a year of unemployment affect a person's health? Previous studies estimate the health effects of job loss after a follow-up period, but the length of unemployment spells within the follow-up is an implicitly variable treatment. Thus estimates based on a fixed follow up average over unemployment spells of different lengths, which implicitly depend on macroeconomic conditions. We estimate the effects of time unemployed and find robust negative effects of duration on men's self-assessed health. For women the estimated effects are smaller and less precise. We use an instrumental variables approach to account for dynamic selection driven by feedback from health to duration via search intensity or reservation wages. Combining these effects with prior estimates of the relationship between self-assessed health and specific-cause mortality suggests the effects correspond to large social costs.

► **Health and Economic Growth : Reconciling the Micro and Macro Evidence**

BLOOM D., CANNING D. ET KOSTCHY K.
2018

Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11940.pdf>

Micro-based and macro-based approaches have been used to assess the effects of health on economic growth. Micro-based approaches aggregate the return on individual health from Mincerian wage regressions to derive the macroeconomic effects of population health. Macro-based approaches estimate a generalized aggregate production function that decomposes output into its components. The microbased approach tends to find smaller effects than the macro-based approach, thus presenting a micromacro puzzle regarding the economic return on health. We

reconcile these two strands of literature by showing that the point estimate of the macroeconomic effect of health is quantitatively close to that found by aggregating the microeconomic effects, controlling for potential spillovers of population health at the aggregate level. Our results justify using the micro-based approach to estimate the direct economic benefits of health interventions.

► **Health and Economic Growth**

BLOOM D., KUHN M. ET PRETTNER K.
2018

Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11939.pdf>

The positive cross-country correlation between health and economic growth is well established, but the underlying mechanisms are complex and difficult to discern. Three issues are of central concern. First, assessing and disentangling causality between health and economic growth is empirically challenging. Second, the relation between health and economic growth changes over the process of economic development. Third, different dimensions of health (mortality vs. morbidity, children's and women's health, and health at older ages) may have different economic effects.

► **Modelling Time-Varying Income Elasticities of Health Care Expenditure for the OECD**

CASAS I., GAO J. ET XIE S.
2018

Melbourne Monash University

<http://business.monash.edu/econometrics-and-businessstatistics/research/publications>

Income elasticity dynamics of health expenditure is considered for the OECD and the Eurozone over the period 1995-2014. This paper studies a novel non-linear cointegration model with fixed effects, controlling for cross-section dependence and unobserved heterogeneity. Most importantly, its coefficients can vary over time and its variables can be non-stationary. The resulting asymptotic theory is fundamentally different with a faster rate of convergence to similar kernel smoothing methodologies. A fully modified kernel regression method is also proposed to reduce the asymptotic bias. Results show a steep increase in the

income elasticity for the OECD and a small increase for the Eurozone.

► **How Vulnerable Is Risk Aversion to Wealth, Health and Other Risks? An Empirical Analysis for Europe**

COURBAGE C., MONTOLIU-MONTES G. ET REY B.
2018

Ecully Groupe d'Analyse et de Théorie Economique

<https://ideas.repec.org/p/hal/wpaper/halshs-01935846.html>

This paper empirically assesses how financial risk aversion reacts to a change in individuals' wealth and health and to the presence of both financial and health risks using the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE). Individuals in our sample exhibit financial risk aversion decreasing both in wealth and health. Financial risk aversion is also found to increase in the presence of a background financial risk and a background health risk. Interestingly, risk aversion is shown to be convex in wealth but linear in health. Such findings complement the literature on risk aversion behaviours and can help to better understand various economic decisions in a risky environment.

► **End-Of-Life Medical Expenses**

FRENCH E., BAILEY JONES J. ET KELLY E.
2018

Richmond Federal Reserve Bank of Richmond

www.richmondfed.org/publications/research/working_papers/2018/wp_18-18

In this review, we document end-of-life medical spending: its level, composition, funding, and contribution to aggregate medical spending. We discuss how end-of-life expenses affect household behavior and economic evidence on the efficacy of medical spending at the end of life. Finally, we document recent trends in health and chronic disease at older ages and discuss what they might imply for end-of-life spending and medical spending in the aggregate.

► **Free for Children? Patient Cost-Sharing and Healthcare Utilization**

IIZUKA T. ET SHIGEOKA H.
2018

Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W25306>

This study exploits over 5,000 variations in subsidy generosity across ages and municipalities in Japan to examine how children respond to healthcare prices. We find that free care significantly increases outpatient

spending, with price elasticities considerably smaller than for adults. Price responses are substantially larger when small copayments are introduced, indicating more elastic demand around a zero price. We also find that increased utilization primarily reflects low-value and costly care: increased outpatient spending neither reduces subsequent hospitalization by “avoidable” conditions nor improves short- or medium-term health outcomes. By contrast, inappropriate use of antibiotics and costly after-hours visits increase.

État de santé

Health status

► **Les addictions au tabac et à l'alcool**

CANIARD E. ET AUGÉ-CAUMON M. J.
2019

Paris Cese

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_02_addictions.pdf

Le tabac provoque chaque année la mort de plus de 73 000 personnes. Il est la première cause de mortalité par cancer, il contribue à la survenue de maladies respiratoires, il accroît les risques de maladies cardio-vasculaires précoces et d'hypertension artérielle. L'alcool est quant à lui responsable de 49 000 décès par an. Il est la première cause de mortalité prématurée, la première cause de mortalité chez les 18-25 ans. Un enfant naît chaque jour avec une conséquence de l'exposition parentale à l'alcool. Il est l'un des premiers motifs d'hospitalisation. Il contribue à l'insécurité routière et aux actes de violences. Il est enfin, pour les proches et les familles, une épreuve quotidienne, sociale et psychologique. Le CESE a travaillé sur le sujet en partenariat avec la Cour des comptes et partage le constat qu'elle a formulé dans différents travaux d'une absence de cohérence, de continuité et de suivi des politiques publiques. Les préconisations de l'avis s'articulent autour de 3 axes : fonder les politiques sur la réalité des dommages : créer les conditions d'une rencontre précoce avec le soin et proposer des réponses adaptées à la diversité des besoins et des parcours de vie

► **Survie nette conditionnelle chez les personnes atteintes de cancer en France métropolitaine. Étude réalisée à partir des données du réseau français des registres des cancers (FRANCIM)**

DANTONY E., UHRY Z., BOSSARD N., et al.
2018

Saint-Maurice Santé publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Survie-nette-conditionnelle-chez-les-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine>

Pour la première fois, l'Institut national du cancer, le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon et Santé publique France publient un rapport portant sur la survie des personnes atteintes d'un cancer, en fonction du temps écoulé depuis le diagnostic. Indicateur récent, la survie nette conditionnelle apporte un nouvel éclairage sur la survie des personnes atteintes de cancer. Elle fournit un pronostic dynamique, en actualisant la probabilité de survie au fur et à mesure que le temps s'écoule depuis le diagnostic. Complémentaire de la survie nette habituellement utilisée, elle permet d'étudier la survie à long terme. Elle est ainsi particulièrement informative pour le médecin. L'étude porte sur les 15 tumeurs solides les plus fréquentes chez les femmes et les 17 tumeurs solides les plus fréquentes chez les hommes. Elle repose sur les données issues des registres des cancers métropolitains pour la période 1989-2013. L'étude montre que le risque de

décéder de son cancer varie dans le temps et selon les types de cancers en cause.

► **Les cancers en France en 2018. L'essentiel des faits et des chiffres (édition 2019)**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2019

Boulogne Billancourt INCa

https://www.e-cancer.fr/content/download/255246/3573612/file/Cancers_en_France-Essentiel_Faits_et_chiffres-2018.pdf

L'Institut national du cancer propose la onzième édition du rapport Les cancers en France, sous une forme synthétique reprenant L'essentiel des faits et chiffres. Cette synthèse a pour objectif de rassembler des données récentes et fiables pour informer le grand public et les professionnels, éclairer les décideurs et les parties prenantes de la lutte contre le cancer. Les données essentielles et les faits marquants sur les cancers en France en 2018 sont complétés par un volet focus interrogeant les priorités en matière de lutte contre le cancer. L'attention y est portée sur les cancers de mauvais pronostic et la connaissance du poids des facteurs de risque de cancer permettant de guider les actions de prévention.

► **The Great Recession and Mental Health: The Effect of Income Loss on the Psychological Health of Young Mothers**

KIERNAN F.

2018

Belfield University College Dublin

www.ucd.ie/geary/static/publications/workingpapers/gearywp201821.pdf

There is little consensus as to the effect of recessions on health, which may be due to the heterogeneous nature of recessions, the choice of health outcome or the description of the independent variable involved. In contrast to previous work, which has predominantly studied labour market loss, I examine the relationship of income loss and health, and in particular focus on psychological rather than physical health. I study disposable income loss because disposable income is related to consumption expenditure, and therefore satisfaction. Psychological, rather than physical, health is important because younger populations are unlikely to manifest clinical evidence of recession-related disease in the short term. The Irish recession provides me with an opportunity to study the effect of changes in income, since households who remained in employment also experienced changes in disposable income. Using panel data from three waves of the Growing Up in Ireland study, I find that income loss is associated with an increase in depression, but not in parental stress. This effect of income loss is seen for those who are home owners, and subjective reports of being in mortgage or rent arrears is also associated with an increase in depression score.

Géographie de la santé

Geography of health

► **Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français**

CHEVILLARD G. ET MOUSQUES J.
2019

Paris Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf>

Cet article présente la méthodologie et les résultats d'une typologie socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie. Cette typologie ambitionne d'offrir un cadre d'étude à l'analyse des soins de premiers recours en France et à l'évaluation d'un certain nombre de dispositifs pour améliorer la répartition de l'offre de soins. À partir de la littérature, nous identifions les dimensions et indicateurs pertinents pour répondre à ces enjeux. Nous réalisons ensuite

une Analyse en composante principale (ACP) des 32 variables retenues puis une Classification ascendante hiérarchique (CAH). Nous obtenons de la sorte six groupes de territoires de vie dont la répartition spatiale est parfois fortement contiguë (littoraux, « diagonale du vide », départements homogènes), plus hétérogène avec des départements ayant tous les types de territoires de vie ou encore une répartition illustrant des oppositions entre centres et périphéries.

► **Spatial Inequality in Mortality in France over the Past Two Centuries**

D'ALBIS H. ET BONNET F.

2018

Paris PSE

<https://ideas.repec.org/p/hal/psewpa/halshs-01945918.html>

This article analyzes the evolution of spatial inequalities in mortality across 90 French territorial units since 1806. Using a new database, we identify a period from 1881 to 1980 when inequalities rapidly shrank while life expectancy rose. This century of convergence across territories was mainly due to the fall in infant mortality. Since 1980, spatial inequalities have levelled

out or occasionally widened, due mainly to differences in life expectancy among the elderly. The geography of mortality also changed radically during the century of convergence. Whereas in the 19th century high mortality occurred mainly in larger cities and along a line from North-west to South-east France, it is now concentrated in the North, and Paris and Lyon currently enjoy an urban advantage.

► **La territorialisation des politiques de santé : actes de la journée d'études Fabrique Territoires Santé**

EPSTEIN R., PHILIPPE M., BENUSSAN A., *et al.*

2018

Paris : Fabrique Territoires Santé

Cette publication rassemble les actes de la première journée d'études organisée par Fabrique Territoires Santé (ex plateforme de ressources des Ateliers santé ville) sur la territorialisation des politiques de santé, le 6 avril 2018. Le programme de cette journée interroge plus particulièrement l'articulation des acteurs et politiques de santé publique nationaux ou régionaux avec les dynamiques territoriales en santé.

Hôpital

Hospital

► **Subjective and Objective Quality Reporting and Choice of Hospital: Evidence from Maternal Care Services in Germany**

AVDIC D., BUYUKDUMUS T., MOSCELLI G., *et al.*

2018

Essen INCH

https://cinch.uni-due.de/fileadmin/content/research/workingpaper/1803_CINCH_Series_Avdic.pdf

We study patient choice of healthcare provider based on both objective and subjective quality measures in the context of maternal care hospital services in Germany. Objective measures are obtained from publicly reported clinical indicators, while subjective measures are based on satisfaction scores from a large and nationwide patient survey. We merge both quality metrics to detailed hospital discharge records and

quantify the additional distance expectant mothers are willing to travel to give birth in maternity clinics with higher reported quality. Our results reveal that patients are on average willing to travel between 0.7-4.2 additional kilometers for a one standard deviation increase in reported quality. Furthermore, patients respond independently to both objective and subjective quality measures, suggesting that satisfaction scores may constitute important complements to clinical indicators when choosing healthcare provider

► **Le rôle des CHU dans l'offre de soins : exercices 2011 à 2017**

COUR DES COMPTES
2018

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rolle-des-chu-dans-loffre-de-soins>

À la demande du Sénat, la Cour a analysé le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) de 2011 à 2017 en matière d'offre de soins, du point de vue de la satisfaction des besoins de santé comme de la bonne utilisation de leurs moyens. Les 30 CHU représentent près de 38 % des séjours de l'hospitalisation publique. Leur mission de soins est exercée de manière hétérogène, en termes de volume, d'activité ou de types d'actes, et ne distingue pas toujours les CHU des autres établissements. Fragile et déséquilibrée depuis plusieurs années, leur situation financière se caractérise par une régulation insuffisante de leurs charges et des dépenses externes en augmentation. Des marges de progrès existent en matière de qualité des actes. Une structuration des CHU en une dizaine de réseaux sur tout le territoire apparaît nécessaire pour améliorer la recherche, l'offre de soins, et approfondir les relations avec les autres établissements de soins de leur ressort. La Cour formule au total huit recommandations.

► **Regional Variation in Healthcare Utilization and Mortality**

GODOY A. ET HUITFELDT I.
2018

Oslo Statistics Norway

<https://econpapers.repec.org/paper/ssbdispap/890.htm>

Geographic variation in healthcare utilization has raised concerns of possible inefficiencies in healthcare supply, as differences are often not reflected in health outcomes. Using comprehensive Norwegian microdata, we exploit cross-region migration to analyze regional variation in healthcare utilization. Our results indicate that hospital region factors account for half of the total variation, while the rest reflect variation in patient demand. We find no statistically significant association between the estimated hospital region effects and overall mortality rates. However, we document a negative association with relative utilization-intensive causes of death such as cancer, suggesting high-supply regions may achieve modestly improved health outcomes.

► **Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) : rapport annuel 2017**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2018

Paris HAS

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2882289/fr/retour-d-experience-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs

Les soins sont une activité technique et humaine complexe à laquelle est associé un risque important, parfois lourd de conséquences pour le patient. Connaître et analyser les causes à l'origine d'un événement indésirable est dès lors indispensable afin d'éviter qu'il ne se reproduise. C'est la raison pour laquelle chaque professionnel a l'obligation de déclarer la survenue d'un événement indésirable grave associés aux soins (EIGS). La HAS publie son premier rapport annuel sur les événements qui lui sont transmis. Ce rapport comporte des recommandations pour améliorer le fonctionnement du dispositif de déclaration et pour réduire certains risques.

► **Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : Rapport des résultats nationaux de la campagne 2018**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2018

Paris HAS

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/rapport_iqss_2018.pdf

Dans cet avis, la Haute Autorité de santé s'inquiète du peu d'informations données aux patients à leur sortie d'hôpital. Un tiers des patients qui quittent l'hôpital après un séjour dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique « n'a reçu aucune information sur les signes ou complications devant l'amener à recontacter le médecin » et 30 % de ceux ayant été traités en chirurgie ambulatoire « n'ont pas reçu de numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence », selon les indicateurs 2018 sur la « qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé ». La HAS pointe notamment les dysfonctionnements de la lettre de liaison, officielle depuis le 1^{er} janvier 2017 (mais dépourvue de sanctions) sur décision de la loi Touraine. Bien qu'elle soit considérée comme un « élément clé de la continuité des soins » par la Haute Autorité, celle-ci semble bien trop souvent bâclée par les personnels

hospitaliers. Les 327.000 patients ayant participé à cette enquête donnent cependant une bonne note globale à la qualité de leur hospitalisation, avec un score total de 73,3 sur 100, stable par rapport à l'an dernier, en hospitalisation classique et de 76,4 sur 100, mesuré pour la première fois en ambulatoire.

► **Algorithme d'aide
à la décision d'orientation des patients
en hospitalisation à domicile (HAD)
à destination des médecins prescripteurs**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2017

Paris HAS

www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2810324

Encourager le développement de l'HAD nécessite d'étayer sa légitimité par une clarification des critères d'orientation des patients. Dans ce contexte, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) ont saisi la Haute Autorité de santé (HAS) afin d'élaborer un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs permettant de définir a priori pour quels patients une demande de prise en charge en HAD est pertinente dans leur parcours de soins. L'origine de la demande, la problématique, les principaux enjeux ainsi que la méthode de réalisation proposée ont été préalablement traités dans la feuille de route validée par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) le 22 mars 2016, puis par le Collège de la HAS le 19 mai 2016; cela a fait l'objet d'une publication sur le site de la HAS. Dans ce rapport, sont rappelés la saisine, les objectifs et la méthode de travail ainsi que le contexte, en particulier les spécificités de cette offre de soins et la dynamique volontariste de déploiement de l'HAD.

► **Manager une organisation de santé :
l'apport des sciences de gestion**

MINVIEILLE E., GALLOPEL MORVAN K., JANUEL J. M.,
et al.

2018

Rennes : Presses de l'Ehesp

On ne compte plus les nouveaux défis que doivent relever les managers des organisations de santé, dont

on attend qu'ils endossent le rôle de « lanceurs d'innovations organisationnelles ». Outre coordonner les soins et les services, rationaliser les actes médicaux ou maintenir la cohésion des équipes, ils doivent penser les modes de paiement, l'offre de soins primaires, l'évaluation des parcours au plus près des attentes de tous les acteurs. C'est tout un nouveau monde tourné vers un management de terrain qui se dévoile. Cet ouvrage présente les facettes du management des organisations de santé et les grandes questions qui l'animent : quelles stratégies mettre en place pour changer les comportements des patients ou des professionnels ? Quelles sont les limites du Lean Management ou des indicateurs qualité pour transformer les pratiques ? Comment améliorer la coordination au sein des métiers ? Quelles sont les formes d'évaluation du changement organisationnel émergentes ?

► **Les personnels enseignants
et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance
de 1958 - propositions d'évolution**

SIAHMED H., ROUSSEL I., MEUNIER A., *et al.*

2018

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article706>

Trois missions ont été assignées aux centres hospitaliers et universitaires (CHU) dès leur création par l'ordonnance du 30 décembre 1958 : soins, enseignement et recherche. Ce sont près de 11000 professionnels hospitaliers et universitaires qui sont employés aujourd'hui par les CHU, en médecine, en pharmacie, en odontologie. S'inscrivant dans la réflexion collective en cours sur le 'CHU de demain', lancée fin 2017 à l'occasion du 60ème anniversaire de l'ordonnance du 30 décembre 1958, et sur la base d'une analyse étayée par de nombreux entretiens et par des comparaisons internationales, ce rapport propose des pistes d'évolution visant à : rendre plus attractives les carrières hospitalo-universitaires; donner aux personnels enseignants et hospitaliers des conditions plus favorables au bon exercice de leurs missions; renforcer la coopération entre les acteurs universitaires et hospitaliers.

Inégalités de santé

Health inequalities

► **Inequalities in Access to Healthcare. A Study of National Policies 2018**

BAETEN R., SPASOVA S., VANHERCKE B., *et al.*
2018

Bruxelles Commission européenne

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8152&furtherPubs=yes>

The right of everyone to timely access to affordable, preventive and curative care of good quality is one of the key principles of the European Pillar of Social Rights. This report explores inequalities in access to healthcare in 35 European countries. It shows that important inequalities persist, both between and within countries. Large shares of the EU population, in particular vulnerable groups, face multiple hurdles and do not obtain the care they need.

► **Multigenerational Effects of Early Life Health Shocks**

COOKE C., FLETCHER J. M. ET FORGUES A.
2018

Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25377>

A large literature has documented links between harmful early life exposures and later life health and socio-economic deficits. These studies, however, are typically unable to examine the possibility that these shocks are transmitted to the next generation. Our study traces the impacts of in utero exposure to the 1918 influenza pandemic on the outcomes of the children and grandchildren of those affected using representative survey data from the US. We find evidence of multi-generational effects on educational, economic, and health outcomes.

► **How Do Variations in Definitions of Migrant and Their Application Influence the Access of Migrants to Health Care Services?**

HANNIGAN A., O'DONNELL P., O'KEEFFE M., *et al.*
2016

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/317110/HEN-synthesis-report-46.pdf

Variations in definitions used for “migrant” and for different groups of migrants in different areas can affect health systems’ policies and migrants’ access to health care. This systematic review explored this issue using evidence from academic peer-reviewed and grey literature in 169 publications in English or Russian from 2010 to 2015 that focused on primary care or both primary and secondary care, including screening services and emergency departments. There is no universally accepted definition for migrant at an international level and the heterogeneity of the definitions used limits the comparability of routinely collected data. Legal status was one of the most significant factors determining access to affordable and adequate health services for migrants in a country. This publication recommends as policy options : identifying preferred terms for migrants, seeking consensus on important migration-related variables for collection across health information systems and progressing towards universal access to health care across the WHO European Region. Les définitions du terme « migrant » sont multiples et les catégories utilisées dans ce domaine diffèrent selon les zones géographiques. Ces différences peuvent avoir des répercussions sur les politiques de santé et sur l'accès des migrants aux soins de santé. Cette étude systématique s'intéresse à la question grâce à l'examen d'articles scientifiques publiés dans des revues à comité de lecture et de la littérature grise, soit 169 publications (en anglais ou en russe) parues entre 2010 et 2015, axées principalement sur les soins de santé primaires ou les soins de santé primaires et secondaires, dont les services de dépistage et les services d'urgence. Au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant » et la multiplicité des définitions employées ne permet pas de comparer correctement les données collectées régulièrement. L'accès des migrants aux services de santé adéquats et à un coût abordable, dans un pays donné, dépend en grande partie de leur situation juridique. Cette publication suggère les options politiques suivantes : définir les termes à utiliser de préférence pour désigner les migrants, rechercher un consensus sur la collecte des variables importantes liées aux mouvements migra-

toires dans les différents systèmes d'information sanitaire et avancer sur la question de l'accès universel aux soins de santé dans la Région européenne de l'OMS.

► **Health of Refugee and Migrant Children. Technical Guidance**

HJERN A. ET KADIR A.

2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2018/health-of-older-refugees-and-migrants-2018>

Between 2015 and 2017, almost one million asylum-seeking children registered in the European Union, and 200 000 of these arrived unaccompanied by a caregiver. These children faced particular risks, including being exposed to discrimination, marginalization, institutionalization and exclusion. When considering health and health care interventions for migrant children, some areas need specific attention, such as their diverse backgrounds, whether they are unaccompanied and separated from family, whether they have been trafficked and also if they are children who have been left behind. Policy considerations include an intersectoral approach to promote good health and well-being, particularly mental health, in migrant children that target risk factors at the individual, family and community levels. Particular emphasis is placed on how national/local governments have an important role in fostering or hindering living conditions for refugee and migrant children in the areas of housing, health care services and education. Entre 2015 et 2017, près d'un million d'enfants demandeurs d'asile ont été enregistrés dans l'Union européenne, et 200 000 d'entre eux sont arrivés sans être accompagnés d'un adulte. Ces enfants courent des risques spécifiques, notamment la discrimination, la marginalisation, le placement en institution et l'exclusion. Lorsque l'on examine la mise en œuvre d'interventions dans le domaine de la santé et des soins de santé, il importe d'accorder une attention particulière à certains facteurs comme leurs origines diverses, le fait qu'ils soient non accompagnés et séparés de leur famille, qu'ils soient victimes de la traite, voire qu'il s'agisse d'enfants abandonnés et laissés seuls. Parmi les considérations politiques à cet égard, il convient de mentionner l'adoption d'une approche intersectorielle visant à promouvoir, chez les enfants migrants, la bonne santé et le bien-être (en particulier la santé

mentale) en ciblant les facteurs de risque aux niveaux individuel, familial et communautaire. Il est notamment tenu compte du rôle important joué par les autorités nationales et locales qui contribuent à favoriser ou à compromettre les conditions de vie des enfants réfugiés et migrants à plusieurs égards (logement, services de soins de santé et éducation).

► **Health of Older Refugees and Migrants. Technical Guidance**

KRISTIANSEN M.

2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2018/health-of-older-refugees-and-migrants-2018>

Population ageing caused by consistently low birth rates and increased life expectancy represents a major current social trend across Europe. This technical guidance aims to inform policy and practice development specifically related to improving the health of older refugees and migrants within the European Union and the larger WHO European Region. Both ageing and migration are in themselves complex multidimensional processes shaped by a range of factors at the micro, meso and macro levels over the life-course of the individual, but also with intertwined trajectories. Responding to the needs of older refugees and migrants, therefore, must be integrated into all dimensions of ageing policies and practices across Europe. Relevant areas for policy-making include healthy ageing over the life-course, supportive environments, people-centred health and long-term care services, and strengthening the evidence base and research. Le vieillissement de la population, dû à des taux de natalité toujours faibles et à l'allongement de l'espérance de vie, constitue actuellement une importante tendance sociale en Europe. Ces recommandations techniques visent à éclairer l'élaboration de politiques et de pratiques spécifiquement liées à l'amélioration de la santé des réfugiés et des migrants âgés dans l'Union européenne et dans la Région européenne de l'OMS dans son ensemble. Le vieillissement et la migration constituent en eux-mêmes des processus multidimensionnels complexes déterminés par une série de facteurs intervenant aux niveaux micro, méso et macro pendant les différents stades de l'existence, mais aussi caractérisés par des trajectoires étroitement liées. Les pratiques et les politiques relatives au vieillissement

en Europe doivent donc tenir compte des besoins des réfugiés et migrants âgés et ce, dans tous leurs aspects. Parmi les domaines pertinents pour l'élaboration de politiques, il convient de mentionner le vieillissement en bonne santé tout au long de la vie, l'instauration d'environnements favorables, la prestation de services de santé et de soins de longue durée centrés sur la personne et adaptés à des populations vieillissantes, ainsi que le renforcement des bases factuelles et de la recherche.

► **Social Determinants of Health**

MARMOT M. (ÉD.) ET WILKINSON R. G. (ÉD.).
2006

Oxford : Oxford University Press

Cet ouvrage se révèle un outil de référence incontournable pour l'analyse des déterminants économiques et sociaux de l'état de santé des populations dans notre société moderne. Il rassemble les contributions de divers experts en sciences sociales et humaines, et souligne l'importance de l'organisation sociale et économique sur la santé des individus. Il s'intéresse plus particulièrement aux aspects suivants : état de santé dans la prime enfance et au cours des cycles de vie, influence du chômage et des conditions de transport sur la santé, stress dans la vie quotidienne, relation entre pauvreté et maladie, tabagisme...

► **Comprendre les inégalités**

MAURIN L.
2018

Paris : Observatoire des Inégalités

Revenu, genre, santé, éducation, emploi, etc., les inégalités sont partout présentes dans les débats. Beaucoup de bruit, parfois pour pas grand-chose. Qu'est-ce qu'une inégalité? Quels sont les bons outils pour mesurer les inégalités de revenus? L'égalité des chances est-elle suffisante? Comprendre les inégalités veut mettre à la portée du plus grand nombre des définitions, des outils d'analyse et de mesure des inégalités, tout en évaluant leur pertinence. Ce livre invite aussi à réfléchir aux différentes manières d'analyser les inégalités et joue le rôle de guide dans les méandres du débat.

► **Mental Health Promotion and Mental Health Care in Refugees and Migrants**

PRIEBE S. ET GIACCO D.
2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-and-migrants-2018>

The experience of migration can be complex and stressful, related to events before departure, during travel and transit, and after arrival. Consequently, refugees and migrants can suffer from mental disorders, although prevalence is highly variable across studies and population groups. This technical guidance reviews the prevalence of some disorders such as post-traumatic stress disorder and depressive and anxiety disorders. Based on best-available evidence regarding risk factors and areas for intervention, eight key priority action areas are identified for consideration by policy-makers regarding the mental health of refugees and migrants. While different countries may be more or less able to adapt depending on their baseline capacity, areas and models for intervention to promote mental health and provide good mental health care to refugee and migrant groups include social integration, facilitating access to care, fostering engagement with care and treating patients with manifest disorders. L'expérience de la migration peut être complexe et stressante, et liée à des événements survenant avant le départ, au cours du voyage et du transit, et après l'arrivée. Par conséquent, les réfugiés et les migrants peuvent souffrir de troubles mentaux, bien que la prévalence soit très variable selon les études et les groupes de population. Ce guide technique passe en revue la prévalence de certains troubles tels que le syndrome de stress post-traumatique ainsi que les troubles dépressifs et anxieux. Sur la base des meilleures données disponibles concernant les facteurs de risque et les domaines d'intervention, huit domaines d'action prioritaires clés ont été définis en matière de santé mentale des réfugiés et des migrants en vue d'être pris en compte et examinés par les responsables politiques. Si les facultés d'adaptation varient selon les pays en fonction de leurs capacités de base, les domaines et les modèles d'intervention pour promouvoir la santé mentale et dispenser les soins de santé mentale appropriés aux groupes de réfugiés et de migrants prévoient notamment l'intégration sociale, la facilitation de l'accès aux soins, la promotion de l'engagement envers les soins et le traitement des patients souffrant de troubles manifestes.

► **Inégalités Sociales de Santé : les villes agissent dès l'enfance**

SALOMON J., BOURDILLON F., CHAMBAUD L., *et al.*
2018

Organisation mondiale de la Santé : Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS

<http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/2018-Ouvrage-ISS-Petite-Enfance-VF-Haute-Def.pdf>

Cet ouvrage s'intéresse à la période de l'enfance et en particulier aux « 1000 premiers jours de vie ». Cette période a été mise en avant comme particulièrement critique pour la constitution des inégalités sociales de santé. Au travers des nombreuses missions qu'elles assurent, les collectivités locales disposent de leviers pour agir sur ces dernières, qui sont mis en avant dans cet ouvrage (résumé de l'éditeur).

► **Health Care Utilization of Refugees**

SCHOBER T. ET ZOCHER K.
2018

Linz Johannes Kepler University of Linz

https://ideas.repec.org/p/jku/econwp/2018_19.html

European countries experienced significant inflows of migrants in the past decade, including many refugees coming from regions engaged in armed conflicts. While previous research on migrant health largely focused on economic migration, empirical evidence on the health of refugees is sparse. We use administrative data from Austria to differentiate between economic migrants and refugees and analyze their health care expenditures in comparison to natives. The results distinctly show different expenditure patterns. Unlike economic migrants, we find substantially higher expenditures for refugees, most pronounced in the first year upon arrival. The difference is not explained by specific diseases or individual refugee groups, indicating a, generally, inferior health status. Further, by using the quasi-random placement of refugees as a natural experiment, we show that characteristics of the local health care sector do not have a significant effect on expenditure levels.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2018

Paris OCDE

<http://www.oecd.org/health/pharmaceutical-innovation-and-access-to-medicines-9789264307391-en.htm>

This report reviews the important role of medicines in health systems, describes recent trends in pharmaceutical expenditure and financing, and summarises the approaches used by OECD countries to determine coverage and pricing. It then highlights current issues for policy makers, such as the increasing prices of new medicines; concerns about the value of spending in some therapeutic areas; challenges in anticipating the arrival of very effective medicines for highly

prevalent diseases; sharp price increases in off-patent products; and the apparent misalignment of current incentives for the development of treatments for certain conditions. The report also describes the role of the biopharmaceutical industry in OECD economies, examines the process of pharmaceutical R&D and its financing, and looks at the risks, costs and return from R&D investment for the industry. Examining trends in the industry over time, it shows that productivity of R&D expenditure has declined; that the duration of market exclusivity has remained relatively stable; that new medicines are increasingly being developed for small patient populations; and that the industry as a whole has remained highly profitable for investors. Lastly, the report presents a range of policy options for consideration by policy makers, to support the development of effective and co-ordinated responses to the identified challenge.

► **Stemming the Superbug Tide : Just a Few Dollars More**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2018

Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/health/stemming-the-superbug-tide-9789264307599-en.htm>

Antimicrobial resistance (AMR) is a large and growing problem with the potential for enormous health and economic consequences, globally. As such, AMR has become a central issue at the top of the public health agenda of OECD countries and beyond. In this report, OECD used advanced techniques, including machine learning, ensemble modelling and a micro-simulation model, to provide support for policy action in the human health sector. AMR rates are high and are projected to grow further, particularly for second- and third-line antibiotics, and if no effective action is taken this is forecasted to produce a significant health and economic burden in OECD and EU28 countries. This burden can be addressed by implementing effective public health initiatives. This report reviews policies currently in place in high-income countries and identifies a set of 'best buys' to tackle AMR that, if scaled up at the national level, would provide an affordable and cost-effective instrument in the fight against AMR.

► **Audit de la maîtrise des risques sanitaires par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)**

ABALLEA P. ET NOURY D.

2018

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article713>

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) est régulièrement confrontée à des crises qui conduisent à questionner son niveau de maîtrise des risques sanitaires. L'audit conduit par l'Igas en 2018, dans le cadre du plan pluriannuel d'audit interne des ministères sociaux, avait pour objectif d'apprécier la réalité, la pertinence et l'effectivité du dispositif de contrôle interne de l'Agence. Celui-ci doit lui permettre de garantir un haut niveau de sécurité sanitaire de tous les produits de santé tout au long de leur vie; c'est d'ailleurs la première orientation stratégique du contrat d'objectifs et de performance 2015-2018 conclu entre l'ANSM et l'État.

► **Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable**

BOUVENOT G., JUILLET Y., SAINT-PIERRE A., et al.

2018

Paris Académie nationale de médecine, Paris Académie Nationale de Pharmacie

www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-Hors-AMM-pour-ANM-vs-26-11-18.pdf

Les Académies nationales de médecine et de pharmacie rappellent leurs Recommandations conjointes du 20 octobre 2014 : en matière de prescription médicamenteuse, le respect du libellé de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM), tel que formulé dans le Résumé des Caractéristiques des Produits doit être la règle. Il existe toutefois deux grands types de prescriptions de médicaments hors AMM à bien distinguer : celles qui, injustifiables, nécessitent la poursuite et le renforcement des mesures en vigueur et celles qui, en revanche, sont indispensables à une bonne prise en charge de certains patients (en particulier enfants, personnes âgées, femmes enceintes...) : justifiables, elles devraient être reconnues comme telles, ce qui n'est pas toujours le cas, et bénéficier d'un statut approprié. Il importe en effet de prendre en considération un certain nombre de circonstances où le strict respect de l'AMM ne coïncide pas avec la meilleure prise en charge thérapeutique du patient, c'est-à-dire avec l'obligation déontologique et légale de lui procurer les meilleurs soins. Hormis le cas des prescriptions en milieu hospitalier où le prescripteur peut se référer à d'éventuelles recommandations des Comités du médicament, il appartient en général au praticien de justifier par lui-même, au cas par cas la prescription hors AMM qu'il juge indispensable à l'état de son patient. C'est lui demander de faire une veille de la littérature et lui donner beaucoup de responsabilités. C'est pourquoi les recommandations présentées dans ce rapport ont été guidées par les trois idées forces suivantes : a) comment optimiser, en la rationalisant, la prise en charge médicamenteuse de certains patients en situation très préoccupante d'impasse thérapeutique, b) comment aider le professionnel de santé, souvent isolé et désemparé dans ce type de situation, à prendre la décision la plus appropriée parce que la plus rationnelle au vu de la réglementation et des données validées de la littérature et c) comment favoriser la prise en charge justifiée de ces situations par l'Assurance maladie dans le cadre de la règle générale (résumé de l'éditeur).

► **Legal Barriers to the Better Use of Health Data to Deliver Pharmaceutical Innovation**

COLE A. ET TOWSE A.

2018

Londres OHE

<https://www.ohe.org/publications/legal-barriers-better-use-health-data-deliver-pharmaceutical-innovation>

The proliferation of health data in our ever more digitalised world of health care creates opportunities for better research around – and delivery of – pharmaceutical innovation. However, these opportunities may be constrained around the legal barriers to the use of health data for these purposes, which are poorly understood, particularly in relation to the new General Data Protection Regulation (GDPR). In this consulting report, sponsored by the European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), we summarise research evaluating the main legal barriers to the better use of health data for pharmaceutical innovation. Issues are evaluated according to barriers arising in utilising data to support six key activities across the lifecycle of a medicine: Epidemiology and pharmacoepidemiology; Identifying unmet need; Pharmacogenetics; Interventional studies; Non-interventional studies; Pharmacovigilance, and; Managed entry agreements. We conclude that the GDPR does not create new legal barriers, and that most issues identified are in fact uncertainties rather than barriers per se. There is a strong case for industry to deal proactively with the uncertainties, sharing good practice and engendering trust by co-creating a code of conduct, and promoting a shared understanding of the value to society of pharmaceutical research.

► **Rational Self-Medication**

DARDEN M. E. ET PAPAGEORGE N. W.

2018

Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W25371>

We develop a theory of rational self-medication. The idea is that forward-looking individuals, lacking access to better treatment options, attempt to manage the symptoms of mental and physical pain outside of formal medical care. They use substances that relieve symptoms in the short run but that may be harmful in the long run. For example, heavy drinking could alleviate current symptoms of depression but could also

exacerbate future depression or lead to alcoholism. Rational self-medication suggests that, when presented with a safer, more effective treatment, individuals will substitute towards it. To investigate, we use forty years of longitudinal data from the Framingham Heart Study and leverage the exogenous introduction of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). We demonstrate an economically meaningful reduction in heavy alcohol consumption for men when SSRIs became available. Additionally, we show that addiction to alcohol inhibits substitution. Our results suggest a role for rational self-medication in understanding the origin of substance abuse. Furthermore, our work suggests that punitive policies targeting substance abuse may backfire, leading to substitution towards even more harmful substances to self-medicate. In contrast, policies promoting medical innovation that provide safer treatment options could obviate the need to self-medicate with dangerous or addictive substances.

► **WHO Report on Surveillance of Antibiotic: Early Implementation Consumption 2016-2018**

SWAMINATHAN S.

2018

Genève Office des publications

https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/who-amr-amc-report-20181109.pdf?ua=1

This report reveals major differences in the amount of antibiotics consumed by countries around the world and calls for changes in how countries monitor and use antimicrobial drugs. The study, which looked at antibiotic use data from 65 countries in terms of defined daily dose (DDD) per 1000 inhabitants per day, found a nearly 15-fold difference in antibiotics consumption between the highest- and lowest-consuming countries. The large difference in antibiotic use worldwide indicates that some countries are probably overusing antibiotics while other countries may not have sufficient access to these life-saving medicines. Even in the European region, where WHO says the median rate of antibiotic consumption was 17.9 DDD/1000 people per day, the report found a four-fold difference between the high and low-end of antibiotic consumption. Going forward, WHO says it is important for countries to set up national monitoring systems for antibiotic use and implement policies to ensure antibiotics are used appropriately. The report also found differing rates of consumption among types of antibiotics. While anti-

biotics such as amoxicillin and amoxicillin/clavulanic acid, which WHO recommends for first- or second-line treatment for many common infections were the most commonly used worldwide, broad spectrum antibiotics, which WHO says should be used more judiciously, accounted for as much as 50% of antibiotics used in some countries. However, the report also found that many low- and middle-income countries did not report

using antibiotics that WHO says should be reserved as last-resort options for specific infections or multi-drug-resistant bacteria. While the report shines light on how antibiotics are used around the world, WHO says that national efforts to collect data on antibiotic consumption have led some countries, including Bangladesh and Côte d'Ivoire, to change how they monitor or manage their antibiotics supplies.

Méthodologie – Statistique

Methodology- Statistics

► **R pour la statistique et la science des données**

CORNILLON P. A., GUYADER A., HUSSON F., *et al.*
2018

Rennes : Presses Universitaires de Rennes

Le logiciel R est un outil incontournable de statistique, de visualisation de données et de science des données tant dans le monde universitaire que dans celui de l'entreprise. Ceci s'explique par ses trois principales qualités : il est gratuit, très complet et en essor permanent. Ce livre s'articule en deux grandes parties : la première est centrée sur le fonctionnement du logiciel R tandis que la seconde met en œuvre une trentaine de méthodes statistiques au travers de fiches. Ces fiches sont chacune basées sur un exemple concret et balayent un large spectre de techniques pour traiter des données.

► **On the Importance of the Upside Down Test in Absolute Socioeconomic Health Inequality Comparisons**

KHALED M., MAKDISSI P. ET YAZBECK M.
2018

Brisbane : University of Queensland

<https://ideas.repec.org/p/qld/uq2004/600.html>

This paper shows that it is impossible to obtain a robust ranking of absolute socioeconomic health inequality if one only imposes Bleichrodt and van Doorslaer's (2006) principle of income-related health transfer. This means that for any comparison, some indices obeying this ethical principle will always contradict the ranking produced by other indices obeying the same ethical principle. This results points to the need to impose more ethical structure on indices when one wants to identify robust rankings of absolute socioeconomic health inequality. We show that imposing Erreygers, Clarke and Van Ourti's (2012) upside down test allows for the identification of robust orderings of absolute health inequality. We also show that alternatively one can increase inequality aversion and impose higher order pro-poor principles of income-related health transfer sensitivity. In order to make the identification of all robust orderings implementable using survey data, the paper also discusses statistical inference for these positional dominance tests. To illustrate the empirical relevance of the proposed approach, we compare joint distributions of income and a health-related behavior in the United States in 1997 and 2014.

Health Policy

► 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 aborder 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 de la conférence nationale de santé du 23 novembre 2017 sur le projet de stratégie nationale de santé (SNS)

DEVICTOR B.
2017

Paris CNS

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_sns_post_pleniere_1123_v2_env_pmc_0712_modif_1112_relu_pmc_111217_v2_integr_modif.pdf

Ce document rassemble les conclusions de l'avis de la CNS sur le projet de la stratégie nationale de santé.

► Avis relatif à la saisine du 6 novembre 2017 sur la stratégie nationale de santé

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2017

Paris HCSP

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hcspa20171129_avisprojetstrategienationalsante.pdf

Par la saisine du 6 novembre 2017, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont sollicité l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur la stratégie nationale de santé (SNS). La SNS détermine, de manière pluriannuelle, les domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Ce document rassemble les observations et remarques du HCSP sur les priorités et objectifs figurant dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 en France. Il tient compte des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 ainsi que des priorités de l'Organisation mondiale de la santé « Santé 2020 ».

► Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2017

Paris HCSP

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hcspa20171129_avisprojetstrategienationalsante.pdf

Par la saisine du 17 mai 2017, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont sollicité l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur la stratégie nationale de santé (SNS) d'ici la fin juillet 2017. Le processus de définition de la SNS et son contenu sont encadrés par la loi de modernisation de notre système de santé et par le décret du 28 novembre 2016 relatif à la SNS. La SNS détermine, de manière pluriannuelle, les domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Plus particulièrement, cette saisine du HCSP porte sur l'analyse préalable de l'état de santé de la

population, des déterminants de cet état de santé et des stratégies d'action envisageables sur laquelle pourra s'appuyer la détermination des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la SNS. Ce document rassemble les observations et remarques du HCSP sur l'état de santé en France. Il tient compte des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 ainsi que des priorités de l'Organisation mondiale de la santé « Santé 2020 ».

► L'accompagnement social

JACQUEY-VAZQUEZ B.

2018

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-105K.pdf>

S'appuyant sur différents travaux réalisés par l'Inspection générale des affaires sociales ou par d'autres institutions, ce rapport présente une réflexion sur la notion d'accompagnement social, très souvent utilisée dans le cadre des politiques de solidarité, mais avec des sens multiples (aide aux démarches administratives, prévention du surendettement, guidance familiale, hébergement d'urgence, soutien dans la recherche d'emploi, etc.). Il dresse ainsi un état des lieux des politiques d'accompagnement social dans notre pays à l'issue des transformations profondes qu'elles ont connues depuis les années 1980. Il porte également un regard sur les moyens qui lui sont consacrés et sur les finalités poursuivies. En quoi consistent ces accompagnements ? Au bénéfice de quelles populations ? Que disent les évaluations ? Qu'en pensent les personnes concernées ? Quels sont les besoins peu couverts et les pratiques émergentes ? Le rapport interroge la place de l'accompagnement individuel par rapport aux approches collectives, la césure entre les accompagnements social et professionnel, ainsi que la démultiplication de ces formes d'intervention. Il formule enfin un ensemble de recommandations visant à renouer avec l'ambition émancipatrice initiale de l'accompagnement social, en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté récemment présentée par le gouvernement. Compte tenu du partage des responsabilités entre l'État et les collectivités territoriales en matière de cohésion sociale, le rapport plaide notamment pour une contractualisation entre les acteurs, dans une logique d'investissement social.

► Ma santé 2022 : un engagement collectif

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

Paris : Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

La stratégie, annoncée le 18 septembre 2018 par le président de la République, propose une transformation en profondeur du système de santé autour de 3 engagements prioritaires : Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme ; Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ; Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé. Ce dossier de presse rassemble les propositions du gouvernement français sur le plan de transformation du système de santé à l'Élysée. Quatre mesures emblématiques ont été annoncées : la suppression du numerus clausus dès la rentrée 2020 ; la création de 4.000 postes d'assistant médical d'ici à 2022, avec la mission de décharger les médecins d'actes simples comme la prise de tension ou de température, le suivi des rendez-vous, et des tâches administratives. L'envoi de 400 médecins salariés dans les déserts médicaux. Ils seront recrutés dès l'année prochaine sur la base du volontariat. Et la fin de l'exercice isolé d'ici à 2022 via la mise en place de 1.000 communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS). Par ailleurs, la part de la tarification à l'activité sera réduite à 50 % des financements hospitaliers en 2022. Deux forfaits pour la prise en charge du diabète et de l'insuffisance rénale seront ainsi créés. Pour l'instant, seul l'hôpital est concerné. La médecine de ville sera ensuite impliquée et d'autres pathologies seront ciblées.

► Stratégie nationale de santé 2018-2022

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

Paris Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Cette publication rassemble les principaux axes du projet de la stratégie nationale de santé pour 2018-2022. Le premier thème prioritaire concerne la prévention et la promotion de la santé, négligée de longue date au profit de l'approche curative. Ce premier axe recouvre notamment la promotion d'une alimentation saine et

de l'activité physique, la prévention des maladies infectieuses, la lutte contre les addictions, la promotion de la santé mentale, ainsi que d'un environnement et de conditions de travail favorables à la santé, l'amélioration du dépistage et la prévention de la perte d'autonomie. Le second axe porte sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Il devrait en particulier englober le nouveau plan de lutte contre les déserts médicaux. L'objectif de ce second chantier est « de passer d'une approche en silo à une approche centrée sur les besoins des patients, avec des parcours organisés au niveau du territoire ». Cette formulation très générale devrait s'éclaircir en octobre avec la présentation d'un plan d'accès aux soins, qui sera ensuite complété ». Le troisième axe vise l'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins avec une réflexion sur l'évolution de la tarification à l'activité qui prenne davantage en compte les parcours, la qualité et la pertinence des soins et des actes. Cette préoccupation de la qualité devrait également passer par des évolutions dans la formation des professionnels.

► **Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé**

VAILLANT L., BENSADON A.-C., SIAHMED H., *et al.*
2018

Paris Igas ; Paris IGAENR

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000110/index.shtml>

En septembre 2017, le Professeur Loïc Vaillant, ancien président de l'université François Rabelais de Tours et de la commission santé de la conférence des présidents d'université (CPU) a été chargé d'une mission visant à conduire des travaux permettant de définir les modalités de mise en œuvre d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé qu'ils relèvent des filières médicales ou non médicales. Le service sanitaire s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé, ce qui a été rappelé lors de la communication de la ministre des solidarités et de la santé du 30 août 2017 et lors du Comité de pilotage et de suivi (COPIL) du 22 décembre 2017, notamment ses deux premiers axes : la prévention et la promotion des comportements favorables à la santé ainsi que la lutte contre les inégalités, sociales et territoriales.

Politique publique

Public Policy

► **Vingt ans d'évaluations d'impact en France et à l'étranger. Analyse quantitative de la production scientifique**

BONO P. H., DEBU S., DESPLATZ R., *et al.*
2018

Paris France Stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/vingt-ans-devaluations-dimpact-france-letranger-analyse-quantitative-de-production>

À l'aide de la base EconLit, nous réalisons une étude bibliométrique pour quantifier la production d'évaluations d'impact de politiques publiques en France et dans six autres pays. Les évaluations d'impact se sont largement développées dans tous les pays étudiés à partir des années 2000 (et bien avant pour les États-Unis). La France présente une production relativement modeste, mais connaît une accélération dans la période récente, ce qui lui permet de rattraper son

retard vis-à-vis d'autres pays plus avancés comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni. Les évaluations dans les pays européens couvrent majoritairement les domaines de l'emploi, de l'éducation et de la santé. Ces évaluations sont dans la plupart des cas produites par les principaux acteurs universitaires et de recherche nationaux; la France se démarque cependant par la présence importante d'acteurs à mi-chemin entre le monde de la recherche et l'administration.

► **Lutte contre la fraude aux finances publiques. Bilan 2017**

DÉLÉGATION NATIONALE À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

2018

Paris : DNLF

https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dnlf/Maquette_Bilan_2017-maquettage_VDEF.pdf

En 2017, la fraude sociale détectée par les organismes dont le montant global s'élève à 1,29 Mds d'€, l'évolution est la suivante : sur le volet fraude aux cotisations (droits et pénalités), le montant détecté s'élève à 589,71 M€ en 2017 contre 601 M€ en 2016 soit une légère baisse de 1,89 %. Sur le volet fraude aux prestations sociales la tendance est plutôt à la hausse : les fraudes relevées atteignent 700,83 M€ en 2017 contre 663,47 M€ en 2016 (+ 5,6 %).

► **Quelle place pour les méthodes qualitatives dans l'évaluation des politiques publiques ?**

REVILLARD A.

2018

Paris LIEPP

Le renouveau récent des pratiques académiques d'évaluation des politiques publiques en France s'est accompagné d'une forte valorisation des méthodes quantitatives, notamment expérimentales et quasi-expérimentales. Cette situation invite à revenir sur les fondements des méthodes qualitatives en sciences sociales et sur l'histoire de leurs usages en évaluation sur le plan international, pour identifier la place qu'elles pourraient occuper dans cette démarche en France. L'auteur revient sur les implications, pour le champ de l'évaluation, de trois caractéristiques idéales typiques des approches qualitatives : l'attention au sens assigné à l'action, la mise en lumière de processus, et la place de l'induction. A la lumière des débats sur le positionnement épistémologique des méthodes qualitatives et sur les démarches participatives, Anne Revillard insiste sur l'intérêt d'ancrer l'évaluation qualitative dans une démarche systématique de production scientifique.

Prévention

Prevention

► **Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie**

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL POUR LA SANTÉ

2018

Paris Comité interministériel pour la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022. La France connaît en effet un retard certain en la matière. La mortalité évitable y est très élevée. On meurt trop souvent trop jeune en France. Et une vraie politique de prévention permettrait de préserver près de 100 000 vies par an. Cette publication rassemble et analyse les 25 mesures phares proposée par la stratégie nationale de santé. Elle aborde tous les déter-

minants de la santé, environnementaux ou comportementaux et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l'autonomie de nos aînés.

► **Éducation thérapeutique du patient : évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2018

Saint-Denis HAS

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques

En se fondant sur une actualisation de la littérature concernant l'ETP dans le champ des maladies chroniques les plus fréquentes (Asthme, BPCO, Diabète de type 1 et 2, Hypertension artérielle, Insuffisance cardiaque, Maladie rénale, Polyarthrite rhumatoïde, Polypathologie), la HAS propose, dix ans après les premiers rapports d'évaluation, des orientations pour la mise en œuvre des interventions éducatives les plus adaptées aux besoins des patients et des repères pour analyser ou mener des études d'efficacité et d'efficience.

► **The Organization and Delivery of Vaccination Services in the European Union**

OMS BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/the-organization-and-delivery-of-vaccination-services-in-the-european-union-2018>

In recent years, the European Union has been facing serious outbreaks of vaccine-preventable diseases, with an increasing number of cases and deaths. This study, undertaken at the request of the European Commission, collates information on the organization and delivery of vaccination services in the EU, with a focus on childhood vaccinations against measles and adult vaccinations against influenza. It provides a systematic review of health system related factors, a comparative analysis of country experiences and a suite of fiches that describe the organization and delivery of vaccination programmes in EU Member States. The report finds that there are substantial differences in the governance, provision and financing of vaccination services across EU member states. This includes differences in the types of health care providers involved,

with, for example, an increasing role for pharmacies in providing adult vaccinations against influenza. The report also notes that childhood vaccination against measles is mandatory in nine EU member states but free at the point of delivery in all EU member states, whilst adult vaccination against influenza is voluntary in almost all EU member states, but in seven countries adults targeted by influenza vaccinations have to pay at least part of the costs of vaccination. The report calls attention to the fact that, despite some challenges in the governance, provision and financing of vaccination services, vaccine hesitancy and lack of awareness are the greatest barriers to improving vaccination coverage. Ces dernières années, l'Union européenne (UE) a été confrontée à de graves épidémies de maladies évitables par la vaccination, avec un nombre croissant de cas et de décès. Cette étude, entreprise à la demande de la Commission européenne, rassemble des informations sur l'organisation et la prestation de services de vaccination dans l'UE, en mettant l'accent sur la vaccination des enfants contre la rougeole et la vaccination des adultes contre la grippe. Elle comporte un examen systématique des facteurs en rapport avec le système de santé, une analyse comparative des expériences nationales et une série de fiches décrivant l'organisation et la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les États membres de l'UE. Les auteurs du rapport constatent qu'il existe des différences substantielles entre les États membres de l'UE pour ce qui est de la gouvernance, de la prestation et du financement des services de vaccination. Il s'agit notamment de différences entre les types de prestataires de soins de santé concernés. Par exemple, les pharmacies jouent un rôle de plus en plus important, en vaccinant les adultes contre la grippe. Le rapport relève également que la vaccination des enfants contre la rougeole est obligatoire dans neuf États membres de l'UE, mais que dans tous les États membres, elle est gratuite au lieu de vaccination. Quant à la vaccination des adultes contre la grippe, elle est facultative dans presque tous les États membres, mais dans sept pays, la personne vaccinée doit assumer au moins partiellement les frais de vaccination. Le rapport pointe le fait que, malgré quelques difficultés en ce qui concerne la gouvernance, la prestation et le financement des services de vaccination, les plus grands obstacles à l'amélioration de la couverture vaccinale sont la réticence face à la vaccination et l'absence d'une prise de conscience.

► **Développer la prévention en France : 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens**

WOLF-THAL C.

2018

Paris CNOP

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429901/2024808/version/4/file/Rapport+-+D%C3%A9velopper+la+pr%C3%A9vention+en+France.pdf>

Construit autour de thématiques choisies parmi les orientations de la Stratégie nationale de Santé, ce rapport vise à illustrer le rôle et l'implication des pharmaciens dans la prévention et émet 15 propositions pour les renforcer. Des leviers de mise en oeuvre, nécessaires à la mise en pratique concrète de ces propositions, sont également mentionnés au sein du rapport.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Santé mentale, troubles mentaux et du comportement : Bibliographie**

INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

2018

Nantes : IREPS

https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=199#XEB_rc1CfyR

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.

Soins de santé primaires

Primary health care

► **The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying Blind**

AURAAEN A., SLAWOMIRSKI L. ET KLAZINGA N.

2018

Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety-in-primary-and-ambulatory-care_baf425ad-en

Primary and ambulatory settings are the foundation of health care provision counting over 8 billion encounters each year in OECD countries alone. Ensuring safe

primary and ambulatory care is a fundamental policy priority in OECD countries. Building on published patient safety research literature, this paper aims to broaden the existing knowledge base on safety lapses occurring in primary and ambulatory care settings. In doing so, a panel of academic and policy experts have been consulted to analyse the nature and impact of patient lapses in this specific setting as well as identify barriers and enabling factors towards how safety in primary and ambulatory care can be improved. The findings of this paper show that safety lapses in primary and ambulatory care are common. About half of the global burden of patient harm originates in primary

and ambulatory care, and estimates suggest that nearly four out of ten patients experience safety issue(s) in their interaction with this setting. Safety lapses in primary and ambulatory care most often result in an increased need for care or hospitalisations. Available evidence estimates the direct costs of safety lapses – the additional tests, treatments and health care – in primary and ambulatory care to be around 2.5 % of total health expenditure. Safety lapses resulting in hospitalisations each year may count 6 % of total hospital bed days and more than 7 million admissions in the OECD. The paper concludes that cohesive policies and leadership across all levels of the healthcare system are needed to improve patient safety in primary and ambulatory care. The most pressing policy action is to implement an integrated information infrastructure that enables capturing safety issues as well as allowing information to flow freely between providers, patients and settings. At the practice level, patient involvement in the measurement and reporting of safety issues is key. Empowering patients to be an active participant of their treatment is not only shown to improve health outcomes, but also effectively reducing safety lapses by up to 15 %. Implementing and sustaining efforts to improve safety requires a buoyant safety culture focused on collective improvement and teamwork. Supported by strong leadership across all levels of the healthcare system, improved patient safety and health system efficiency can be achieved. Les structures de soins primaires et ambulatoires constituent la clef de voûte de l'offre de soins de santé, avec plus de 8 milliards de contacts chaque année uniquement dans la zone OCDE. C'est pourquoi la sécurité des soins dans ces structures constitue une priorité essentielle des pouvoirs publics dans les pays de l'OCDE. En s'appuyant sur les travaux de recherche publiés dans le domaine de la sécurité des patients, le présent rapport vise à enrichir les connaissances existantes quant aux dysfonctionnements constatés dans les structures de soins primaires et ambulatoires. Pour ce faire, un panel d'universitaires et d'experts de l'action publique ont été consultés afin d'analyser la nature et l'impact des dysfonctionnements subis par les patients dans ces structures, ainsi que pour recenser les facteurs qui facilitent ou au contraire entravent l'amélioration de la sécurité dans les soins primaires et ambulatoires. Il ressort de ces analyses que les dysfonctionnements sont fréquents dans les soins primaires et ambulatoires. La moitié environ de la charge mondiale des préjudices causés aux patients est associée aux soins primaires et ambulatoires; selon les estimations, près de quatre patients sur dix sont touchés par des problèmes de

sécurité dans leurs contacts avec ces structures de soins. Le plus souvent, les dysfonctionnements dans les soins primaires et ambulatoires entraînent un besoin accru de soins ou d'hospitalisations. En s'appuyant sur les données disponibles, on estime que le coût direct des dysfonctionnements dans les soins primaires et ambulatoires – induits par les tests, traitements et soins nécessaires supplémentaires – s'élève à 2.5 % du total des dépenses.

► **Physicians' Incentives to Adopt Personalized Medicine: Experimental Evidence**

BARDEY D., KEMBOU NZALE S. ET VENTELLOU B.
2018

Aix-Marseille AMSE

<https://www.tse-fr.eu/publications/physicians-incentives-adopt-personalized-medicine-experimental-evidence>

We study physicians' incentives to use personalized medicine techniques, replicating the physician's trade-offs under the option of personalized medicine information. In a laboratory experiment where prospective physicians play a dual-agent real-effort game, we vary both the information structure (free access versus paid access to personalized medicine information) and the payment scheme (pay-for-performance (P4P), capitation (CAP) and fee-for-service (FFS)) by applying a within-subject design. Our results are threefold. i) Compared to FFS and CAP, the P4P payment scheme strongly impacts the decision to adopt personalized medicine. ii) Although expected to dominate the other schemes, P4P is not always efficient in transforming free access to personalized medicine into higher quality patient care. iii) When it has to be paid for, personalized medicine is positively associated with quality, suggesting that subjects tend to make better use of information that comes at a cost. We conclude that this last result can be considered a "commitment device". However, quantification of our results suggests that the positive impact of the commitment device observed is not strong enough to justify generalizing paid access to personalized medicine.

► **Le secteur de la biologie médicale en 2016**

BLANCHOZ J. M. ET BOUCHET A.

2018

Points de Repère(51)

www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_51_-_Le_secteur_de_la_biologie_medicale_en_2016.pdf

Cette étude se veut un instantané abordant tous les aspects du secteur de la biologie médicale en réunissant les différentes sources de données. Elle présente successivement l'organisation juridique et territoriale du secteur, une analyse de la régulation et des dépenses, enfin, l'accent est porté sur les profils des consommateurs, des actes et des prescripteurs.

► **Atlas de la démographie médicale en France 2018. Situation au 1er janvier 2018**

BOUET D. ET MOUGUES J. M.

2018

Paris Conseil National de l'Ordre des médecins

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037>

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de l'Atlas 2018 publié par l'Ordre des médecins. Alors que les inégalités entre départements favorisés et défavorisés en termes de démographie médicale se creusent, l'on constate que les fragilités dans l'accès aux soins sont souvent cumulées à d'autres facteurs de fragilité territoriale. Cela contribue à la remise en question du pacte républicain, dont la santé pour tous est un pilier. L'Ordre réitère par conséquent sa conviction : notre système de santé exige une réforme en profondeur et cohérente. Cette réforme ne peut se contenter d'ajustements techniques. L'Ordre réaffirme qu'il est impératif que la réforme à venir soit portée par une vision politique forte et assumée.

► **Effects of Health Care Payment Models on Physician Practice in the United States : Follow-Up Study**

FRIEDBERG M., CHEN P. G., SIMMONS M., *et al.*

2018

Santa Monica The Rand

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2667.html

This report, sponsored by the American Medical Association (AMA), describes how alternative payment models (APMs) affect physicians, physicians' practices, and hospital systems in the United States and also provides updated data to the original 2014 study. Payment models discussed are core payment (fee for service, capitation, episode-based and bundled), supplementary payment (shared savings, pay for performance, retainer-based), and combined payment (medical homes and accountable care organizations). The effects of changes since 2014 in the Affordable Care Act (ACA) and of new alternative payment models (APMs), such as the Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) Quality Payment Program (QPP), are also examined. This project uses the same qualitative multiple-case study method as the 2014 study, relying primarily on semistructured interviews with physician practice leaders, physicians, and other observers. Findings describe the challenges posed by APMs, strategies adopted to deal with APMs, the effects of rapidly changing and increasingly complex payment models, and how risk aversion influences physician practices' decisions to engage in new payment models. Project findings are intended to help guide efforts by the AMA and other stakeholders to improve current and future APMs and help physician practices succeed in them.

► **Suppression du Numerus clausus et de la PACES : Refonte du premier cycle des études de santé pour les "métiers médicaux"**

SAINT-ANDRÉ J. P.

2018

Paris Ministère chargé de la santé

<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid137245/refonte-du-premier-cycle-des-etudes-de-sante-pour-les-metiers-medicaux.html>

Le professeur Jean-Paul Saint-André a remis son rapport sur la refonte du premier cycle des études de santé à Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Sur la base des propositions contenues dans ce rapport, les ministres annonceront, dans le courant du mois de janvier 2019, les axes de la réforme du premier cycle des études de santé, ainsi que les modalités de poursuite

de la concertation. Les travaux du groupe de travail appellent à « sortir d'un modèle unique d'entrée dans les études de santé ». Deux modes d'accès seraient mis

en place, le premier via un « portail santé », accessible sur Parcoursup; le second reprendrait les expérimentations conduites dans seize universités depuis 2014.

Systèmes de santé

Health Systems

► **Health System Performance Assessment – Integrated Care Assessment (20157303 HSPA) : Health System Fiches**

COMMISSION EUROPÉENNE
2018

Bruxelles Commission européenne

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_integratedcareassessment_allfiches_en.pdf

This report contains the individual results of the Maturity Assessments performed in 12 health systems. Each maturity assessment presented here is further complemented with an up-to-date description of the corresponding health system. Furthermore, a summary of relevant integrated care policies at national and / or regional level is provided for each health system, as well as examples of bottom-up and / or top-down integrated care implementation. The results from these integrated care implementation maturity analyses are displayed in figures in the form of relative scores provided for each maturity domain, and for each selected health system, by interviewed stakeholders. It is apparent from the self-assessment results displayed below that the health systems in Germany, Denmark, Belgium, Italy, Spain, Greece, Sweden and Iceland were perceived by their corresponding stakeholders to be more mature than those in Estonia, the Netherlands, Poland and Bulgaria. This is further highlighted in the qualitative summaries, also sourced through the maturity model analysis, and outlined below.

► **Inequality in Life Expectancies Across Europe**

BOHACEK R., BUEREN J., CRESPO L., *et al.*
2018

Madrid Centro de Estudios de Monetarios y Financieros

<http://www.cemfi.es/ftp/wp/1810.pdf>

We use harmonized household panel data from 10 European countries (SHARE) plus US (HRS) and England (ELSA) to provide novel and comparable measurements of education and gender differences in life expectancy and disability-free life expectancy, as well as in the underlying multistate life tables. Common across countries we find significant interactions between socio-economic status and gender: (a) the education advantage in life expectancy is larger for males, (b) the female advantage in life expectancy is larger among the low educated, (c) education reduces disability years and this added advantage is larger for females, and (d) females suffer more disability years but this disadvantage is hardly present for the high educated. Common across countries we also find that the education advantage in disability years is due to better health transitions by the highly-educated, and that the female disadvantage in disability years is due to better survival in ill-health by females. Looking at the differences across countries, we find that inequalities are largest in Eastern Europe, lowest in Scandinavia, and that the education gradient in life expectancy for males correlates positively with income inequality and negatively with public health spending across countries.

► **Public Health, Healthcare, Health and Inequality in Health in the Nordic Countries**

CHRISTIANSEN T., LAURIDSEN J., KIFMANN M., *et al.*
2018

Odense University of Southern Denmark

All five Nordic countries emphasize equal and easy access to healthcare, assuming that increased access to healthcare leads to increased health. It is the purpose of the present study to explore to which extent the populations of these countries have reached good health and a high degree of socio-economic equality in health. Each of the five countries has established extensive public health programmes, although with somewhat different measures to increase health of the populations. We compare these countries to the UK and Germany by using data from the European Social Survey for 2002 and 2012 in addition to OECD statistics for the same years. Health is measured by self-assessed health in five categories, which is transformed to a cardinal scale using Swedish time trade-off (TTO) weights. As socio-economic measures we use household income and length of education. Socio-economic inequality in health is elicited in two ways. First, we show social gradients by comparing the percentage of respondents in the lower income group reporting good or very good health to the corresponding rates in the upper income group. Second, we show concentration indices of socio-economic related inequality in health. Everything else kept equal, good health and the size of the concentration index are negatively associated by definition. In 2012, mean health, based on Swedish weights applied to all countries, is above 0.93 in all the Nordic countries and the UK, but lower in Germany. Each of the Nordic countries have introduced centrally initiated comprehensive public health programmes to increase health and reduce socio-economic inequalities in health. In general, the Nordic countries have achieved good health for their populations as well as a high degree of socioeconomic equality in health. Improvements in life-style related determinants of health are possible, however.

► **Fit for Purpose: Findings and Recommendations of the External Review of the Pan-Canadian Health Organizations. Rapport de synthèse et summary report**

FOREST P. G. ET MARTIN D.
2018

Ottawa Santé Canada ; External Review of Pan-Canadian Health Organizations

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/findings-recommendations-external-review-pan-canadian-health-organization.html>

Ce rapport a été préparé par deux conseillers externes nommés par la ministre de la Santé pour fournir des conseils indépendants sur la meilleure façon dont les organisations pancanadiennes de santé (OPS) financées par le gouvernement fédéral peuvent favoriser les progrès visant des priorités clés du système de santé. Les conseillers externes ont formulé dix recommandations pour améliorer l'ensemble d'OPS et mieux répondre aux besoins actuels et futurs du système de santé, conformément au rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé au Canada. Pour arriver à ces conclusions, ils ont tenu d'importantes consultations avec une vaste gamme d'intervenants, dont des fonctionnaires provinciaux et territoriaux, des organisations autochtones nationales, des dirigeants du système de santé, des chercheurs et des experts, des dirigeants de l'industrie et des représentants des OPS

► **Health Literacy for People-Centred Care : Where Do OECD Countries Stand?**

MOREIRA L.
2018

Paris OCDE

www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-literacy-for-people-centred-care_d8494d3a-en

In the 2017 OECD Health Ministerial Statement, ministers agreed on the importance of addressing health literacy barriers to help health systems become more people centred. This paper sheds light on where OECD countries stand on that front. In the 21st century care, the old paradigm "because the doctor said so" no longer holds. Individuals are now seeking ways to understand their health options and take more control over their health decisions. But this is not an easy task. Professionals continue to use medical jargon, drug instructions are not always clear, and health informa-

tion in clinical settings continue to be complex and challenging to navigate. Widespread access to digital technologies offset some of these barriers by democratising access to health information, providing new ways to improve health knowledge and support self care. Nonetheless, when health information is misused or misinterpreted, it can wrongly influence individuals' preferences and behaviour, jeopardise their health, or put unreasonable demands on health systems. This paper finds that health literacy can help steer individuals' behaviour in the right direction. Health education and empowerment help people become partners in the coproduction of health by enhancing communication and decisions in clinical settings, as well as increasing self care. This may contribute to better health outcomes. Ignoring health literacy can come at a high cost. In 18 OECD countries, at least one third of the population shows poor health literacy levels. In 12 of those countries, that proportion rises beyond 50 % of the population. Current data suggests European individuals find particularly difficult to evaluate health information from media or judge pros and cons of different treatment options. Vulnerable populations, such as the elderly and lower educated, may be at more risk of low health literacy. This can't be ignored : low health skills are associated with increased hospitalisation, greater use of emergency care and lower adoption of preventive measures. A study in the United States shows additional costs of low health literacy range between 3 to 5 % of the total health care cost per year. Countries recognise that addressing HL barriers goes beyond promoting literacy skills and health education in schools, or implementing community counselling and training courses. Health literacy is also facilitated in interaction with health systems, such as through clear and easy communication with professionals, but also accessible and evidence based information in websites, media campaigns, and patient portals. While countries are moving in the right direction, more efforts are needed to regularly update knowledge and skills of individuals. First, countries could improve the role of health systems in promoting HL and place greater emphasis in multi-stakeholder action. Second, develop more robust research on what are effective interventions. Third, strengthen international development in sharing best practices and develop innovative solutions. Fourth, improve data infrastructure by enhancing HL measurement surveys. Dans la déclaration ministérielle de l'OCDE sur la santé de 2017, les ministres ont convenu de l'importance de supprimer les obstacles à la littératie en santé pour aider les systèmes de santé à se centrer davantage sur les personnes. Ce document

met en lumière la position des pays de l'OCDE sur ce front. Au XXI^e siècle, le vieux paradigme « parce que le médecin l'a dit » ne tient plus. Les individus cherchent maintenant des moyens de comprendre leurs options de santé et de mieux contrôler leurs décisions en matière de santé. Mais ce n'est pas une tâche facile. Les professionnels continuent à utiliser le jargon médical, les instructions concernant les médicaments ne sont pas toujours claires et les informations sur la santé en milieu clinique restent complexes et difficiles à s'y retrouver. L'accès généralisé aux technologies numériques élimine certains de ces obstacles en démocratisant l'accès à l'information sur la santé, en offrant de nouveaux moyens d'amélioration.

► How ACOs Are Caring for People with Complex Needs

PECK K. A., USADI B., MAINOR A., *et al.*
2018

New York The Commonwealth Fund

<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2018/dec/how-acos-are-caring-people-complex-needs>

With an incentive to provide high-quality care while controlling costs, accountable care organizations (ACOs) may focus on patients who require the most resources and are most at risk for encountering serious problems with their care. Understanding how ACOs approach care for complex patients requires examination of their organizational strategies, contracting details, and leadership structures. This report describes the specific strategies employed by ACOs that have comprehensive care management programs and processes for complex patients. To do so, a cross-sectional descriptive analysis of the fourth wave of the National Survey of ACOs was conducted. The findings show that most ACOs report have comprehensive chronic care management processes or programs in place to manage people with complex needs. More labor-intensive interventions, however, are rare. Few ACOs report having advanced programs for engaging patients, in-home visits after hospital discharge, or evidence-based services for patients needing mental health or addiction treatment. While ACOs have increased their efforts to target populations with complex care needs, there is a need for more varied approaches to improving care delivery.

Occupational Health

► **Management of Psychosocial Risks in European Workplaces : Evidence from the Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)**

AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL

2018

Bilbao OSHA

https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/675_Esener_FR_0.pdf

Sur la base de la deuxième enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (Esener-2), ce rapport examine les obstacles et les facteurs de gestion des risques psycho-sociaux sur les lieux de travail en Europe, leurs déterminants et l'influence des différents contextes nationaux et organisationnels. Il révèle que les évolutions du monde du travail ont augmenté l'exposition des travailleurs aux RPS. Le niveau de risque et l'efficacité de la gestion de celui-ci varient selon les secteurs et les pays. Sur la base des conclusions d'une analyse quantitative des données Esener-2, combinées à d'autres données nationales, il est montré que le contexte national - culture, économie et initiatives des partenaires sociaux en matière de santé et de sécurité au travail - influe sur le niveau de gestion des RPS. Mais, quel que soit le contexte national, l'engagement de la direction et des travailleurs est probablement le moteur le plus efficace pour gérer les RPS.

► **Évaluation de la COG 2014 - 2017 de la branche accidents du travail - maladies professionnelles**

BARBEZIEUX P., IMBAUD D. ET PAVIS I.

2018

Paris Igas

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000794-evaluation-de-la-convention-d-objectifs-et-de-gestion-2014-2017-de-la-branche-accidents?xtor=EPR-526>

Comme elle l'a fait pour l'ensemble des caisses du régime général de Sécurité sociale, l'IGAS a évalué

la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) pour la période 2014-2017, afin d'éclairer la préparation de la convention suivante. La mission a centré ses travaux sur le pilotage de la branche et sur les partenariats avec les nombreux intervenants du secteur. Elle a constaté les difficultés de la branche à s'emparer de la COG pour piloter les actions qui y ont été inscrites. Ces dernières soulèvent également plusieurs difficultés, du fait de la situation spécifique de cette branche, en termes de systèmes d'information et de pilotage des effectifs. La mission recommande pour la COG 2018-2022 d'en centrer les orientations sur trois enjeux : enjeu de prévention, avec un nombre limité de priorités; enjeux de fonctionnement (qui englobent d'autres branches de la sécurité sociale) : rénovation des systèmes d'information, relation de service avec les usagers, efficacité; enjeu d'organisation collective des interventions avec les autres acteurs.

► **L'effet des cancers sur la trajectoire professionnelle**

BARNAY T., BEN HALIMA M. A., DUGUET E., et al.

2018

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(238)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/238-l-effet-des-cancers-sur-la-trajectoire-professionnelle.pdf>

La trajectoire professionnelle est dégradée lorsque survient un cancer. Dans cette étude, la base de données administratives Hygie est mobilisée afin d'évaluer les effets de un à cinq ans de la survenue de plusieurs cancers sur la situation sur le marché du travail. Les résultats montrent que la probabilité d'être employé(e) au moins un trimestre dans l'année diminue fortement par rapport à l'année précédant l'apparition de la maladie. Cette diminution perdure jusqu'à cinq ans après la survenue d'un cancer au profit, à court terme, d'un accroissement des arrêts maladie et, à moyen terme, de situations d'inactivité. L'ampleur de ces effets est cependant variable selon le type de cancers, leur sévérité, le sexe et l'âge à la survenue de la maladie. Dans la population féminine, le cancer du sein, le plus

fréquent, a une forte influence négative sur l'emploi à un an, qui persiste à cinq ans. Le cancer de l'ovaire se caractérise par l'effet négatif le plus prononcé sur l'emploi à court terme. Chez les hommes, la survenue du cancer de la prostate conduit à une baisse modérée à court terme de l'employabilité mais qui s'accroît dans le temps. Concernant les localisations communes aux deux sexes, le cancer du poumon et des bronches est le plus délétère sur l'emploi alors que le cancer de la thyroïde influence peu le parcours professionnel. Les effets négatifs contrastés sur l'emploi reflètent la sévérité de la maladie, des traitements et des séquelles mais, également, des dispositifs d'aménagement des conditions de travail et d'emploi proposés par les entreprises.

► **The Effect of the Economic Collapse in Iceland on the Probability of Cardiovascular Events**

BIRGISDOTTIR A., HAUKSOTTIR A. ET RUHM C. J.
2018

Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W25301>

We explore whether the 2008 economic collapse in Iceland and subsequent economic crisis affected the probability of ischemic heart disease (IHD) events, independent of regular cyclical effects attributed to typical economic conditions. We estimate linear probability models using administrative data on IHD events, earnings and balance-sheet status, as well as unemployment for all Icelanders aged 16 and older in 2000-2014. We find that the sharp change in economic conditions in 2008 had a positive long-term effect on the probability of cardiovascular events in both males and females. In absolute terms these effects were small but often statistically significant and contrast with the finding that general business-cycle fluctuations operated in the opposite direction. Several potential mediators were correlated with the probability of IHD events, but their inclusion had little effect on the estimated economic crisis coefficients. A statistically significant business-cycle effect is found for both genders indicating. Thus the general business cycle and the economic collapse in 2008 and subsequent crisis can be thought of as separate phenomena with differing effects on IHD. This research contributes to the literature by exploiting a unique circumstance affecting a whole population to explore its effects on individuals, using exceptional register data.

► **L'essentiel 2017 : santé et sécurité au travail**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
2018

Paris : Cnam

https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-reference/assurance-maladie-risques-professionnels/rapports-annuels#text_47065

Cette publication de la branche Risques professionnels rassemble les chiffres clés sur la santé au travail et dresse le bilan de ses actions et son bilan financier. La diminution globale des maladies professionnelles se confirme à nouveau en 2017, avec une baisse de 0,5 % des nouveaux cas reconnus en 2017 (48 522). Les pathologies liées à l'amiante diminuent de 5,9 %, mais les cancers hors amiante reconnus en 2017 connaissent une hausse de 12,2 % (414 cas). Les affections psychiques continuent également d'augmenter : 806 cas reconnus en 2017, soit +35 % par rapport à 2016. Cette hausse, déjà constatée depuis quelques années, est notamment liée à un assouplissement réglementaire qui permet de soumettre plus de dossiers aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Le risque accidents de trajet est lui en hausse, avec 92 741 cas en 2017 (+4,3 %). Plus de la moitié est liée au risque routier.

► **The Effect of Work Disability on the Intention to Retire of Older Workers**

CAVAPOZZI D. ET DAL BIANCO C.
2018

Venice University Ca' Foscari of Venice

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3290452

In this paper, we analyze the effect of work disability on the desire to retire as soon as possible of older workers. We exploit objective health indicators and anchoring vignettes to develop work disability measures enhancing the comparability across individuals of work disability self-assessments. Our results show that, even once controlling for individual fixed-effects, individuals experiencing work limiting health problems are found to have a stronger propensity to retire. The role of work disability in determining retirement intentions varies with earnings and job characteristics.

► **Santé mentale des actifs en France : un enjeu majeur de santé publique**

FONDATION PIERRE DENIKER
2018

Paris Fondation Pierre Deniker; Paris Cese

<https://www.fondationpierredeniker.org/programme/sante-mentale-des-actifs-en-france-un-enjeu-majeur-de-sante-publique>

Cette étude épidémiologique représentative, réalisée par la Fondation Pierre Deniker, indique que près d'un actif sur 5 souffrirait de troubles d'ordre psychique. La proportion d'actifs présentant un risque de trouble psychique est plus importante chez les femmes (26 %) que chez les hommes (19 %). La prévalence est aussi plus élevée parmi les actifs travaillant plus de 50 heures par semaine (35 % contre 21 %), ceux sans bureau fixe (33 % contre 22 %), les personnes ayant un revenu annuel inférieur à 15.000 euros (30 %), celles passant plus d'une heure et demie dans les transports (28 %) et chez les actifs aidants de personnes handicapées ou en perte d'autonomie (28 %).

► **Sinistralité et repérage des cancers professionnels dans neuf pays européens**

KIEFFER C.
2018

Paris Eurogip

https://eurogip.fr/images/publications/2018/Eurogip-141F-Sinistralite-Reperage_cancers_professionnels_Europe.pdf

Les données portent sur l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Italie, la Suède, la Suisse. Les cas (déclarations et reconnaissances) de cancers depuis 2005 sont relativement stables au Danemark, en Belgique, France, Italie et Suède, mais en augmentation en Autriche, Allemagne et Suisse. Pour cette dernière catégorie, les raisons sont diverses, comme l'inscription du cancer de la peau en Allemagne en 2015 sur la liste nationale des maladies professionnelles. Dans tous les pays à l'exception de l'Allemagne, les cancers dus aux poussières d'amiante constituent l'écrasante majorité des cancers reconnus en 2016 comme maladie professionnelle (MP). Les mésothéliomes représentent ainsi plus de 30 % des cancers professionnels au Danemark, 50 % en Autriche et en Italie, 65 % en Belgique et près de 90 % en Suède. Si l'on ramène le nombre de cas reconnus à la population assurée, l'Allemagne et la France arrivent de loin en tête : respectivement 15,1 et 11,39 pour 100

000 assurés. Le ratio le plus faible est enregistré en Suède : 0,5. Les cancers représentent Outre-Rhin 32 % des MP reconnues. L'étude révèle aussi que le système de reconnaissance hors liste n'est pas le plus adapté pour les cancers. La 2^e partie du rapport est consacrée aux programmes qui visent à détecter des cas de cancer à un stade précoce pour améliorer les chances de guérison et aux dispositifs qui aident les victimes à faire valoir leurs droits à une indemnisation au titre d'une maladie professionnelle. En la matière cela peut être le recoupement des déclarations de MP avec le Registre des cancers pour les mésothéliomes et les cancers des fosses nasales (Danemark), la recherche d'une éventuelle origine professionnelle des cancers du poumon en milieu hospitalier (Nord de l'Italie), ou encore le ciblage et l'accompagnement des victimes potentielles d'un cancer de la vessie par l'assurance AT/MP (France).

► **Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2016**

MERCIECA P., CHAPPERT F. ET THERRY P.
2018

Lyon ANACT

<https://www.anact.fr/photographie-statistique-des-accidents-de-travail-des-accidents-de-trajet-et-des-maladies>

Comme chaque année, depuis 2012, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) actualise son analyse des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles pour les femmes et pour les hommes, réalisée à partir des données de sinistralité de la Cnam. Les résultats montrent que les inégalités entre les hommes et les femmes persistent en France. La baisse globale des accidents du travail depuis 2001 masque ainsi la progression des AT pour les femmes. Par ailleurs, les accidents de trajet, en baisse pour les hommes depuis 2001, sont en hausse pour les femmes. Et si la progression des maladies professionnelles concerne tant les hommes que les femmes, elle est deux fois plus rapide pour ces dernières depuis 2001. Parmi les branches d'activités les plus accidentogènes en 2016, les services de santé, action sociale, nettoyage et travail temporaire et les services, commerces et industries de l'alimentation qui continuent à enregistrer le plus d'accidents de travail avec arrêt pour les femmes, le BTP et les industries transports, eau, gaz, électricité qui comptabilisent le

plus d'accidents du travail avec arrêt pour les hommes. En 2016, les branches d'activités qui totalisent le plus de maladies professionnelles pour les femmes sont encore les services, commerces, et industries de l'alimentation ainsi que les services, santé, action sociale, nettoyage et travail temporaire. Pour les hommes, ce sont les secteurs du BTP et de la métallurgie. L'Anact fait l'hypothèse que, depuis 2001, les femmes occupent des postes dont les activités sont exposées à des risques insuffisamment identifiés et reconnus, et ce, d'autant plus, pour les secteurs à prédominance féminine. Une telle hypothèse réinterroge alors la capacité d'adaptation et d'efficacité des politiques d'évaluation et de prévention des risques puisqu'elles, ne s'adressent pas aux femmes dans leurs emplois alors que c'est le cas des hommes. La prise en compte des conditions d'exposition différenciées des femmes et des hommes permet alors de progresser dans l'évaluation et la prévention des risques professionnels.

► **Occupational Retirement and Social Security Reform: The Roles of Physical and Cognitive Health**

WEN J.

2018

Madrid Centro de Estudios de Monetarios y Financieros

https://www.cemfi.es/~jiayiwen/JMP_JiayWen_CEMFI.pdf

Under skill-biased technical change, jobs are becoming less physically demanding whereas they require increasing cognitive abilities. However, existing studies on retirement do not distinguish the different roles of physical and cognitive health. This paper proposes and estimates a dynamic structural model of retirement and savings, allowing the retirement effects of physical and cognitive health to be occupation-dependent. The model is estimated on the U.S. Health and Retirement Study data by Indirect Inference. The counterfactual experiments suggest ignoring the cognitive dimension would underestimate the retirement effect of health by 50% for clerical workers. Out of the four underlying channels: disutility of working, wages, medical expenditure, and mortality, disutility of working is found the main one through which physical and cognitive health affect retirement. Finally, if the full retirement age were to increase to 70, we would find a larger response in delaying retirement and a larger welfare loss in manual and clerical occupations.

Vieillessement

Aging

► **Accueil accompagnement des personnes âgées. Bilan des réalisations au 31 décembre 2017 et programmation de places nouvelles entre 2018 et 2022**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2018

Paris CNSA

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/bilan_realisation_2017_et_programmation_des_plans_personnes_agees.zip

Le présent document fait le point sur les réalisations observées au 31 décembre 2017 ainsi que sur les évo-

lutions futures programmées par les ARS jusqu'en 2022 dans le champ des personnes âgées. La première partie porte sur l'offre d'accueil et d'accompagnement de façon globale : état des lieux à fin 2017 et évolutions prévues. La seconde partie consiste en un approfondissement des réalisations et des évolutions prévues spécifiquement au titre des plans nationaux de développement de l'offre.

► **Avis sur les notes « Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et autonomie »**

CONSEIL DE L'AGE

2018

Paris HCFA

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

Dans cet avis, le Conseil de l'âge pose d'abord la question de l'unification des statuts des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et de la suppression de la barrière d'âge à 60 ans pour l'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH). Si cette option est soutenue par une grande majorité des membres du Conseil dans la perspective de constitution d'un cinquième risque (note 1), les études disponibles ne permettent pas d'apprécier les conséquences d'un tel changement, susceptible d'engager des financements publics conséquents. Ils demandent que des études soient engagées sans délai de façon à être disponibles pour la préparation de la loi annoncée par le Président de la République pour 2019. Si la loi ne retenait pas cette option, le Conseil considère qu'elle devrait en tous les cas rapprocher sensiblement les statuts actuels des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (note 2). Le Conseil souhaite une loi ambitieuse avec un socle de base minimum à atteindre au plus tard en 2024. Les priorités de ce socle sont définies dans un cadre conservateur, plus crédible à court terme (note 3) : consolider le maintien à domicile pour un effort financier d'environ 1,9 milliards d'euros et de revoir le statut des aidants. Une politique renforcée de soutien à domicile devrait faire baisser le taux d'institutionnalisation et répondre au souhait majoritaire des personnes de rester à domicile ; privilégier l'amélioration de la qualité des établissements (conditions de vie des résidents et conditions de travail et valorisation du personnel). Le Conseil juge qu'un accroissement des moyens de fonctionnement de l'ordre de 4 milliards d'euros à l'horizon 2024 est une référence pertinente de l'effort minimal à consentir ; diminuer les restes à charge dans les établissements. Si le Conseil évoque des schémas de réforme ambitieux comme la suppression de l'obligation alimentaire et du recours sur succession dans la gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), il envisage également des projets moins coûteux, notamment des schémas de bouclier protégeant les résidents qui vivent de longues années en établissement. Le Conseil estime qu'on doit faire un progrès significatif en prévoyant d'y affecter une enveloppe de 1 à 1,5 milliard d'euros. L'augmentation conséquente des dépenses publiques

brutes proposée dans l'avis du Conseil de l'âge peut être partiellement compensée par une meilleure gestion des politiques de soutien à l'autonomie. Si bien que le solde net se situerait à un niveau sensiblement inférieur. Le Conseil analyse ensuite les recettes envisageables pour le financement de ces mesures et le calendrier de leur mise en place.

► **Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030**

CONSEIL DE L'AGE

2018

Paris HCFA

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

Ce rapport a été établi dans le cadre d'une saisine de la ministre des Solidarités Agnès Buzyn. L'horizon choisi, 2030, se situe à une période charnière, où les premières générations du baby-boom arriveront à l'âge de 85 ans, âge moyen d'entrée en EHPAD. Le rapport dresse un état des lieux de la situation des personnes âgées en perte d'autonomie : état de santé, modalités d'accompagnement et systèmes de soins proposés dans leurs différents lieux de vie (domicile, habitat alternatif, établissement). Puis il identifie les grandes tendances et les enjeux à l'horizon 2030.

► **L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en maison de retraite**

TERRA NOVA

2018

Paris Terra Nova

<http://tnova.fr/notes/l-heure-du-choix-l-entree-des-personnes-agees-en-maison-de-retraite>

Le moment où la perte d'autonomie et l'accroissement de la dépendance sont tels que l'on envisage l'entrée dans une structure d'accueil pour personnes âgées est un moment délicat et souvent douloureux pour les personnes concernées comme pour leurs proches. Qui prend l'initiative d'en parler et quand ? Comment la décision est-elle prise et par qui ? Comment s'imagine-t-on la vie dans une telle structure quand on commence à l'envisager ? Prend-on le temps de s'y préparer ? Quel souvenir en garde-t-on quand on a connu quelqu'un qui y a vécu ? Que voudrait-on y changer pour améliorer la vie quotidienne de celles et ceux qui y résident ? Telles sont quelques-unes des

questions auxquelles nous avons souhaité répondre dans l'enquête réalisée par le Crédoc pour AG2R La Mondiale, le groupe Caisse des Dépôts et Terra Nova, dont nous présentons les résultats.

► **Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 : Avis du HCAAM**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

2018

Paris HCAAM

Dans sa Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, le HCAAM appelle à partir des services à rendre à la population et non de l'offre disponible. Ceci est d'autant plus important pour les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie que leur accompagnement nécessite de s'écarter de l'organisation historique de l'offre sanitaire conçue autour d'interventions ponctuelles destinées à résoudre un problème aigu. En effet, la prévention joue un rôle essentiel dans la préservation de l'autonomie. En outre, les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie souffrent de multiples problèmes pour lesquels l'horizon n'est souvent pas la guérison mais la remédiation, la stabilisation voire une moindre dégradation, qui nécessitent des soins et services coordonnant l'intervention d'un ensemble d'acteurs dans la durée. Vulnérables, ces personnes sont particulièrement sensibles aux dysfonctionnements actuels de notre système. Faute de réponse de proximité organisée, elles se tournent, souvent par défaut, vers les acteurs aujourd'hui les plus structurés, établissements de santé et médicosociaux, avec les mêmes inefficiences dans les champs sanitaire et médico-social. Pour répondre à leurs besoins, à la frontière de ces champs, le HCAAM appelle à un décloisonnement et à une simplification, pour mettre fin à l'éparpillement actuel des interlocuteurs et des moyens. Pour permettre aux Français de rester, comme ils le souhaitent dans leur grande majorité, à domicile, la priorité doit être donnée à une réponse de proximité renforcée et structurée, accessible partout sur le territoire et quelles que soient les ressources des personnes concernées.

► **Working Better with Age: Japan**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2018

Paris : OCDE

Currently, Japan has the highest old-age dependency ratio of all OECD countries, with a ratio in 2017 of over 50 persons aged 65 and above for every 100 persons aged 20 to 64. This ratio is projected to rise to 79 per hundred in 2050. The rapid population ageing in Japan is a major challenge for achieving further increases in living standards and ensuring the financial sustainability of public social expenditure. However, with the right policies in place, there is an opportunity to cope with this challenge by extending working lives and making better use of older workers' knowledge and skills. This report investigates policy issues and discusses actions to retain and incentivise the elderly to work more by further reforming retirement policies and seniority-wages, investing in skills to improve productivity and keeping up with labour market changes through training policy, and ensuring good working conditions for better health with tackling long-hours working culture.

► **Impact of Home and Leisure Accident Rates on Disability and Costs of Long Term Care in Spain**

ALEMANY R., GUTIERREZ A. M. ET GUILLEM M.

2018

Barcelone Université de Barcelone

<https://econpapers.repec.org/paper/bakwpaper/201803.htm>

Home and leisure accidents are one of the main causes of mortality due to other causes than aging, and have a high impact on health systems. However, to date, the number of studies associated with measuring their socioeconomic impact is very limited, unlike those associated with other causes such as traffic accidents or work accidents. Our objective is to analyze the long-term care needs associated with home and leisure accidents (HLA) in Spain. We conclude that the care needs derived from these causes increase with age of people, with a high incidence in all those situations in which people see their mobility limited. The high socioeconomic costs that result (approximately 781 million euros in 2016 in Spain for expenses in long-term care, 0.07% of the Gross Domestic Product) highlight the need to implement preventive policies. Taking into

account the budgetary constraints that the public systems can have to address all costs, the development of insurance products that help to cover these specific situations could be justified.

► **Social Security Reforms and the Changing Retirement Behavior in Sweden**

PALME M. ET LAUNE L.

2018

Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W25394>

We show how the economic incentives to remain in the labor force induced by Sweden's public old-age pension system and disability insurance program have changed between 1980 and 2015. Based on earnings histories for different hypothetical individuals corresponding to groups by gender and educational attainments we calculate the following measures: the replacement rate (RR), the social security wealth (SSW), the accrual in the social security wealth from working one additional year as well as the implicit tax rate on working longer (ITAX). We then investigate to what extent the observed changes in these measures concur with changes in employment rates among older workers.

► **Equal Long-Term Care for Equal Needs with Universal and Comprehensive Coverage? An Assessment Using Dutch Administrative Data**

TENAND M., BAKX P., VAN DOORSLAER E., *et al.*

2018

Rotterdam Tinbergen Institute

<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20180098.html>

The Netherlands is one of the few countries that offer generous universal coverage of long-term care (LTC). Does this ensure that the Dutch elderly with similar care needs receive similar LTC, irrespective of their income? In contrast with previous studies of inequity in care use that relied on a statistically derived variable of needs, our paper exploits a readily available, administrative measure of LTC needs, stemming from the eligibility assessment organized by the Dutch LTC assessment agency. Using exhaustive administrative register data on 616,934 individuals aged 60 and older eligible for public LTC, we find a substantial

pro-poor concentration of LTC use that is only partially explained by poorer individuals' greater needs. Among those eligible for institutional care, higher-income individuals are more likely to use – less costly – home care. This pattern may be explained by differences in preferences, but also by their higher copayments for nursing homes and by greater feasibility of home-based LTC arrangements for richer elderly. At face value, our findings suggest that the Dutch LTC insurance 'overshoots' its target to ensure that LTC is accessible to poorer elderly. Yet, the implications depend on the origins of the difference and one's normative stance.

Index des auteurs Author index

A

Aballea P.....	23
Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail.....	37
Albis H.....	16
Alemanly R.....	42
Asip Santé.....	10
Aubert J. M.....	12
Auge-Caumon M. J.....	14
Auraaen A.....	31
Avdic D.....	16

B

Baeten R.....	19
Bailey Jones J.....	13
Bakx P.....	43
Barbezieux P.....	37
Bardey D.....	32
Barnay T.....	37
Beatty T. K. M.....	12
Ben Halima M. A.....	37
Bensadon A.-C.....	28
Benussan A.....	16
Birgisdottir A.....	38
Blanchoz J. M.....	33
Bloom D.....	12, 13
Bohacek R.....	34
Bonnet F.....	16
Bono P. H.....	28
Bossard N.....	14
Bouchet A.....	33
Bouet D.....	33
Bourdillon F.....	22
Bouvenot G.....	23
Breton X.....	26
Bueren J.....	34
Buyukdumus T.....	16

C

Caisse Nationale d'Assurance maladie.....	38
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.....	40
Caniard E.....	14
Canning D.....	12
Casas I.....	13
Cavapozzi D.....	38
Chambaud L.....	22
Chappert F.....	39
Chen P. G.....	33
Chevillard G.....	15
Christiansen T.....	35
Coatanea P.....	11
Cole A.....	24
Comité Consultatif National d'Éthique.....	10
Comité interministériel pour la santé.....	29
Commission européenne.....	34
Conseil de l'Age.....	41
Cooke C.....	19
Cornillon P. A.....	25
Courbage C.....	13
Cour des comptes.....	17
Crespo L.....	34

D

Dal Bianco C.....	38
Dantony E.....	14
Darden M. E.....	24
Debu S.....	28
Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude.....	29
Desplatz R.....	28
Devictor B.....	26
Donnell P.....	19
Duguet E.....	37

E

Epstein R.....	16
----------------	----

F

Fletcher J. M.	19
Folmer K.	10
Fondation Pierre Deniker.....	39
Fonds Cmu	9
Forest P. G.....	35
Forgues A.....	19
French E.....	13
Friedberg M.....	33

G

Gallopel Morvan K.....	18
Gao J.	13
Giacco D.	21
Godoy A.....	17
Gruson D.	10
Guillem M.	42
Gutiérrez A. M.	42
Guyader A.	25

H

Hannigan A.	19
Hauksdottir A.	38
Haut Conseil de la santé publique.....	26
Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.....	42
Haute Autorité de Santé.....	17, 18, 30
Hjern A.	20
Huitfeldt I.	17
Husson F.	25

I

Iizuka T.	14
Imbaud D.....	37
Institut de Recherche en Santé Publique.....	31
Institut National du Cancer	15
IQVIA	11

J

Jacquey-Vazquez B.	27
Januel J. M.....	18
Juillet Y.....	23

K

Kadir A.....	20
Keeffe M.....	19
Kelly E.	13
Kembou Nzale S.	32
Khaled M.	25
Kieffer C.....	39
Kiernan F.	15
Kifmann M.....	35
Klazinga N.....	31
Kostchy K.....	12
Kristiansen M.....	20
Kuhn M.....	13

L

Laune L.	43
Lauridsen J.....	35

M

Mainor A.	36
Makdissi P.....	25
Marmot M.	21
Martin D.	35
Maurin L.	21
McGuire T.....	9
Mercieca P.....	39
Meunier A.	18
Ministère chargé de la santé.....	27
Minvielle E.	18
Montoliu-Montes G.	13
Moreira L.....	35
Moscelli G.....	16
Mougues J. M.	33
Mousques J.	15

N

Noury D. 23

O

OMS Bureau régional de l'Europe..... 30
 Organisation de Coopération et de
 Développement Économiques..... 22 , 23 , 42

P

Palme M..... 43
 Papageorge N. W..... 24
 Pavis I. 37
 Peck K. A. 36
 Philippe M..... 16
 Pierre A. 9
 Prettnner K. 13
 Priebe S. 21

R

Revillard A..... 29
 Rey B. 13
 Ritter J. A. 12
 Roussel I..... 18
 Ruhm C. J. 38

S

Saint-André J. P..... 33
 Saint-Pierre A..... 23
 Salomon J..... 22
 Schillo S. 9
 Schober T..... 22
 Shigeoka H. 14
 Siahmed H..... 18 , 28
 Simmons M. 33
 Slawomirski L..... 31
 Soudoplatoff S. 11
 Spasova S. 19
 Swaminathan S..... 24

T

Tenand M..... 43
 Terra Nova..... 41
 Therry P..... 39
 Touraine J. L. 26
 Towse A..... 24

U

Uhry Z..... 14
 Usadi B. 36

V

Vaillant L..... 28
 Van Doorslaer E..... 43
 Vanhercke B. 19
 Van Kleef R. C..... 9
 Ventelou B. 32

W

Wen J. 40
 Westerhout E..... 10
 Wilkinson R. G. 21
 Wolf-Thal C..... 11 , 31

X

Xie S..... 13

Y

Yazbeck M. 25

Z

Zocher K. 22