

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Janvier 2019 / January 2019

Assurance maladie	<i>Health insurance</i>
E-santé - Technologies médicales	<i>E-health – Health 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>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie-Statistique	<i>Methodology-Statistics</i>
Politique sociale	<i>Social policy</i>
Politique santé	<i>Health policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision-Evaluation	<i>Prevision-Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary healthcare</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

- 13 **Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision**
Carré B., Perronnin M.
- 13 **La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer**
Cour des Comptes
- 13 **How Important Is Price Variation Between Health Insurers?**
Craig S. V., Marzilli Ericson K. et Starc A.
- 14 **Deductibles and Health Care Utilization: An Experiment on the Role of Forward-Looking Behavior**
Kairies-Schwarz N., Harrison G. et Han J.
- 14 **Does Health Insurance Make People Happier? Evidence from Massachusetts' Healthcare Reform**
Kim S. et Koh K.

E-santé - Technologies médicales

E-health – Health technologies

- 15 **Dispositifs e-santé pour le télésoin des patients sous anticancéreux oraux : Bonnes pratiques, préconisations**
Agence nationale d'Appui à la performance
- 15 **Télémédecine : la vraie médecine de proximité**
Cinquandre J. et Cordier A. p.
- 15 **Health data Hub : mission de préfiguration**
Cugia P., Polton D. et Wainrib G.
- 16 **Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2018. Rapport réalisé pour le Snitem**
Detournay B.

- 16 **Taking the Pulse of Ehealth in the EU. An Analysis of Public Attitudes to Ehealth Issues in Austria, Bulgaria, Estonia, France, Germany, Italy, and the UK**
Incisive Health
- 16 **Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie**
Haute Autorité de santé
- 17 **Rapport au Parlement sur les expérimentations en télémédecine**
Ministère chargé de la santé
- 17 **Stratégie de transformation du système de santé : Accélérer le virage numérique. Rapport final**
Pon D. et Coury A.
- 17 **Horizon Scan of Medical Technologies. Technologies with an Expected Impact on the Organisation and Expenditure of Healthcare**
Van Der Maaden T., De Bruijn B. J., Vonk R., et al.

Économie de la santé

Health economics

- 18 **Stratégie de transformation du système de santé : Modes de financement et de régulation. Rapport final**
Aubert J. M.
- 18 **Social Security Programs and Retirement Around the World: Reforms and Retirement Incentives - Introduction and Summary**
Borsch-Supan A. et Coile C.
- 18 **La cartographie : Une analyse médicalisée des dépenses remboursées par l'assurance maladie sur la période 2012 -2016**
Caisse nationale d'assurance maladie
- 19 **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019**
Charpy C. R.
- 19 **La dépense moyenne par bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire**
Charpy C. R.

- 19 **Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in the United Kingdom**
Cooke O. D. N., Kumpunen S. et Holder H.
- 20 **Sécurité sociale : Rapport 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes
- 20 **Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France**
Cour des Comptes
- 21 **Attributing Medical Spending to Conditions: A Comparison of Methods**
Cutler D., Ghosh K., Bondarenko I., et al.
- 21 **Does High Cost-Sharing Slow the Long-Term Growth Rate of Health Spending? Evidence from the States**
Frean M. et Pauly M.
- 21 **Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016. In : Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018**
Grangier J. et Nguouana U.
- 22 **Estimating the Marginal Productivity of the English National Health Service from 2003/04 to 2012/13**
Lomas J., Martin S. et Claxton K.
- 22 **Comparaisons internationales du reste à charge des ménages**
Ministère chargé de la Santé
- 22 **Les dépenses de santé en 2017 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2018**
Roussel R., Heam J.-C., et al.
- 23 **Health at Glance : Europe 2018**
Organisation de Coopération et de Développement Économique
- 23 **L'état de santé des enfants d'âge scolaire en France. Apport des observatoires régionaux de la santé sur la production d'indicateurs liés à la santé des enfants d'âge scolaire**
Garnier C., Lorenzo P., Mathieu C., et al.
- 24 **Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013**
Laporal S., Demiguel V. et Cogordan C.
- 24 **Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France**
Le Neindre C., Bricard D., Sermet C., et al.

Géographie de la santé *Geography of health*

État de santé *Health status*

- 23 **Adolescent Alcohol-Related Behaviours: Trends and Inequalities in the WHO European Region, 2002–2014**
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe
- 23 **European Perinatal Health Report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2015**
Europeristat
- 25 **Hospital Choice with High Long-Distance Mobility**
Balai S., Moro D. et Brau R.
- 25 **Health Geographies : A Critical Introduction**
Brown T., Andrus G. J., Cummins S., et al.
- 25 **A Test of Supply-Side Explanations of Geographic Variation in Health Care Use**
Callison K., Kaestner R. et Ward J.
- 26 **Accessibilité aux médecins généralistes en France : les méandres de la construction des zones sous-dotées**
Chevallard G. et Lucas-Gabrielli V.
- 26 **What Drives the Distribution of Rural Doctors?**
Dudensing R., Carpenter C. W. et Liu J. C.
- 26 **The Effect of Rural Hospital Closure on the Health Outcomes and Access to Care of the Aging Population in Six States of the United States**
Ona L.
- 27 **Stratégie de transformation du système de santé : Repenser l'organisation territoriale des soins. Rapport final**
Pribile P. et Nabet N.

Handicap Disability

- 27 **Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés en 2014. Résultats de l'enquête ES-Handicap 2014**
Bergeron T. et Eideliman J.-S.
- 27 **L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité**
Denormandie P. et Cornu-Pauchet M.
- 28 **De la disqualification à la prise de parole en santé mentale. Recherche sur les conditions d'émergence, de reconnaissance et de prise en compte de la parole des personnes dites handicapées psychiques par les décideurs publics : Synthèse du rapport final**
Deutsch C., Farcy A., Maillard I., et al.
- 28 **Prévention et promotion de la santé à destination des personnes en situation de handicap. État des lieux**
Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
- 28 **Evaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap**
Mochel P., Naves P., Tenne Y., et al.
- 29 **Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive**
Mouiller P.
- 29 **Being Dependent Rather Than Handicapped in France: Does the Institutional Barrier at 60 Affect Care Arrangements?**
Tenand M.

Hôpital Hospital

- 29 **Panorama de l'hospitalisation en France : bilan et perspectives 2017-2021**
Biecheler P.
- 30 **Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2017**
Boisguerin B., Charavel C., Gateaud G., et al.

- 30 **Paying for Efficiency: Incentivising Same-Day Discharges in the English NHS**
Gaughan J., Gutacker N., Grasic K., et al.
- 30 **Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) - Un essor important, en deux temps**
Mauro L.
- 31 **Rapport annuel 2018 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé. Données 2017**
Terrenoire G. et Barat C.

Inégalités de santé Health inequalities

- 31 **Spain : Assessing Health-System Capacity to Manage Sudden Large Influxes of Migrants**
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe
- 31 **Political Sociology and the People's Health**
Beckfield J. et Krieger N.
- 32 **Rapport sur la pauvreté en France**
Brunner A., Leandri N., Saint-Martin X., et al.
- 32 **Reducing Health Inequalities Through New Models of Care: A Resource for New Care Models**
Goldblatt A. J., Daly P., Jabbal S., et al.
- 32 **From Paper to Plastic: Understanding the Impact of EWIC on WIC Recipient Behavior**
Hanks A. S., Gunther C., Lillard D., et al.
- 33 **What Strategies to Address Communication Barriers for Refugees and Migrants in Health Care Settings Have Been Implemented and Evaluated Across the WHO European Region?**
McGarry K., Hannigan A., De Almeida M. M., et al.
- 33 **Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2018**
Médecins du Monde
- 33 **Procédure d'admission au séjour pour soins : Rapport au parlement**
Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
- 33 **Longer-Run Effects of Anti-Poverty Policies on Disadvantaged Neighborhoods**
Neumark D., Asquith B. J. et Bass B.

- 34 **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2018**
Secours Catholique

- 37 **L'aide et l'action sociales en France - édition 2018**
Leroux I.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 34 **Pénuries de médicaments et de vaccins : Replacer l'éthique de santé publique au cœur de la chaîne du médicament : rapport d'information**
Decool J. P. et Daudigny Y. p.
- 34 **Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : une infection évitée, c'est un antibiotique préservé !**
Monnoyer-Smith L.

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

- 35 **Natural Experiments in the Social Sciences: A Design-Based Approach**
Dunning T.
- 35 **Glossaire franco-anglais des termes en économie de la santé**
Marek A., Safon M.O.
- 36 **Errors in Survey Reporting and Imputation and Their Effects on Estimates of Food Stamp Program Participation**
Meyer B. D., Mittag N. et Goerge R. M.
- 36 **Behavioral Feedback: Do Individual Choices Influence Scientific Results?**
Oster E.

Politique sociale

Social policy

- 37 **Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution. Edition 2018**
Cabannes P.-Y. d. et Mastain L. d.
- 37 **France, portrait social. Edition 2018**
Insee

Politique santé

Health policy

- 38 **Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital**
Cour des Comptes
- 38 **Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins**
Doineau E., Mesnier T. et Augros E.
- 38 **Stratégie de transformation du système de santé : Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques. Rapport final**
Le Guludec D., Ceretti A. M., Lyon-Caen O., et al.
- 39 **Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires**
Mesnier T.
- 39 **Expérimentations innovantes en santé : mise en œuvre du dispositif 2018. Rapport au conseil stratégique**
Ministère chargé de la santé
- 39 **How Do We Ensure that Innovation in Health Service Delivery and Organization Is Implemented, Sustained and Spread?**
Nolte E.
- 40 **The Role of Public Health Organizations in Addressing Public Health Problems in Europe: The Case of Obesity, Alcohol and Antimicrobial Resistance**
Rechel B., Maresso A., Sagan A., et al.
- 40 **Stratégie de transformation du système de santé : transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière. Rapport final**
Rousseau A. et D'Autume C.
- 40 **La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations**
Safon M.O. et Suhard V.

Prévention *Prevention*

- 41 **La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins**
Cour des Comptes
- 41 **La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement – à partir de l'exemple de l'obésité. Avis du HCAAM**
Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
- 41 **Place des offreurs de soins dans la prévention. Avis et rapport**
Haut Conseil de la santé publique
- 42 **Rapport d'information sur la prévention de la jeunesse**
Isaac-Sibille C. et Bareigts E.
- 42 **Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la prévention spécialisée**
Jacquat D. et Bouziane-Lazoussi K.
- 42 **Biology Meets Behavior in a Clinical Trial: Two Relationships Between Mortality and Mammogram Receipt**
Kowalski A.
- 43 **Prévention : quels enjeux de santé publique ! Analyse de politique publique**
Mathieu J. L.

Prévision-Evaluation *Prevision-Evaluation*

- 43 **Evaluating Health-Care Equity**
Raine R., Or Z., Prady S., et al.

Psychiatrie *Psychiatry*

- 43 **La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe : rapport de synthèse**
Défenseur des droits
- 44 **Santé mentale et isolement social : quelles interactions et réponses territorialisées ?**
Fabrique Territoires Santé

- 44 **Psychiatrie : l'état d'urgence**
Leboyer M., Llorca P.-M., Durand-Zaleski I., et al.
- 44 **Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer**
Velpry L., Vidal-Naquet P. A. et Eyraud B.

Soins de santé primaires *Primary healthcare*

- 45 **Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales**
Allot F., Debeauvais J., Elshoud S., et al.
- 45 **How Does the Type of Remuneration Affect Physician Behaviour? Fixed Salary Versus Fee-For-Service**
Brekke K. R., Holmas T. H. et Monstad K.
- 45 **Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux : démographie, activité et recours aux soins**
Charpy C. R.
- 46 **Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser**
Cour des Comptes
- 46 **Simplification des relations entre les professionnels de santé de ville et les administrations**
De Batz C. et Dubosq C.
- 46 **Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Guide**
Haute Autorité de santé
- 47 **Nurses as Substitutes for Doctors in Primary Care**
Laurant M., Van De Biezen M., Wijers N., et al.
- 47 **Improving Access and Continuity in General Practice**
Palmer W., Hemmings N., Rosen R., et al.
- 47 **Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**
Uzan S.

Systèmes de santé

Health systems

- 48 **Health System Review : Austria**
Bachner F., Bobek J., Habimana K., et al.
- 48 **European Health Report 2018: More Than Numbers - Evidence for All**
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe
- 48 **The Health and Well-Being of Men in the WHO European Region: Better Health Through a Gender Approach**
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe
- 49 **Situation of Child and Adolescent Health in Europe**
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe
- 49 **A Year of Integrated Care Systems: Reviewing the Journey so Far**
Charles A., Wenzel L., Kershaw M., et al.
- 49 **Les besoins de soins non satisfaits en Europe**
Ministère chargé de la Santé
- 49 **The State of Health Care and Adult Social Care in England 2017/18**
Newcastle Care Quality Commission
- 50 **Health Profile for England 2018**
Public Health England
- 50 **Organization and Financing of Public Health Services in Europe**
Rechel B., Jakubowski E., McKee M., et al.

Travail et santé

Occupational health

- 50 **Burnout in the Workplace: A Review of Data and Policy Responses in the EU**
Aumayr-Pintar C., Cerf C. et Parent-Thirion A.
- 50 **Does Disability Insurance Improve Health and Well-Being?**
Boersch-Supan A. H., Bucher-Koenen T. et Hanemann F.
- 51 **Early Determinants of Work Disability in an International Perspective**
Boersch-Supan A., Bucher-Koenen T. et Hanemann F.

- 51 **Health and the Wage: Cause, Effect, Both, or Neither? New Evidence on an Old Question**
Dench D. et Grossman M.
- 51 **Feeling Useless: The Effect of Unemployment on Mental Health in the Great Recession**
Farre L., Fasani F. et Mueller H.
- 52 **The Growing American Health Penalty: International Trends in the Employment of Older Workers with Poor Health**
Geiger B. B., Boheim R. et Leoni T.
- 52 **Fatal Attraction? Extended Unemployment Benefits, Labor Force Exits, and Mortality**
Kuhn A., Staubli S., Wuellrich J. P., et al.
- 52 **Conditions de travail : Bilan 2017**
Ministère chargé du travail
- 52 **Work-Related Mental Health Problems Increase with Rising Aggregate Unemployment**
Pikos A. K.
- 53 **The Future of Social Protection : What's Works for Non-Standard Workers?**
Queisser M. é.

Vieillesse

Aging

- 53 **Fin 2017, les départements ont attribué 2 millions de prestations d'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées**
Abdouni S.
- 54 **Pilotage du système de retraite**
Conseil d'Orientation des retraites
- 54 **Les seniors, l'emploi et la retraite**
Baena A. et Rachiq C.
- 54 **The Dynamics of Ageing: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-2016 (Wave 8)**
Banks J., Batty G. D., Nazroo J., et al.
- 54 **Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions**
Besnard X. et Zakri M.

- 55 **La gestion et le dépistage des risques liés au vieillissement, et le rôle des régimes de retraite dans le marché de l'assurance de soins de longue durée**
Boyer M. M.
- 55 **Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance. Résultats de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) "ménages"**
Brunel M. et Carrere A.
- 55 **Does Social Isolation Affect Medical Doctor Visits? New Evidence Among European Older Adults**
Cantarero-Prieto D., Pascual-Saez M. et Blazquez-Fernandez C.
- 56 **Well-Being and Intended Early Retirement Among Older European Workers: Does Job Satisfaction Matter? A 6-Wave Follow-Up**
Cantarero-Prieto D., Pascual-Saez M. et Blazquez-Fernandez C.
- 56 **Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 - Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population**
Charavel C., Mauro L. et Seimandi T.
- 56 **Will Population Ageing Spell the End of the Welfare State? A Review of Evidence and Policy Options**
Cylus J., Normand C. et Figueras J.
- 56 **Pension Reform and Return to Work Policies**
Fitzpatrick M. D.
- 57 **Retirement and Healthcare Utilization**
Frimmel W. et Pruckner G.
- 57 **Évaluation qualitative Paerpa : rapport final**
Gand S., Bloch M.-A. et Periac E.
- 57 **Long-Term Care Reforms in OECD Countries**
Gori C., Fernandes J. L. et Wittenberg R.
- 58 **Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social : décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin**
Guirimand N., Mazereau P. et Leplege A.
- 58 **Patient vs. Provider Incentives in Long Term Care**
Hackmann M. B. et Pohl V.
- 58 **Le financement des couvertures sociales dans les domaines de la famille et de la dépendance en comparaison internationale**
Le Minez S. et Lefebvre E.
- 58 **L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015**
Muller M. et Roy D.
- 59 **Decentralized Policies and Formal Care Use by the Disabled Elderly**
Roquebert Q., Kabore R. et Wittwer J.
- 59 **Effective Management of Long-Term Care Facilities**
Singh D. A.
- 59 **Rapport 2018 de l'Observatoire sociétal des cancers. Avoir un cancer après 75 ans, le refus de la fatalité**
Villez A.

Assurance maladie

Health insurance

► **Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision**

CARRÉ B., PERRONNIN M.
2018

Rapport n° 569 Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-569-evolution-de-la-dépense-en-part-de-complémentaire-santé-des-bénéficiaires-de-la-cmu-c.html>

Comprendre et prévoir la dynamique d'évolution de la dépense en part de complémentaire CMU-C sont les objectifs de cette étude. Ainsi, en s'appuyant sur une revue de littérature qui rappelle les spécificités et déterminants des dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C, différentes hypothèses sont testées sur les causes de rupture dans l'évolution de cette dépense à partir de données micro-économiques : le Système national des données de santé (SNDS) des individus appartenant à l'échantillon-maître de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) et l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Les résultats montrent que ce sont les différences d'évolution entre la composition des bénéficiaires de la CMU-C - arrivée après 2013 de bénéficiaires ayant un plus faible recours aux soins - et celle de la population générale - dont le vieillissement est plus marqué - qui expliquent l'écart croissant entre ces deux populations. Enfin, un modèle de prévision est estimé sur données macro-économiques.

► **La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer**

COUR DES COMPTES
2018

Paris : Cour des Comptes.

<http://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018>

Fondée sur un principe assurantiel, la branche Accidents du travail – Maladies professionnelles (AT-MP) est historiquement financée par des cotisations sociales à la seule charge des employeurs de salariés. À la suite de la suppression de l'affectation d'impôts en 2017, les cotisations (12,7 Md€ en 2017) constituent la totalité de ses ressources, contraire-

ment aux autres branches, financées dans une mesure variable par des cotisations et par des impôts et taxes affectés. Si l'assiette des cotisations AT-MP est identique à celle des autres branches, le taux applicable par chaque établissement ou section d'établissement en cas de multiplicité d'activités est calculé chaque année. En fonction de la taille de l'entreprise, ce calcul est opéré par établissement (ou section) ou par secteur d'activité. Une commission paritaire où sont représentés les employeurs et les salariés fixe chaque année la valeur des paramètres de calcul des taux en vue d'assurer la réalisation du solde prévisionnel prévu par la loi de financement de la sécurité sociale. Elle définit par ailleurs les orientations de la politique de prévention des risques professionnels de la branche. Le processus de calcul des taux, dit de tarification des risques professionnels, remplit une triple mission : financer les charges de la branche, mutualiser le risque entre les employeurs et inciter ces derniers à la prévention, ces deux derniers objectifs étant à concilier entre eux au regard de leur caractère potentiellement contradictoire. Longtemps, les règles de tarification ont privilégié la seule réparation financière des sinistres. Les évolutions engagées depuis 2010 ont affirmé l'objectif d'une contribution plus efficace à leur prévention. À ce jour, elles conservent cependant une portée limitée. Le dispositif de tarification des risques professionnels est financièrement équilibré, mais demeure complexe et lourd à gérer. Au-delà des évolutions déjà mises en œuvre, des réformes sont nécessaires pour en améliorer l'efficacité, en faisant jouer à la tarification un rôle plus actif dans la prévention des risques professionnels.

► **How Important Is Price Variation Between Health Insurers?**

CRAIG S. V., MARZILLI ERICSON K. ET STARC A.
2018

NBER Working Paper Series ; 25190. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25190>

Prices negotiated between payers and providers affect a health insurance contract's value via enrollees' cost-sharing and self-insured employers' costs. However, price variation across payers is hard to

observe. We measure negotiated prices for hospital-payer pairs in Massachusetts and characterize price variation. Between-payer price variation is similar in magnitude to between-hospital price variation. Administrative-services-only contracts, in which insurers do not bear risk, have higher prices. We model negotiation incentives and show that contractual form and demand responsiveness to negotiated prices are important determinants of negotiated prices.

► **Deductibles and Health Care Utilization: An Experiment on the Role of Forward-Looking Behavior**

KAIRIES-SCHWARZ N., HARRISON G. ET HAN J.
2018

Leibnitz : Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
<https://ideas.repec.org/p/zbw/vfsc18/181588.html>

Recent evidence on nonlinear insurance contracts finds that individuals react to the embedded dynamic incentives by changing health care utilization. However, with field data it is difficult to keep the spot price among individuals constant while systematically varying the future price. To do so, we use a controlled laboratory experiment in which subjects are insured by a health plan with a deductible and go through a cycle of periods. In each period they face probabilistic health events and have to choose whether to seek treatment or not. We vary the likelihood of hitting the deductible by varying the number of periods and the height of the deductible, as well as controlling whether subjects receive regular information updates on their remaining deductible. We also elicit individual risk and time preferences. Our results show that varying the future price has a significant effect on spending behavior, regardless of whether the same future price is reached by changing the deductible or the number of periods. At an individual level, we identify perfectly forward-looking as well as perfectly myopic individuals. We find that a relationship between spending on health care and risk preferences, forward-looking behavior and giving information on the height of the deductible.

► **Does Health Insurance Make People Happier? Evidence from Massachusetts' Healthcare Reform**

KIM S. ET KOH K.
2018

Bonn : IZA.
<http://ftp.iza.org/dp11879.pdf>

We study the effects of Massachusetts' healthcare reform on individuals' subjective well-being. Using data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, we find that the reform significantly improved Massachusetts residents' overall life-satisfaction. This result is robust to various sensitivity checks and a falsification test. We also find that the reform improved mental health. An additional analysis on the Tennessee healthcare reform supports our findings' external validity. Using the reform as an instrument for health insurance coverage, we estimate its large impact on overall life-satisfaction. Our results provide novel evidence on the psychological consequences of Massachusetts' healthcare reform.

E-santé - Technologies médicales

E-health – Health technologies

► **Dispositifs e-santé pour le télésuivi des patients sous anticancéreux oraux : Bonnes pratiques, préconisations**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2018

Paris : ANAP

www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/chimio_orale/dispositif_telesuivi_patients_anticancreux.pdf

En matière de prise en charge en cancérologie, l'usage des dispositifs e-santé pour le télésuivi des patients sous anticancéreux oraux est relativement émergent. On assiste à l'éclosion d'initiatives innovantes utilisant différentes technologies de santé : applications, plateformes web, portails internet, jeux éducatifs... Ces dispositifs permettent de mettre en relation le patient, l'établissement de santé et les professionnels de santé du premier recours, en facilitant l'échange d'information et le suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux afin d'éviter une rupture dans le continuum de soins. Sept retours d'expériences ont été documentés et analysés en groupe de travail pluridisciplinaire ad hoc afin de mieux comprendre « en quoi et comment le virage numérique peut faciliter la prise en charge coordonnée des patients sous anticancéreux oraux ? ». La présente publication permet de définir un cadre commun d'implémentation de ces dispositifs notamment sur les volets suivants : organisationnel, pilotage et conduite de projet, technique, évaluation des dispositifs. Les freins et les points de vigilance principaux sont identifiés comme prérequis à prendre en compte par les porteurs de projets et les décideurs pour le déploiement de ces innovations. In fine, un modèle organisationnel est proposé comme cible à atteindre pour faciliter la circulation de l'information entre les patients et les professionnels de santé ville-hôpital. Une revue de la littérature sur l'observance thérapeutique, une étude sur la question de la e-santé et de la prise en charge des patients atteints du cancer, et les monographies détaillées des retours d'expériences sont annexées à cette publication.

► **Télémédecine : la vraie médecine de proximité**

CINQUALBRE J. ET CORDIER A. P.
2018

Strasbourg : Editions du Signe

La télémédecine, longtemps estampillée violon d'Ingres de quelques illuminés, s'impose aujourd'hui comme un vecteur décisif d'évolution pour l'exercice médical. Avec la possibilité d'effacer les distances et de compacter le temps, la téléconsultation permet au médecin d'effectuer un acte aussi satisfaisant qu'en mode présentiel. Voire plus, en lui offrant des possibilités inédites : recueillir l'expertise d'un collègue spécialiste séance tenante et faire une visite à domicile sans se déplacer. Deux bouleversements dans sa pratique professionnelle qui en appelleront d'autres. L'auteur nous décrit son approche pour concrétiser ces nouvelles avancées en s'impliquant personnellement dans le développement d'une offre complète, matérielle et logicielle, de télécommunication.

► **Health data Hub : mission de préfiguration**

CUGIA P., POLTON D. ET WAINRIB G.
2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-health-data-hub-mission-de-prefiguration>

Ce rapport rassemble les conclusions de la mission de préfiguration du « Health Data Hub », pilotée par trois experts, Dominique Polton, présidente de l'Institut national des données en santé (INDS), Marc Cuggia, professeur d'informatique médicale et praticien hospitalier au CHU de Rennes et Gilles Wainrib, président fondateur de la start-up Owkin. Il fait suite aux engagements du président de la République qui avait annoncé au moment de la remise du rapport Villani, que la santé serait un des secteurs prioritaires pour le développement de l'intelligence artificielle, avec deux actions majeures, la création d'un « Health Data Hub » et l'élargissement du système national de données de santé. Le rapport propose une feuille de



route pour la mise en œuvre opérationnelle de cette plateforme d'exploitation des données de santé, ainsi que des recommandations, notamment sur les aspects organisationnels et réglementaires. La ministre de la Santé a confirmé la mise en place de ce Hub des données de santé dans les tous premiers mois de 2019 et a confié au directeur de la DREES, Jean-Marc Aubert, cette mission. Concrètement, le « Health Data Hub », prendra la forme d'un guichet unique et sécurisé dans l'objectif de permettre le partage des données de santé dans le respect du droit des patients tout en assurant la transparence avec la société civile. Il mutualisera des ressources technologiques et humaines et constituera un outil de promotion de l'innovation pour faire de la France un leader des données de santé.

► **Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2018. Rapport réalisé pour le Snitem**

DETOURNAY B.

2018

Bourg-La-Reine : Cemka-Eval.

<https://www.snitem.fr/le-snitem-en-action/les-publications/irm-et-delaix-dattente-les-chiffres-2018>

Cette enquête sur les délais est réalisée systématiquement depuis 2003 sur l'ensemble des services ou cabinets de radiologie disposant d'une IRM. En 2017, 54 nouveaux équipements ont été installés en France métropolitaine. Le parc d'IRM au 1^{er} janvier 2018 en France métropolitaine compte désormais 960 appareils, hors équipements de recherche, vétérinaires et militaires. Cependant, comme le montre l'étude, un patient qui doit passer une IRM lombaire « urgente » dans le cadre de la suspicion d'extension d'un cancer devra toujours attendre en moyenne 32 jours. Cette moyenne cache des situations régionales très différentes. En 2018, deux régions avaient un délai supérieur à 50 jours (Bretagne, Pays de la Loire), alors que l'Île de France est repassée sous le seuil moyen des 20 jours.

► **Taking the Pulse of Ehealth in the EU. An Analysis of Public Attitudes to Ehealth Issues in Austria, Bulgaria, Estonia, France, Germany, Italy, and the UK**

INCISIVE HEALTH

2017

Londres : Incisive Health.

<http://www.incisivehealth.com/wp-content/uploads/2018/08/Report-Taking-the-pulse-of-eHealth-in-the-EU-.pdf>

Digital innovation in healthcare is one of the 'hot' topics in European Union (EU) health policy. Frequently portrayed as the key to revamp European healthcare systems, it has been a hub of EU policy activity and debate in 2017 – a trend that is expected to continue as the EU plans to take further steps to trigger more research and investment in eHealth. The current drive for digital innovation in healthcare is also reflected in consumers' growing appetite for eHealth services. However, barriers to digital healthcare solutions remain high. Understanding these barriers and the mechanisms through which they can be addressed is essential in order to make an incisive impact. In a noisy policy environment, simply calling for more investment and more digital innovation will not be enough. As Incisive Health continues to expand its presence in the international health policy and communications space, we wanted to take the pulse of public attitudes to eHealth in the EU. This report showcases the findings from exclusive polling undertaken in seven EU countries: Austria, Bulgaria, Estonia, France, Germany, Italy, and the UK. It shows that public attitudes towards eHealth are mixed and while some healthcare systems are embracing new technologies, others are well behind. It reveals some common trends but also some striking differences, providing important insights into what is needed in order to shape eHealth policy in Europe (résumé d'auteur).

► **Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2018

Paris : Haute Autorité de santé

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie

Cette note souligne l'importance de disposer de données de qualité de vie dans les dossiers d'inscription

des produits de santé. La qualité de vie est un élément important à prendre en compte dans l'évaluation des produits de santé. Mais il importe de disposer de données de bonne qualité méthodologique, ce qui est aujourd'hui rarement le cas. L'objectif du document est de décrire et expliciter les modalités de prise en compte de la qualité de vie liée à la santé dans l'évaluation des technologies de santé, en clarifiant les approches développées pour la clinique et pour l'économie.

► **Rapport au Parlement sur les expérimentations en télémédecine**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2017

Paris : Ministère chargé de la santé.

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

Ce rapport retrace les apports du programme en faveur du développement de la télémédecine suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Il comprend des témoignages de professionnels impliqués, et esquisse les évolutions à venir.

► **Stratégie de transformation du système de santé : Accélérer le virage numérique. Rapport final**

PON D. ET COURY A.
2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_virage_numerique.pdf

Engagés début mars 2018, les travaux sur le chantier « Numérique » de la Stratégie de transformation du Système de santé (STSS), sur le thème « Accélérer le virage numérique », avaient pour objectif d'aboutir pour fin juin 2018 à la production d'une feuille de route opérationnelle couvrant la période 2018-2022 et ayant pour but de renforcer le virage numérique dans le système de santé. Cette note présente, de façon synthétique, les principaux éléments de diagnostic ainsi que des propositions clés élaborées suite aux différentes consultations.

► **Horizon Scan of Medical Technologies. Technologies with an Expected Impact on the Organisation and Expenditure of Healthcare**

VAN DER MAADEN T., DE BRUIJN B. J., VONK R., *et al.*
2018

Bilthoven : RIVM.

Medical technology is developing rapidly. Promising new technologies could offer benefits for the quality and organisation of healthcare. However, in practice innovations do not always fully match with medical and societal needs. Healthcare professionals, patients, health insurers, industry and the authorities all agree it is important to improve this. To achieve this, it is important that relevant stakeholders start to join forces already in early stages of development. This is a message from a 'horizon scan' of medical technologies performed by the RIVM at the request of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports. The 'horizon scan' identifies technologies with a potentially major impact on the society. eHealth, robotics to support care for the elderly, and the 3D printing of for example implants or of organ models to be used for the preparation of surgery, may offer major potential benefits. These technologies are expected to affect the organisation and costs of care, either in a positive or negative sense. The precise impact of these technologies is difficult to predict. Other technologies may also have major impact. Nanotechnology, for example, is considered a technology that enables other innovative developments, such as early diagnosis and treatment of cancer; personalised medicine (customized care) as a development that is enabled by promising medical technologies. In addition, non-medical technologies such as 'big data' and artificial intelligence can have major impact on healthcare. Bringing together stakeholders is the first, important, step to better connect technological possibilities with medical and societal needs. This may provide direction to developers of technology. It can also help healthcare organisations to take full advantage of promising medical technology.

Health economics

► **Stratégie de transformation du système de santé : Modes de financement et de régulation. Rapport final**

AUBERT J. M.

2018

Paris : **Ministère chargé de la santé.**

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

Le financement est un des leviers essentiels de la transformation du système de santé. Il permet d'inciter les professionnels à changer leurs comportements, par exemple pour développer la prévention, prendre le temps de la coordination, ou mieux s'assurer de l'application de standards élevés de qualité et de pertinence. Ce rapport préconise une évolution progressive des modes de financement au cours des trois prochaines années en proposant tant une stratégie de moyen terme, cohérente avec la transformation préconisée par l'avis récent du HCAAM (avis du 24 mai 2018) et globalement avec les différents chantiers de transformation, ainsi que des mesures immédiates pour 2019. La taskforce qui la produit proposera d'ici la fin de l'année 2019 des mesures supplémentaires qui pourront être mises en œuvre en 2020 et 2021.

► **Social Security Programs and Retirement Around the World: Reforms and Retirement Incentives - Introduction and Summary**

BORSCH-SUPAN A. ET COILE C.

2018

NBER Working Paper Series ; 25280. Cambridge : NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25280>

This is the introduction and summary to the ninth phase of an ongoing project on Social Security Programs and Retirement Around the World. This project, which compares the experiences of a dozen developed countries, was launched in the mid 1990s, following decades of decline in the labor force participation rate of older men. The first several phases of the project document that social security program provisions can create powerful incentives for retirement that are strongly

correlated with the labor force behavior of older workers. Subsequent phases have explored how disability program provisions affect retirement, whether there is a link between older employment and youth unemployment, and whether older individuals are healthy enough to work longer. In the two decades since the project began, the dramatic decline in men's labor force participation has been replaced by sharply rising participation rates. Older women's participation has increased dramatically as well. Over this same period, countries have undertaken numerous reforms of their social security programs, disability programs, and other public benefit programs available to older workers. In this ninth phase of the project, we explore how the financial incentive to work at older ages has evolved from 1980 to the present. We highlight the important role of reforms in these changing incentives and examine how changing incentives may have affected retirement behavior.

► **La cartographie : Une analyse médicalisée des dépenses remboursées par l'assurance maladie sur la période 2012 -2016**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

2018

Paris : Cnam

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/presentation-et-principaux-resultats.php>

Cette analyse médicalisée des patients et des dépenses permet notamment de répondre à des questions telles que : combien de personnes sont prises en charge pour cancers, maladies cardiovasculaires graves, maladies neurodégénératives, etc., et quels sont les coûts correspondants ? Quels sont les problèmes de santé dont les enjeux sont les plus importants en termes de nombre de personnes concernées et de coût ? Combien de personnes ont recours au système de soins pour des épisodes ponctuels, des opérations de chirurgie, des soins ambulatoires courants ? Comment ces effectifs et dépenses évoluent-ils ? La cartographie des pathologies et des dépenses s'appuie sur les données issues du Système national d'information interrégimes de

l'Assurance Maladie (Sniiram); elle concerne environ 57 millions de bénéficiaires du régime général (y compris les sections locales mutualistes) et près de 137 milliards d'euros de dépenses remboursées par le régime général de l'Assurance Maladie (plus de 162 milliards d'euros par extrapolation pour l'ensemble des régimes).

► **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019**

CHARPY C. R.
2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2017-previsions-2018-et-2019-septembre-2018>

Ce rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale présente les comptes de la Sécurité sociale pour 2017 ainsi que les comptes prévisionnels tendanciels pour 2018 et 2019. La prévision de croissance du PIB commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2018 avait été fixée à 1,7 % pour 2018, celle de la masse salariale à 3,1 % et l'inflation hors tabac à 1,0 %. Compte tenu d'une croissance meilleure que prévu en 2017 et d'une conjoncture favorable en fin d'année, le Gouvernement avait porté à 2,0 % sa prévision de croissance du PIB pour 2018, et révisé à la hausse les prévisions d'inflation (de 1,0 % à 1,1 %) et de masse salariale du secteur privé alors attendue en hausse de 3,9 % pour le Programme de stabilité envoyé à la Commission européenne en avril 2018. La nouvelle prévision de croissance pour 2018, présentée par le Gouvernement dans le cadre du PLF et du PLFSS pour 2019, tient compte du sensible infléchissement de la croissance constaté lors des deux premiers trimestres 2018 (+0,2 % chacun). Selon la dernière prévision du gouvernement, le PIB progresserait ainsi en volume de 1,7 %, soit un niveau conforme à la prévision initiale du PLFSS. La progression de la masse salariale (3,5 %) serait également en retrait par rapport à la prévision du programme de stabilité, mais resterait supérieure à celle de la LFSS et identique à celle de 2017 (+3,5 %) Pour sa part, l'inflation accélérerait sensiblement (1,6 %), sous l'effet notamment du renchérissement des produits pétroliers. Pour 2019, les tendances seraient identiques, sauf pour l'inflation qui serait en léger retrait.

► **La dépense moyenne par bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire**

CHARPY C. R.
2018

In : **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019. Paris : Ministère chargé de la santé.**

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2017-previsions-2018-et-2019-septembre-2018>

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est un dispositif de prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé destiné aux personnes avec de faibles ressources (moins de 734 € par mois pour une personne seule). Les dépenses au titre de la CMU-C ont augmenté de 4 % entre 2014 et 2017, passant de 2,1 Md€ à 2,2 Md€. Cette croissance résulte de deux évolutions en sens contraires : d'une part, le nombre de patients ayant été pris en charge au moins une fois par le dispositif a augmenté de 6 % sur la période, passant de 5,6 millions à 5,9 millions; d'autre part, la moyenne de la dépense par consommateur couvert par la CMU-C a baissé de 3 % durant la même période, de 362 € à 353 €, soit une diminution de près de 1 % par an. Durant cette période, plusieurs facteurs ont tiré à la hausse les dépenses moyennes de CMU-C, comme le vieillissement de la population couverte et la prévalence en hausse des affections de longue durée parmi les bénéficiaires. Toutefois, ces facteurs haussiers ont été plus que compensés par des mécanismes jouant en sens contraire, tels que la diminution des prix des médicaments non innovants, et un moindre recours aux médicaments, aux soins des médecins généralistes, et aux séjours en hospitalisation complète.

► **Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in the United Kingdom**

COOKE O. D. N., KUMPUNEN S. ET HOLDER H.
2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-the-united-kingdom-2018>

Au Royaume-Uni, la protection financière est meilleure que dans beaucoup d'autres pays de l'Union

européenne, conséquence des niveaux assez élevés de dépenses publiques en faveur de la santé; du droit d'accès au National Health Service (NHS, système national de services médicaux) pour la population résidente; d'une couverture de services étendue; et du recours très limité aux frais à charge du patient pour les services couverts par le NHS. Il existe des motifs d'inquiétude quant à l'accès aux soins de santé et à la protection financière dans l'avenir. Le NHS est confronté à des pressions financières exceptionnelles en raison de niveaux de dépenses publiques inférieurs aux besoins et de coupes dans les budgets des services sociaux. Les stratégies de rationnement des soins dispensés par le NHS pourraient intensifier la nécessité de paiements directs assumés par la population. Tandis que les personnes ayant les moyens pourraient recourir au secteur privé, les ménages déjà exposés à des contraintes financières pourraient être obligés de différer le moment de se soigner ou se passer de soins. Le rôle essentiel et efficace joué par le NHS pour protéger la population des difficultés financières en cas de maladie devrait être sauvegardé en s'assurant que les dépenses publiques en faveur de la santé soient suffisantes pour satisfaire les besoins.

► **Sécurité sociale : Rapport 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**

COUR DES COMPTES

2018

Paris : Cour des Comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018>

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Dans cette édition 2018, la Cour des comptes constate que le déficit de la sécurité sociale et la dette sociale ont continué à se réduire en 2017. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été respecté pour la huitième année consécutive. Toutes les branches ont vu leur solde s'améliorer, à l'exception notable de l'Assurance Maladie, qui concentre la quasi-totalité du déficit. L'amélioration constatée en 2017 étant entièrement conjoncturelle, le retour à l'équilibre de la sécurité sociale prévu pour 2019 doit être consolidé par des mesures structurelles, notamment sur les dépenses d'assurance maladie. Pour cela, il est indispensable de mieux prévenir les accidents de santé et

les maladies chroniques liées aux habitudes de vie et à l'organisation du travail, organiser les soins de manière plus efficace en fonction de critères de qualité et de sécurité plus rigoureux et mieux appliqués et accroître l'efficacité des organismes sociaux dans l'exercice de leurs missions constituent autant de leviers à mobiliser activement pour l'atteindre. Parmi les problématiques plus particulièrement étudiées : un examen des systèmes de santé et de la prise en charge des dépenses de santé dans huit pays européens, la lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires, les soins visuels dont la prise en charge est à réorganiser, la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles. La dernière partie est consacrée à une gestion plus efficace des organismes de protection sociale.

► **Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France**

COUR DES COMPTES

2018

In : Sécurité sociale : Rapport 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale Paris : Cour des Comptes.

www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018

Si tous les pays européens ont été affectés par la récession économique de 2008-2009, seule une partie d'entre eux ont été confrontés à une crise de leur dette souveraine. Ceux-ci ont mis en œuvre des mesures de grande ampleur pour limiter les dépenses socialisées de santé, ce qui a conduit à dégrader la prise en charge de la demande de soins. Les autres pays ont également pesé sur l'évolution des dépenses, mais de manière moins forte ou durable. Pour sa part, la France a préservé ses systèmes de santé et de prise en charge des dépenses, au prix de déficits persistants de l'assurance maladie. Quatre types de réformes ont été mis en place : l'accroissement de la participation des patients au coût des traitements; le déremboursement de certains soins; la diminution des effectifs et des rémunérations des professionnels de santé et la réorganisation des hôpitaux. Autant de domaines où la France est restée en retrait. Malgré les déficits, elle est ainsi "parvenue à préserver la part des dépenses de santé prises en charge par la collectivité, un large accès aux soins, ainsi que les effectifs et les rémunérations des professionnels de santé".

► **Attributing Medical Spending to Conditions: A Comparison of Methods**

CUTLER D., GHOSH K., BONDARENKO I., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; 25233. Cambridge : NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25233>

Partitioning medical spending into conditions is essential to understanding the cost burden of medical care. Two broad strategies have been used to measure disease-specific spending. The first attributes each medical claim to the condition listed as its cause. The second decomposes total spending for a person over a year to the cumulative set of conditions they have. Traditionally, this has been done through regression analysis. This paper makes two contributions. First, we develop a new method to attribute spending to conditions using propensity score models. Second, we compare the claims attribution approach to the regression approach and our propensity score stratification method in a common set of beneficiaries age 65 and over drawn from the 2009 Medicare Current Beneficiary Survey. Our estimates show that the three methods have important differences in spending allocation and that the propensity score model likely offers the best theoretical and empirical combination.

► **Does High Cost-Sharing Slow the Long-Term Growth Rate of Health Spending? Evidence from the States**

FREAN M. ET PAULY M.
2018

NBER Working Paper Series ; 25156. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25156>

Multiple studies have shown that high-deductible health plans lower spending levels, however, less is known about whether such plans have an effect on spending growth. We begin with a model of the relationship between levels of insurance coverage and both spending levels and spending growth, highlighting the role of new technology adoption in the latter. Next, we leverage cross-sectional variation in private deductibles across states (and over time) to estimate whether areas with relatively higher deductibles experience lower spending growth. We use publicly available data from the Centers for Medicare and Medicaid Services and the Agency for Healthcare Research

and Quality from 2002-2016, a period during which deductibles among privately insured employees more than tripled in magnitude and real spending growth exceeded 40%. Consistent with prior empirical work, we find that current period spending growth is significantly lower in states with higher deductible levels but non-responsive to changes in such levels over time. We observe these relationships in models of both private and total spending (including that on behalf of publicly insured and uninsured individuals), suggestive of potential spillovers. Future work should explore the role of other plan benefit characteristics in explaining spending growth and mechanisms underlying any observed effects.

► **Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016. In : Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018**

GRANGIER J. ET NGOUANA U.
2018

Paris : Ministère chargé de la Santé : 165-166.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>

Les comptes de la santé retracent chaque année la prévention dite « institutionnelle », hors consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dans la dépense courante de santé (DCS). La prévention institutionnelle est celle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux. Estimée à 5,8 milliards d'euros en 2016, elle ne représente toutefois qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive. Les autres actes de prévention financés par l'Assurance maladie, les organismes complémentaires et les ménages sont disséminés dans la CSBM. Cet éclairage en propose une estimation basse pour les années 2012 à 2016, sur un champ partiel. Celui-ci couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales), ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), les dépenses préventives réalisées à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Cette estimation est complétée par une estimation partielle des dépenses préventives en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant pour l'année 2016.

► **Estimating the Marginal Productivity of the English National Health Service from 2003/04 to 2012/13**

LOMAS J., MARTIN S. ET CLAXTON K.

2018

CHE Research Paper Series ; 158. York : University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/policybriefing/CHERP158_estimating_marginal_productivity_NHS.pdf

Estimates of the marginal productivity of the health sector are required for a wide range of resource allocation decisions. Founding these estimates on robust empirical analysis can inform these decisions and improve allocative efficiency as a result. This paper estimates the marginal productivity of the English NHS for a ten year period between 2003/04 and 2012/13. Data on expenditure and mortality by programme budget categories from this period are used in conjunction with socio-economic and demographic variables from the censuses from 2001 and 2011, as part of an econometric strategy that employs an established instrumental variable approach that is subjected to a number of sensitivity analyses. The results of the econometric analysis, along with additional data on burden of disease, are used to generate an estimate of marginal productivity. This paper finds that the point estimates of the amount of resources, in nominal terms, to produce an additional unit of health benefit has ranged from £5,000 to £15,000 per quality-adjusted life year between 2003/04 and 2012/13. These results are discussed in the context of the existing literature, and the potential policy implications for decisions about resource allocation are explored.

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

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

In : Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018 : 132-133. Paris : Ministère chargé de la santé

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>

Les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages sont un frein potentiel à l'accès aux soins et peuvent conduire certains ménages à renoncer à des

soins. Dans la plupart des pays de l'OCDE, des exemptions partielles ou totales de participation financière sont prévues pour des populations spécifiques afin de garantir leur accès aux soins. Dans ceux présentés ici (pays européens, Canada, États-Unis et Japon), ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps) associées à des dépenses très élevées. D'autres exemptions peuvent exister en fonction du revenu des ménages (par exemple en Allemagne, le reste à charge est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âge (enfants et personnes âgées) ou pour les femmes enceintes.

► **Les dépenses de santé en 2017 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2018**

ROUSSEL R., HEAM J.-C., *et al.*

2018

Panoramas de la DREES. Paris : DREES.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 199,3 milliards d'euros. Sa croissance s'infléchit nettement à +1,3 % en 2017 (après 2,0 % en 2016), du fait du fort ralentissement des soins hospitaliers. La France consacre au total 11,5 % de son PIB à la santé, soit 1,1 point de plus que la moyenne de l'Union Européenne à 15. La Sécurité sociale finance 77,8 % de la CSBM, et les organismes complémentaires 13,2 %. La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7, % en 2017. Les dépenses de santé en 2017 présentent également un dossier sur les dépenses de prévention sanitaire en France qui actualise, et complète, celui publié dans la même collection deux ans auparavant, ainsi qu'un dossier sur les principaux résultats du Baromètre d'opinion de la Drees sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie.

Health status

► **Adolescent Alcohol-Related Behaviours: Trends and Inequalities in the WHO European Region, 2002–2014**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

2018

Copenhague : Office des publications du bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/adolescent-alcohol-related-behaviours-trends-and-inequalities-in-the-who-european-region,-20022014-2018>

This report presents the latest trends in alcohol consumption and drinking behaviours among 15-year-olds across the WHO European Region, taken from the HBSC study. It highlights gender and socioeconomic inequalities across the Region. Trends have previously been reported separately, but this report brings together for the first time a broader range of HBSC data on adolescent alcohol consumption and drinking behaviours to review the latest evidence and highlight differences in alcohol use by gender, socioeconomic position and geographic subregion.

► **European Perinatal Health Report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2015**

EUROPERISTAT

2018

sl Europeristat.

<http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2018/11/Peristat-web-2018.pdf>

Faisant suite aux deux précédents bilans de 2004 et 2010, le nouveau rapport européen Euro-Peristat présente une photographie des données sur la santé périnatale en 2015 pour 28 pays membres de l'Union Européenne, plus l'Islande, la Norvège et la Suisse. Euro-Peristat est coordonné par l'Inserm et financé dans le cadre d'une Joint Action européenne sur l'information en santé. Ce rapport contient des données sur les principaux indicateurs de santé des enfants (mortalité, mortalité néonatale, prématurité...) et de leur mère (mortalité), des pratiques médicales (césariennes ..), et des facteurs de risque autour de la nais-

sance. Leurs résultats permettent de situer la France par rapport aux autres pays en matière de système d'information et d'indicateurs de santé et offrent une vision plus globale que les résultats annuels nationaux ou internationaux.

► **Health at Glance : Europe 2018**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

2018

Paris : OCDE.

Health at a Glance: Europe 2018 presents comparative analyses of the health status of EU citizens and the performance of the health systems of the 28 EU Member States, 5 candidate countries and 3 EFTA countries. It is the first step in the State of Health in the EU cycle of knowledge brokering. This publication has two parts. Part I comprises two thematic chapters, the first focusing on the need for concerted efforts to promote better mental health, the second outlining possible strategies for reducing wasteful spending in health. In Part II, the most recent trends in key indicators of health status, risk factors and health spending are presented, together with a discussion of progress in improving the effectiveness, accessibility and resilience of European health systems.

► **L'état de santé des enfants d'âge scolaire en France. Apport des observatoires régionaux de la santé sur la production d'indicateurs liés à la santé des enfants d'âge scolaire**

GARNIER C., LORENZO P., MATHIEU C., *et al.*

2017

Paris : FNORS.

<http://www.fnors.org/index.html>

À la demande de la Direction générale de la santé (DGS), la Fnors a réalisé un état des lieux des dispositifs existants en France pour suivre l'état de santé des enfants d'âge scolaire, notamment à travers l'implication des Observatoires régionaux de santé (ORS)

sur la mise en place d'études ou la production d'indicateurs auprès de cette population. Dans un premier temps, ce document présente les dispositifs de suivi de la santé des enfants en milieu scolaire en France et les indicateurs disponibles à l'échelle nationale. Puis, afin de mettre en avant les démarches locales, un état des lieux est réalisé et porte sur les travaux des ORS impliqués pour l'exploitation de données issues de dispositifs existants ou pour la mise en place d'enquêtes spécifiques. Chaque système d'information mis en place par les ORS fait l'objet d'une fiche de synthèse en annexe du document.

► **Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013**

LAPORAL S., DEMIGUEL V. ET COGORDAN C.
2018

Saint-Maurice : Santé publique France

http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/149528/544221/version/1/file/synthese_alcoolisation_f%C5%93tale.pdf

Cette étude rassemble les premières estimations nationales concernant les troubles causés par la consommation d'alcool pendant la grossesse. Ces estimations révèlent qu'entre 2006 et 2013, pas moins de 3 207 nouveau-nés ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale, dont 452 présentait un Syndrome d'Alcoolisation Fœtale à proprement parlé. Les régions les plus touchées par les troubles causés par l'alcoolisation fœtale étaient La Réunion, la Haute Normandie, la Champagne Ardenne, et le Nord Pas de Calais. Par ailleurs, l'étude a permis de constater une diminution significative du nombre d'enfants diagnostiqués pour un SAF, mais une augmentation du nombre des autres troubles liés à une alcoolisation fœtale entre les périodes 2006 2009 et 2010 2013. Selon les données du Baromètre Santé 2017, la consommation occasionnelle d'alcool reste en effet importante chez les femmes enceintes, 1 femme sur 10 ayant déclaré avoir consommé de l'alcool durant sa grossesse.

► **Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France**

LE NEINDRE C., BRICARD D., SERMET C., *et al.*
2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/004-atlas-de-l-insuffisance-renale-chronique-terminale-en-france.pdf>

La maladie rénale chronique touche, en 2015, environ 5,7 millions d'adultes en France. Parmi eux, 82 295 sont traités pour insuffisance rénale chronique terminale, soit par dialyse (56 %), soit par greffe (44 %). Le taux de mortalité à ce stade de la maladie est élevé (10,6 %) et la qualité de vie des personnes atteintes peut également être altérée. Les enjeux en matière d'accès aux soins et de prise en charge des patients, dimensions pour lesquelles des disparités sociales et territoriales sont signalées, sont donc importants. Les enjeux économiques ne sont pas non plus négligeables. Cet atlas propose une photographie de l'insuffisance rénale chronique terminale et de sa prise en charge en France, ainsi que dans les six territoires visés par les expérimentations des parcours de soins des personnes atteintes de cette maladie. Il regroupe des informations jusqu'alors dispersées sur le contexte démographique et socio-économique, l'état de santé et l'offre de soins, ainsi que sur l'incidence et la prévalence de la maladie et le parcours des patients dialysés et greffés. L'atlas s'appuie pour ce faire sur des indicateurs standardisés construits au niveau d'une unité d'observation commune, le département. Il s'agit en effet de disposer d'une situation de référence qui permettra de mesurer les évolutions, de comparer les territoires et de mieux comprendre les problématiques spécifiques à cette pathologie afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins.

Geography of health**► Hospital Choice with High Long-Distance Mobility**

BALAI S., MORO D. ET BRAU R.
2018

Working Paper ; 2018/10. Cagliari : CRENOS.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cns:cncswp:201810&r=hea>

We investigate long distance hospitalizations in a setting of patients with free mobility by studying the elective admissions of patients for cancers of the digestive system and distinguishing between local (located in the region of residence) and distant hospitals (located at very long distances in non-boundary regions). We used data from hospital discharge records of patients enrolled in the local healthcare systems of two insular Italian regions. We model mobility towards alternative hospitals as a discrete choice process determined by geographical distance, clinic quality and other hospital characteristics through a mixed logit model that controls for patients' heterogeneity. Quality plays a relevant role in the choice of distant hospitals, whereas it does not affect the choice of local hospitals. Patients are willing to travel at least 14 km farther to be cured in a distant hospital with a clinical quality indicator that increases from the 75th to the 25th percentile. The willingness to travel is greater for younger and higher educated patients. Important differences emerge vis-à-vis the role of hospital pull factors. Our findings support the idea that long-distance mobility is a distinctive phenomenon that requires further study.

► Health Geographies : A Critical Introduction

BROWN T., ANDRWS G. J., CUMMINS S., *et al.*
2018

Oxford : John Wiley & Sons

This book explores health and biomedical topics from a range of critical geographic perspectives. Building on the field's past engagement with social theory it extends the focus of health geography into new areas of enquiry. It introduces key topics in health geography through clear and engaging examples and case studies drawn from around the world ; incorporates multi-disciplinary perspectives and approaches

applied in the field of health geography ; identifies both health and biomedical issues as a central area of concern for critically oriented health geographers ; features material that is alert to questions of global scale and difference, and sensitive to the political and economic as well sociocultural aspects of health and provides extensive pedagogic materials within the text and guidance for further study.

► A Test of Supply-Side Explanations of Geographic Variation in Health Care Use

CALLISON K., KAESTNER R. ET WARD J.
2018

NBER Working Paper Series ; 25037. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25037>

Evidence of regional variation in health care utilization has been well-documented over the past 40 years. Yet uncertainty persists about whether this variation is primarily the result of supply-side or demand-side forces, and the difference matters for both theory and policy. In this article, we provide new evidence as to the cause of geographic variation in health care utilization. We do so by examining changes in health care use by the near-elderly as they transition from being uninsured into Medicare. Results provide support for a causal supply-side explanation of regional variation. Estimates indicate that gaining Medicare coverage in above-median spending regions increases the probability of at least one hospital visit by 36% and the probability of having more than five doctor visits by 25% relative to similar individuals in below-median spending regions.

► **Accessibilité aux médecins généralistes en France : les méandres de la construction des zones sous-dotées**

CHEVILLARD G. ET LUCAS-GABRIELLI V.

2018

In : CIST 2018 « Représenter les territoires ». Rouen
sl : HAL

<https://hal.archives-ouvertes.fr/CIST2018/hal-01854414>

Face à l'inégale répartition géographique des médecins, les pouvoirs publics ont défini depuis 2005 des zones sous-dotées pour y déployer des mesures permettant d'attirer et de maintenir ces professionnels de santé. La définition de ces zones s'est complexifiée au fur et à mesure que les dispositifs s'étoffaient et que de nouveaux acteurs s'emparaient de cette question (collectivités territoriales, État, Assurance maladie). L'objectif est ici de montrer comment la montée en puissance d'une politique publique conduit, de par la multiplicité des acteurs et des territoires afférents mobilisés, à en réduire la portée. Nous nous appuyons dans cette communication sur l'historique de la définition des zones sous-dotées en médecins généralistes libéraux en France. L'enchevêtrement des zonages et dispositifs qui en résulte réduit la lisibilité de la politique auprès des médecins concernés et pose ainsi la question de son efficacité (résumé d'auteur).

► **What Drives the Distribution of Rural Doctors?**

DUDENSING R., CARPENTER C. W. ET LIU J. C.

2018

Saint-Paul : AgeCon.

<https://ideas.repec.org/p/ags/saea18/266596.html>

A number of media stories document a "shortage" of doctors in rural communities. The distribution of primary care physicians (PCP) is remarkably similar to the distribution of other services, including grocery stores, suggesting the role of regional economic factors in determining doctor location. This national study examines variables associated with the number of PCP per 100,000 people at the county level. Demographic factors significantly associated with the PCP rate include population density, the share of the population living outside urban cluster or urbanized areas, and the share of Hispanic residents. Economic factors include post-secondary education, out-commuting, the share of the workforce in agriculture and natural resource industries, employer law establishments per 100,000

people, and the presence of broadband. Being located in a Medicaid expansion state was the only significant insurance-related variable, but significance was sensitive to how expansion status was determined. Results suggest that decision makers should be cognizant of the role of economic changes in affecting, as well as reflecting, changes in the healthcare sector.

► **The Effect of Rural Hospital Closure on the Health Outcomes and Access to Care of the Aging Population in Six States of the United States**

ONA L.

2018

Saint-Paul : AgeCon.

<https://econpapers.repec.org/paper/agsaaea18/274493.htm>

This paper analyzes the effect of rural hospital closure on the health outcomes (measured by all causes age specific death rates, acute myocardial infarction or AMI age specific death rates and cerebrovascular age specific death rates) and access to care (measured by access to primary care physicians) of the aging population in six states of the United States during the years 2008-2012 by using a quasi-experimental control group method. It also looks at the effects of such closure in the economy of the communities affected. The essence of this method is the careful identification of a control group – a set of places whose economic development enables measurement of what would have happened in the place under study without the phenomenon or policy being studied. The results indicate that the aging population of the rural counties that experienced hospital closure did not appear to be affected in terms of health status and access to care relative to those that did not go through such a closure in the first two years after closure. Although it appears there might a negative impact in the economy of the affected counties two years after closure the results found were not significant.

► **Stratégie de transformation du système de santé : Repenser l'organisation territoriale des soins. Rapport final**

PRIBILE P. ET NABET N.
2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf

Des parcours de santé plus fluides grâce à des interventions coordonnées de professionnels issus de secteurs différents et aux modes d'exercice divers, des soins de meilleure qualité grâce à une gradation de l'offre de soins et à un juste recours. En d'autres termes, que chaque patient qui le nécessite puisse disposer, autour du médecin traitant, d'éléments d'infrastructure nécessaires à sa prise en charge à proximité de

son domicile : une permanence sanitaire infirmière, un support fiable logistique à domicile et de capacités d'hébergement temporaire. D'autre part, il est nécessaire d'organiser l'accès à une offre de soins graduée et complémentaire de prises en charge hospitalière. Tels sont les principaux attendus d'une meilleure organisation territoriale des soins. La mission considère que cette transformation territoriale ne peut s'opérer qu'en se fondant sur : un principe de prise en charge au domicile aussi longtemps et dès que possible de préférence à une prise en charge en établissement; des innovations organisationnelles portées par les acteurs sur le terrain, facilitées par une simplification réglementaire et administrative; la mise en responsabilité territoriale / populationnelle des professionnels et des acteurs du système de santé; l'implication réelle des patients dans le fonctionnement du système .

Handicap

Disability

► **Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés en 2014. Résultats de l'enquête ES-Handicap 2014**

BERGERON T. ET EIDELIMAN J.-S.
2018

Dossiers de la Drees (Les)(28)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-personnes-accueillies-dans-les-etablissements-et-services-medico-sociaux>

Fin 2014, 493 000 personnes handicapées sont accueillies en établissements sociaux et médico-sociaux, soit une augmentation de 5,7 % par rapport à 2010. 65 % des personnes accueillies en structures pour enfants handicapés et 59 % de celles présentes dans les structures pour adultes handicapés sont des hommes. Les adultes accueillis sont en moyenne plus âgés qu'en 2010. Le lien entre déficience principale et type d'établissement est plus fort pour les enfants que pour les adultes. Globalement, les parcours au sein du secteur médico-social relèvent cependant davantage d'une logique de filières pour les adultes que pour les enfants handicapés. La scolarisation en milieu ordinaire et en

unité d'enseignement externalisée progresse sensiblement pour les enfants.

► **L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité**

DENORMANDIE P. ET CORNU-PAUCHET M.
2018

Paris : CNSA.

Ce rapport rassemble les recommandations de la mission sur l'accès aux droits et aux soins des personnes handicapées ou en situation de précarité en France. Fondées sur la consultation de nombreux acteurs du secteur, ces recommandations s'articulent autour des aspects suivants : Rendre effectif le droit à une couverture santé; Rendre les soins financièrement accessibles; Faciliter l'accès à la santé; Mieux valoriser les spécificités de la prise en charge; Assurer un pilotage efficient de la santé de ces populations à tous les niveaux.

► **De la disqualification à la prise de parole en santé mentale. Recherche sur les conditions d'émergence, de reconnaissance et de prise en compte de la parole des personnes dites handicapées psychiques par les décideurs publics : Synthèse du rapport final**

DEUTSCH C., FARCY A., MAILLARD I., *et al.*
2017

Paris : FIRAH, Paris : Advocacy France.

<http://www.firah.org/centre-ressources/fr/notice/313/de-la-disqualification-a-la-prise-de-parole-en-sante-mentale-recherche-sur-les-conditions-d-emergence-de-reconnaissance-et-de-prise-en-compte-de-la-parole-des-personnes-dites-handicapees-psychiques-par-les-decideurs-publics.html>

La recherche-action initiée par Advocacy France, et soutenue par la CNSA et la Firah, se proposait d'associer les personnes volontaires des Groupes d'entraide mutuelle intéressées avec des chercheurs expérimentés dans ce type de démarche, pour explorer les difficultés rencontrées par les personnes dites handicapées psychiques dans leurs relations aux institutions (inclusion sociale, droits, discriminations, accès à la prévention et aux soins...). Les problèmes récurrents de compréhension, d'accessibilité et de prise en compte supposaient, pour dépasser le stade des constats, d'engager une dynamique impliquant les personnes intéressées, tant pour identifier les déterminants sur lesquels il serait possible d'agir que pour engager des dynamiques de changement. La proposition de recherche se fondait sur la possibilité de mobiliser les savoirs d'expérience et le potentiel d'interpellation directe des institutions par des « usagers » de la psychiatrie ou de la santé mentale qualifiés ici de « chercheurs-acteurs ». Au travers d'un travail en focus group ont été forgés les différents outils d'investigation qui seront utilisés dans l'enquête auprès des acteurs et institutions concernés. Ce document constitue une synthèse des résultats de cette recherche action.

► **Prévention et promotion de la santé à destination des personnes en situation de handicap. État des lieux**

INSTANCE RÉGIONALE D'ÉDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

2018

Dijon : Ireps.

<https://ireps-bfc.org/sinformer/prevention-et-promotion-de-la-sante-destination-des-personnes-en-situation-de-handicap>

Les objectifs de ce rapport sont de dresser un état de l'existant en prévention de la santé à destination des personnes handicapées dans la région Bourgogne Franche-Comté : les structures qui interviennent, le public concerné : personnes handicapées (PH) en institution ou à domicile; l'implication des futurs membres du réseau régional d'appui à la prévention promotion de la santé (RRAPPS) (qui sont les anciens membres des pôles régionaux de compétences) sur ce sujet; l'existence de référentiels en la matière. Les thèmes prioritaires sont les addictions, la nutrition, la santé sexuelle et la santé buccodentaire.

► **Evaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap**

MOCHEL P., NAVES P., TENNE Y., *et al.*

2018

Paris : Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article695>

La scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents en situation de handicap a connu une forte augmentation depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : 320.000 enfants et adolescents ont ainsi été accueillis dans les écoles, collèges et lycées en 2017 (100.000 en 2006). Ces progrès en termes d'inclusion scolaire ont été rendus possibles par la mise en place d'un accompagnement spécifique des jeunes concernés : 80.000 accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) sont intervenus auprès de 150.000 élèves en 2017 (soit une multiplication par cinq du nombre d'élèves ainsi accompagnés entre 2006 et 2017).

► **Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive**

MOUILLER P.
2018

Paris : Sénat.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-035-notice.html>

Ce rapport rassemble les conclusions du groupe de travail de la commission des affaires sociales sur le financement de l'accompagnement du handicap. L'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées présente une très importante complexité qui tient à la diversité des structures existantes et au caractère cloisonné des réponses apportées qui en découlent et de leur financement. Ces financements ne sont pas rationnellement répartis entre ceux relevant de la personne et ceux relevant de la structure. Le groupe de travail propose de davantage intégrer les conseils départementaux dans la planification de l'offre. Il suggère également d'aller plus loin dans l'évaluation des besoins exprimés, en créant une plateforme territoriale du handicap (PTH), à l'échelle des bassins de vie, et réunissant l'ensemble des acteurs concernés par l'accompagnement du handicap. Enfin, le groupe en appelle à une réforme en profondeur du financement en énonçant un principe strict de financeur unique pour chaque action entreprise auprès de la personne, en clarifiant les missions des structures et en faisant de la prestation de compensation du handicap (PCH) le principal appui financier des dépenses d'accompagnement social

► **Being Dependent Rather Than Handicapped in France: Does the Institutional Barrier at 60 Affect Care Arrangements?**

TENAND M.
2018

PSE Working Papers n°2018-48. Paris : Paris : School of Economics.

<https://econpapers.repec.org/paper/halpsewpa/halshs-01889452.htm>

Individuals having difficulties to perform the activities of daily living may benefit from public long-term care (LTC) support. France distinguishes between handicap benefits, accessible to individuals below 60, and dependence schemes, for individuals aged 60 and older. This paper assesses the effects of the age 60 threshold in the French LTC policies using the French Health and Disability Survey (HS 2008{2009}) in two ways. First, we estimate the effect of being 60 and older on the probability to receive non-medical formal care and informal home care, controlling for a rich set of socio-demographic characteristics and age effects. Being a "dependent elderly" rather than a "handicapped adult" little affects the probability to receive home care; however, it increases formal care utilization and, to a lesser extent, decreases the probability to receive informal care. Second, we implement a Regression Discontinuity (RD) approach and provide evidence that the institutional age threshold affects living arrangements, as individuals above age 60 are more likely to be recorded as living in an institution. The architecture of LTC policies affects the way individuals' day-to-day difficulties are being compensated, thereby undermining horizontal equity in the use of formal LTC.

Hôpital

Hospital

► **Panorama de l'hospitalisation en France : bilan et perspectives 2017-2021**

BIECHELER P.
2018

Paris : Cabinet Berger.

Cette étude constate que l'activité hospitalière devrait progresser de 0,6 % par an au cours des prochaines années, alors que le volume de séjours a augmenté de 1,3 % par an en moyenne de 2014 à 2017. Plusieurs raisons expliquent cette stabilisation. D'abord un "effet de saturation" : pour certaines pathologies, comme l'hépatite C ou la chirurgie de la cataracte et du canal

carpien, le gros des malades a déjà été traité et le pic des dépenses est passé. Par ailleurs, les hospitalisations sans nuitée se développent et les patients cancéreux peuvent prendre leur chimiothérapie par voie orale, à la maison. Puis les nouvelles thérapies ou méthodes opératoires permettent de limiter les réhospitalisations. Enfin, la baisse de la natalité réduit les séjours dans les maternités, surtout dans le secteur privé. Roland Berger plaide cependant pour une hausse annuelle de 1 % des prix remboursés aux établissements publics et privés pendant trois ans, alors qu'ils n'ont cessé de diminuer depuis 2014

► **Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2017**

BOISGUERIN B., CHARAVEL C., GATEAUD G., et al.
2018

[Études et Résultats \(Drees\)\(1084\)](#)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1084.pdf

En 2017, le paysage hospitalier français se compose de 1 363 hôpitaux publics, 680 établissements privés à but non lucratif et 1 001 cliniques privées. Pour chacune de ces catégories d'établissement, le nombre de sites géographiques dénombrés continue de diminuer. Ces 3 044 établissements de santé offrent des capacités d'accueil en hospitalisation complète (400 000 lits) ou à temps partiel (75 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits poursuit son repli en 2017 (-1,1 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+1,0 %). La hausse du nombre de places est désormais plus forte en moyen séjour (+5,5 %) qu'en court séjour (+0,7 %). Autre alternative à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée, l'hospitalisation à domicile représente une part encore modeste de l'offre de soins, mais elle progresse sensiblement chaque année. En 2017, ses capacités de prise en charge poursuivent leur augmentation (+7,1 %) et représentent 5,6 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,6 % en 2006. Cette étude se fonde sur les résultats de l'enquête SAE 2017.

► **Paying for Efficiency: Incentivising Same-Day Discharges in the English NHS**

GAUGHAN J., GUTACKER N., GRASIC K., et al.
2018

[CHE Research Paper Series; 157. York : University of York.](#)

<https://ideas.repec.org/p/chy/respap/157cherp.html>

We study a pay-for-efficiency scheme that encourages hospitals to admit and discharge patients on the same calendar day where clinically appropriate. Since 2010, hospitals in the English NHS receive a higher price for patients treated as same-day discharge than for overnight stays, despite the former being less costly. We analyse administrative data for patients treated for 191 conditions for which same-day discharge is clinically appropriate — of which 32 are incentivised — during 2006-2014. Using interrupted time series, differences-in-differences and synthetic control methods, we find that the policy generally had a positive effect on planned conditions with a statistically significant effect in about a third of conditions. The results are more mixed for emergency conditions. The median elasticity (across all 32 conditions) is 0.09 but above one for six conditions. Condition-specific design features explain some, but not all, of the differential responses.

► **Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) - Un essor important, en deux temps**

MAURO L.
2017

[Dossiers de la Drees \(Les\)\(23\)](#)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd23_dix_ans_d_hospitalisation_a_domicile_2006_2016.pdf

En 2016, 313 établissements coordonnent des prises en charge d'hospitalisation à domicile (HAD), contre 170 en 2006. En dix ans, l'activité réalisée a plus que doublé (passant de 1,9 million à 4,9 millions de journées), tout comme les capacités de prise en charge : le nombre de patients pouvant être hospitalisés à domicile simultanément est passé de 6 900 à 16 300. Le taux de recours national a également augmenté et s'établit à 20 patients par jour pour 100 000 habitants en 2016 (8 en 2006). En France, l'HAD s'est développée d'abord par une augmentation du nombre d'établissements jusqu'en 2011. Le nombre d'établissements se stabilise ensuite et la croissance passe alors par l'augmentation régulière des capacités et de l'activité des

établissements déjà installés. L'HAD reste dominée par les secteurs privé à but non lucratif et public, mais la place du secteur privé à but lucratif progresse nettement : il concentre 15 % de l'activité en 2016, contre 4 % dix ans plus tôt. Les prises en charge en HAD se modifient aussi avec le temps. Les soins liés aux pansements complexes (plaies cicatrisant mal, ulcères variqueux, escarres, etc.) deviennent peu à peu le principal motif de prise en charge, devant les soins palliatifs. L'âge moyen des patients augmente et les durées de séjours s'allongent. En dix ans, la part de l'HAD dans l'hospitalisation complète de court et moyen séjour a plus que doublé, passant de 2 % à 5 %.

► **Rapport annuel 2018 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé. Données 2017**

TERRENOIRE G. ET BARAT C.

2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

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

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

Inégalités de santé

Health inequalities

► **Spain : Assessing Health-System Capacity to Manage Sudden Large Influxes of Migrants**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/373216/spain-report-eng.pdf

The large numbers of migrants arriving from North Africa and the Middle East to Mediterranean countries pose new challenges to the recipient health systems, which must adapt and respond to the needs of both migrants and residents. This requires an efficient policy dialogue between the main stakeholders to share experiences and identify best practices. The WHO Regional Office for Europe provides advice and technical assistance through the Migration and Health Programme. This was established in 2012 as the Public Health Aspects of Migration in Europe project in response to

the 2008 World Health Assembly resolution WHA61.17, the 2010 Global Consultation on Migrant Health and Health 2020. An assessment in Spain in 2014 involved all relevant stakeholders with the aim of strengthening the country's capacity to address public health implications of large immigration flows. The WHO toolkit was used during interviews and field visits. This report summarizes the results under the six functions of the WHO health system framework.

► **Political Sociology and the People's Health**

BECKFIELD J. ET KRIEGER N.

2018

Oxford : Oxford : University Press

A social epidemiologist looks at health inequalities in terms of the upstream factors that produced them. A political sociologist sees these same inequalities as products of institutions that unequally allocate

power and social goods. Neither is wrong -- but can the two talk to one another? In a stirring new synthesis, Political Sociology and the People's Health advances the debate over social inequalities in health by offering a new set of provocative hypotheses around how health is distributed in and across populations. It joins political sociology's macroscopic insights into social policy, labor markets, and the racialized and gendered state with social epidemiology's conceptualizations and measurements of populations, etiologic periods, and distributions. The result is a major leap forward in how we understand the relationships between institutions and inequalities -- and essential reading for those in public health, sociology, and beyond.

► **Rapport sur la pauvreté en France**

BRUNNER A., LEANDRI N., SAINT-MARTIN X., *et al.*
2018

Tours : Observatoire des inégalités.

http://www.inegalites.fr/IMG/pdf/web_rapport_sur_la_pauvrete_en_france_2018_observatoire_des_inegalites_et_compas.pdf

Quel est le niveau de la pauvreté en France? Comment évolue-t-elle? Sur ce sujet très sensible, les polémiques sont fréquentes et les points de repère manquent. Ce premier rapport sur la pauvreté réunit les données disponibles pour vous permettre d'y voir plus clair. L'Observatoire des inégalités y présente les principaux chiffres et dresse un état des lieux complet de la pauvreté en France. Nous définissons les contours de la pauvreté monétaire, de la grande pauvreté et des formes non monétaires de la pauvreté. Nous donnons les principales caractéristiques de la population pauvre et sa distribution sur le territoire national. Nous explorons les trajectoires individuelles : comment devient-on pauvre et comment s'en sort-on?

► **Reducing Health Inequalities Through New Models of Care: A Resource for New Care Models**

GOLDBLATT A. J., DALY P., JABBAL S., *et al.*
2018

Londres : Institute of Health Equity.

<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/reducing-health-inequalities-through-new-models-of-care-a-resource-for-new-care-models>

Rising demand and costs have put the NHS and workforce under immense strain improving health and reducing inequalities is more important than ever. And, of course, improving health equity is central to the mission and work of the NHS and all those working in it. This report urges the development of an ambitious local health system which focusses on population health needs and good health for all as well as provision of treatment and services. While many of the levers to improve health currently lie outside the remit of healthcare services, there are significant opportunities for healthcare organisations to do far more to improve population health and reduce inequalities in health, and NHSE have acknowledged this. New Care Models, for example, are well placed to build elements of a health system approach through integral mechanisms and approaches.

► **From Paper to Plastic: Understanding the Impact of EWIC on WIC Recipient Behavior**

HANKS A. S., GUNTHER C., LILLARD D., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; 25131. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25131>

Evidence shows that the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) is underutilized. WIC enrolls only sixty percent of eligible persons. Participants claim only a fraction of available benefits. Researchers suggest that people underutilize WIC because of the time needed to enroll in and use WIC and because participants may believe that, if others notice them participating in WIC, community members will stigmatize them. Recently enacted policies may reduce both time costs and potential for stigma associated with WIC. Congress mandated that, by 2020, all states disburse WIC benefits through an Electronic Benefits Transfer (eWIC) system. The eWIC potentially reduces the time required for each transaction and makes it more difficult to identify beneficiaries. We analyze data on grocery expenditures of 11,887 WIC-participating households in one state over the period it implemented eWIC. We find that, after beneficiaries began redeeming WIC benefits through eWIC, spending on non-WIC eligible foods did not change but redemptions of WIC benefits increased.

► **What Strategies to Address Communication Barriers for Refugees and Migrants in Health Care Settings Have Been Implemented and Evaluated Across the WHO European Region?**

MCGARRY K., HANNIGAN A., DE ALMEIDA M. M., et al.

2018

Health Evidence Network synthesis report 62. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2018/what-strategies-to-address-communication-barriers-for-refugees-and-migrants-in-health-care-settings-have-been-implemented-and-evaluated-across-the-who-european-region-2018>

The provision of effective health care to linguistically and culturally diverse migrant populations has been identified as a crucial public health issue. This scoping review examines strategies that have been implemented and evaluated to address communication barriers experienced by refugees and migrants in health care settings across the WHO European Region. Four main types of strategy were identified: cultural mediation, interpretation, translation of health information, and guidance and training for health care providers. These have been used to support access to health care, management of specific diseases and promotion of health across a wide variety of health care settings. Intersectoral collaboration was seen as important in the development and implementation of strategies. Policy considerations include the development of national policies and the promotion of intersectoral dialogue to augment the knowledge base and resolve the common issues identified, such as provision of training and confusion regarding the roles of mediators/interpreters, that affect strategy implementation and evaluation.

► **Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2018**

MÉDECINS DU MONDE

2018

Paris : Médecins du Monde.

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/file/112170/download?token=j30ln1XI>

À l'occasion de la Journée mondiale du refus de la misère, le 17 octobre, Médecins du Monde (MdM)

publie son 18^e rapport annuel sur l'accès aux droits et aux soins des plus démunis en France. 18^e rapport annuel, 18^e constat implacable et persistant tiré de nos actions : le non-accès aux droits et à la santé en France contribue à exclure de plus en plus de personnes précaires du système de santé. Sur les bases de données objectives, ce rapport témoigne des obstacles et des dysfonctionnements croissants dans l'accès aux soins et aux droits de ces personnes.

► **Procédure d'admission au séjour pour soins : Rapport au parlement**

OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION

2018

Paris : OFII.

www.ofii.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_pem_2017.pdf

Le présent rapport se propose de présenter le cadre rénové de l'admission au séjour des étrangers pour raisons de santé, de dresser un premier bilan des moyens mis en œuvre et des résultats obtenus, et de suggérer quelques ajustements. Pour la première fois depuis que la procédure dédiée aux personnes faisant une demande de titre de séjour pour soins existe, un rapport présente, les données statistiques de l'année précédente.

► **Longer-Run Effects of Anti-Poverty Policies on Disadvantaged Neighborhoods**

NEUMARK D., ASQUITH B. J. ET BASS B.

2018

NBER Working Paper Series ; 25231. Cambridge : NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25231>

We estimate the longer-run effects of minimum wages, the Earned Income Tax Credit, and welfare on key economic indicators of economic self-sufficiency in disadvantaged neighborhoods. Our strongest findings are twofold. First, the longer-run effects of the EITC are to increase employment and to reduce poverty and public assistance, as long as we rely on national as well as state variation in EITC policy. Second, tighter welfare time limits also reduce poverty and public assistance in the longer run; while the effect on public assistance result may be mechanically related to loss of benefits, the effect on poverty is more likely

behavioral. It is harder to draw firm conclusions about minimum wages and welfare benefits. With some specifications and samples, the evidence suggests that higher minimum wages lead to longer-run declines in poverty and the share of families on public assistance, whereas higher welfare benefits have adverse longer-run effects. However, the evidence on minimum wages and welfare benefits is not robust – and the estimated effects of minimum wages are sometimes in the opposite direction, including when we restrict the analysis to more recent data that is likely of more interest to policymakers.

► **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2018**

SECOURS CATHOLIQUE
2018

Paris : **Secours Catholique.**

<https://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rs18-bd.pdf>

Ce rapport statistique annuel sur l'état de la pauvreté en France 2018 fait une analyse de la précarité à partir de l'observation sur l'ensemble du territoire national de plus de 86 000 situations (sur les 1 363 000 personnes accueillies en 2017). Pour l'année 2018, l'association a également mené une enquête auprès de plus de 3 000 personnes afin de définir la base d'une protection sociale inclusive de tous et en particulier des plus fragiles.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Pénuries de médicaments et de vaccins : Replacer l'éthique de santé publique au cœur de la chaîne du médicament : rapport d'information**

DECOOL J. P. ET DAUDIGNY Y. P.

2018

Paris : **Sénat.**

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-737-notice.html>

La portée et l'impact des pénuries de médicaments sont largement sous-estimés dans le débat public. Il s'agit pourtant d'un problème réel et de plus en plus prégnant, qui affecte au quotidien l'exercice des soignants comme la prise en charge des malades. Outre des conséquences sanitaires majeures, les indisponibilités de médicaments entraînent des risques financiers importants ainsi qu'un gaspillage de temps médical et logistique à tous les niveaux de la chaîne du médicament. Elles contribuent ainsi à la déstabilisation de notre système de soins en même temps qu'elles traduisent une perte d'indépendance sanitaire préoccupante pour la France comme pour l'Europe. En décidant de s'emparer de cette problématique, le Sénat a souhaité faire la lumière sur l'ampleur du phénomène et clarifier les responsabilités en jeu. Il formule par ailleurs un ensemble diversifié de propositions, qui

ont pour point commun de viser à redonner davantage de place à la préservation de la santé publique et de l'indépendance sanitaire de la France dans la production de médicaments et de vaccins qu'aux objectifs de maîtrise des coûts. Face à la multiplication des pénuries, il apparaît urgent de replacer l'éthique de santé publique au cœur de la chaîne de mise à disposition du médicament.

► **Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : une infection évitée, c'est un antibiotique préservé !**

MONNOYER-SMITH L.

2018

Saint-Maurice : **Santé Publique France.**

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/Consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-France-une-infection-evitee-c-est-un-antibiotique-preserve>

L'approche « One Health » de la lutte contre l'antibiorésistance portée depuis 2015 par l'Organisation mon-

diale de la santé favorise l'articulation de la prévention entre santé humaine, santé animale et environnement. Les antibiotiques étant un bien précieux permettant de traiter les infections bactériennes, il est urgent de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les préserver. En France, la consommation d'antibiotiques en santé humaine ne diminue plus. En termes de résistance, certains succès ont été enregistrés (pneumocoques, SARM) mais l'augmentation des entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3^e génération constitue un défi pour l'avenir. En santé animale, la diminution de la consommation d'antibiotiques, liée à la mobilisation des professionnels et pour partie à la réglementation, a été suivie d'une diminution de la résistance aux antibiotiques. L'environnement fait depuis peu l'objet d'études pour évaluer son impact dans la diffusion de la résistance aux antibiotiques. Dans cet objectif, depuis 2014, trois agences nationales

– Santé publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) – ainsi que l'Assurance Maladie et leurs ministères de tutelle réunissent leurs efforts et leurs partenaires pour présenter de manière commune les chiffres clefs de la consommation et de la résistance aux antibiotiques dans une perspective de santé globale (« One Health »). Pour la première fois cette année, le document traite du rôle de l'environnement, en collaboration avec l'équipe Inserm hospitalo-universitaire de Limoges et le ministère de de la Transition écologique et solidaire. Cette édition 2018 présente également un volet sur le bon usage des antibiotiques, en collaboration avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf).

Méthodologie-Statistique

Methodology-Statistics

► **Natural Experiments in the Social Sciences: A Design-Based Approach**

DUNNING T.

2016

Cambridge : Cambridge : University Press

This unique book is the first comprehensive guide to the discovery, analysis, and evaluation of natural experiments - an increasingly popular methodology in the social sciences. Thad Dunning provides an introduction to key issues in causal inference, including model specification, and emphasizes the importance of strong research design over complex statistical analysis. Surveying many examples of standard natural experiments, regression-discontinuity designs, and instrumental-variables designs, Dunning highlights both the strengths and potential weaknesses of these methods, aiding researchers in better harnessing the promise of natural experiments while avoiding the pitfalls. Dunning also demonstrates the contribution of qualitative methods to natural experiments and proposes new ways to integrate qualitative and quantitative techniques. Chapters complete with exercises and appendices covering specialized topics such as cluster-randomized natural experiments, make this

an ideal teaching tool as well as a valuable book for professional researchers.

► **Glossaire franco-anglais des termes en économie de la santé**

MAREK A., SAFON M.O.

2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/005-glossaire-franco-anglais-des-termes-en-economie-de-la-sante.pdf>

Cette nouvelle édition en ligne du Glossaire franco-anglais des termes, concepts et sigles en économie de la santé, a été revue et augmentée par les équipes des Publications et Documentation de l'Irdes. Outre l'abondement des termes à partir de revues anglo-saxonnes spécialisées, cette édition s'appuie sur les traductions des synthèses de l'Irdes Questions d'économie de la santé et des mots-clés du thesaurus MeSH (Medline). Elle s'enrichit également d'un volet thématique qui classe les termes traduits selon les disciplines convoquées (économie, sociologie, géographie...). La traduction en anglais des institutions

françaises est désormais intégrée dans la partie :
Sigles - Institutions.

► **Errors in Survey Reporting and Imputation and Their Effects on Estimates of Food Stamp Program Participation**

MEYER B. D., MITTAG N. ET GOERGE R. M.
2018

NBER Working Paper Series ; 25143. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25143>

Accurately measuring government benefit receipt in household surveys is necessary when studying disadvantaged populations and the programs that serve them. The Food Stamp Program is especially important given its size and recent growth. To validate survey reports, we use administrative data on participation in two states linked to the American Community Survey (ACS), the Current Population Survey (CPS), and the Survey of Income and Program Participation (SIPP). We find that 23 percent of true food stamp recipient households do not report receipt in the SIPP, 35 percent in the ACS, and fully 50 percent in the CPS. A substantial number of true non-recipients are also recorded as recipients, especially in the SIPP. We examine reasons for these errors including imputation, an important source of error. Both false negative and false positive reports vary with household characteristics, implying complicated biases in multivariate analyses, such as regressions. We then directly examine biases in common survey-based estimates of program receipt by comparing them to estimates from our combined administrative and survey data. We find that the survey estimates understate participation among single parents, non-whites, and low-income households, and also lead to errors in multiple program receipt, and time and age patterns of receipt.

► **Behavioral Feedback: Do Individual Choices Influence Scientific Results?**

OSTER E.
2018

NBER Working Paper Series ; 25225. Cambridge : NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25225>

In many health domains, we are concerned that observed links - for example, between "healthy" behaviors and good outcomes - are driven by selection into behavior. This paper considers the additional factor that these selection patterns may vary over time. When a particular health behavior becomes more recommended, the take-up of the behavior may be larger among people with other positive health behaviors. Such changes in selection would make it even more difficult to learn about causal effects. I formalize this change in selection in a simple model. I test for evidence of these patterns in the context of diet and vitamin supplementation. Using both microdata and evidence from published results I show that selection varies over time with recommendations about behavior and that estimates of the relationship between health outcomes and health behaviors vary over time in the same way. I show that adjustment for selection on observables is insufficient to address the bias. I suggest a possible robustness approach relying on assumptions about proportional selection of observed and unobserved variables.

Social policy**► Minima sociaux et prestations sociales
- Ménages aux revenus modestes
et redistribution. Edition 2018**

CABANNES P.-Y. D. ET MASTAIN L. D.
2018

Panoramas de la Drees. Paris : Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/minima-sociaux-et-prestations-sociales-menages-aux-revenus-modestes-et-11871>

Fin 2016, 4,15 millions de personnes sont allocataires de l'un des dix minima sociaux en vigueur en France, soit une baisse de 1,8 % en un an (sans tenir compte de l'allocation pour demandeur d'asile [ADA]). C'est la première baisse du nombre d'allocataires depuis 2008. Cette évolution tient surtout à la diminution (-4,3 %) du nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA). Avec les conjoints et les personnes à charge, 11 % de la population est couverte par les minima sociaux. Ces résultats sont issus de l'édition 2018 des Minima sociaux et prestations sociales qui détaille les différents dispositifs permettant d'assurer la redistribution en faveur des ménages les plus modestes. Cette édition propose également des études sur les conditions de vie et de logement, l'emploi, l'accompagnement et l'insertion, les revenus, la santé et les trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux. L'ouvrage présente, en outre, les barèmes en vigueur à ce jour et des données statistiques recueillies jusqu'en 2016 et analyse les effets des prestations sociales sur la réduction de la pauvreté. L'ensemble du système redistributif réduit ainsi nettement la pauvreté monétaire, abaissant de 8,1 points le taux de pauvreté en 2015, dont 2,0 points grâce aux minima sociaux.

► France, portrait social. Edition 2018

INSEE
2018

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646226>

Cet ouvrage transversal de la collection « Insee Références » propose d'abord un éclairage sur les personnes de 65 ans ou plus. Deux dossiers analysent ensuite de manière approfondie les effets des réformes sociales et fiscales sur le revenu des ménages et les inégalités. Enfin, une quarantaine de fiches synthétiques, présentant les données essentielles et des comparaisons européennes, complètent ce panorama social.

**► L'aide et l'action sociales en France -
édition 2018**

LEROUX I.
2018

Panoramas de la Drees. Paris : Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2018>

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale et 3,2 % du produit intérieur brut. Elles sont principalement gérées par les départements. Fin 2016, ces derniers octroient 4,1 millions de prestations d'aide sociale, pour une dépense annuelle nette de 37 milliards d'euros, un montant qui a progressé de 2 % en un an et de 13 % en cinq ans. Sont définis et décrits le périmètre de l'aide et l'action sociales, le financement et le personnel dédié à l'aide sociale départementale. Puis, chaque type d'aide est analysé pour les personnes âgées, les personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion. L'ouvrage expose les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale et la répartition des dépenses associées et propose des rétrospectives et des mesures des disparités territoriales. Cette nouvelle édition s'enrichit d'une étude de l'action sociale des communes et des intercommunalités.

Health policy

► **Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital**

COUR DES COMPTES
2018

Paris : Cour des Comptes.

<http://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018>

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics français ont affirmé l'ambition de porter à 70 % en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire et fixé un objectif de 55 % de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance. Dans le prolongement de ses précédents travaux, la Cour a examiné le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital, ses incidences sur les capacités hospitalières et les dépenses d'assurance maladie, ainsi que les conditions à réunir pour faire du virage ambulatoire un outil de transformation de l'offre de soins en ville comme à l'hôpital. Le virage ambulatoire est engagé à l'hôpital en chirurgie, mais encore trop peu en médecine ; il a un impact incertain sur les dépenses de santé. Pour devenir un réel levier de transformation du système de santé au bénéfice des patients, il appelle des actions de plus grande ampleur des pouvoirs publics pour réorganiser l'offre de soins médicaux, en ville comme à l'hôpital.

► **Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins**

DOINEAU E., MESNIER T. ET AUGROS E.
2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins>

Ce rapport rassemble les conclusions de la mission sur l'accès aux soins. Les solutions proposées pour lutter contre les déserts médicaux tournent autour de six axes : encourager les stages ambulatoires et accompagner les projets d'installation ; développer l'exercice coordonné ; déployer la télémédecine ; soutenir les nouveaux modes d'exercice ; favoriser les délégations et coopérations interprofessionnelles et simplifier

l'exercice libéral et libérer du temps médical. La mission est prolongée pour une année afin de contribuer à l'organisation territoriale future et au développement des soins de proximité dans le cadre de Ma santé 2022.

► **Stratégie de transformation du système de santé : Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques. Rapport final**

LE GULUDEC D., CERETTI A. M., LYON-CAEN O., et al.
2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf

Des parcours de santé plus fluides grâce à des interventions coordonnées de professionnels issus de secteurs différents et aux modes d'exercice divers, des soins de meilleure qualité grâce à une gradation de l'offre de soins et à un juste recours. En d'autres termes, que chaque patient qui le nécessite puisse disposer, autour du médecin traitant, d'éléments d'infrastructure nécessaires à sa prise en charge à proximité de son domicile : une permanence sanitaire infirmière, un support fiable logistique à domicile et de capacités d'hébergement temporaire. D'autre part, il est nécessaire d'organiser l'accès à une offre de soins graduée et complémentaire de prises en charge hospitalière. Tels sont les principaux attendus d'une meilleure organisation territoriale des soins. La mission considère que cette transformation territoriale ne peut s'opérer qu'en se fondant sur : un principe de prise en charge au domicile aussi longtemps et dès que possible de préférence à une prise en charge en établissement ; des innovations organisationnelles portées par les acteurs sur le terrain, facilitées par une simplification réglementaire et administrative ; la mise en responsabilité territoriale / populationnelle des professionnels et des acteurs du système de santé ; l'implication réelle des patients dans le fonctionnement du système .

► **Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires**

MESNIER T.

2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>

A la demande du ministre des solidarités et de la santé, la mission avait pour but de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Il fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement.

► **Expérimentations innovantes en santé : mise en œuvre du dispositif 2018. Rapport au conseil stratégique**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article51_081018.pdf

Introduit par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, le dispositif des expérimentations innovantes en santé s'inscrit dans le cadre d'une démarche de transformation de l'offre en santé et de ses modes de financements pour améliorer la pertinence et la qualité des prises en charges. Il permet aux acteurs de santé de déroger à des règles de droit pour tester des organisations et modèles de financement innovants. 9 mois après la promulgation de la loi ayant introduit ce droit à l'expérimentation, un peu

plus de 270 lettres d'intention sur des projets à l'initiative des acteurs de santé, ont été déposés auprès des ARS (250 lettres d'intention) ou auprès de la rapporteure générale (environ une vingtaine de lettres d'intention). 7 cahiers des charges, correspondant à des projets finalisés, ont également été transmis à la rapporteure générale par les ARS. Les thèmes les plus fréquemment proposés par les porteurs de projets portent sur la prise en charge de l'obésité, la prise en charge du cancer et la santé mentale.

► **How Do We Ensure that Innovation in Health Service Delivery and Organization Is Implemented, Sustained and Spread?**

NOLTE E.

2018

Health Systems for Prosperity and Solidarity Series. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/380731/pb-tallinn-03-eng.pdf

Countries in Europe are experimenting with innovative ways of organizing and delivering health care to better meet people's increasingly diverse health and care needs. In practice, it has been difficult to translate necessary change into large-scale, sustainable and effective strategies. Implementing innovations is complex and there is a need to better understand the key factors that support the successful introduction of service innovation, from adoption to sustaining, spreading and scaling. This policy brief is a contribution to this effort by (i) reviewing the main frameworks and factors that have been identified as supportive for the successful introduction of innovation in service organization and delivery and (ii) illustrating these factors using selected examples of service innovations in European countries. We define service innovation in health service delivery and organization as a novel set of behaviours, routines, and ways of working that are discontinuous with previous practice, are directed at improving health outcomes, administrative efficiency, cost-effectiveness, or users' experience and that are implemented by planned and coordinated actions.

► **The Role of Public Health Organizations in Addressing Public Health Problems in Europe: The Case of Obesity, Alcohol and Antimicrobial Resistance**

RECHEL B., MARESSO A., SAGAN A., et al.
2018

Health Policy Series; 51. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-role-of-public-health-organizations-in-addressing-public-health-problems-in-europe-the-case-of-obesity,-alcohol-and-antimicrobial-resistance-2018>

Growing levels of obesity (including among children), continued harmful consumption of alcohol, and the growing threat of antimicrobial resistance (AMR) are some of the greatest contemporary challenges to the health of European populations. While their magnitude varies from country to country, all are looking for policy options to contain these threats to population health. It is clear that public health organizations must play a part in any response, and that intersectoral action beyond the health system is needed. What is less clear, however, is what role public health organizations currently play in addressing these problems. This is the gap that this volume aims to fill. It is based on detailed country reports from nine European countries (England, France, Germany, Italy, the Republic of Moldova, the Netherlands, Poland, Slovenia and Sweden) on the involvement of public health organizations in addressing obesity, alcohol and antimicrobial resistance. These reports explore the power and influence of public health organizations vis-a-vis other key actors in each of the stages of the policy cycle (problem identification and issue recognition, policy formulation, decision-making, implementation, and monitoring and evaluation). A cross-country comparison assesses the involvement of public health organizations in the nine countries covered. It outlines the scale of the problem, describes the policy responses, and explores the role of public health organizations in addressing these three public health challenges.

► **Stratégie de transformation du système de santé : transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière. Rapport final**

ROUSSEAU A. ET D'AUTUME C.
2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_evolution_des_metiers.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur la réforme des formations des professions de santé. Ces propositions, permettent non seulement d'esquisser le futur des formations de santé, mais surtout de leur donner plus de souplesse, plus d'évolutivité, et ainsi de répondre à l'accélération constante de l'innovation sous toutes ses formes du système de santé. Parmi celles-ci, la volonté de créer une culture commune des professionnels de santé, de simplifier et de décloisonner les cursus de formation, de repenser leurs modes d'entrée et de régulation, d'intégrer les patients comme acteurs à part entière de ces sujets, ou de penser une logique de formation tout au long de la vie.

► **La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations**

SAFON M.O. ET SUHARD V.
2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf>

À partir d'une analyse des rapports « Charges et produits » de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et de la littérature scientifique, cette synthèse a pour objectif d'identifier les dispositifs de pertinence de soins développés en France - tant à la destination des professionnels de santé que des patients - ainsi que leurs évaluations existantes. Si la plupart des outils mis en œuvre comme les incitations financières, les actions ciblées ou les recommandations médicales... se révèlent d'une efficacité de faible à modérée, conjugués entre eux, ils s'avèrent avoir un impact certain sur les pratiques médicales, mais limité dans le temps. Enfin, s'il ne semble pas y avoir un remède « miracle », les outils numériques d'aide à la décision et de diffusion des informations ainsi que l'implication des patients présentent des résultats intéressants et pourraient bien être, dans les années à venir, un levier important de l'amélioration de la pertinence.

Prevention

► **La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins**

COUR DES COMPTES
2018

Paris : Cour des Comptes.

www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018

Pour l'année 2015, la Cnam estime ainsi à 4,5 millions le nombre de patients atteints d'une maladie cardio-neurovasculaire diagnostiquée et traitée. Le coût de ces prises en charge, soit 16,1 Md€ pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie en 2016, augmente plus rapidement que la moyenne des dépenses de santé. Il va continuer à s'accroître : selon la Cnam, le nombre de patients pourrait atteindre 5,1 millions en 2020. Au-delà de leurs conséquences sur la santé humaine, les maladies cardio-neuro-vasculaires présentent ainsi un important enjeu pour la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie. Or, malgré certains progrès, ce dernier est encore insuffisamment pris en compte dans les objectifs et l'organisation de notre système de santé. Sous l'effet d'une hausse préoccupante de leur prévalence, les maladies cardio-neuro-vasculaires représentent un coût élevé et croissant pour le système de santé français. Après les progrès partiels intervenus dans l'organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'ensemble des soins à l'hôpital devraient être réorganisés afin d'en accroître les bénéfices individuels pour les patients. Au-delà, la gravité de la situation sanitaire liée aux maladies cardio-neuro-vasculaires appelle la mise en oeuvre d'actions convergentes, notamment en matière de prévention, afin d'améliorer les chances de chacun, dès avant comme à tous les stades de l'évolution de ces pathologies.

► **La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement – à partir de l'exemple de l'obésité. Avis du HCAAM**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE
2018

Paris : HCAAM.

<http://www.securite-sociale.fr/Avis-HCAAM-relatif-a-La-prevention-dans-le-systeme-de-soins-organisation-territoires-et>

Cet avis s'inscrit dans le prolongement de la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 24 mai 2018 à la Stratégie de transformation de notre système de santé, proposant la constitution de réseaux de proximité portant la responsabilité populationnelle en matière de santé publique, prévention et promotion de la santé. Il définit les conditions de déploiement de la prévention et de son financement dans un cadre de droit commun au sein de la nouvelle organisation à mettre en place. Il s'agit d'inscrire la prévention dans l'activité courante des professionnels de santé et d'articuler leur intervention avec celle des autres acteurs dans les territoires. Le développement concomitant des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des contrats locaux de santé (CLS) dans un format rénové doit être mobilisé au service de cette priorité. La prévention est à cette intersection : « santé dans toutes les politiques » portée par les CLS et mobilisation des professionnels de santé au plus près des besoins. L'application concrète de ces propositions est illustrée à partir de l'exemple de l'obésité.

► **Place des offreurs de soins dans la prévention. Avis et rapport**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2018

Paris : Haut Conseil de la santé publique.

www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la place de la prévention auprès des offreurs de soins. Le HCSP propose des pistes d'évolution pour structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non soignant. Le HCSP a centré sa réponse sur les offreurs de soins en exercice regroupé (établissements de santé, centres, maisons et pôles de santé), et souligne l'importance que les offreurs de soins s'engagent à la fois par le développement des pratiques cliniques préventives ou

soins de santé préventifs et une responsabilité populationnelle renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire. Il propose par ailleurs de structurer, en région, l'organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé des offreurs de soins, de doter les offreurs de soins de référentiels nationaux de pratiques en prévention et promotion de la santé, et de mettre en place à moyen terme, au sein des territoires, des pôles d'animation et de coordination territoriaux en santé (PACTeS). Le HCSP recommande notamment l'intégration aux soins de 8 missions portant sur les pratiques cliniques préventives, la responsabilité populationnelle et l'expertise (résumé de l'éditeur).

► **Rapport d'information sur la prévention de la jeunesse**

ISAAC-SIBILLE C. ET BAREIGTS E.

2018

Paris : Assemblée nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1234.asp>

L'objet du présent rapport est de proposer des solutions pour la mise en œuvre pratique d'une politique de prévention ambitieuse en France, permettant de réduire les inégalités de destins et d'en finir avec les déclarations de bonnes intentions. Ces travaux se concentrent sur la prévention santé à l'égard de la jeunesse, et plus particulièrement sur les actions de prévention primaire, visant à éviter l'apparition des maladies et à promouvoir les comportements favorables à la santé, de la conception à la sortie de l'adolescence. Plus les actions de prévention et de promotion de la santé interviennent tôt, plus elles sont efficaces et « rentables ». De surcroît, les enfants et jeunes d'aujourd'hui sont par définition les adultes et les parents de demain : c'est la santé des populations des décennies à venir qui se joue actuellement. Une telle approche impose de relever deux défis : les différences de temporalité entre l'action publique et la santé des populations : les résultats d'une politique de prévention orientée vers les jeunes ne peuvent être appréciés qu'à l'issue de plusieurs années, et plus probablement de plusieurs dizaines d'années; la réconciliation des différentes branches du système de santé, qui découlent de l'organisation héritée de 1945, peu propice à la mise en œuvre d'une politique de prévention efficace.

► **Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la prévention spécialisée**

JACQUAT D. ET BOUZIANE-LAZOUSSI K.

2018

Rapport d'information ; 4429. Paris : Assemblée Nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4429.asp>

En « finir avec les bonnes intentions » et « mettre en place une réelle politique de prévention », tel est l'objectif du rapport de la mission d'information relative à la prévention santé en faveur de la jeunesse. Ce rapport dresse tout d'abord un constat d'échec de la politique de prévention, mettant en avant deux chiffres pour dire les inégalités sociales et territoriales de santé : l'espérance de vie des 5 % de Français les plus aisés est supérieure de 13 ans à celle des 5 % les plus pauvres?; le taux de mortalité évitable des hommes est deux fois plus élevé dans les Hauts-de-France et en Bretagne, qu'en Ile-de-France – et une fois et demie pour les femmes. En cause : une gouvernance éparpillée, des acteurs multiples, et des financements dispersés, identifient les députés. Les services de protection maternelle et infantile (PMI) sont délaissés dans certains départements. Autre acteur clef de la prévention, la médecine scolaire est aussi en souffrance : le taux de réalisation de la visite des 6 ans a chuté de 80 % en 2013-2014, à 47,5 % en 2015-2016.

► **Biology Meets Behavior in a Clinical Trial: Two Relationships Between Mortality and Mammogram Receipt**

KOWALSKI A.

2018

NBER Working Paper Series ; 25049. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25049>

I unite the medical and economics literatures by examining relationships between biology and behavior in a clinical trial. Specifically, I identify relationships between mortality and mammogram receipt using data from the Canadian National Breast Screening Study, an influential clinical trial on mammograms. I find two important relationships. First, I find heterogeneous selection into mammogram receipt: women more likely to receive mammograms are healthier. This relationship follows from a marginal treatment effect (MTE) model that assumes no more than the local

average treatment effect (LATE) assumptions. Second, I find treatment effect heterogeneity along the mammogram receipt margin: women more likely to receive mammograms are more likely to be harmed by them. This relationship follows from an ancillary assumption that builds on the first relationship. My findings contribute to the literature concerned about harms from mammography by demonstrating variation across the mammogram receipt margin. This variation poses a challenge for current mammography guidelines for women in their 40s, which unintentionally encourage more mammograms for healthier women who are more likely to be harmed by them.

► **Prévention : quels enjeux de santé publique ! Analyse de politique publique**

MATHIEU J. L.
2018

Paris : l'Harmattan

Cet ouvrage présente les différentes politiques de santé publique entreprises en France, sous leurs aspects médicaux (la vaccination, lutte contre les addictions) et non médicaux (veille épidémiologique, campagne de sensibilisation à l'amélioration de l'alimentation,...). L'auteur fait état des avancées françaises et propose des pistes de réflexion pour une sensible amélioration de la situation actuelle.

Prevision-Evaluation

► **Evaluating Health-Care Equity**

RAINE R., OR Z., PRADY S., et al.
2016

In : **Health Services and Delivery Research 4(16): 69-84**

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361182/pdf/Bookshelf_NBK361182.pdf

The evaluation of health-care equity necessitates measuring both horizontal and vertical equity components to establish whether or not patients receive the health care across levels of need. Examining interactions between social factors of concern and need, or stratifying analyses according to different levels of need, can be used to identify horizontal and vertical equity. Increased data linkage across sectors

Prévision-Evaluation

Psychiatry

► **La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe : rapport de synthèse**

DÉFENSEUR DES DROITS
2018

Paris : Le Défenseur des droits.

<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2018/09/rapport-denoc-sur-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-adolescents-en-europe>

Ce rapport de l'ENOC, organisation à but non lucratif réunissant des institutions indépendantes en charge

de la promotion et de la protection des droits de l'enfant, vise à apporter un premier aperçu européen de la situation relative à la santé mentale des enfants et des adolescents. Afin de dresser un constat de la situation, un questionnaire a été adressé à l'ensemble des membres du réseau ENOC en février 2018. Les objectifs du questionnaire sont les suivants : appréhender la définition de la santé mentale retenue dans les différents pays ou régions; documenter l'organisation des politiques publiques et stratégies nationales engagées; dresser un constat de la situation propre à chaque État membre quant à l'accès aux services de santé mentale

Psychiatrie

et au respect des droits des enfants et des adolescents pris en charge; recenser les bonnes pratiques en la matière; et enfin, recueillir des éléments de connaissance sur l'accès à la santé mentale des enfants et adolescents en situation de vulnérabilité particulière.

► **Santé mentale et isolement social : quelles interactions et réponses territorialisées ?**

FABRIQUE TERRITOIRES SANTÉ

2018

Saint-Denis : Fabrique Territoires Santé.

www.fabrique-territoires-sante.org/capitalisation/dossiers-ressources/sante-mentale-et-isolement-social

Près de six millions de Français souffrent d'isolement social, ce qui aggrave leur situation de vulnérabilité. Ils ont de ce fait plus de risques d'avoir un état de santé dégradé et de renoncer à leurs droits et aux soins. L'isolement social est un enjeu de santé publique, mais aussi de cohésion sociale. Il figure parmi les enjeux de la Stratégie nationale de santé et du plan Priorité Prévention. Des leviers d'action peuvent être mobilisés au niveau des territoires : l'échelle locale, voire micro-locale, est sans doute la plus pertinente pour construire et maintenir un lien social de proximité, et accompagner les personnes à sortir de leur isolement. Fin 2017, Fabrique Territoires Santé a mené une capitalisation auprès des porteurs et partenaires de démarches territoriales de santé. Élaboré à partir de ce recueil d'expériences, le dossier ressources propose un état des lieux et présente une trentaine d'actions locales inspirantes pour promouvoir la santé mentale et lutter contre l'isolement.

► **Psychiatrie : l'état d'urgence**

LEBOYER M., LLORCA P.-M., DURAND-ZALESKI I., et al.

2018

Paris : Fayard

Les troubles psychiatriques concernent 12 millions de Français chaque année. Il suffit d'égrener le nom des pathologies concernées : dépressions, troubles bipolaires, autisme, schizophrénie, pour prendre conscience qu'elles nous concernent tous, de près ou de loin. Or, face à ces drames humains, un silence assourdissant persiste, qui dit beaucoup de la perception de la psychiatrie dans notre pays. Celle-ci se situe

aux confluent de la méconnaissance, des amalgames, des préjugés, du déni, de la honte. Cet ouvrage ausculte l'organisation des soins en psychiatrie qui, en cinquante ans, est passée d'un idéal d'égalité, sur l'ensemble du territoire, à un dédale dans lequel plus personne ne se retrouve, même les acteurs les plus impliqués. Il constate que le système craque de toutes parts et engendre de la souffrance pour les malades, leurs proches et les équipes médicales. Ce livre, rédigé en lien avec des associations de patients, entend dresser un diagnostic de la situation de la psychiatrie française (organisation des soins, inégalités sociales et territoriales, enjeux économiques, recherche), bâti sur les études, les récits des patients, de leurs familles et des soignants. Le système de soins en psychiatrie souffre, mais il recèle d'incroyables richesses humaines, d'initiatives et d'espoirs. Les auteurs entendent contribuer ainsi à la mutation de la psychiatrie en France pour qu'elle entre de plain-pied dans ce siècle porteur de découvertes majeures, afin de mieux comprendre et soigner les maladies psychiatriques.

► **Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer**

VELPRY L., VIDAL-NAQUET P. A. ET EYRAUD B.

2018

Rennes : Presses Universitaires de Rennes

La démocratisation des pratiques d'aide et de soin est au cœur des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales depuis la fin du XX^e siècle. Rechercher le consentement, éviter la contrainte en constituent les deux injonctions dominantes. En effet, les règles qui encadrent les pratiques de prise en charge visent à réduire la dimension contraignante de l'aide, à garantir le droit à l'information et la participation des personnes, ainsi que leur protection. En situation, les professionnels sont souvent confrontés à des conflits normatifs qui deviennent indécidables quand les personnes souffrent d'une altération de leurs capacités mentales. Comment faire alors, lorsque, à défaut de pouvoir "protéger sans contraindre", il faut envisager de "contraindre pour protéger" ?

Soins de santé primaires

Primary healthcare

► **Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : propositions pour évaluer et réviser le troisième cycle des études médicales**

ALLOT F., DEBEAUPUIS J., ELSHOUD S., *et al.*
2018

Paris : Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article662>

Le 3ème cycle des études médicales permet aux médecins d'acquérir la formation de spécialité qu'ils exerceront à l'issue de leurs études. Ce 3ème cycle a été réformé en 2016. La densification de la formation, l'autonomisation progressive et la suppression des diplômes complémentaires redonnent ainsi au post-internat sa raison d'être et doivent permettre une installation plus précoce des médecins. Le rapport analyse cette réforme et le début de sa mise en œuvre. Il propose une méthode et des critères d'évaluation et de révision des maquettes de formation, en mettant en perspective les compétences à acquérir et les besoins de santé. Il donne des éléments de comparaison avec l'organisation des études médicales dans plusieurs pays étrangers (Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie, États-Unis et Suède). Il fait un focus sur quelques spécialités médicales et l'évolution de leur 3ème cycle. Il met en évidence l'intérêt des synergies entre systèmes d'information pour orienter les futures évolutions.

► **How Does the Type of Remuneration Affect Physician Behaviour? Fixed Salary Versus Fee-For-Service**

BREKKE K. R., HOLMAS T. H. ET MONSTAD K.
2018

Nipe Wp 09/ 2018. Braga : Nipe.

http://www.nipe.eeg.uminho.pt/Uploads/WP_2018/NIPE_WP_9_2018.pdf

We analyse the effects of two different types of physician remuneration - fee-for-service and fixed salary - on the treatment decisions of general practitioners (GPs) and on patients' health outcomes. Using rich Norwegian register data during the period 2009-2013, we focus on GP locums working in a succession of tem-

porary positions, which allows us to observe the same GPs working under different remuneration schemes within a relatively short period of time. We find that GPs respond strongly and consistently to changes in remuneration type. Compared with fixed salary, GP payment by fee-for-service leads to an increase in the supply of consultations and a higher provision of medical services (along several dimensions) per consultation. This has also significant implications for patients' health outcomes. The probability of experiencing an emergency admission to hospital shortly after a GP consultation is close to 20 percent lower if the GP is paid by fee-for-service instead of fixed salary. Overall, our analysis suggests that fixed-salary remuneration leads to underprovision of primary care.

► **Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux : démographie, activité et recours aux soins**

CHARPY C. R.

2018

In : **Les comptes de la Sécurité social- résultats 2017 – prévisions 2018. Paris : Ministère chargé de la santé.**

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2017-previsions-2018-et-2019-septembre-2018>

Au 1^{er} janvier 2017, près de 88 000 masseurs kinésithérapeutes étaient recensés au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) en France, dont 65 900 libéraux présents et actifs. Les remboursements de leurs honoraires par l'assurance maladie ont atteint 4,0 Md€ en 2017, soit 4,6 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville. Ces remboursements sont particulièrement dynamiques, en progression de 4,2 % par an en moyenne sur les cinq dernières années, contre 2,3 % pour l'ensemble des dépenses de soins de ville dans le champ de l'ONDAM. Ce dynamisme est principalement porté par la hausse du nombre de praticiens (+ 3,3 % par an entre 2010 et 2017), en lien avec la hausse du nombre de patients traités qui s'explique notamment par le vieillissement de la population. Leurs honoraires évoluent à un rythme proche de l'inflation (+ 1,1 % par an entre 2010 et 2015), soutenus par des mesures

de revalorisation tarifaire intervenues en 2012 puis en 2017.

► **Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser**

COUR DES COMPTES

2018

Paris : Cour des Comptes.

<http://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018>

Avec près de 9,6 Md€ de dépenses au total, les soins visuels constituent une charge importante et en forte hausse pour l'assurance maladie, les assurances maladie complémentaires et directement pour les ménages, notamment pour l'optique médicale. Près de 60 % des habitants de notre pays ont un dispositif de correction de la vue (lunettes, lentilles). Les soins visuels se caractérisent par des dysfonctionnements emblématiques de certaines spécialités médicales : en dépit d'une forte croissance des dépenses, la population est confrontée à de fortes inégalités d'accès aux soins d'ordre géographique et financier. Contrairement à d'autres pays, les ophtalmologues constituent le premier recours aux soins visuels. Or ils sont inégalement répartis sur le territoire et pratiquent généralement des dépassements d'honoraires. Alors que les complémentarités entre les différentes professions de la filière visuelle ont une portée limitée, la forte contraction prévisible de la démographie des ophtalmologues jusqu'en 2030 risque d'exacerber les difficultés d'accès aux soins déjà éprouvées dans certains territoires. Malgré une forte augmentation des dépenses, les besoins de la population en soins visuels sont inégalement couverts. Au-delà de la mise en place annoncée d'offres d'équipements d'optique médicale sans reste à charge, la définition par les pouvoirs publics d'une politique d'ensemble des soins visuels s'impose désormais.

► **Simplification des relations entre les professionnels de santé de ville et les administrations**

DE BATZ C. ET DUBOSQ C.

2018

Paris : Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article707>

Ce rapport de l'Igas est le résultat d'une mission chargée de proposer de nouvelles mesures de simplifica-

tion de l'exercice des professionnels de santé de ville dans leurs relations avec les administrations. Après avoir rencontré les professionnels de santé exerçant en cabinet ou en maison de santé pluri professionnelles, observé des expériences locales innovantes et analysé certaines pratiques à l'étranger, la mission a constaté la perception par les professionnels de santé d'une complexité croissante des exigences administratives pour différents aspects de leur pratique professionnelle (installation, paiement des actes, coordination des soins, contrôles...). Les professionnels, cependant, apportent eux-mêmes des réponses (mutualisation, regroupements...). La simplification passe aussi par un ensemble d'évolutions touchant à l'organisation des structures de soins, à la dématérialisation des procédures, au partage des informations, en s'appuyant sur les nouveaux outils numériques et sur une évolution des cultures

► **Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Guide**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2018

Paris : Haute Autorité de santé.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2876272/fr/guide-coordination-entre-medecin-generaliste-et-acteurs-de-la-psychiatrie

Le médecin généraliste est un acteur majeur de la prise en charge des troubles mentaux. Il participe à la détection et au traitement des troubles et accompagne les patients dans le cadre d'une prise en charge globale. On constate en France une coordination insuffisamment développée entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale notamment. Cette situation peut aboutir à des ruptures de soins, susceptibles d'avoir des conséquences importantes pour le patient, tant sur le plan psychiatrique que somatique. Pour répondre à ces enjeux, la HAS propose un guide pour aider les professionnels à développer et renforcer la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Il présente des expériences d'amélioration conduites en France et à l'étranger ainsi que des repères et outils mobilisables de

façon isolée ou combinée et en fonction des besoins, des ressources et des contraintes des professionnels.

► **Nurses as Substitutes for Doctors in Primary Care**

LAURANT M., VAN DE BIEZEN M., WIJERS N., *et al.*
2018

Cochrane Database of Systematic Review(7)

The aim of this review was to investigate the impact of nurses working as substitutes for primary care doctors. It searched for studies that compared nurses to doctors for delivery of primary care services. We looked at whether this made any difference in patients' health, satisfaction, and use of services. We also looked at whether this made any difference in how services were delivered and in how much they cost.

► **Improving Access and Continuity in General Practice**

PALMER W., HEMMINGS N., ROSEN R., *et al.*
2018

Londres : Nuffield Trust.

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/improving-access-and-continuity-in-general-practice>

The report (summary and the evidence review) summarises key findings and provides a series of recommendations for commissioners and policy-makers in England. It sets out the evidence on continuity of care, its impact on clinical outcomes and wider health services, its importance to patients and GPs, and the relationship between improved access initiatives and continuity of care within general practice. The report aims to help providers, commissioners and policy-makers maximise the opportunities to improve continuity provided by the additional investment in primary care to support improved access. It examines how to achieve the optimal balance between these two dimensions of care when redesigning services for local populations..

► **Rapport sur la recertification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

UZAN S.

2018

Paris : Ministère chargé de la santé.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1234.asp>

Ce rapport fait suite à près d'un an de travaux du comité de pilotage, présidé par le professeur Uzan et réunissant 14 personnalités du monde de la santé. Les travaux de l'instance préconisent une "certification et une valorisation périodique du parcours professionnel et des acquis tous les 6 ans". Elle concernerait tous les médecins, et tous les modes d'exercice. Plus qu'un contrôle, la procédure proposée se veut un exercice de promotion et de valorisation, voire d'évolution des compétences. Ce dispositif devrait s'appliquer à tous les praticiens diplômés à partir de 2021 d'un troisième cycle rénové des études médicales. Pour rendre cette procédure incitative et donc simple et rapide, le rapport propose une dématérialisation à travers un espace personnel numérique attribué à chaque professionnel et de la faire reposer sur de l'auto-évaluation en grande partie. La recertification pourrait reposer sur 5 critères d'évaluation et un critère de valorisation. Elle s'appuierait sur un socle commun et un programme spécifique à chaque spécialité.

Health systems

► Health System Review : Austria

BACHNER F., BOBEK J., HABIMANA K., et al.
2018

**Health systems in transition review ; Vol. 20 No.5.
Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe.**

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf

This analysis of the Austrian health system reviews recent developments in organization and governance, health financing, health care provision, health reforms and health system performance. Two major reforms implemented in 2013 and 2017 are among the main issues today. The central aim of the reforms that put in place a new governance system was to strengthen coordination and cooperation between different levels of government and self-governing bodies by promoting joint planning, decision-making and financing. Yet despite these efforts, the Austrian health system remains complex and fragmented in its organizational and financial structure.

► European Health Report 2018: More Than Numbers - Evidence for All

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
2018

Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018>

With the half-way point in the implementation period of Health 2020 having been crossed, this report reflects on the effect that the policy has had on the Region. Like its predecessors in 2012 and 2015, the 2018 report is an essential resource for the 53 Member States of the WHO European Region to report on progress towards the Health 2020 targets, outlining areas that may be unfinished by 2020 and beyond. Lessons learned from across the Region on action taken by the WHO Regional Office for Europe and Member States to improve the health and well-being of their populations are presented. The report also addresses the new public health challenges that have emerged in recent

years. To respond effectively to these challenges, new forms of evidence are essential to measure health and well-being in different cultural and subjective contexts. This is particularly important in the context of the 2030 Agenda for Sustainable Development and the Sustainable Development Goals, whose health indicators overlap significantly with those for Health 2020.

► The Health and Well-Being of Men in the WHO European Region: Better Health Through a Gender Approach

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
2018

Copenhagen : Office des publications du bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-health-and-well-being-of-men-in-the-who-european-region-better-health-through-a-gender-approach-2018>

The report offers an epidemiological overview of men's health in the Region; examines the intersection between gender, social and economic, cultural, and environmental determinants of men's health and well-being; improves understanding of how gender norms and roles, and intersections with other determinants of health, influence how health systems respond to men's health needs; provides evidence of actions needed to engage men in achieving gender equality through readdressing the imbalance of paid and unpaid care, engaging men in preventing

► **Situation of Child and Adolescent Health in Europe**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

2018

Copenhague : Office des publications du bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/situation-of-child-and-adolescent-health-in-europe-2018>

To promote child health in Europe, the World Health Organization Regional Office for Europe developed the child and adolescent health strategy (2015–2020), which was adopted by all Member States of the WHO European Region. The strategy's implementation was monitored through country profiles compiling existing health data and a survey sent to all 53 European ministries of health. Responses from 48 countries are described graphically, quantitatively and qualitatively. This report helps to review achievements and address gaps in realizing the full potential for the health and well-being of children and adolescents.

► **A Year of Integrated Care Systems: Reviewing the Journey so Far**

CHARLES A., WENZEL L., KERSHAW M., et al.

2018

Londres : The King's Fund.

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/year-integrated-care-systems>

The development of integrated care systems (ICSs) represents a fundamental and far-reaching change in how the NHS works, both between different parts of the service and with external partners. The evidence reported here shows that progress is being made in most ICSs in improving health and care and developing the capability to work as a system. The challenge now is to build on the foundations that have been laid by removing the barriers we have identified and providing time and support to ICS leaders to take their work to the next stage of development. Having willed the ends, national bodies must provide the means to enable ICSs to succeed. As this happens, the understandable desire to see change happen quickly needs to be married with realism about the scale and complexity of what is being attempted.

► **Les besoins de soins non satisfaits en Europe**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

In : Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018 : 134-138. Paris : Ministère chargé de la santé

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>

En 2016, 3 % de la population de l'Union européenne des Quinze (l'UE-15) renonce à des soins médicaux et 5 % à des soins dentaires. Les difficultés d'accès aux soins dans les pays de l'UE et les motifs sous-jacents sont appréhendés ici par des indicateurs de renoncement disponibles dans les enquêtes SRCV-UE, qui reposent sur des données déclaratives. Ces indicateurs permettent de comparer les taux de besoins non satisfaits d'exams et de traitements médicaux ou dentaires, du fait de contraintes financières, de problèmes d'offre (délais d'attente ou éloignement géographique) ou de considérations personnelles. Les taux de renoncement déclarés aux soins médicaux sont élevés en Grèce (14 %), en Suède (10 %), dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (NM-13, 9 %), et au Danemark (8 %). Ils sont proches de la moyenne des pays de l'UE-15 en France (4 %), en Irlande et en Belgique (3 %). Ils sont en revanche, très faibles en Allemagne, en Autriche et aux Pays-Bas.

► **The State of Health Care and Adult Social Care in England 2017/18**

NEWCASTLE CARE QUALITY COMMISSION

2018

Newcastle Care Quality Commission.

<http://www.cqc.org.uk/content/state-of-care>

This report looks at the trends, shares examples of good and outstanding care, and highlights where care needs to improve. Ratings show that quality overall has been largely maintained from last year, and in some cases improved, despite the continuing challenges providers face. However, it found that it was harder for people to access services in the community in places where services failed to work well together, putting extra pressure on acute and mental health services. The report also considers the factors that affect the sustainability of good care for people.

► **Health Profile for England 2018**

PUBLIC HEALTH ENGLAND

2018

Londres : Public Health England.

<https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england-2018>

The second annual report combining data and knowledge with information from other sources to give a broad picture of the health of people in England in 2018 : population change and trends in life expectancy, trends in mortality, trends in morbidity and risk factors, health of children in the early years, inequalities in health, wider determinants of health, current and emerging health protection issues, Methods, data and definitions.

► **Organization and Financing of Public Health Services in Europe**

RECHEL B., JAKUBOWSKI E., MCKEE M., et al.

2018

Health Policy Series; 50. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/organization-and-financing-of-public-health-services-in-europe-country-reports-2018>

Cet ouvrage rassemble ce que l'on sait actuellement de l'organisation et du financement des services de santé publique en Europe. Il s'appuie sur des rapports nationaux concernant l'organisation et le financement des services de santé publique dans neuf pays européens et sur une analyse approfondie du rôle joué par les services de santé publique dans la lutte contre trois problèmes de santé publique se posant aujourd'hui (l'alcool, l'obésité et la résistance aux antimicrobiens). L'accent est mis sur quatre dimensions fondamentales des services de santé publique : l'organisation, le financement, les effectifs de la santé publique et l'assurance de la qualité.

Travail et santé

Occupational health

► **Burnout in the Workplace: A Review of Data and Policy Responses in the EU**

AUMAYR-PINTAR C., CERF C. ET PARENT-THIRION A.

2018

Luxembourg : Publications Office of the European Union.

<http://eurofound.link/ef18047>

This report looks at the extent of burnout experienced by workers in the EU, based on national research. As a starting point, the report sets out to consider whether burnout is viewed as a medical or occupational disease. It then examines the work determinants associated with burnout and looks at the effects of burnout, including psychosocial and physical work factors, work intensity and work organisation. It also reviews national strategies and policies regarding this issue, the involvement of the social partners in the current debate, as well as preventive actions currently in place.

► **Does Disability Insurance Improve Health and Well-Being?**

BOERSCH-SUPAN A. H., BUCHER-KOENEN T. ET HANEMANN F.

2017

MEA Discussion paper : 1863. Munich : MEA

http://mea.mpsoc.mpg.de/uploads/user_mea_discussionpapers/1863_DP_09-2017.pdf

The purpose of disability insurance (DI) is to protect people with health problems that limit their ability to work. We evaluate the effectiveness of DI benefit programs in delivering this protection by following people's health and financial well-being after the take-up of DI benefits. This paper takes advantage of internationally harmonized panel data and the differences across DI programs in Europe and the United States, as well as their changes over time. We use several econometric approaches to account for the potential endogeneity of DI enrollment and sample

selectivity. We find that self-reported health stabilizes after DI benefit receipt. Mental health improves more for DI benefit recipients than non-recipients relative to the beginning of DI benefit receipt. This effect is stronger in countries with more generous DI systems. The effects on objective health measures are positive but largely insignificant.

► **Early Determinants of Work Disability in an International Perspective**

BORSCH-SUPAN A., BUCHER-KOENEN T. ET HANEMANN F.

2018

NBER Working Paper Series ; 25142. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25142>

This paper studies the interrelated roles of health and welfare state policies in the decision to take up disability insurance (DI) benefits due to work disability (WD), defined as the (partial) inability to engage in gainful employment due to physical or mental illness. We exploit the large international variation of health, self-reported WD and the uptake of DI benefits in the US and Europe using a harmonized data set with life history information assembled from the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE), the English Longitudinal Study on Ageing (ELSA) and the Health and Retirement Study (HRS). Particular attention is given to the role of life-time health and other life-time experiences in explaining WD and DI uptake later in life. We find that while our large set of health measures explains a substantial share of the within-country variation in WD and DI, this is not the case for the variation across countries. Rather, most of the variation between countries is explained by differences in DI policies.

► **Health and the Wage: Cause, Effect, Both, or Neither? New Evidence on an Old Question**

DENCH D. ET GROSSMAN M.

2018

NBER Working Paper Series ; 25264. Cambridge : NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25264>

We investigate two-way causality between health and the hourly wage by employing insights from the human capital and compensating wage differential models, a panel formed from the National Longitudinal Survey of Youth 1997, and dynamic panel estimation methods in this investigation. We uncover a causal relationship between two of five measures of health and the wage in which a reduction in health leads to an increase in the wage rate but find no evidence of a causal relationship running from the wage rate to health. The former result is consistent with a framework in which a large amount of effort in one period is required to obtain promotions and the wage increases that accompany them in subsequent periods. That effort may cause reductions in health and result in a negative effect of health in the previous period on the current period wage. The finding also is consistent with a model in which investments in career advancement compete with investments in health for time—the ultimate scarce resource. The lack of a causal effect of the wage on health may suggest that forces that go in opposite directions in the human capital and compensating wage differential models offset each other.

► **Feeling Useless: The Effect of Unemployment on Mental Health in the Great Recession**

FARRE L., FASANI F. ET MUELLER H.

2018

Londres : CEPR.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cpr:ceprdp:13099&r=l>

This article documents a strong connection between unemployment and mental distress using data from the Spanish National Health Survey. We exploit the collapse of the construction sector to identify the causal effect of job losses in different segments of the Spanish labour market. Our results suggest that an increase of the unemployment rate by 10 percentage points due to the breakdown in construction raised reported poor health and mental disorders in the affected population by 3 percentage points, respectively. We argue that the size of this effect responds to the fact that the construction sector was at the centre of the economic recession. As a result, workers exposed to the negative labor demand shock faced very low chances of re-entering employment. We show that this led to long unemployment spells, stress, hopelessness and feelings of uselessness. These effects point towards a potential channel for unemployment hysteresis.

► **The Growing American Health Penalty: International Trends in the Employment of Older Workers with Poor Health**

GEIGER B. B., BOHEIM R. ET LEONI T.

2018

Working Papers; 271. Vienna : Vienna : University of Economics and Business.

<https://econpapers.repec.org/paper/wiwiwwuw/wuwp271.htm>

Many countries have reduced the generosity of disability benefits while making them more activating - yet few studies have examined how employment rates have subsequently changed. We present estimates of how the employment rates of older workers with poor health in 13 high-income countries changed between 2004-7 and 2012-15 using HRS/SHARE/ELSA data. We find that those in poor health in the USA have experienced a unique deterioration: they have not only seen a widening gap to the employment rates of those with good health, but their employment rates fell per se. We find only for Sweden (and possibly England) signs that the health employment gap shrank. We then examine possible explanations for the development in the USA: we find no evidence it links to labour market trends, but possible links to the USA's lack of disability benefit reform - which should be considered alongside the wider challenges of our findings for policymakers.

► **Fatal Attraction? Extended Unemployment Benefits, Labor Force Exits, and Mortality**

KUHN A., STAUBLI S., WUELLRICH J. P., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; 25124. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25124>

We estimate the causal effect of permanent and premature exits from the labor force on mortality. To overcome the problem of negative health selection into early retirement, we exploit a policy change in unemployment insurance rules in Austria that allowed workers in eligible regions to exit the labor force 3 years earlier compared to workers in non-eligible regions. Using administrative data with precise information on mortality and retirement, we find that the policy change induced eligible workers to exit the labor force significantly earlier. Instrumental variable estimation results show that for men retiring one year earlier causes a 6.8% increase in the risk of premature

death and 0.2 years reduction in the age at death, but has no significant effect for women.

► **Conditions de travail : Bilan 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DU TRAVAIL

2018

Paris : Ministère du travail.

www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/184000723.pdf

Cet ouvrage, préparé annuellement par le ministère chargé du travail et présenté aux partenaires sociaux réunis au sein du Conseil national d'orientation des conditions de travail (CNOCT) lors du second semestre 2018, présente un panorama global de l'action en faveur de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail. Cette nouvelle édition s'attache d'abord à décrire les acteurs de la prévention des risques professionnels, il permet ensuite d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail, à la fois à travers les statistiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et grâce à des focus thématiques réalisés sur les risques professionnels majeurs. Il brosse également les lignes directrices des actions majeures menées par le ministère chargé du travail et le ministère chargé de l'agriculture en matière d'amélioration des conditions de travail des salariés du secteur privé. Enfin, cet ouvrage montre la place croissante de la négociation collective dans le domaine de la santé au travail.

► **Work-Related Mental Health Problems Increase with Rising Aggregate Unemployment**

PIKOS A. K.

2018

Hanovre : Leibniz Universität.

<https://econpapers.repec.org/paper/handpaper/dp-639.htm>

This paper analyzes the relationship between work-related mental health of the German working population and unemployment on the occupation-region level measured one year before the outcome. Rising unemployment is significantly associated with a higher risk for emotional strain, emotional exhaustion, absenteeism, and presenteeism among employed individuals. Occupation specific unemployment drives this rela-

tionship, while the regional dimension is less important. The relationship is driven by individuals with own past unemployment experience.

► **The Future of Social Protection : What's Works for Non-Standard Workers?**

QUEISSER M. É.

2018

Paris : OCDE.

www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/the-future-of-social-protection_9789264306943-en

Social protection systems are often still designed for the archetypical full-time dependent employee. Work patterns deviating from this model – be it self-employment or online “gig work” – can lead to gaps in social protection coverage. Globalisation and digitalisation are likely to exacerbate this discrepancy as new technologies make it easier and cheaper to offer and find work online, and online work platforms have experienced spectacular growth in recent years. While new technologies and the new forms of work they create bring the incomplete social protection of non-standard

workers to the forefront of the international policy debate, non-standard work and policies to address such workers' situation are not new : across the OECD on average, one in six workers is self-employed, and a further one in eight employees is on a temporary contract. Thus, there are lessons to be learned from country experiences of providing social protection to non-standard workers. This volume presents seven case studies that shed light on different aspects of the social protection of non-standard workers (the self-employed, those at the border between self and dependent employment, temporary workers, and workers on flexible or on-call contracts). The case studies analyse : the implications of a tax-financed social protection system on non-standard workers (Australia); voluntary social protection schemes for self-employed workers (Sweden); the effects of differing social protection coverage of standard and non-standard workers on the incidence of non-standard employment in the Netherlands, Italy and Austria; special schemes for non-standard workers – the French Régime Social des Indépendants (RSI) and programmes that provide social protection to special subgroups in the creative industries (the German artists' insurance scheme and the intermittent du spectacle scheme in France).

Veillissement

Aging

► **Fin 2017, les départements ont attribué 2 millions de prestations d'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées**

ABDOUNI S.

2018

Etudes Et Résultats (Drees)(1091).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/fin-2017-les-departements-ont-attribue-2-millions-de-prestations-d-aide-sociale>

D'après l'enquête Aide sociale menée par la Drees, les départements ont délivré, fin 2017, 1,96 million de prestations d'aide sociale à des personnes âgées ou handicapées, en France métropolitaine et dans les DROM, soit une augmentation de 0,5 % en un an. Les aides sociales départementales accordées aux personnes âgées atteignent 1,4 million en 2017 et sont

en hausse de 0,5 % par rapport à 2016. Ces aides se répartissent entre 55 % d'aides à domicile et 45 % d'aides à l'accueil. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente 90 % de l'ensemble des aides aux personnes âgées. 8 % des aides sont consacrées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Fin 2017, 121 200 personnes âgées en bénéficient (118 800 bénéficiaires de l'ASH en établissement et 2 400 en accueil familial). Le nombre d'aides sociales départementales allouées aux personnes handicapées s'établit à 521 500, dont 70 % d'aides à domicile et 30 % d'aides à l'accueil. L'augmentation de 0,6 % du nombre d'aides entre 2016 et 2017 est moins marquée que celle des années précédentes. La prestation de compensation du handicap (PCH) est accordée à 290 400 personnes fin 2017 et représente 56 % des aides aux personnes handicapées.

► **Pilotage du système de retraite**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2018

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article530.html>

Dans le cadre de la réflexion sur la réforme des retraites annoncée, ce dossier revient sur le pilotage d'un système de retraite en répartition qui consiste pour les gestionnaires à choisir et ajuster les leviers dont ils disposent en vue d'atteindre les objectifs assignés au système et pour faire face à des aléas économiques et/ou démographiques. La première partie revient sur les enjeux du pilotage d'un système de retraite. Dans la deuxième partie, les modalités de pilotage d'un système à rendement défini (où les pensions sont l'équivalent actuariel des cotisations) sont plus particulièrement présentées. Enfin, la troisième partie décrit le pilotage du système de retraite en Suède et en Allemagne.

► **Les seniors, l'emploi et la retraite**

BAENA A. ET RACHIQ C.

2018

Paris : France Stratégie.

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/seniors-lemploi-retraite>

Au moment où le gouvernement s'apprête à engager une transformation profonde de notre système de retraite, la question de l'emploi des seniors doit être considérée comme un enjeu à part entière. Elle est en effet cruciale, tant pour l'avenir collectif de notre système que pour les trajectoires individuelles des futurs retraités. Ce rapport fait le bilan de la situation des seniors sur le marché de l'emploi, examine les freins à l'emploi des travailleurs les plus âgés, s'interroge sur l'âge de départ à la retraite ainsi et que les autres raisons. Les règles du système de retraite ont un impact fort sur l'activité des seniors, mais l'effet sur le maintien ou le retour dans l'emploi est loin d'être mécanique. Prolonger les carrières suppose aussi d'agir de manière préventive sur la qualité de vie au travail pour permettre à chacun de choisir réellement le moment de son départ.

► **The Dynamics of Ageing: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-2016 (Wave 8)**

BANKS J., BATTY G. D., NAZROO J., et al.

2018

Londres : IFS.

<https://www.ifs.org.uk/publications/13512>

Since study started in 2002, the ELSA sample has been re-surveyed biennially. Understanding the complex dynamics of the ageing process is made possible in ELSA through the repeated measures of economic circumstances, behaviour, lifestyle, social connections and biology in the same individuals over time. These factors are important in their own right but also influence health, mortality, retirement and well-being. Findings from the study therefore have great use in informing policy and improving the lives of older adults. This report describes analyses of data that have been collected in all waves of ELSA, particularly the eighth and most recent that took place in 2016–17. In wave 8, data collection included a standard face-to-face interview and a self-completion questionnaire, both of which have been used in previous waves of the study, together with a nurse visit to collect biological measures on half the sample. This report provides a detailed set of results from cross-sectional and longitudinal analyses of the ELSA data, which include information on demographics, disability, health, income, work, pensions and wealth, social and cultural activity and cognitive function. The report focuses on a number of issues that are of contemporary importance to older adults: State pension age increases and the circumstances of older women; Area and its relation to social inequality and wellbeing in later life; The determinants and consequences of falling at older ages.

► **Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions**

BESNARD X. ET ZAKRI M.

2018

Etudes Et Résultats (Drees)(1095)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/comment-les-seniors-financent-ils-leur-maison-de-retraite-premiers-resultats-de>

Fin 2016, d'après l'enquête CARE- Institutions réalisée par la DREES, la moitié des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendent au

moins 1 850 euros mensuels pour financer leur prise en charge, après perception des allocations et des contributions des obligés alimentaires. Cette participation financière s'élève à au moins 2 420 euros pour la moitié des résidents des établissements privés à but lucratif, contre 1 800 euros pour les autres types d'établissements. Un tiers des résidents déclarent devoir puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à la prise en charge de leur dépendance en institution, et 11 % doivent mobiliser leur entourage pour payer une partie de ces frais. Près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses.

► **La gestion et le dépistage des risques liés au vieillissement, et le rôle des régimes de retraite dans le marché de l'assurance de soins de longue durée**

BOYER M. M.

2018

Montréal : CIRANO.

<http://www.cirano.qc.ca/files/publications/2018RP-03.pdf>

Nous examinons l'interaction entre les véhicules d'épargne-retraite, publics et privés, et l'achat d'assurance soins de longue durée dans un monde où les agents découvrent au fil du temps leur risque de vieillir. Dans la mesure où chaque agent en sait plus sur son risque réel de vieillir que tous les autres participants du marché, certains agents préféreront attendre de connaître leur état de santé (c.-à-d. leur catégorie de risque) avant d'acheter un produit d'épargne-retraite (situation semblable à avoir un régime à contributions déterminées), alors que d'autres préféreront un produit qui est indépendant de leur état de santé (c.-à-d. adhérer à un régime public ou à prestations déterminées). Avant la révélation du risque lié au vieillissement de chacun, la préférence des agents pour l'un ou pour l'autre dépendra, entre autres facteurs, de la différence dans les probabilités de chacun de vieillir, dans la riscophobie des agents, dans la probabilité d'avoir besoin de soins de longue durée, ainsi que de leurs coûts potentiels. Lorsque les agents n'ont accès qu'à un régime à cotisations déterminées, alors ils choisiront une assurance complète de soins de longue durée. Ce n'est pas le cas lorsque les agents n'ont accès qu'à un régime public dont les primes sont indépendantes du risque de vieillissement de chacun.

► **Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance. Résultats de l'enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) "ménages"**

BRUNEL M. ET CARRERE A.

2018

Dossiers de la Drees (Les)(26): 40.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/limitations-fonctionnelles-et-restrictions-d-activite-des-personnes-agees>

En 2015, les limitations fonctionnelles concernent 6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile, soit 40 % d'entre elles, et les restrictions d'activité près de 4,5 millions. Pour ces restrictions, comme pour les limitations physiques, les femmes déclarent davantage de difficultés que les hommes. Depuis l'enquête Handicap et Santé de 2008, la plupart des indicateurs de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité ont baissé. Si les inégalités femmes-hommes se sont globalement réduites avant 75 ans, elles ont progressé en défaveur des femmes pour les 75 ans ou plus. (R.A.).

► **Does Social Isolation Affect Medical Doctor Visits? New Evidence Among European Older Adults**

CANTARERO-PRIETO D., PASCUAL-SAEZ M. ET BLAZQUEZ-FERNANDEZ C.

2018

GEN Working Paper B 2018 – 5.

<http://infofen.webs.uvigo.es/WPB/WP1805.pdf>

We have used panel data (2004-2015) from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to examine the impact of social isolation on general practitioner health care use. Socio-demographic, health and social isolation measures are analysed. Differences by welfare regimes have been also considered. Using two definitions of social isolation (Alone and Help), we have found that a sizeable proportion of those aged 50 years and older in Europe reported social isolation. Differences by welfare regimes are highlighted. Our findings provide several implications in current debates on the sustainability of welfare states.

► **Well-Being and Intended Early Retirement Among Older European Workers: Does Job Satisfaction Matter? A 6-Wave Follow-Up**

CANTARERO-PRieto D., PASCUAL-SAEZ M. ET BLAZQUEZ-FERNANDEZ C.

2018

MPRA Paper : 89077. Munich : MPRA.

https://mpra.ub.uni-muenchen.de/89077/1/MPRA_paper_89077.pdf

In recent years, population aging has received great attention in developed countries given the social challenges that it entails. At this regard, it is well documented that this collective is associated with fewer resources (both physical and economic). Furthermore, ageing societies incite an increase in the inactive population and so, threaten the financial viability of the social protection systems. This study investigates the effects of different factors on early retirement intentions among European workers aged 50-65 using the latest available data (waves 1-6: 2004-2015) from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). We shed new light on this causal relationship controlling for job characteristics and well-being indicators. Our empirical results based on logistics regressions suggest that people that is satisfied with their jobs (OR=0.61; 95% C.I. 0.53, 0.71), with very high appreciation of their quality of life (OR=0.56; 95% C.I. 0.49, 0.64) or with good health (OR=0.55; 95% C.I. 0.47, 0.65) would have less intentions of early retirement, that is, decreased odds of work exit. Besides, social-environment would matter.

► **Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 - Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population**

CHARAVEL C., MAURO L. ET SEIMANDI T.

2018

Les Dossiers de la Drees (Les)(23)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-soins-de-suite-et-de-readaptation-entre-2008-et-2016-forte-progression-de-l>

Depuis 2008, l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté de 16 %, atteignant 37,9 millions de journées en 2016 pour plus d'un million de patients. Cette augmentation

s'explique surtout par le vieillissement de la population qui accroît la demande en SSR. L'augmentation de l'activité est particulièrement importante dans les cliniques privées, qui concentrent 34 % de l'activité en 2016, contre 30 % en 2008.

► **Will Population Ageing Spell the End of the Welfare State? A Review of Evidence and Policy Options**

CYLUS J., NORMAND C. ET FIGUERAS J.

2018

The economics of healthy and active ageing series. Copenhague : Office des publications du bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/activities/research-studies-and-projects/economics-of-healthy-and-active-ageing/will-population-ageing-spell-the-end-of-the-welfare-state-a-review-of-evidence-and-policy-options-2018>

This brief reviews the main evidence on the health and long-term care costs associated with ageing populations to better understand the expected cost pressures due to changing demographics. At the same time, the brief explores how older populations can and do contribute meaningfully both in economic and societal terms, particularly if they are able to remain healthy and active into later life. The brief concludes by reviewing selected policy areas that have been shown to either support the health and activity of older people or which otherwise reinforce sustainable care systems more broadly in the context of population ageing.

► **Pension Reform and Return to Work Policies**

FITZPATRICK M. D.

2018

NBER Working Paper Series ; 25299. Cambridge : NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W25299>

For many people, working after beginning retirement benefit collection is a way to enhance financial security by increasing income. Existing research has shown that retirees are sensitive to the Social Security earnings test, which restricts the amount of earnings some beneficiaries can receive. However, little is known about the effects of other types of policies on post-retirement employment. Instead of restricting earn-

ings, many public pension plans restrict the number of hours beneficiaries can work. I use return-to-work rules limiting the number of hours of employment in a state's public pension plan and administrative data on employment and retirement to determine the rules' effects on retirement decisions and post-retirement labor supply. I find that the increases in the maximum number of hours of post-retirement employment lead to no change in retirement benefit collection and to increases in part-time work among retirees. As such, these policies appear to be binding on the labor supply decisions of some employees. Policymakers should take this into account when designing policies aimed at extending work-lives or improving the health of pension systems.

► **Retirement and Healthcare Utilization**

FRIMMEL W. ET PRUCKNER G.

2018

Leibnitz : Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft

<https://ideas.repec.org/p/zbw/vfsc18/181546.html>

Pension systems and their reforms are often discussed in the context of financial viability. These debates grow in intensity with the aging of the population in industrialized countries. However, an increase in retirement age may create unintended side effects for retirees' health or healthcare costs. This paper empirically analyses the effect of (early) retirement on individual inpatient and outpatient healthcare expenditure in Austria. We use comprehensive labor market and retirement data from the Austrian Social Security Database combined with detailed information about individual inpatient and outpatient healthcare service utilization for the province of Upper Austria. To account for the endogeneity in retirement decisions, we exploit exogenous variation in the early retirement age induced by two Austrian pension reforms in 2000 and 2003. We find significant negative effects of retirement on healthcare expenditure. For both sexes, retirement decreases subsequent expenditure for outpatient medical attendance and hospitalization. Analyses of disaggregated components of healthcare expenditure confirm a positive health effect caused by physical and emotional relief after retirement. Apart from direct health effects, the results also reveal behavioral changes in the utilization of healthcare services. These changes in health behavior seem in particular relevant for blue collar workers.

► **Évaluation qualitative Paerpa : rapport final**

GAND S., BLOCH M.-A. ET PERIAC E.

2017

Série Etudes et Recherche ; 135. Paris : Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en France une personne sur dix, et 85 % d'entre elles ont au moins une pathologie. Ainsi, les parcours de santé pilotes PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie), expérimenté dès 2013, ont pour objectif que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût. L'évaluation de l'expérimentation PAERPA, en plus d'un suivi d'indicateurs, s'articule autour de deux démarches complémentaires : évaluation qualitative et évaluation d'impact. Portée par l'équipe des chercheurs de Mines Paris Tech- EHESP- CNRS, l'évaluation qualitative s'est appuyée sur des diagnostics territoriaux et des entretiens pour analyser les facteurs clefs de succès, voire d'échec, des dispositifs PAERPA. Le travail d'évaluation qualitative met en évidence l'engagement de dynamiques territoriales positives (perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours, décloisonnement des différentes parties prenantes), certaines réalisations produisant des effets encourageants (soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la CTA (coordination territoriale d'appui), découverte de pratiques professionnelles auparavant ignorées, intérêt manifeste pour les dispositifs transitoires entre hôpital et EHPAD ou entre hôpital et domicile, etc.).

► **Long-Term Care Reforms in OECD Countries**

GORI C., FERNANDES J. L. ET WITTENBERG R.

2016

Bristol : Policy Press

Since the early 1990s, long-term care policies have undergone significant transformations across OECD countries. In some countries, these changes have responded to the introduction of major policy reforms while in others, significant transformations have come about through the accumulation of incremental policy changes. This book brings together evidence from over 12 years of care reforms to examine changes in long-term care systems occurring in OECD countries. It dis-

cusses and compares key changes in national policies and examines the main successes and failures of recent reforms. Finally, it suggests possible policy strategies for the future in the sector.

► **Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social : décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin**

GUIRIMAND N., MAZERAU P. ET LEPLEGE A.

2018

Nîmes : Champ social éditions

La notion de parcours de vie impose une transformation profonde des modalités d'organisation du secteur médico-social, sanitaire, éducatif ou d'accès aux structures de droit commun. Cet ouvrage tente d'apporter des éléments de compréhension en interrogeant, dans un même mouvement, les mécanismes implicites et explicites de la collaboration interprofessionnelle, les questions de l'inclusion sociale et scolaire, de l'éducation thérapeutique des jeunes en situation de handicap, ainsi que les transformations identitaires des acteurs qui coopèrent à la construction des parcours de vie.

► **Patient vs. Provider Incentives in Long Term Care**

HACKMANN M. B. ET POHL V.

2018

NBER Working Paper Series ; 25178. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w25178>

How do patient and provider incentives affect mode and cost of long-term care? Our analysis of 1 million nursing home stays yields three main insights. First, Medicaid-covered residents prolong their stays instead of transitioning to community-based care due to limited cost-sharing. Second, nursing homes shorten Medicaid stays when capacity binds to admit more profitable out-of-pocket payers. Third, providers react more elastically to financial incentives than patients, so moving to episode-based provider reimbursement is more effective in shortening Medicaid stays than increasing resident cost-sharing. Moreover, we do not find evidence for health improvements due to longer stays for marginal Medicaid beneficiaries.

► **Le financement des couvertures sociales dans les domaines de la famille et de la dépendance en comparaison internationale**

LE MINEZ S. ET LEFEBVRE E.

2018

Paris : HCFI-PS.

www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcfips_financement_risques_famille_et_dependance_en_comparaison_.pdf

Dans le prolongement des travaux que le Haut Conseil du financement de la protection sociale a mené en 2017 sur les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison européenne et en 2018 sur les enjeux des réformes en cours pour le financement de la protection sociale française, le présent rapport se propose d'approfondir la connaissance des modes de financement de la protection sociale en France et à l'étranger, en concentrant son attention sur les deux risques que sont la famille et la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, aussi qualifiée de « dépendance ».

► **L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015**

MULLER M. ET ROY D.

2018

Etudes et Résultats (Drees)(1094): 39.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-ehpad-dernier-lieu-de-vie-pour-un-quart-des-personnes-decede-es-en-france-en>

En 2015, 150 000 personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont décédées, représentant un quart des décès annuels en France, selon l'enquête de la DREES auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les femmes, dont l'espérance de vie est plus élevée que les hommes, sont plus nombreuses à vivre en institution. Les résidents décèdent à 89 ans en moyenne, après une durée de séjour moyenne de trois ans et quatre mois.



► **Decentralized Policies and Formal Care Use by the Disabled Elderly**

ROQUEBERT Q., KABORE R. ET WITTEWER J.
2018

PSE Working Paper; 2018-47. sl HALSHS.

<https://econpapers.repec.org/paper/halpsewpa/halshs-01877829.htm>

In a context of population ageing, public policies encourage the utilization of professional home care for the elderly living in the community. This chapter studies the determinants of professional home care use by the disabled elderly in the French context. It focuses on the effects of the regulation of the supply and the generosity of public financing. We use departmental variations in both the regulation of providers and the implementation of the main program devoted to the disabled elderly, the APA policy. We exploit an original survey on departmental practices matched with the HSM survey to estimate the determinants of formal care use, at the extensive margin. We find no effect of the departmental generosity while, on the supply side, when non-regulated providers | whose quality is uncertain and price is lightly regulated | dominate the market, the disabled elderly have a lower probability to use formal home care. Our results contribute to discuss both the questions raised by the decentralization of a national policy and the recent reform of the home care sector requiring all home care structures to be regulated.

► **Effective Management of Long-Term Care Facilities**

SINGH D. A.
2016

Burlington : Jones & Bartlett Learning

This book examines the complex operations of the long-term care facility and offers critical skills to current and future long-term care administrators for delivering quality, cost-effective services. Comprehensive, yet concise, the Third Edition explores the necessary skills and tools for creating a person-centered environment. Topics covered include: how to adapt an existing nursing facility, the growing culture change movement, and the laws, regulations, and financing of the long-term care industry, as well as its organization and delivery. Finally, this book offers extensive coverage of the essential skills necessary to manage it all.

► **Rapport 2018 de l'Observatoire sociétal des cancers. Avoir un cancer après 75 ans, le refus de la fatalité**

VILLEZ A.
2018

Paris : Ligue Nationale contre le cancer.

https://www.ligue-cancer.net/article/47083_7eme-rapport-de-observatoire-societal-des-cancers

Le 6ème rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, publié par la Ligue contre le cancer, met en lumière la vie des seniors de 75 ans et plus confrontés à un cancer. Aujourd'hui, plus d'un nouveau cas de cancer sur trois touche les personnes de 75 ans et plus. Un million de Français âgés de 75 ans et plus ont ou ont eu un cancer au cours de leur vie, et près de 700 000 d'entre eux sont actuellement en traitement ou suivis pour cette affection. Cette étude met en lumière des aspects positifs : 81 % des personnes âgées de 75 ans et plus profitent de chaque instant de la vie ; 75 % estiment avoir pleinement leur place dans la société. Elle révèle également que les Français ont une vision bienveillante et humaniste des personnes âgées atteintes d'un cancer. Le rapport pointe cependant de vraies difficultés comme le manque d'essais thérapeutiques dédiés à cette population, un retard au diagnostic qui hypothèque les chances de guérison et le grand désarroi des personnes malades les plus isolées géographiquement ou socialement. Avec l'appui d'Ipsos, cette 6ème édition de l'Observatoire sociétal des cancers dresse un panorama complet de ce que vivre avec un cancer signifie lorsque l'on est âgé.

Index des auteurs Author index

A

Abdouni S.....	53
Agence nationale d'Appui à la performance	15
Allot F.....	45
Andrws G. J.....	25
Asquith B. J.....	33
Aubert J. M.....	18
Augros E.....	38
Aumayr-Pintar C.....	50
Autume C.....	40

B

Bachner F.....	48
Baena A.....	54
Balai S.....	25
Banks J.....	54
Barat C.....	31
Bareigts E.....	42
Bass B.....	33
Batty G. D.....	54
Beckfield J.....	31
Bergeron T.....	27
Besnard X.....	54
Biecheler P.....	29
Blazquez-Fernandez C.....	55 , 56
Bloch M.-A.....	57
Bobek J.....	48
Boersch-Supan A. H.....	50
Boheim R.....	52
Boisguerin B.....	30
Bondarenko I.....	21
Borsch-Supan A.....	18 , 51
Bouziane-Lazoussi K.....	42
Boyer M. M.....	55
Brau R.....	25
Brekke K. R.....	45
Bricard D.....	24
Brown T.....	25
Brunel M.....	55
Brunner A.....	32
Bucher-Koenen T.....	50 , 51

C

Cabannes P.-Y.....	37
Caisse nationale d'assurance maladie	18
Callison K.....	25
Cantarero-Prieto D.....	55 , 56
Carpenter C. W.....	26
Carré B.....	13
Carrere A.....	55
Ceretti A. M.....	38
Cerf C.....	50
Charavel C.....	30 , 56
Charles A.....	49
Charpy C. R.....	19 , 45
Chevillard G.....	26
Cinqualbre J.....	15
Claxton K.....	22
Cogordan C.....	24
Coile C.....	18
Conseil d'Orientation des retraites.....	54
Cooke O. D. N.....	19
Cordier A.....	15
Cornu-Pauchet M.....	27
Cour des Comptes.....	13 , 20 , 38 , 41 , 46
Coury A.....	17
Craig S. V.....	13
Cugia P.....	15
Cummins S.....	25
Cutler D.....	21
Cylus J.....	56

D

Daly P.....	32
Daudigny Y.....	34
De Almeida M. M.....	33
De Batz C.....	46
Debeaupuis J.....	45
De Bruijn B. J.....	17
Decool J. P.....	34
Défenseur des droits.....	43
Demiguel V.....	24
Dench D.....	51

Denormandie P.	27
Detournay B.	16
Deutsch C.	28
Doineau E.	38
Dubosq C.	46
Dudensing R.	26
Dunning T.	35
Durand-Zaleski I.	44

E

Eideliman J.-S.	27
Elshoud S.	45
Europeristat	23
Eyraud B.	44

F

Fabrique Territoires Santé	44
Farcy A.	28
Farre L.	51
Fasani F.	51
Fernandes J. L.	57
Figueras J.	56
Fitzpatrick M. D.	56
Frean M.	21
Frimmel W.	57

G

Gand S.	57
Garnier C.	23
Gateaud G.	30
Gaughan J.	30
Geiger B. B.	52
Ghosh K.	21
Goerge R. M.	36
Goldblatt A. J.	32
Gori C.	57
Grangier J.	21
Grasic K.	30
Grossman M.	51
Guirimand N.	58
Gunther C.	32
Gutacker N.	30

H

Habimana K.	48
Hackmann M. B.	58
Hanemann F.	50 , 51
Han J.	14
Hanks A. S.	32
Hannigan A.	33
Harrison G.	14
Haut Conseil de la santé publique.	41
Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.	41
Haute Autorité de santé	16 , 46
Heam J.-C.	22
Hemmings N.	47
Holder H.	19
Holmas T. H.	45

I

Incisive Health	16
Insee	37
Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé	28
Isaac-Sibille C.	42

J

Jabbal S.	32
Jacquat D.	42
Jakubowski E.	50

K

Kabore R.	59
Kaestner R.	25
Kairies-Schwarz N.	14
Kershaw M.	49
Kim S.	14
Koh K.	14
Kowalski A.	42
Krieger N.	31
Kuhn A.	52
Kumpunen S.	19

L

Laporal S.	24
Laurant M.	47

Leandri N.....	32
Leboyer M.	44
Lefebvre E.	58
Le Guludec D.	38
Le Minez S.	58
Le Neindre C.	24
Leoni T.	52
Leplege A.	58
Leroux I.....	37
Lillard D.....	32
Liu J. C.....	26
Llorca P.-M.	44
Lomas J.....	22
Lorenzo P.	23
Lucas-Gabrielli V.	26
Lyon-Caen O.	38

M

Maillard I.....	28
Marek A.	35
Marezzo A.....	40
Martin S.	22
Marzilli Ericson K.	13
Mastain L.	37
Mathieu C.....	23
Mathieu J. L.	43
Mauro L.	30 , 56
Mazereau P.....	58
McGarry K.....	33
McKee M.	50
Médecins du Monde.....	33
Mesnier T.....	38 , 39
Meyer B. D.....	36
Ministère chargé de la santé.....	17 , 39
Ministère chargé de la Santé.....	22 , 49
Ministère chargé du travail.....	52
Mittag N.....	36
Mochel P.....	28
Monnoyer-Smith L.....	34
Monstad K.	45
Moro D.....	25
Mouiller P.	29
Mueller H.....	51
Muller M.....	58

N

Nabet N.....	27
--------------	----

Naves P.	28
Nazroo J.	54
Neumark D.....	33
Newcastle Care Quality Commission.....	49
Ngouana U.....	21
Nolte E.	39
Normand C.	56

O

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration.....	33
Ona L.....	26
Organisation de Coopération et de Développement Économique.....	23
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe.....	23 , 31 , 48 , 49
Or Z.....	43
Oster E.	36

P

Palmer W.	47
Parent-Thirion A.	50
Pascual-Saez M.....	55 , 56
Pauly M.....	21
Periac E.	57
Perronnin M.....	13
Pikos A. K.....	52
Pohl V.....	58
Polton D.....	15
Pon D.....	17
Prady S.	43
Pribile P.....	27
Pruckner G.....	57
Public Health England.....	50

Q

Queisser M.	53
------------------	----

R

Rachiq C.	54
Raine R.....	43
Rechel B.....	40 , 50
Roquebert Q.....	59

Rosen R.....	47
Rousseau A.....	40
Roussel R.	22
Roy D.....	58

Z

Zakri M.....	54
--------------	----

S

Safon M.O.....	35 , 40
Sagan A.	40
Saint-Martin X.....	32
Secours Catholique.....	34
Seimandi T.....	56
Sermet C.	24
Singh D. A.	59
Starc A.....	13
Staubli S.	52
Suhard V.....	40

T

Tenand M.....	29
Tenne Y.	28
Terrenoire G.	31

U

Uzan S.	47
--------------	----

V

Van De Biezen M.....	47
Van Der Maaden T.	17
Velpry L.....	44
Vidal-Naquet P. A.....	44
Villez A.	59
Vonk R.	17

W

Wainrib G.....	15
Ward J.....	25
Wenzel L.	49
Wijers N.....	47
Wittenberg R.....	57
Wittwer J.....	59
Wuellrich J. P.....	52