

Veille scientifique en économie de la santé

Juin 2018

[Sommaire en français](#)

Watch on Health Economics Literature

June 2018

[Contents list in English](#)

Watch on Health Economics Literature

June 2018

IRDES Information Centre

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Health insurance | Methodology - Statistics |
| E-health – Medical technologies | Health Policy |
| Health Economics | Public Policy |
| Health Status | Prevention |
| Geography of Health | Primary Health Care |
| Disability | Health systems |
| Hospital | Occupational Health |
| Health inequalities | Aging |
| Pharmaceuticals | |

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

Watch on Health Economics Literature

Publication Director Denis Raynaud
Information specialists Marie-Odile Safon
Véronique Suhard
Design & Layout Franck-Séverin Clérembault
Web publishing Aude Sirvain

ISSN 2556-2827

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



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

Contents

Health insurance

- 11 **Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022**
Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- 11 **VII^e rapport d'évaluation de la Loi CMU 2016**
Fonds CMU
- 11 **Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Qualité de service et organisation du réseau**
Fauchier-Magnan E. et Saintoyant V.
- 12 **Dominated Options in Health-Insurance Plans**
Liu C. et Sydnor J. R.
- 12 **Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Gestion du risque**
Mejane J., *et al.*
- 12 **How Medicaid Helps Older Americans**
Sass S. A.
- 14 **Health Expenditure, GDP Growth and the Financial Crisis: A Panel Data Analysis for OECD European Countries**
Cima J. et Almeida A. S.
- 14 **Contributivité, redistributions et solidarité : une mise à plat**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 15 **Ambulance Utilization in New York City After the Implementation of the Affordable Care Act**
Courtemanche C., *et al.*
- 15 **What Do Self-Reports of Wellbeing Say About Life-Cycle Theory and Policy?**
Deaton A.
- 15 **Revue de dépenses 2016 : les transports sanitaires**
Lesteven P., *et al.*
- 16 **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018**
Ministère chargé de la santé
- 16 **Effects of Expanding Health Screening on Treatment - What Should We Expect? What Can We Learn?**
Myerson R. M., *et al.*

E-health – Medical technologies

- 13 **Protection sociale : une mise à jour vitale**
Institut Montaigne
- 13 **La modernisation de la délivrance des prestations sociales**
Fuzeau M., *et al.*
- 13 **Faire en sorte que les applications et objets connectés en santé bénéficient à tous**
Ministère chargé de la santé

Health Economics

- 14 **Socio-economic Disparities in US Healthcare Spending**
Capatina E., *et al.*
- 16 **Décès, dépression, démence et dépendance associés à un déficit auditif déclaré : une étude épidémiologique sur 25 ans**
Amieva H.
- 16 **International Comparisons of Health and Wellbeing in Early Childhood**
Cheung R.
- 17 **Les cancers en France en 2017. L'essentiel des faits et des chiffres**
Institut National du Cancer
- 17 **Congestion Pricing, Air Pollution and Children's Health**
Simeonova E., *et al.*

Health Status

Geography of Health

- 17 **Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins : 1er comité de pilotage national**
Ministère chargé de la santé
- 17 **Espaces fragiles : construction scientifiques, dynamiques territoriales et action publique**
Roth H.

Disability

- 18 **Diagnostic de la filière de soins gynécologique et obstétricale accueillant des femmes en situation de handicap sur le territoire francilien**
Agence Régionale de la Santé d'Ile-de-France.
- 18 **Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Les recommandations, les outils**
Jean-Bart C., et al.

Hospital

- 19 **Hospitalisation à domicile. État des lieux et outils d'analyse au niveau territorial**
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 19 **Dual Effects of Improving Doctor-Patient Communication: Patient Satisfaction and Hospital Ratings**
Belasen A. R. et Belasen A. T.
- 19 **Le « modèle économique » des instituts hospitalo-universitaires (IHU)**
Blemont P., et al.
- 20 **The Health Effects of Cesarean Delivery for Low-Risk First Births**
Card D., et al.
- 20 **Hospital Choice in the NHS**
Dardanoni V., et al.
- 20 **Saving Lives by Tying Hands: The Unexpected Effects of Constraining Health Care Providers**
Gruber J., et al.
- 20 **Renforcer le lien ville-hôpital**
Jardry J. P.

- 21 **Autorisation en chirurgie du cancer : impact de la mise en oeuvre du dispositif sur l'activité des établissements**
Le Bihan Benjamin, C., et al.
- 21 **Disentangling the Effect of Waiting Times on Hospital Choice: Evidence from a Panel Data Analysis**
Lippi Bruni M., et al.
- 21 **A Panel Data Analysis of Hospital Variations in Length of Stay for Hip Replacements: Private Versus Public**
Meng Y., et al.
- 22 **Adoption and Learning Across Hospitals: The Case of a Revenue-Generating Practice**
Sacarny A.
- 22 **Les indicateurs de la qualité des soins en France et à l'étranger : bibliographie thématique**
Safon M. O.
- 22 **Are Waiting Times and Length of Stay Connected? Theoretical Underpinnings and Empirical Results**
Sinko A. et Nikolova S.

Health inequalities

- 23 **Parental Beliefs About Returns to Child Health Investments**
Biroli P., et al.
- 23 **Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation**
Haschnar-Noe N. et Lang T.
- 23 **The Causal Effect of Education on Chronic Health Conditions**
Janke K., et al.
- 23 **Health and Mental Health Effects of Local Immigration Enforcement**
Shu-Huah Wang J. et Kaushal R.
- 24 **CIRCÉ : Cancer, inégalités régionales, cantonales et environnement : étude des associations spatiales entre expositions environnementales, socio-économiques et sanitaires en Île-de-France**
Telle-Lamberton M., et al.

- 24 **Benchmarking Access to Healthcare in the EU. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**

European Union

- 24 **Economic Conditions, Parental Employment and Health of Newborns**

Van Den Berg J., et al.

Pharmaceuticals

- 25 **Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique.**

Abecassis P. et Coutinet N.

- 25 **The New Prescription Drug Paradox: Pipeline Pressure and Rising Prices**

Ellysona.M et Basu A.

- 25 **Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016 et les évolutions depuis 2004.**

Expert A.

- 26 **Évolution récente des dépenses de médicaments sous Autorisation temporaire d'utilisation**

Ministère chargé de la santé

- 26 **How Pharmaceutical Systems Are Organized in Asia and the Pacific**

Organisation Mondiale de la Santé

- 26 **How Do Prescription Drugs Affect the Use of Other Health Services?**

Wettstein G.

Methodology - Statistics

- 27 **Linking Individuals Across Historical Sources: A Fully Automated Approach**

Abramitzky R., et al.

- 27 **Estimating the Associations Between SNAP and Food Insecurity, Obesity, and Food Purchases with Imperfect Administrative Measures of Participation**

Courtemanche C. J., et al.

Health Policy

- 27 **Crise et réformes au prisme de la santé.**

Batifoulier P., et al.

- 28 **La vie en réseau : dynamique des relations sociales**

Bidart C., et al.

- 28 **L'engagement de la personne dans les soins de santé et services sociaux : regards croisés France-Québec**

Carrier S. d., et al.

- 28 **Quantifier les territoires : des chiffres pour l'action publique territoriale**

Mespoulet M.

- 28 **Stratégie de transformation du système de santé**

Ministère chargé de la santé

- 29 **Pour des élèves en meilleur santé**

Naton J. F. et al.

- 29 **Experts, sciences et sociétés**

Prud'Homme J. (éd.) et Claveau F. (éd.)

- 29 **Health Policy : Choice, Equality and Cost**

Reisman D.

Public Policy

- 30 **Mechanics of Replacing Benefits Systems with a Basic Income**

Browne J. et Immervoll H.

Prevention

- 30 **Le pouvoir d'agir empowerment questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs**

Legrain S., et al.

- 30 **Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie**

Ministère chargé de la santé

Primary Health Care

- 31 **Models of Primary Care Organization and the Use of Emergency Departments**

Almeida A. S. et Vales J.

- 31 **Does an Early Primary Care Follow-Up After Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients?**
Bricard D. et Or Z.
- 31 **Medical Malpractice Reforms and the Location Decisions of New Physicians**
Chatterji P., et al.
- 32 **A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies**
European Union
- 32 **Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**
European Union
- 32 **La clinique fondée sur les valeurs : de la science aux personnes**
Fulford K. W. M., et al.
- 33 **Rapport sur la proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale**
Garot G.
- 33 **Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe - Pacte - Rapport final de l'expérimentation**
Haute Autorité de Santé
- 33 **The History, Evolution, and Future of Medicaid Accountable Care Organizations.**
Matulis R. et Lloyd J.
- 33 **Les infirmiers libéraux : démographie, activité et recours aux soins**
Ministère chargé de la santé
- 34 **Multimorbidité : prise en charge par le médecin généraliste**
Ourabah R., et al.
- 34 **Les sages-femmes : une profession en mutation**
Pheng B.
- 34 **Sauver le médecin généraliste**
Queneau P. et De Bourguignon C.
- 34 **Gender Homophily in Referral Networks: Consequences for the Medicare Physician Earnings Gap**
Zetler D.

Health systems

- 35 **How to Make Sense of Health System Efficiency Comparisons?**
Cylus J., et al.
- 35 **L'Europe de la santé : enjeux et pratiques des politiques publiques**
Coron G.
- 35 **Euro Health Consumer Index 2017**
Health Consumer Powerhouse
- 35 **Which Policies Increase Value for Money in Health Care?**
Lorenzoni L., et al.
- 36 **Lois et plans d'actions pluriannuels en santé. Quels enseignements tirer des expériences internationales ?**
Syntec numérique

Occupational Health

- 36 **La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Tome 1**
Aballea P.
- 36 **Worsening Workers' Health by Lowering Retirement Age: The Malign Consequences of a Benign Reform**
Bauer A. B. et Eichenberger R.
- 37 **Sickness and Disability policies: Reform Paths in OECD Countries between 1990 and 2014**
Boheim R. et Leoni T.
- 37 **Travail et bien-être psychologique : l'apport de l'enquête CT-RPS 2016**
Coutrot T.
- 37 **U.S. Employment and Opioids: Is There a Connection?**
Currie J., et al.
- 38 **Dans les petites entreprises, la tarification à l'expérience contribue à diminuer les accidents du travail.**
Lengagne P.
- 38 **La sous-déclaration des AT MP**
Ministère chargé de la santé

Aging

- 38 **Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées**
CNSA
- 39 **Rapport d'information sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**
Bonne B.
- 39 **Comparing the Education Gradient in Chronic Disease Incidence Among the Elderly in Six OECD Countries**
Cote-Sergent A., *et al.*
- 39 **Étude prospective et qualitative. Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - région Auvergne-Rhône-Alpes**
Dreneau M., *et al.*
- 40 **Distributional Effects of Alternative Strategies for Financing Long-Term Services and Supports and Assisting Family Caregivers**
Favreault M. M. et Johnson R. W.
- 40 **Les Ehpad publics autonomes : portrait et situation financière.**
Hachem L.
- 40 **Will Millennials Be Ready for Retirement?**
Munnell A. H. et Hou W.

Health insurance

► **Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
2018

Paris : Cnam

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_COG_2018-2022.pdf

Comme le prévoit le Code de la sécurité sociale, l'État vient de conclure avec la Caisse nationale d'Assurance Maladie sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) couvrant la période 2018-2022. Pour la première fois, la durée de la convention est portée à cinq ans, ce qui permet de disposer d'une visibilité suffisante pour déployer des projets d'ampleur et d'être en ligne avec les grandes orientations stratégiques fixées par les pouvoirs publics dans le champ de la santé, comme celle par exemple de la Stratégie nationale de santé et du Plan pour l'égal accès sur les territoires. Cette convention, qui s'articule en 5 axes stratégiques, déclinés en 17 fiches thématiques et 185 actions prioritaires, sera évaluée au regard de 67 indicateurs de résultats.

► **VII^e rapport d'évaluation de la Loi CMU 2016**

FONDS CMU
2018

Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/rapports_evaluation.php

Ce septième rapport porte une attention particulière aux actions mises en œuvre pour favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS, réaliser un état des lieux des problématiques de refus de soins et d'analyser l'adéquation du panier de soins dentaires des bénéficiaires de la CMU-C à leurs besoins. Il examine également la situation des bénéficiaires et émet vingt-trois propositions et onze pistes de travail. Plusieurs propositions visent à mieux suivre les droits associés à CMU-C et l'ACS et à affiner les connaissances sur ces dispositifs. Il s'agit notamment de suivre la bonne application de l'opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS aussi bien par les médecins que par les chirurgiens-dentistes. Ces suivis devront être mis en place en collaboration avec les régimes obligatoires. Par ailleurs, pour mieux comprendre la dépense CMU-C, il est recommandé de

créer un observatoire en s'appuyant sur des CPAM. Les travaux d'analyse de la dépenses ont d'ores et déjà été lancés en début d'année 2017 par le Fonds CMU-C en partenariat avec une dizaine de CPAM. Pour faciliter l'accès aux droits et lutter contre le non-recours, le rapport préconise notamment la simplification du formulaire de demande CMU-C/ACS et l'allègement des pièces justificatives. Plusieurs propositions ont aussi pour objectif de faciliter l'attribution et le renouvellement des droits pour des populations spécifiques comme les allocataires du RSA et les allocataires de l'AAH. Concernant l'amélioration des prises en charge, le Fonds CMU-C suggère d'étudier les besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap. Une autre piste de travail repose sur l'intégration de soins parodontaux dans le panier de soins dentaires CMU-C. Ces sujets peuvent être intégrés aux réflexions actuelles sur le reste à charge zéro et aux travaux menés dans le cadre des nouvelles négociations pour les conventions des chirurgiens-dentistes avec l'assurance maladie obligatoire. Pour lutter contre le refus de soins, le rapport souligne l'importance de définir précisément la notion de refus de soins dans toutes ses formes et de renforcer les outils juridiques de lutte contre le refus de soins.

► **Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Qualité de service et organisation du réseau**

FAUCHIER-MAGNAN E. ET SAINTOYANT V.
2017

Paris IGAS

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article655>

Ce rapport aborde la qualité de service, l'accès aux droits, l'organisation du réseau, la productivité. Si le bilan de la COG est jugé globalement satisfaisant, elle formule dix-huit recommandations pour offrir un service à la hauteur des attentes des usagers, améliorer l'accessibilité du système de soins, poursuivre la trajectoire d'efficience, adapter l'organisation territoriale de l'assurance maladie et renforcer les partenariats.

► **Dominated Options in Health-Insurance Plans**

LIU C. ET SYDNOR J. R.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24392. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24392>

Recent studies have found that many people select into health plans with higher coverage (e.g., lower deductibles) even when those plans are financially dominated by other options. We explore whether having dominated options is common by analyzing data on plan designs from the Kaiser Family Foundation Employer Health Benefits Survey for firms that offered employees both a high-deductible (HD) health plan and a lower-deductible (LD) option. In 65% of firms the high-deductible option would result in lower maximum possible health spending for the employee for the year. We estimate that the HD plan financially dominates the LD plan at roughly half of firms across a wide range of possible health spending needs employees might anticipate. The expected savings from selecting the HD plan are typically over \$500 per year, often with no increase in financial risk. We present evidence that these patterns may arise naturally from employers passing through large average-cost differences between HD and LD plans to their employees. We discuss the implications of those dynamics for the nature of transfers between employees and the efficiency of health spending.

► **Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Gestion du risque**

MEJANE J., *et al.*

2017

Rapport IGAS. Paris IGAS

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article656>

Dans la perspective de son renouvellement, l'Igas a évalué la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2014-2017 qui a orienté et encadré la gestion du régime général de l'assurance maladie sur la période. La qualité de service et l'organisation du réseau d'une part, et la gestion du risque maladie d'autre part, ont fait l'objet de deux rapports distincts. Ce rapport-ci est consacré à la gestion du risque. Priorité affichée de l'assurance maladie depuis plus de vingt ans, la gestion du risque, que la Cnam définit comme « la mise en

œuvre de mesures visant à optimiser le rapport qualité/prix du système de santé au bénéfice de tous », est l'objet de près de la moitié des objectifs et engagements de la COG. La mission s'est concentrée sur les leviers de la « maîtrise médicalisée » (information, accompagnement et sensibilisation des professionnels, autorisations préalables, etc), les programmes « Sophia » (accompagnement des malades chroniques) et « Prado » (accompagnement du retour à domicile après hospitalisation), ainsi que les moyens humains, financiers et informationnels de cette fonction. Le rapport formule vingt-quatre recommandations qui visent à soutenir l'efficacité de la gestion du risque, à moderniser ses approches et ses outils, à renforcer le potentiel d'action des agents.

► **How Medicaid Helps Older Americans**

SASS S. A.

2018

Chestnut Hill Center for Retirement Research at Boston College

<http://crr.bc.edu/briefs/how-medicaid-helps-older-americans>

Medicaid provides low-income retirees with critical health benefits by offering insurance directly, covering Medicare costs, or paying for long-term care. Recently, the Medicaid expansion has also helped reduce the uninsured rate among workers nearing retirement. The need for this array of benefits will grow as the population ages and medical costs continue to rise faster than household incomes. But older Americans are only a small part of Medicaid, so their future depends on the outcome of the broader debate over the program's size and scope.

E-health – Medical technologies

► Protection sociale : une mise à jour vitale

INSTITUT MONTAIGNE

2018

Paris Institut Montaigne

<http://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/protection-sociale-une-mise-a-jour-vitale-rapport.pdf>

Notre système de protection sociale, hérité de l'après-guerre, a pour mission de couvrir financièrement les citoyens face aux risques sociaux et repose sur les principes de solidarité et d'assurance. Socle du modèle social français, plus de 700 milliards d'euros lui sont consacrés chaque année. Pourtant, ce système est aujourd'hui menacé par sa complexité, son inefficacité et les contraintes financières qui s'imposent à lui. Face à ce constat, le numérique apparaît aujourd'hui comme une opportunité sans précédent pour améliorer considérablement la relation entre le citoyen et sa protection sociale, en rendant celle-ci plus lisible, plus transparente, plus juste... mais aussi plus efficace au regard des sommes qui lui sont consacrées. Or, la protection sociale en France demeure aujourd'hui frileuse face au fort potentiel que représentent les nouvelles technologies. C'est en ce sens que nous formulons dix propositions à destination des pouvoirs publics : pour que la France se saisisse des opportunités offertes par les nouvelles technologies afin de renforcer les principes de la protection sociale, d'améliorer le service délivré au citoyen et d'optimiser la gestion et l'organisation du système (résumé de l'éditeur).

► La modernisation de la délivrance des prestations sociales

FUZZEAU M., et al.

2018

Paris IGF

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000033-la-modernisation-de-la-delivrance-des-prestations-sociales>

En facilitant l'échange de données individuelles entre administrations, le perfectionnement de certains outils informatiques mobilisés dans le cadre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu permettra d'actualiser, au plus près des situations réelles, les bases ressources utilisées pour le calcul des prestations sociales.

Cette mission IGAS-IGF présente plus généralement les opportunités offertes par le développement de certains systèmes d'information pour moderniser la délivrance des prestations sociales. Le rapport avance plusieurs propositions permettant : une évaluation des droits des personnes à partir de données plus fiables et plus justes au moment de leurs demandes ; un allègement de leurs démarches administratives grâce à une certaine automatisation du calcul des prestations.

► Faire en sorte que les applications et objets connectés en santé bénéficient à tous

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

Avis du 8 février 2018. Paris Ministère chargé de la Santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-et-recommandations/mandature-2015-2019-les-avis-voeux-adoptes/article/faire-en-sort-que-les-applications-et-objets-connectes-en-sante-beneficient-a>

La santé mobile est un secteur prometteur en pleine expansion susceptible de faire évoluer très rapidement les modes d'organisation de notre système de santé et la relation que chacun entretient avec sa santé et les professionnels de santé. Dans ce cadre, la Conférence nationale de la santé (CNS) s'est autosaisie pour s'interroger sur la manière dont la révolution numérique en cours pouvait être orientée pour réduire les inégalités de santé et non les accroître. Il formule quatre axes de recommandations : formation et accessibilité ; promotion et soutien des outils numériques pour lutter contre les inégalités de santé ; respect d'un cadre éthique du développement des objets connectés et des apps ; renforcement de la fonction prospective au sein du ministère de la santé en la matière.

Health Economics

► **Socio-economic Disparities in US Healthcare Spending**

CAPATINA E., *et al.*

2018

UNSW Business School Research Paper No. 2018-03. Sydney University of New South Wales https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3120132

In the US healthcare system, patients of different socio-economic status (SES) often receive disparate treatment for similar conditions. Prior work documents this phenomenon for particular treatments/conditions, but we take a system-wide view and examine socioeconomic disparities in spending for all medical conditions at the 3-digit ICD-9 level. We also compare SES spending gradients for those covered by private vs. public insurance (Medicare). Using data on adult respondents from the Medical Expenditure Panel Survey 2000-14, we estimate multivariate regressions for individual medical spending (total and out-of-pocket) controlling for medical conditions, demographics, health, and insurance, separately by sex, education, and age. Within age-sex categories, we assess how spending on each condition varies with education (a proxy for SES). In the predominantly privately insured population aged 24-64, system spending for several of the most socially costly conditions is strongly increasing in education (e.g., breast cancer for women and chest symptoms for men). These disparities are not explained by differences in health, insurance status, or ability-to-pay, suggesting they arise due to discrimination. However, we find no positive SES gradients for individuals over 64 covered by the public Medicare program, suggesting that Medicare plays an important role in improving equity.

► **Health Expenditure, GDP Growth and the Financial Crisis: A Panel Data Analysis for OECD European Countries**

CIMA J. ET ALMEIDA A. S.

2018

Porto Universidade do Porto
<http://wps.fep.up.pt/wps/wp602.pdf>

This study analyses the dynamics of Gross Domestic Product and health expenditure for 25 OECD European

countries from 1993 to 2015. The novelty of this work is in the joint evaluation of the impact of the Great Recession of the XXI century and the post-crisis period on the growth dynamics of both variables. We estimate a Vector Error Correction model with countries' fixed effects, and amongst other findings, we conclude that the growth dynamics of health expenditure did not change significantly during the crisis. We perform additional assessments with a third variable related to the population's health status that show there was a higher rate of people reporting poor health during the crisis and in the following periods, and the health status is caused by GDP rather than health spending. Moreover, we decompose the analysis by health financing scheme, and we observe that countries mostly financed by compulsory health insurance scheme had a worsened health status even though there was no decrease in the growth of health expenditure. These findings are a relevant contribution to the comprehensive and recent literature about the impact of the financial crisis on health. We show there was no direct impact of the Great Recession on the process that determines health expenditure growth, and that a possible deterioration in health during the recession goes beyond the effect on health spending of economic growth.

► **Contributivité, redistributions et solidarité : une mise à plat**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2018

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article510.html>

Le système de retraite français relève conjointement des logiques de contributivité et de redistribution. Celles-ci sont exprimées parmi les objectifs donnés au système de retraite, respectivement par l'affirmation que « tout retraité a droit à une pension en rapport avec les revenus qu'il a tirés de son activité » et par l'objectif de « solidarité intragénérationnelle ». La première partie du dossier rappelle les notions de contributivité, de redistribution et de solidarité. Elle souligne en particulier les difficultés d'évaluation de la contributivité, ce qui conduit, dans le reste du dossier, à concentrer l'attention sur les redistributions et la solidarité. Les redistributions implicites via les règles d'acquisition des droits et de calcul des pensions (hors dispositifs

de solidarité), parfois appelées « cœur » du système de retraite font l'objet de la deuxième partie du dossier. Ces redistributions sont implicites au sens où elles n'étaient pas nécessairement ou spécifiquement visées. La troisième partie est consacrée aux effets des dispositifs de solidarité et aux pistes possibles de transposition de ces dispositifs dans un régime en points ou en comptes notionnels. Elle est complétée par un point sur la compensation démographique généralisée, qui traduit une solidarité financière notamment des régimes ayant une démographie favorable vers ceux ayant une démographie défavorable.

► **Ambulance Utilization in New York City After the Implementation of the Affordable Care Act**

COURTEMANCHE C., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24480. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24480>

Expanding insurance coverage could, by insulating patients from having to pay full cost, encourage the utilization of arguably unnecessary medical services. It could also eliminate (or at least diminish) the need for emergency services through increasing access to preventive care. Using publicly available data from New York City for the period 2013-2016, we explore the effect of the Affordable Care Act (ACA) on the volume and composition of ambulance dispatches. Consistent with the argument that expanding insurance coverage encourages the utilization of unnecessary medical services, we find that, as compared to dispatches for more severe injuries, dispatches for minor injuries rose sharply after the implementation of the ACA. By contrast, dispatches for pre-labor pregnancy complications decreased as compared to dispatches for women in labor.

► **What Do Self-Reports of Wellbeing Say About Life-Cycle Theory and Policy?**

DEATON A.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24369. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24369>

I respond to Atkinson's plea to revive welfare economics, and to considering alternative ethical frameworks when making policy recommendations. I examine a measure of self-reported evaluative wellbeing, the Cantril Ladder, and use data from Gallup to examine wellbeing over the life-cycle. I assess the validity of the measure, and show that it is hard to reconcile with familiar theories of intertemporal choice. I find a worldwide optimism about the future; in spite of repeated evidence to the contrary, people consistently but irrationally predict they will be better off five years from now. The gap between future and current wellbeing diminishes with age, and in rich countries, is negative among the elderly. I also use the measure to think about income transfers by age and sex. Policies that give priority those with low incomes favor the young and the old, while utilitarian policies favor the middle aged, and men over women.

► **Revue des dépenses 2016 : les transports sanitaires**

LESTEVEN P., *et al.*

2016

Paris Igas ; Paris IGF

Les revues des dépenses constituent un dispositif d'évaluation des dépenses publiques, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 (art.22). Réalisées par les corps d'inspection et de contrôle, elles ont pour objectif de documenter des mesures et des réformes structurelles de redressement des comptes publics. Elles obéissent à une procédure spécifique, qui associe étroitement le gouvernement et le parlement. Dans ce cadre, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale de l'administration (Iga) ont été chargées de réaliser une mission conjointe relative à l'optimisation des dépenses d'assurance maladie consacrées aux transports sanitaires. La mission a orienté ainsi ses travaux : d'une part, sur une évaluation des mesures de régulation déjà engagées et d'autre part, sur la formulation de propositions permettant « de mieux réguler l'offre de transports sanitaires, en agissant à la fois sur le volume et sur les tarifs applicables et à leurs modalités de fixation ».

► **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2017

Paris Ministère chargé de la santé

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-20171115-rapport_en_ligne_def.pdf

Ce rapport, préparé pour la Commission des comptes de la sécurité sociale du 28 septembre 2017, présente les comptes prévisionnels du régime général, de l'ensemble des régimes de base et des fonds concourant à leur financement et des régimes complémentaires, pour 2017 et les comptes tendanciels pour 2018. Il est établi sur la base des hypothèses macroéconomiques retenues par le Gouvernement et avant prise en compte des dispositions des lois de finances et de financement pour 2018.

► **Effects of Expanding Health Screening on Treatment - What Should We Expect? What Can We Learn?**

MYERSON R. M., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24347. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24347>

Screening interventions can produce very different treatment and health outcomes, depending on the reasons why patients went unscreened in the first place. Economists have paid scant attention to these complexities and their implications for evaluating screening programs. In this paper, we propose a simple economic framework to guide policy-makers and analysts in designing and evaluating the impact of screening on treatment uptake. We apply these insights to several salient empirical examples that illustrate the different kinds of effects screening programs might produce. Our empirical examples focus on contexts relevant to the top two causes of death in the United States, heart disease and cancer, and match three predictions from the framework. First, currently unscreened patients differ from currently screened patients in important ways, leading to lower predicted uptake of recommended treatment if these patients were diagnosed. Second, there are diminishing clinical returns to screening, which can be reversed if patients with low access to care are targeted with a bundled intervention. Third, changes in the composition of diagnosed patients can produce misleading conclusions during policy analysis, such as spurious reductions in measured health system performance as screening expands.

Health Status

► **Décès, dépression, démence et dépendance associés à un déficit auditif déclaré : une étude épidémiologique sur 25 ans**

AMIEVA H.
2018

Bordeaux : Inserm - Unité 1219

Cette nouvelle étude « Décès, dépression, démence et dépendance associée à un déficit auditif déclaré » menée par le Professeur Hélène Amieva, épidémiologiste à l'Unité Inserm 1219 « Bordeaux Population Health Center » et son équipe, a été réalisée chez 3 777 personnes âgées de plus de 65 ans. Avec un suivi exceptionnel de 25 ans, elle confirme l'existence chez les sujets rapportant des problèmes auditifs d'un risque accru de dépression (chez les hommes) mais aussi

de dépendance et de démence. De plus, cette étude montre pour la première fois, que pour les sujets utilisant des appareils auditifs, le sur-risque lié aux « 3 D » (dépression, dépendance, démence) est absent.

► **International Comparisons of Health and Wellbeing in Early Childhood**

CHEUNG R.
2018

Londres The Nuffield Trust

https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-03/1521031084_child-health-international-comparisons-report-web.pdf

This report presents data on health and wellbeing for early childhood in the United Kingdom and 14 compa-

nable countries, recognising the particular influence that a child's development in this period can have on his or her future health and quality of life. We consider the benefits and challenges of comparing child health indicators between countries, to inform local and national policy and practice that improves the health of children and families in this country.

► **Les cancers en France en 2017. L'essentiel des faits et des chiffres**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2018

Les DonnéesEpidémiologie. Boulogne Billancourt INCa

http://www.e-cancer.fr/content/download/231145/3165097/file/Les_cancers_en_France_en_2017_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20180327.pdf

Cette synthèse présente les principales données générales sur les cancers ainsi que les faits marquants de l'année passée. Deux focus sont consacrés à la mise en place du test immunologique dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal

et à la réduction de la consommation d'alcool pour la prévention des cancers.

► **Congestion Pricing, Air Pollution and Children's Health**

SIMEONOVA E., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24410. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24410>

This study examines the effects of implementing a congestion tax in central Stockholm on both ambient air pollution and the population health of local children. We demonstrate that the tax reduced ambient air pollution by 5 to 15 percent, and that this reduction in air pollution was associated with a significant decrease in the rate of acute asthma attacks among young children. The change in health was more gradual than the change in pollution suggesting that it may take time for the full health effects of changes in pollution to be felt. Given the sluggish adjustment of health to pollution changes, short-run estimates of the pollution reduction programs may understate the long-run health benefits.

Geography of Health

► **Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins : 1er comité de pilotage national**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

Paris : Ministère chargé de la santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/plan-pour-renforcer-l-acces-territorial-aux-soins-l-ensemble-des-organisations>

Lancé le 13 octobre 2017 par le Premier Ministre, Edouard Philippe et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins vise à doter chaque territoire d'un projet de santé adapté pour permettre l'accès de tous les Français à des soins de qualité. Le plan fonde sa dynamique sur une démarche partant des territoires, et associant l'ensemble des acteurs du parcours de soins : professionnels de santé, collectivités territoriales, élus locaux et usagers.

► **Espaces fragiles : construction scientifiques, dynamiques territoriales et action publique**

ROTH H.

2017

Clermont-Ferrand : Presses universitaires Blaise Pascal

Cet ouvrage rassemble les contributions proposées dans le cadre de l'appel à textes « Construction et déconstruction des espaces fragiles » lancé par le Ceramac, fin 2015. Le terme « espaces fragiles » s'est répandu dans la recherche en géographie dans le courant de la décennie 1980, pour contourner l'aspect négatif et stigmatisant des qualificatifs « périphériques », « en crise », « en difficulté » ou « défavorisés ». Cet ouvrage met à l'épreuve la catégorie de pensée et d'action « espace fragile », tout en cherchant à caractériser les trajectoires de ces espaces. Les auteurs inter-

rogent ainsi la fabrique des espaces fragiles : comment sont définies les différentes catégories d'espaces « fragiles » dans les politiques publiques et dans la littérature scientifique ? Dans quels contextes épistémologiques et sociétaux ces catégories ont-elles émergé et évolué ? Quels indicateurs utiliser pour cerner la fragilité ? Comment les critères de définition sont-ils construits, et que révèlent-ils du regard que porte la société sur ces espaces ? En analysant les caractéristiques et les dynamiques territoriales de différents

types d'espaces (petites communes, petites villes, arrière-pays, zones frontalières, etc.), les contributeurs de cet ouvrage documentent aussi la tension entre, d'une part, le constat de la puissance des héritages, souvent handicapante et explicative de la fragilité et, d'autre part, celui de la diversité des trajectoires d'espaces fragilisés, observés à grande échelle. Se révèlent ainsi la réversibilité des dynamiques, et les effets parfois ambigus de l'action publique à leur égard.

Disability

► **Diagnostic de la filière de soins gynécologique et obstétricale accueillant des femmes en situation de handicap sur le territoire francilien**

AGENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE.

2018

Paris ARSIF

<http://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/handi-gyneco-etude-2017.pdf>

La réalisation d'un bilan sur les besoins en termes de prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes handicapées en Ile-de-France portait quatre objectifs : analyser les besoins des femmes en situation de handicap ; recenser l'offre en soin gynécologique et obstétricale accessible aux femmes en situation de handicap ; analyser les besoins des professionnels concernés par la prise en charge gynécologique et identifier l'ensemble des problématiques d'accès aux soins.

► **Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Les recommandations, les outils**

JEAN-BART C., *et al.*

2018

Saint-Denis Anesm

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=news&id_article=1243

Ces recommandations se présentent en deux volets. Le premier volet aborde, en priorité, les évaluations préventives à mettre en place et à renforcer lors de toute transition, le recueil des attentes et aspirations de la personne en situation de handicap et de son entourage. Il identifie, d'une part, les acteurs ressources permettant de fluidifier le parcours de vie de la personne et, d'autre part, il définit l'acteur ressource assurant une fonction de coordination. Il s'attache également à construire et mettre en œuvre un dispositif ressource permettant de répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Le second volet est composé d'outils, de zooms sur la réglementation et des fiches acteurs. Ces fiches ont pour but d'améliorer le repérage des dispositifs et acteurs présents sur le territoire et de faciliter l'identification de leur rôle et de leurs missions.

Hospital

► Hospitalisation à domicile. État des lieux et outils d'analyse au niveau territorial

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2018

Mettre en oeuvre et partager. Paris ANAP

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/HAD_territoires/HAD_etat_des_lieux_outils_analyse_territorial.pdf

Cette publication vise à aider à la compréhension des enjeux du recours à l'HAD et à proposer des outils d'aide aux dialogues entre les structures HAD et MCO. La première partie est consacrée aux enjeux du recours à l'HAD en France et présente l'hétérogénéité de l'HAD tant au niveau du recours, des tailles de structures réalisant de l'HAD que des filières auxquelles elle participe. La deuxième partie présente les résultats issus de la démarche analytique appuyée par une expertise métier. Elle a pour ambition d'introduire des indicateurs de performance du recours à l'HAD et les outils d'explorations complémentaires téléchargeables dans le kit outil HAD. La troisième partie présente des fiches de synthèse couvrant les résultats nationaux pour chaque indicateur.

► Dual Effects of Improving Doctor-Patient Communication: Patient Satisfaction and Hospital Ratings

BELASEN A. R. ET BELASEN A. T.
2018

Edwardsville Southern Illinois University Edwardsville

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3096056%20

We explore the extent to which improving doctor-patient communication (DPC) can address and alleviate many healthcare delivery inefficiencies. We survey causes and costs of miscommunication including perceptual gaps between how physicians believe they perform their communicative duties versus how patients feel and highlight thresholds such as the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) used by hospitals to identify health outcomes and improve DPC. We find that positive DPC correlates with better and more accurate care as well

as with more satisfied patients. We utilize an assessment framework, DPCA, empirically measuring the effectiveness of DPC. While patient care is sometimes viewed as purely technical, there is evidence that DPC strongly predicts clinical outcomes as well as patients' overall ratings of hospitals. More research is needed to extend our understanding of the impact of the DPC on the overall HCAHPS ratings of hospitals. We think that researchers should adopt a qualitative method (e.g., content analysis) for analyzing DPC discourse. When a sufficient amount of DPCA training is initiated, a norming procedure could be developed and a database may be employed to demonstrate training program's efficacy, a critical factor in establishing the credibility of the measurement program and nurturing support for its use.

► Le « modèle économique » des instituts hospitalo-universitaires (IHU)

BLEMONT P., *et al.*
2016

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article611>

Cette mission, demandée par la ministre chargée de la santé et par le secrétaire d'État chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, a porté sur les six Instituts hospitalo-universitaires (IHU) créés en 2010-2011 dans le cadre du premier programme d'investissements d'avenir (PIA). Confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et à l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), elle a été menée de mai à novembre 2016. Cette étude souligne la diversité de ces six IHU, à travers les trois dimensions analysées : la situation et les perspectives financières à l'horizon 2020 et au-delà ; les partenariats économiques mis en place et la valorisation des résultats de recherche ; les relations administratives, financières et médico-économiques de ces structures avec les membres fondateurs, en particulier les universités et organismes de recherche d'une part, les CHU d'autre part ; ce dernier point appelle d'ailleurs une attention particulière. Fondé sur des constats précis, le rapport formule quelques recommandations visant à améliorer tant l'équilibre économique futur des IHU que leurs modalités de gouvernance.

► **The Health Effects of Cesarean Delivery for Low-Risk First Births**

CARD D., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24493. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W24493>

Cesarean delivery for low-risk pregnancies is generally associated with worse health outcomes for infants and mothers. The interpretation of this correlation, however, is confounded by potential selectivity in the choice of birth mode. We use birth records from California, merged with hospital and emergency department (ED) visits for infants and mothers in the year after birth, to study the causal health effects of cesarean delivery for low-risk first births. Building on McClellan, McNeil, and Newhouse (1994), we use the relative distance from a mother's home to hospitals with high and low c-section rates as an instrument for c-section. We show that relative distance is a strong predictor of c-section but is orthogonal to many observed risk factors, including birth weight and indicators of prenatal care. Our IV estimates imply that cesarean delivery causes a relatively large increase in ED visits of the infant, mainly due to acute respiratory conditions. We find no significant effects on mothers' hospitalizations or ED use after birth, or on subsequent fertility, but we find a ripple effect on second birth outcomes arising from the high likelihood of repeat c-section. Offsetting these morbidity effects, we find that delivery at a high c-section hospital leads to a significant reduction in infant mortality, driven by lower death rates for newborns with high rates of pre-determined risk factors.

► **Hospital Choice in the NHS**

DARDANONI V., *et al.*

2018

Wp ; 18/04. York University of York

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:yor:hctd:18/04&r=hea>

We study hospital choice in the publicly funded National Health Service in England, using a two sample strategy to identify a structural model of demand for elective procedures. In the NHS patients are allowed to opt out from the market of free-of-charge public hospitals and choose a private provider; we find that the outside option has an important effect on competition, patient choice and elasticities compared with tradi-

tional models ignoring the private sector. Considering endogeneity of waiting-time, proper measures of quality and the existence of private sector, we find substantially different policy conclusions compared to existing hospital demand models.

► **Saving Lives by Tying Hands: The Unexpected Effects of Constraining Health Care Providers**

GRUBER J., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24445. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24445>

The emergency department (ED) is a complex node of healthcare delivery that is facing market and regulatory pressure across developed economies to reduce wait times. In this paper we study how ED doctors respond to such incentives, by focussing on a landmark policy in England that imposed strong incentives to treat ED patients within four hours. Using bunching techniques, we estimate that the policy reduced affected patients' wait times by 19 minutes, yet distorted a number of medical decisions. In response to the policy, doctors increased the intensity of ED treatment and admitted more patients for costly inpatient care. We also find a striking 14% reduction in mortality. To determine the mechanism behind these health improvements, we exploit heterogeneity in patient severity and hospital crowding, and find strongly suggestive evidence that it is the reduced wait times, rather than the additional admits, that saves lives. Overall we conclude that, despite distorting medical decisions, constraining ED doctors can induce cost-effective reductions in mortality.

► **Renforcer le lien ville-hôpital**

JARDRY J. P.

2017

Paris FHF

<https://www.fhf.fr/content/download/131571/1064687/version/1/file/44531+-+LIEN+VILLE-HOPITAL+%28brochure+-+MODIF+13-03-18%29%5B1%5D.pdf>

Face aux nombreux défis du système de santé français avec la chronicisation des maladies, le vieillissement de la population, les inégalités sociales et territoriales,

ou encore les aspirations des usagers à une prise en charge globale et personnalisée, la thématique du décloisonnement et de la coopération ville - hôpital est au cœur d'une politique de transformation. L'ambition est de construire un parcours de santé simplifié, facilité et cohérent pour le patient, coordonné entre les professionnels de ville et l'hôpital public. Ce rapport présente 17 propositions pour inscrire l'hôpital dans une dynamique renforcée avec l'ensemble des acteurs de santé. L'objectif est de permettre aux partenaires de trouver l'organisation qui leur permettra de mettre en œuvre un parcours de soin optimal pour le patient et tenant compte des singularités de chaque territoire.

► **Autorisation en chirurgie du cancer : impact de la mise en oeuvre du dispositif sur l'activité des établissements**

LE BIHAN BENJAMIN, C., *et al.*

2018

Paris INCa

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Autorisation-en-chirurgie-du-cancer-Impact-de-la-mise-en-oeuvre-du-dispositif-sur-l-activite-des-etablissements>

L'analyse présentée ci-après permet d'objectiver les impacts de la mise en œuvre des seuils d'activité sur l'activité de chirurgie carcinologique. S'appuyant sur les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information du champ Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), ce travail compare le nombre d'établissements ayant une activité en chirurgie carcinologique quel que soit le niveau, le nombre total d'hospitalisations par an et l'activité moyenne par établissement. Ceci sur deux périodes : 2006-2008, avant la mise en place du dispositif des autorisations ; 2012-2014, après la mise en place du dispositif des autorisations.

► **Disentangling the Effect of Waiting Times on Hospital Choice: Evidence from a Panel Data Analysis**

LIPPI BRUNI M., *et al.*

2018

Quaderni - Working Paper DSE N° 1118. Bologna University of Bologna

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3144985

This study examines the effect of waiting times on hospital choice by using patient-level data on elective Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) procedures in the Italian NHS over the years 2008-2011. We perform a multinomial logit analysis including conditional logit and mixed logit specifications. Our findings show the importance of jointly controlling for time-invariant and time varying dimensions of hospital quality in order to disentangle the effect of waiting times on hospital choice. We provide evidence that patients are responsive to changes in waiting times and aspects of clinical quality within hospitals over time, and estimate the trade-off that patients make between different hospital attributes. The results convey important policy implications for highly regulated health care markets.

► **A Panel Data Analysis of Hospital Variations in Length of Stay for Hip Replacements: Private Versus Public**

MENG Y., *et al.*

2017

Department of Econometrics and Business Statistics of Monash University Working Paper. Melbourne Monash University.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3077763

Inequality between private and public patients in Australia has been an ongoing concern due to its two tiered insurance system. This paper investigates the variations in hospital length of stay for hip replacements using Victorian Admitted Episodes Dataset from 2003/2004 to 2014/2015, employing a Bayesian hierarchical random coefficient model with trend allowing for structural break. We find systematic differences in the length of stay between public and private hospitals, after observable patient complexity is controlled. This suggests shorter stay in public hospitals due to pressure from Activity-based funding scheme, and longer stay in private system due to potential moral hazard. Our counterfactual analysis shows that public patients stay 1.4 days shorter than private in 2014, which leads to the 'quicker but sicker' concern that is commonly voiced by the public. We also identify widespread variations among individual hospitals. Sources for such variation warrant closer investigation by policy makers.

► **Adoption and Learning Across Hospitals: The Case of a Revenue-Generating Practice**

SACARNY A.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24497. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24497>

Performance-raising practices tend to diffuse slowly in the health care sector. To understand how incentives drive adoption, I study a practice that generates revenue for hospitals: submitting detailed documentation about patients. After a 2008 reform, hospitals could raise their Medicare revenue over 2% by always specifying a patient's type of heart failure. Hospitals only captured around half of this revenue, indicating that large frictions impeded takeup. Exploiting the fact that many doctors practice at multiple hospitals, I find that four-fifths of the dispersion in adoption reflects differences in the ability of hospitals to extract documentation from physicians. Hospital adoption is robustly correlated with generating survival for heart attack patients and using inexpensive survival-raising standards of care. Hospital-physician integration and electronic medical records also influence adoption. These findings highlight the potential for institution-level frictions, including agency conflicts, to explain variations in health care performance across providers.

► **Les indicateurs de la qualité des soins en France et à l'étranger : bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2018

Paris : IRDES

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-indicateurs-de-la-qualite-des-soins-en-france-et-a-l-etranger.pdf>

La qualité des soins et l'accès aux soins sont très souvent considérés par les patients comme les éléments essentiels de la performance d'un système de santé. Par ailleurs, la qualité des soins préoccupe les acteurs des systèmes de soins de nombreux pays, quels que soient le système ou la structure de financement. Sans être exhaustive, cette bibliographie rassemble les principaux documents de référence sur la qualité des soins en France et à l'étranger. Les aspects ciblés sont les suivants : présentation des indicateurs - définition, conception et mise en œuvre ; impact des modes de rémunération (paiement à la performance, tarifi-

cation hospitalière, bundled payment..) sur la qualité des soins ; impact de la diffusion des indicateurs sur l'amélioration de la qualité.

► **Are Waiting Times and Length of Stay Connected? Theoretical Underpinnings and Empirical Results**

SINKO A. ET NIKOLOVA S.

2018

Wpaper:18_02. Leeds Leeds Institute of Health Sciences

http://medhealth.leeds.ac.uk/downloads/file/4075/auhe_wp1802

The English Government implemented and stringently enforced maximum waiting time (MWT) targets to tackle long waiting times for elective surgery. We consider their impact on patient prioritisation for treatment based on expected hospital length of stay. We demonstrate that prioritisation based on expected length of stay can significantly decrease average waiting times. We test whether hospitals have adopted such behaviour using data for four large volume elective procedures and 1998 - 2011 period which saw the progressive tightening of targets and their subsequent relaxing after 2010. Our analysis suggests that, following the introduction of the MWT regulatory framework, patients with longer expected hospital stay waited longer for treatment. As coronary procedures were subject to explicit shorter waits from the start we uncover positive and statistically significant relationship for CABG and PCI patients in almost all years. For orthopaedic patients we find a positive and statistically significant association after 2004 when the 18-week referral to treatment (RTT) target was introduced. We find predominantly statistically insignificant results for the period prior. These findings raise safety and fairness concerns in the treatment of clinically complex and potentially urgent patients when the healthcare system is strapped with MWT targets.

Health inequalities

► Parental Beliefs About Returns to Child Health Investments

BIROLI P., *et al.*
2018

IZA Discussion paper ; 11336. Bonn IZA
<http://ftp.iza.org/dp11336.pdf>

Childhood obesity has adverse health and productivity consequences and poses negative externalities to health services. Its increase in recent decades can be traced back to unhealthy habits acquired in the household. We investigate whether parental beliefs play a role by eliciting beliefs about the returns to a recommended-calorie diet and regular exercise using hypothetical investment scenarios. We show that perceived returns are predictive of health investments and outcomes, and that less educated parents perceive the returns to health investments to be lower, thus contributing to the socioeconomic inequality in health outcomes and the intergenerational transmission of obesity.

► Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation

HASCHNAR-NOE N. ET LANG T.
2017

Toulouse : Presses universitaires du midi

L'ouvrage est centré sur les inégalités sociales de santé et les interventions et politiques publiques visant à les réduire. Il s'appuie sur une expérience de recherche interdisciplinaire initiée depuis 2007 et repose sur une convergence entre chercheurs sur les façons de définir et d'analyser les inégalités sociales de santé comme construction sociale et historique. En termes d'interventions, une typologie servant de cadre d'analyse commun a été proposée, qui pourrait permettre aux professionnels et chercheurs de partager des connaissances pour agir plus efficacement sur la réduction des inégalités sociales de santé. L'ouvrage vise à éclairer et mettre en débat la notion d'évaluation et les multiples significations, usages et pratiques qu'elle recouvre dans deux « mondes sociaux », la santé publique et l'analyse des politiques publiques, éloignés l'un de l'autre pour de nombreuses raisons institutionnelles, culturelles, scientifiques. L'ouvrage s'appuie sur des

expériences concrètes menées dans le cadre de la recherche interventionnelle.

► The Causal Effect of Education on Chronic Health Conditions

JANKE K., *et al.*
2018

IZA Discussion paper ; 11353. Bonn IZA
<http://ftp.iza.org/dp11353.pdf>

Studies using education policy reforms to isolate causal effects of education on health produce mixed evidence. We analyse an unusually large sample and study chronic health conditions. For identification, we use two major education reforms, one that raised the minimum school leaving age and one that affected the broader educational attainment distribution. This method generated precise estimates of the impact of education on a comprehensive range of health conditions. Our results indicate that extra education, at the lowest end or higher up the attainment distribution, has little impact on the prevalence of chronic illness. The one interesting exception is diabetes.

► Health and Mental Health Effects of Local Immigration Enforcement

SHU-HUAH WANG J. ET KAUSHAL R.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24487. Cambridge NBER
<http://papers.nber.org/papers/W24487>

We study the effect of two local immigration enforcement policies – Section 287(g) of the Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act and the Secure Communities Program (SC) – that have escalated fear and risk of deportation among the undocumented on the health and mental health outcomes of Latino immigrants living in the United States. We use the restricted-use National Health Interview Survey for 2000-2012 and adopt a difference-in-difference research design. Estimates suggest that SC increased the proportion of Latino immigrants with mental health distress by 2.2 percentage points (14.7 percent); Task Force Enforcement under Section 287(g) worsened

their mental health distress scores by 15 percent (0.08 standard deviation); Jail Enforcement under Section 287(g) increased the proportion of Latino immigrants reporting fair or poor health by 1 percentage point (11.1 percent) and lowered the proportion reporting very good or excellent health by 4.8 to 7.0 percentage points (7.8 to 10.9 percent). These findings are robust across various sensitivity checks.

► **CIRCÉ : Cancer, inégalités régionales, cantonales et environnement : étude des associations spatiales entre expositions environnementales, socio-économiques et sanitaires en Île-de-France**

TELLE-LAMBERTON M., *et al.*

2018

Paris ORSIF

http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2018/circe_rapport_complet.pdf

Conduit dans cinq régions françaises, le projet CIRCÉ vise à caractériser les inégalités territoriales environnementales, sociales et sanitaires. L'ORS Île-de-France publie les résultats obtenus pour la région. Pour la période 2002-2011, l'étude présente la mortalité par cancer, sur 17 localisations, dans les cantons de la région. Elle analyse les associations entre la mortalité et des indicateurs sociaux et environnementaux (défaveur sociale, expositions aux particules PM10 et expositions au cadmium, au plomb, au nickel et au chrome). Parmi les résultats marquants : aucune corrélation statistique n'est observée entre les expositions chimiques et les taux de mortalité ; une corrélation entre le niveau socio-économique (estimé par un indice spatial de défaveur sociale) et le risque de décès par cancer du poumon chez les hommes est observée ; l'association entre la défaveur sociale et le cancer du poumon chez l'homme est forte au sein de deux zones : une zone nord-ouest/sud-est centrée sur le sud de Paris et deux cantons au sud de la région ; au sein de ces zones, huit points « chauds » ont été identifiés ainsi que 29 points « froids ».

► **Benchmarking Access to Healthcare in the EU. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**

EUROPEAN UNION

2018

Luxembourg Publications Office of the European Union.

https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf

Faced with growing evidence that some groups within European Union Member States have been unable to achieve access to necessary healthcare, the European Union has committed to action to reduce levels of unmet need, most recently as an element of the European Pillar of Social Rights. In response, the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health has been requested to propose a series of quantitative and qualitative benchmarks for assessing progress in reducing unmet need for healthcare and to discuss means by which EU funds or other mechanisms might be used to improve access to healthcare.

► **Economic Conditions, Parental Employment and Health of Newborns**

VAN DEN BERG J., *et al.*

2018

IZA Discussion paper ; 11338. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11338.pdf>

We examine whether economic downturns are beneficial to health outcomes of newborn infants in developed countries. For this we use merged population-wide registers on health and economic and demographic variables, including the national medical birth register and intergenerational link registers from Sweden covering 1992–2004. We take a rigorous econometric approach that exploits regional variation in unemployment and compares babies born to the same parents so as to deal with possible selective fertility based on labor market conditions. We find that downturns are beneficial; for example, a one-percentage-point increase in the unemployment rate during pregnancy reduces the probability of having a birth weight less than 1,500 grams or of dying within 28 days of birth by 10–15%. Effects are larger in low socio-economic status households. Health improvements cannot be attributed to the parents' own employment status. The results suggest pathways through stress and air pollution.

Pharmaceuticals

► **Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique.**

ABECASSIS P. ET COUTINET N.

2017

Revue de L'ires(91-92): 111-140.

<http://www.ires-fr.org/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Les politiques d'austérité instaurées en France et au Royaume-Uni depuis les années 1990, renforcées après la crise de 2008, ont conduit à une rationalisation drastique des dépenses de santé, en particulier pour les dépenses de médicaments qui représentent une part importante des dépenses de santé. Bien que les politiques menées dans les deux pays semblent très différentes, cette rationalisation a pris la forme d'une privatisation accrue, d'un durcissement des mécanismes de contrôle des prix des médicaments les plus coûteux et d'incitations à la consommation de médicaments les moins chers, comme les génériques. Les firmes pharmaceutiques n'ont pourtant pas beaucoup souffert de ces mesures. Si elles ont d'abord réagi en acceptant provisoirement de développer la production de médicaments génériques, elles ont, à partir de 2012, déployé un nouveau modèle de production de médicaments innovants à prix élevés, fondé sur les biotechnologies et la médecine personnalisée. Cette stratégie, menée avec la bienveillance des systèmes de santé, s'appuie sur une production externalisée permettant aux firmes de réduire leurs risques financiers et de réaliser d'importants profits (résumé de l'éditeur).

► **The New Prescription Drug Paradox: Pipeline Pressure and Rising Prices**

ELLYSONA.M ET BASU A.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24387. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24387>

Economic literature has extensively studied how prices for incumbent pharmaceutical drugs respond to generic competition after entry. However, less attention has been paid to pricing behavior in anticipation

of brand-to-brand competition. We contribute to this gap in the literature by both developing a model of pricing strategies for incumbent drug manufacturers under tiered-insurance anticipating branded competition. Our model predicts rising prices for incumbent drugs for a range of elasticities as the likelihood of entry increases from competitors with horizontally-differentiated products. Using the insulin market as a natural experiment, we exploit exogenous variation in a potential entrant's completion of clinical trials to identify the effect of drug pipeline pressure on the prices of incumbent drugs. Results suggest that pipeline pressure significantly increases the prices of incumbent drugs. We expect that similar pricing effects will be prevalent with potential biosimilar entry.

► **Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016 et les évolutions depuis 2004.**

EXPERT A.

2018

Points De Repère(49)

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-49-phmev-en-2016.php>

La place des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) est de plus en plus importante. En 2016, avec 11,7 milliards d'euros remboursés par le régime général de l'Assurance Maladie, elles représentent près du quart de l'ensemble des prescriptions de médicaments, d'actes d'auxiliaires médicaux, de biologie, de dispositifs médicaux et de transports de malades exécutées en ville ainsi que d'indemnités journalières. 45 % de ces prescriptions correspondent à de la pharmacie délivrée en ville (5,2 milliards d'euros). Ces douze dernières années, les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville (PHMEV) ont augmenté de 8 % en moyenne par an, modérant ainsi la décroissance des remboursements de médicaments de ville. Les médicaments principalement prescrits par les établissements publics sont spécifiques à l'activité hospitalière puisque 64 % d'entre eux sont des médicaments de spécialité liés aux traitements de maladies chroniques complexes (cancer, antirhumatismaux spécifiques, etc.). Ils expliquent à eux-seuls les trois quart de l'évolution des PHMEV. La part des PHMEV dans le

répertoire des groupes de génériques est équivalente, à structure de prescription identique, à celle des autres prescripteurs de médicaments, néanmoins elle varie fortement d'un établissement à l'autre.

► **Évolution récente des dépenses de médicaments sous Autorisation temporaire d'utilisation**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2017

In: **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018., Paris : Ministère chargé de la santé: 116-119**

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-20171115-rapport_en_ligne_def.pdf

Des spécialités pharmaceutiques qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché peuvent, à titre exceptionnel, faire l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) délivrées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Elles sont destinées à traiter des maladies rares ou graves, en l'absence de traitement approprié. Ce régime a été créé en 1994 afin d'assurer un accès précoce aux nouvelles thérapies luttant contre le syndrome d'immunodéficience (médicaments anti-VIH). Il a connu ces dernières années un développement très rapide. En 2016, les remboursements versés au titre des médicaments en ATU se sont élevés à 990 M€.

► **How Pharmaceutical Systems Are Organized in Asia and the Pacific**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2018

Paris OCDE

<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13982>

There are important differences in the markets for medicines in countries in Asia and the Pacific in this study. These are mainly due to the political, financial and regulatory environments as well as characteristics of the pharmaceutical manufacturing industry. However, all countries face the test of transition brought about by demographic changes, shifting epidemiological trends and increasing inequities, among others. As with other regions of the world, a characteristic of lower- and upper-middle-income countries

is that pharmaceuticals account for a high proportion of health expenditures. Medicines account for a larger share of the health budgets in resource-constrained countries.

► **How Do Prescription Drugs Affect the Use of Other Health Services?**

WETTSTEIN G.
2018

Issue in Brief(18-3)

<http://crr.bc.edu/briefs/how-do-prescription-drugs-affect-the-use-of-other-health-services>

Medicare Part D, introduced in 2006, has increased spending on prescription drugs for the elderly, but its impact on other health spending is unclear. The analysis addresses this issue by examining the use of other health care before and after Part D was introduced. The results show that the impact of Part D varied by the type of service: It significantly increased spending on office visits, for purposes such as monitoring the effects of the drugs. But it may have decreased spending on hospital visits by reducing the need for more intensive care, such as surgery. Further research is needed to detect any changes in health spending that may only show up in the longer term.

Methodology - Statistics

► **Linking Individuals Across Historical Sources: A Fully Automated Approach**

ABRAMITZKY R., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24324. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24324>

Linking individuals across historical datasets relies on information such as name and age that is both non-unique and prone to enumeration and transcription errors. These errors make it impossible to find the correct match with certainty. We suggest a fully automated method for linking historical datasets that enables researchers to create samples that minimize type I (false positives) and type II (false negatives) errors. The first step of the method uses the Expectation-Maximization (EM) algorithm, a standard tool in statistics, to compute the probability that each two observations correspond to the same individual. The second step uses these estimated probabilities to determine which records to use in the analysis. We provide codes to implement this method.

► **Estimating the Associations Between SNAP and Food Insecurity, Obesity, and Food Purchases with Imperfect Administrative Measures of Participation**

COURTEMANCHE C. J., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24412. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24412>

Administrative data are considered the “gold standard” when measuring program participation, but little evidence exists on the potential problems with administrative records or their implications for econometric estimates. We explore issues with administrative data using the FoodAPS, a unique dataset that contains two different administrative measures of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) participation as well as a survey-based measure. We first document substantial ambiguity in the two administrative participation variables and show that they disagree with each other almost as often as they disagree with self-reported participation. Estimated participation and misreporting rates can be meaningfully sensitive to choices made to resolve this ambiguity and disagreement. We then document similar sensitivity in regression estimates of the associations between SNAP and food insecurity, obesity, and the Healthy Eating Index. These results serve as a cautionary tale about uncritically relying on linked administrative records when conducting program evaluation research.

Health Policy

► **Crise et réformes au prisme de la santé.**

BATIFOULIER P., *et al.*

2017

Revue de L'ires(91-92): 245.

<http://www.ires-fr.org/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

La santé est un besoin fondamental et universel dont la satisfaction conditionne de façon cruciale le bien-être des populations. Elle occupe de ce fait une place centrale dans l'étude des problèmes économiques et

sociaux et constitue un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société. Les contributions rassemblées dans ce numéro spécial s'inscrivent dans cette démarche en analysant certaines de ces transformations à l'aune de leurs effets sur la santé des populations. Dans un contexte marqué par diverses formes de « privatisation » du secteur de la santé, ces contributions mettent en lumière les conséquences souvent négatives des politiques publiques, à la fois sur l'état de santé des populations mais aussi sur les conditions de travail du personnel soignant.

► **La vie en réseau : dynamique des relations sociales**

BIDART C., *et al.*
2011

Paris : Presses universitaires de France

Comment se tissent les réseaux personnels, et que nous disent leurs évolutions? Comment naissent, disparaissent, se transforment et se connectent les différentes relations qui constituent l'entourage d'une personne? Comment relient-elles les individus et les organisations sociales? Ce livre apporte pour la première fois une vision mêlant les histoires des relations et les dynamiques des réseaux, sans les dissocier des contextes et des collectifs qui les englobent. Il montre combien les étapes et les événements de la vie marquent les réseaux personnels. Il analyse les ressources qu'ils constituent ainsi que les inégalités qu'ils reflètent. Grâce à deux enquêtes inédites, dont l'une a permis de suivre des jeunes pendant dix ans jusqu'à leur entrée dans la vie adulte, et l'autre permet de comparer des réseaux de tous les milieux sociaux et de tous les âges, cette étude ouvre une perspective dynamique sur les relations et les réseaux au long du parcours de vie.

► **L'engagement de la personne dans les soins de santé et services sociaux : regards croisés France-Québec**

CARRIER S. D., *et al.*
2017

Montréal : Presses de l'Université du Québec

La valorisation des savoirs expérientiels, la coproduction et l'évaluation des effets sont des concepts de plus en plus présents dans les réflexions touchant l'intervention médicale ou psychosociale. Ces notions forment un nouveau paradigme : rattachées à des approches générales comme la personnalisation ou à des méthodes de travail comme le patient partenaire ou l'éducation thérapeutique, elles favorisent les partenariats et les échanges entre la recherche, la clinique, les utilisateurs de services et l'enseignement. Le présent ouvrage est né des Rencontres scientifiques universitaires Montpellier-Sherbrooke, tenues en juin 2015, pendant lesquelles chercheurs, gestionnaires, intervenants et bénéficiaires se sont réunis pour réflé-

chir et débattre sur le thème de la participation et de l'engagement des usagers dans leur propre expérience d'intervention médicale ou psychosociale. Il met en perspective des pratiques, des recherches, des projets et des expériences issus du champ de la santé et de celui des services sociaux, tant en France qu'au Québec. Il saura intéresser les praticiens, chercheurs, étudiants et gestionnaires de ces deux domaines d'intervention.

► **Quantifier les territoires : des chiffres pour l'action publique territoriale**

MESPOULET M.
2017

Rennes : Presses Universitaires de Rennes

La montée en puissance de l'action publique territoriale en France depuis les années 1980 s'est inscrite dans un double mouvement de décentralisation et d'eupéanisation des politiques publiques. L'analyse des politiques publiques locales et de leurs caractéristiques a fait l'objet de différents travaux de recherche. Sur la base de cas précis, les contributions à cet ouvrage s'efforcent de dégager les particularités des questionnements, des procédures et outils de quantification mobilisés dans les politiques sociales territoriales.

► **Stratégie de transformation du système de santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2018

Paris : Ministère chargé de la santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>

<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/lancement-des-travaux-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>

Ce dossier présente le projet gouvernemental de transformation du système de santé avec le lancement de cinq chantiers thématique : la qualité et la pertinence, le financement et les rémunérations, le numérique en santé, les ressources humaines et l'organisation territoriale.

► **Pour des élèves en meilleure santé**

NATON J. F. et al.

2018

Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris CESE

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_05_eleves_sante.pdf

La santé et l'école sont en tête des préoccupations des Français. L'école est un lieu de vie propice à la prévention. Elle permet le repérage et la prise en charge des troubles de toute nature qui peuvent affecter la santé des 12 millions d'élèves qu'elle scolarise pour une durée de plus de 18 ans en moyenne. Elle est, pour des populations fragilisées ou dans certaines zones en difficultés, la seule garantie d'accès à un suivi médical. Pour le CESE, la santé des élèves est un des déterminants de la réussite scolaire. Mais si les pouvoirs publics affichent la volonté de faire de la santé à l'école une priorité, le contraste est grand entre les objectifs assignés à cette politique et les actions sur le terrain. En quelques années, les alertes se sont multipliées, pointant la réduction continue des effectifs de la médecine scolaire, les visites médicales non assurées, les problèmes de santé mal ou trop tardivement diagnostiqués, les inégalités croissantes entre les territoires... Cet avis propose d'impulser un changement. La réponse à l'urgence passe par trois axes : l'implication de tous et toutes dans la protection et la promotion de la santé à l'école ; le décloisonnement à travers notamment la valorisation du rôle de coordination de la médecine scolaire ; l'évaluation des réalisations, pour progresser et répondre aux enjeux au plus près des élèves.

► **Experts, sciences et sociétés**

PRUD'HOMME J. (ÉD.) ET CLAVEAU F. (ÉD.)

2018

Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal (PUM)

<https://pum.umontreal.ca/catalogue/experts-sciences-et-societes>

Au vu de la place dominante qu'occupent les experts dans notre société, le citoyen peut être amené à se

demander ce qu'est un expert et sur quel socle repose son autorité. Comment peut-il évaluer sa crédibilité, et à qui se vouer dans les cas (fréquents) où plusieurs experts divergent d'opinion ? Cet ouvrage collectif présente le personnage social de l'expert, les usages sociopolitiques de son travail ainsi que les manières d'arbitrer ses prétentions dans notre société. Une des grandes forces de ce livre tient à son caractère multidisciplinaire, qui accorde une place importante à la philosophie, à la science politique, à l'histoire, à la sociologie et aux sciences de la communication. Chaque texte offre un état de la question sur un volet précis et donne des clés d'explication à des problèmes actuels : contestation de la statistique publique, place des valeurs et des citoyens dans les décisions publiques, rôle social de la science, régulation des groupes professionnels ou rapports de pouvoir dans les espaces numériques (extrait 4^e de couv.)

► **Health Policy : Choice, Equality and Cost**

REISMAN D.

2017

Cheltenham : Edward Elgar

This lucid and comprehensive book explores the ways in which the State, the market and the citizen can collaborate to satisfy people's health care needs. It argues that health care is not a commodity like any other. It asks if its unique properties mean that there is a role for social regulation and political management. Apples and oranges can be left to the buyers and the sellers. Health care may require an input from the consensus, the experts, the insurers, the politicians and the bureaucrats as well. David Reisman makes a fresh contribution to the debate. He argues that the three policy issues that are of primary importance are choice, equality and cost. He explores the balance between the patient, the practitioner and public opinion; the disparities in outcome indicators and access to medical care; and the escalation in prices and quantities at the expense of other areas of social life. Reisman concludes that, despite its significance for the individual and the nation, there is no single definition of health or health care. The maximand is a mix. Yet decisions have to be made (4^e de couv.)

Public Policy

► **Mechanics of Replacing Benefits Systems with a Basic Income**

BROWNE J. ET IMMERVOLL H.

2018

OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 201. Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/employment/mechanics-of-replacing-benefits-systems-with-a-basic-income_ec38a279-en

Recent debates of basic income (BI) proposals shine a useful spotlight on the challenges that traditional forms of income support are increasingly facing, and highlight gaps in social provisions that largely depend on income or employment status. A universal “no questions asked” public transfer would be simple and have the advantage that no-one would be left without

support. But an unconditional payment to everyone at meaningful but fiscally realistic levels would likely require tax rises as well as reductions in existing benefits. We develop a comprehensive BI scenario that facilitates an assessment of the resulting fiscal and distributional effects in a comparative context, undertake a microsimulation study to quantify them, and propose a simple decomposition to identify the mechanisms that drive effects in different country contexts. Results illustrate the challenges, but also the strengths, of existing social protection systems. A BI would fix benefit coverage gaps that exist in many countries, but would require very substantial tax rises if it were to be set at a meaningful level. As support would not be targeted on those most in need, it would not be a cost-effective way of directly reducing income poverty.

Prevention

► **Le pouvoir d’agir empowerment questionne l’éducation thérapeutique et ses acteurs**

LEGRAIN S., *et al.*

2018

Rennes : Presses de l’EHESP

Après une présentation de la méthode, cette étude sur les programmes thérapeutiques et l’empowerment en santé analyse les résultats obtenus selon une approche transversale en ciblant les réflexions autour de quatre populations vulnérables : les enfants vivant avec une maladie chronique, les adolescents malades chroniques dans la période de transition des soins, les personnes ayant un problème de santé mentale et les personnes âgées de plus de 75 ans.

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

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

Paris : Ministère chargé de la santé

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf

Ce document présente les 25 mesures-phares de la politique de prévention destinées à accompagner les Français pour rester en bonne santé tout au long de leur vie. Ces mesures concrétisent le premier axe de la Stratégie nationale de Santé, stratégie qui porte l’action du gouvernement en matière de santé pour les cinq prochaines années. Ce document aborde tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l’autonomie de nos aînés.

Primary Health Care

► **Models of Primary Care Organization and the Use of Emergency Departments**

ALMEIDA A. S. ET VALES J.

2017

Porto Universidade do Porto

<http://wps.fep.up.pt/wps/wp598.pdf>

Overcrowding in hospitals' emergency department (ED) has often been attributed to lack of appropriate response in other parts of the health system, namely primary healthcare (PHC) institutions, but there is no definitive evidence supporting this assertion. We use patient-level data of 117,391 ED visits from two non-urban hospitals in Portugal to assess the effect that the model of PHC organization may have on ED utilization. PHC organization for the patients in our sample differed in two dimensions: patients may be enrolled in three different types of functional units - Personalized Healthcare Unit, Family Health Unit (FHU) Type A and B; and patients may have (or not) a specific family physician assigned. We estimate three different models using three dependent variables that describe the use of EDs: inappropriate use, rate of utilization and severity of patients. We conclude that the model of primary care organization exerts a significant influence on the use of EDs. FHUs have a significant positive effect on reducing the rate of utilization and inappropriate attendance of EDs. FHUs also have patients with lower severity conditions. We also conclude that patients with an assigned family physician make more appropriate use of the ED.

► **Does an Early Primary Care Follow-Up After Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients?**

BRICARD D. ET OR Z.

2018

Document de travail Irdes ; 73. Paris Irdes

<http://www.irdes.fr/english/working-papers/073-does-an-early-primary-care-follow-up-after-discharge-reduce-readmissions-for-heart-failure-patients.pdf>

Better monitoring of patients in primary care setting is often considered to be a solution for reducing avoidable hospitalisations and readmissions. In this paper we test the hypothesis that the risk of readmission is associated with the timing and intensity of primary

care follow-up, with a focus on consultations with a generalist (GP) after discharge by patients hospitalized for heart failure in France. We propose a discrete-time model which takes into account that primary care treatments have a lagged and cumulative effect on readmission risk measured on a weekly basis, using an instrumental variable strategy (IV). The results from IV regressions suggest that a consultation with a GP in the first weeks after discharge can reduce the readmission risk by almost 50%, and that patients with higher ambulatory care utilisation have smaller odds of readmission. Furthermore, geographical disparities in primary care affect directly primary care utilization and hence indirectly the readmission risk. These results suggest that interventions which strengthen communication between hospitals and generalists are elemental for reducing readmissions and improving system-wide cost efficiency. In order to encourage better care transition and to improve patient outcomes after discharge, financial incentives for hospitals should be aligned with the objective of avoiding repeated hospitalisations. However, the current hospital funding system in France, based on patient volumes, does not provide any incentive for investments to improve patient follow-up after discharge.

► **Medical Malpractice Reforms and the Location Decisions of New Physicians**

CHATTERJI P., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24401. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24401>

Spatial inequalities in access to physicians is a long-standing problem in the US, and it may be an important underlying cause of SES-related and racial/ethnic disparities in health outcomes. One important factor underlying spatial inequalities may be the enactment of state-level malpractice reforms, which could affect physician supply to a state, and/or lead to sorting among physicians across states along characteristics such as physician quality. In this study, we test whether state-level malpractice laws affect new physicians' location decisions and sorting of physicians by quality measures across states. We use data from the New York State (NYS) Residents' Exit Survey, which

includes all exiting medical residents from hospitals in NYS, and includes the practice locations these new physicians have chosen. We focus on two malpractice reforms – caps on noneconomic damages and caps on punitive damages. Our findings suggest that both types of reforms are associated with an increased probability of new physicians locating in the state that passed the reform, but only the caps on noneconomic damages are statistically significant at conventional levels. Effects of the laws are stronger for physicians in specialties which tend to face the highest risk of malpractice awards, while the opposite is true for physicians in specialties with the lowest risk of malpractice awards, as well as for osteopathic physicians. Physicians entering solo practice and partnerships respond more to damage cap laws than physicians entering group practices, hospital-based practices and other practice settings. While we do not find that median MCAT scores in the medical schools attended (among physicians from medical schools in New York State (NYS)) interact with the effects of the laws, we do find that US citizens attending foreign medical schools, as well as international medical graduates more generally, respond more to damage caps laws compared to physicians trained only in the US. If we consider the degree of selectivity of the medical school to be a measure of physician ability, this finding may suggest that damage cap laws influence location choices more among lower-ability physicians.

► **A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies**

EUROPEAN UNION

2018

Luxembourg Publications Office of the European Union

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

Ce rapport se penche sur les outils utilisés pour évaluer la performance des soins de santé primaires. Il explore les indicateurs, les méthodologies et l'assurance qualité tout en cherchant à comprendre l'impact de l'évaluation des performances. Il constate que les systèmes d'évaluation européens varient et propose sept recommandations pour intégrer l'évaluation de la performance dans les processus politiques.

► **Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**

EUROPEAN UNION

2018

Luxembourg Publications Office of the European Union

https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_primarycare_performance_en.pdf

Ce rapport produit par un groupe d'experts mandaté par l'Union européenne discute des outils et des méthodes d'évaluation de la performance en contexte de soins de santé primaires. Il identifie 10 principaux domaines organisationnels, ce qui inclut la coordination et l'intégration des soins, et propose des indicateurs qui pourraient être utilisés à des fins de comparaison. Les étapes requises pour la mise en place d'un système d'évaluation de la performance sont explorées, de même que les expériences récentes de pays européens.

► **La clinique fondée sur les valeurs : de la science aux personnes**

FULFORD K. W. M., *et al.*

2017

Paris : Doin

La clinique fondée sur les valeurs est née du constat d'une insatisfaction fréquente des patients, du malaise des praticiens dans leur exercice quotidien, et de nombreux conflits survenant lors de soins devenus très techniques. « L'evidence-based medicine » ne peut plus suffire pour soigner correctement. Les valeurs, que ce soit celles du patient ou celles du médecin, entrent forcément en ligne de compte, et les négliger revient à mettre de côté des ressources qui peuvent pourtant se révéler très utiles. Cet ouvrage, rédigé de façon très vivante, s'organise autour de « récits de cas » accessibles sans prérequis spécialisé. De la médecine générale à la psychiatrie, en passant par la chirurgie ou les soins palliatifs, il s'y révèle une pratique possible des soins au plus proche de la singularité de chaque malade, exercée en s'appuyant sur les ressources de la personne soignée, de ses proches, et de tous les membres des équipes soignantes, aujourd'hui multidisciplinaires.

► **Rapport sur la proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale**

GAROT G.
2018

Paris Sénat

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rapports/r0543.asp>

Ce rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat accompagne une proposition de loi visant à remédier à la désertification médicale dans certains territoires français. Les mesures proposées sont les suivantes : le conventionnement territorial, le tiers payant intégré dans les centres et les maisons de santé.

► **Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe - Pacte - Rapport final de l'expérimentation**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2018

St Denis La Plaine HAS

https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2829704

L'expérimentation Pacte vise à faire passer « une équipe d'experts à une équipe experte » en faisant levier sur le collectif de travail autour notamment de la communication, de la gestion des risques en équipe, de la capacité d'alertes et de l'implication du patient afin de sécuriser la prise en charge du patient. Il s'agit d'un programme collaboratif pluri professionnel qui propose des méthodes et des outils pour améliorer le travail en équipe afin de sécuriser la prise en charge du patient. Cette expérimentation s'est déroulée en deux phases : une phase expérimentale avec 18 équipes volontaires qui ont participé à l'élaboration et au test du programme dans leur établissement avec l'accompagnement de la HAS et une phase pilote avec 50 équipes volontaires qui ont testé l'appropriation du programme et les outils avec l'aide d'une interface pour suivre le projet, mais sans accompagnement de la part de la HAS. Ce rapport présente les résultats et les enseignements des deux phases de l'expérimentation du programme.

► **The History, Evolution, and Future of Medicaid Accountable Care Organizations.**

MATULIS R. ET LLOYD J.
2018

Brief CHCS

<https://www.chcs.org/resource/history-evolution-future-medicaid-accountable-care-organizations/>

Accountable care organizations (ACOs) have become increasingly prevalent in the United States. These organizations shift more accountability for health outcomes to providers and many have shown positive results for achieving the "Triple Aim" of better health, improved patient experience, and lowered costs for Medicare, Medicaid, and commercial populations. This brief highlights the results of Medicaid ACO programs across the country to date, as well as key themes and lessons from these early adopters. It examines how Medicaid ACO programs have evolved over time by: (1) incorporating downside risk into payment models; (2) maximizing provider participation and program sustainability; (3) expanding services included in the model; and (4) focusing on greater alignment of quality measures. The brief informs state and federal policymakers, researchers, and foundations about key considerations to further the development of effective ACO approaches moving forward.

► **Les infirmiers libéraux : démographie, activité et recours aux soins**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2017

In: **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018. Paris : Ministère chargé de la santé**

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-20171115-rapport_en_ligne_def.pdf

Au 1^{er} janvier 2015, 643 000 infirmiers exerçaient en France, dont 12,4 % - soit 79 990 - en libéral. Les infirmiers libéraux perçoivent en moyenne 88 700 € d'honoraires et 48 160 € de revenus. Depuis 2010, les honoraires des infirmiers libéraux ont augmenté en moyenne de 1,4 % par an contre 0,3 % pour leurs revenus. En 2016, les honoraires remboursés au titre des soins infirmiers pratiqués en ville (y compris en centres de santé) représentent une enveloppe de 7,3Md€.

► **Multimorbidité : prise en charge par le médecin généraliste**

OURABAH R., et al.
2018

Paris Académie Nationale de Médecine

<http://www.academie-medicine.fr/multimorbidite-prise-en-charge-par-le-medecin-generaliste/>

La multimorbidité vise à décrire l'ensemble des maladies chroniques qui impacte la prise en charge d'un sujet. En France, l'enquête INSEE-Credes sur la santé et les soins médicaux a montré que la multimorbidité est la règle chez les personnes âgées et occupe une place importante dans les soins de premiers recours. La prise en charge de ces patients multi morbides est difficile, car la symptomatologie clinique appartient à plusieurs maladies chroniques sous-jacentes qui interagissent entre elles. La plupart des recommandations pour la pratique clinique sont construites selon une approche de « maladie unique ». En présence d'un patient porteur d'une multimorbidité, les praticiens généralistes sont censés additionner toutes les recommandations préconisées pour chaque maladie considérée isolément, ce qui aboutit à des prises en charge médicamenteuses complexes, fort onéreuses et augmente le risque iatrogénique. La réponse des médecins généralistes face à la multimorbidité ne doit pas être centrée uniquement sur les moyens pour ralentir la symptomatologie, mais doit intégrer d'autres paramètres comme : le maintien de la qualité de vie des patients, la réduction des déficits fonctionnels et des troubles sensoriels souvent méconnus ou délaissés, la prise en compte des aspects techniques, humains et financiers de la dépendance. Dans cet objectif, il faut confier au médecin généraliste une responsabilité spécifique de coordination des soins et des prescriptions. Un dispositif de prise en charge à mettre en œuvre dans ces situations est proposé.

► **Les sages-femmes : une profession en mutation**

PHENG B.
2016

Paris ONDPS

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Cet ouvrage collectif rassemble dix contributions qui ont pour point commun d'interroger le deve-

nir de l'exercice professionnel et de l'activité des sages-femmes. Ces contributions sont réparties en trois volets thématiques : démographie médicale, compétences élargies, nouveaux modes d'organisation. Les travaux présentés dans cet ouvrage s'appuient sur des données ou des contributions discutées dans le cadre d'un groupe de travail mis en place à l'ONDPS en 2015-2016.

► **Sauver le médecin généraliste**

QUENEAU P. ET DE BOURGUIGNON C.
2017

Paris : Odile Jacob

Médecin de premier recours, de la prise en charge des malades chroniques, mais aussi médecin de la prévention des risques, le généraliste est cet homme ou cette femme de science et de confiance, dévoué et disponible pour chaque malade. Mais le nombre des généralistes diminue chaque année. Comment en sommes-nous arrivés là ? Pourquoi de plus en plus de patients se plaignent-ils de ne pas être soignés comme des personnes uniques ? Faut-il être inquiet pour l'avenir de cette profession ? Pourquoi les étudiants en médecine ne veulent plus être, pour la plupart, généralistes ?

► **Gender Homophily in Referral Networks: Consequences for the Medicare Physician Earnings Gap**

ZETLER D.
2017

Bonn IZA

<https://www.iza.org/publications/dp/11230/gender-homophily-in-referral-networks-consequences-for-the-medicare-physician-earnings-gap>

In this paper, I assess the extent to which the gender gap in physician earnings may be driven by physicians' preference for working with specialists of the same gender. By analyzing administrative data on 100 million Medicare patient referrals, I provide robust evidence that doctors refer more to specialists of their same gender, a tendency known as homophily. I propose a new measure of homophily that is invariant to differences between the genders in the propensity to refer or receive referrals. I show that biased referrals are predominantly driven by physicians' decisions

rather than by endogenous sorting of physicians or patients or by gender differences in the labor supply. As 75% of doctors are men, estimates suggest biased

referrals generate a 5% lower demand for female relative to male specialists, pointing to a positive externality for increased female participation in medicine.

Health systems

► How to Make Sense of Health System Efficiency Comparisons?

CYLUS J., *et al.*
2017

Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-to-make-sense-of-health-system-efficiency-comparisons>

Improving health system efficiency is a compelling policy goal, especially in systems facing serious resource constraints. However, in order to improve efficiency we must know how to properly measure it. This new policy brief therefore proposes an analytic framework for understanding and interpreting many of the most common health care efficiency indicators.

► L'Europe de la santé : enjeux et pratiques des politiques publiques

CORON G.
2018

Rennes : Presses de l'EHESP

Quel est le rôle de l'Europe en matière de santé ? Quelle influence la construction européenne a-t-elle sur le quotidien des patients, des établissements et de l'administration française ? Comment ces derniers cherchent-ils à faire entendre leurs voix auprès des pouvoirs publics européens à l'occasion de l'adoption de textes ou lors des procès qui les concernent ? Cet ouvrage collectif (réunissant des membres de l'administration française en charge des questions européennes, des lobbyistes, des juristes, des sociologues, des politiques) permet de comprendre, de façon concrète, le circuit des décisions européennes en matière de santé. Il met en lumière les aspects juridiques et les fonctionnements spécifiques (appels à projet, représentation des groupes d'intérêts.) qui constituent des enjeux majeurs pour les acteurs français du champ de la santé. (4^e de couverture.).

► Euro Health Consumer Index 2017

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE
2018

Danderyd Health Consumer Powerhouse

<https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017>

The EHCI, started in 2005, is the leading comparison for assessing the performance of national healthcare systems in 35 countries. The EHCI analyses national healthcare on 46 indicators, looking into areas such as Patient Rights and Information, Access to Care, Treatment Outcomes, Range and Reach of Services, Prevention and use of Pharmaceuticals.

► Which Policies Increase Value for Money in Health Care?

LORENZONI L., *et al.*
2018

OECD Health Working Papers; 104. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/which-policies-increase-value-for-money-in-health-care_a46c5b1f-en

The incentive structures produced by different institutional arrangements in health systems are important determinants of their performance, and can explain some of the differences in cross-country performance patterns. This paper proposes an approach and quantitative method to investigate how different policies and institutions helped achieving better value for money across 26 OECD countries for the period of 2000-2015. To this aim, it uses a panel of health system characteristics indicators - derived from questionnaires sent to countries by OECD in 2008, 2012 and 2016 - that describes primarily health financing and coverage arrangements, health care delivery systems, and governance and resource allocation.

► **Lois et plans d'actions pluriannuels en santé. Quels enseignements tirer des expériences internationales ?**

SYNTEC NUMÉRIQUE

2018

Paris Syntec numérique

https://syntec-numerique.fr/sites/default/files/Documents/2018_Etude_Syntec_numerique_SIA_Partners_lois_et_plans_daction_en_sante_0.pdf

À l'heure où les pouvoirs publics affirment leur volonté d'accélérer le virage numérique en santé, identifié comme chantier prioritaire dans la Stratégie de transformation du système de santé présentée le 13 février 2018, Syntec Numérique a souhaité se pencher sur les conditions effectives permettant de réussir cette transformation, qu'il s'agisse de financement, de portage

politique ou encore d'objectifs concrets. Dans cette perspective, l'étude analyse les lois et plans d'action pluriannuels en santé mis en œuvre par des pays de différentes zones du monde. Malgré d'importantes différences dans l'organisation de leur système de santé, tous ces pays ont lancé des programmes ambitieux en matière de santé numérique, avec des caractéristiques communes. L'étude montre également tout l'intérêt de prévoir une programmation pluriannuelle des dépenses de l'État, pour une durée de 5 ans, sur le modèle des lois de programmation militaire. En effet, le déploiement d'une stratégie ambitieuse sur 5 ans, avec des objectifs précis, quantifiables et évalués annuellement, est un prérequis pour réussir la transformation numérique de notre système de santé (d'après l'introduction).

Occupational Health

► **La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Tome 1**

ABALLEA P.

2018

Paris Igas

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000029-la-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-salaries-malades-ou-handicapes>

Il n'existe pas de mesure directe du nombre de salariés risquant de perdre leur emploi à court ou moyen terme en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, mais ce sont vraisemblablement un à deux millions de salariés qui sont exposés à ce risque, soit 5 à 10 % d'entre eux. La mission de l'Igas a dressé un état des lieux des dispositifs visant à faciliter le maintien de ces salariés à leur poste de travail, leur reclassement sur un autre poste ou un reclassement externe, sans attendre un licenciement pour inaptitude. Si les salariés et leurs employeurs sont les acteurs principaux d'une politique de maintien en emploi, celle-ci mobilise aussi de très nombreux intervenants : services de santé au travail, organismes de sécurité sociale, médecins et services hospitaliers, services médico-sociaux, organismes financés par les fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ou par les fonds de la formation professionnelle. Le rapport pro-

pose 30 recommandations opérationnelles au service de quatre objectifs : mieux informer et intervenir plus précocement pour repérer les difficultés et accompagner durablement les salariés concernés ; mieux prendre en compte ces situations dans la politique de l'emploi et la réforme de la formation professionnelle, dans la perspective d'une sécurisation des parcours professionnels ; renforcer l'investissement des services de santé au travail et mieux coordonner les acteurs ; améliorer certains dispositifs existants et expérimenter de nouvelles formes d'intervention

► **Worsening Workers' Health by Lowering Retirement Age: The Malign Consequences of a Benign Reform**

BAUER A. B. ET EICHENBERGER R.

2018

CREMA Working Paper 2018-02. Zurich University of Zurich

<https://ideas.repec.org/p/cra/wpaper/2018-02.html>

In 2003, the retirement age of Swiss construction workers was lowered from 65 to 60. This reform has been intended to improve their health. Our study shows the opposite outcome. The human capital theory suggests that investments in employees' productivity by the

employer and the employees themselves depend on the time remaining until their retirement. Hence, we hypothesize that pension reforms that reduce employees' working horizon decrease investments in work-related human capital, which translates into a higher prevalence of sickness absences, a longer absence duration, and worse health. By econometrically comparing pre- and post-reform cohorts of construction workers with other blue-collar workers, we find that among 56–60-year-old construction workers, their sickness absences increase from 3.2% to 5.6%, their sickness duration increases by 33%, and their probability of having health problems increases from 9% to 12.7% due to the reform.

► **Sickness and Disability policies: Reform Paths in OECD Countries between 1990 and 2014**

BOHEIM R. ET LEONI T.
2017

We analysed sickness and disability policies for the working age population in a number of OECD countries, between the years 1990 and 2014. Existing evidence suggests that there has been a broad shift in focus from passive income maintenance to employment incentives and reintegration policies. We have updated detailed policy scores provided by the OECD to estimate model-based country clusters. Our results indicate that countries have pursued different types of reforms consisting of a combination of integration and compensation measures. The reforms of recent decades have led to the emergence of a distinct cluster of Northern and Continental European countries characterised by a combination of strong employment-oriented policies and comparatively high social protection levels. An analysis of recent reforms shows a continued expansion of measures that foster employment as well as instances of retrenchment in the compensation dimension. Diversity of policy settings across country groups, however, remains substantial.

► **Travail et bien-être psychologique : l'apport de l'enquête CT-RPS 2016**

COUTROT T.
2018

[Document d'Etudes \(Dares\)\(217\)](#)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/document-d-etudes/article/travail-et-bien-etre-psychologique>

Comment le travail peut-il contribuer au bien-être psychologique des personnes? Quels sont les conditions de travail et les facteurs psychosociaux, de risque ou d'épanouissement, qui jouent le plus? Pour quels métiers le travail impacte-t-il le plus le bien-être, en positif ou en négatif? Et si, comme l'a montré une récente étude du Cepremap, le bien-être psychologique des personnes est nettement corrélé à leur comportement électoral, en va-t-il de même pour les conditions de travail? L'enquête Conditions de travail- Risques psychosociaux de 2016 (CT-RPS 2016) permet d'éclairer ces questions de façon inédite.

► **U.S. Employment and Opioids: Is There a Connection?**

CURRIE J., *et al.*
2018

[NBER Working Paper Series ; n° 24440. Cambridge NBER](#)

<http://papers.nber.org/papers/W24440>

This paper uses quarterly county-level data to examine the relationship between opioid prescription rates and employment-to-population ratios from 2006–2014. We first estimate models of the effect of opioid prescription rates on employment-to-population ratios, instrumenting opioid prescriptions for younger ages using opioid prescriptions to the elderly. We also estimate models of the effect of employment-to-population ratios on opioid prescription rates using a shift-share instrument. We find that the estimated effect of opioids on employment-to-population ratios is positive but small for women, but there is no relationship for men. These findings suggest that although they are addictive and dangerous, opioids may allow some women to work who would otherwise leave the labor force. When we examine the effect of employment-to-population ratios on opioid prescriptions, our results are more ambiguous. Overall, our findings suggest that there is no simple causal relationship between economic conditions and the abuse of opioids. Therefore, while improving economic conditions in depressed areas is desirable for many reasons, it is unlikely to curb the opioid epidemic.

► **Dans les petites entreprises, la tarification à l'expérience contribue à diminuer les accidents du travail.**

LENGAGNE P.

2018

Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(231)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/231-dans-les-petites-entreprises-la-tarification-a-l-experience-contribue-a-diminuer-les-accidents-du-travail.pdf>

Les cotisations que les entreprises versent au titre de l'Assurance des risques professionnels du Régime général sont modulées en fonction de leur propre risque. Cette tarification à l'expérience introduit ainsi un mécanisme de responsabilisation des employeurs en matière de sécurité au travail et devrait les inciter à réduire les risques professionnels afin de limiter le montant de leurs cotisations. Dans le cas des petites entreprises, les cotisations sont partiellement individualisées de façon à ne pas faire peser sur ces entreprises un aléa financier qu'elles ne seraient pas en mesure de maîtriser ou qui pourrait les mettre en difficulté. L'étude présentée ici porte un éclairage sur l'efficacité de la tarification à l'expérience partielle appliquée aux petites entreprises de 20 à 49 salariés en termes de diminution des risques professionnels. Les estimations mettent en évidence une moindre incidence des taux d'accidents du travail liée à ce dispositif. Elles indiquent en outre que l'augmentation des taux d'individualisation de l'ordre de 10 points de pourcentage pour ces petites entreprises, mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018, entraînerait une diminution moyenne de 5 accidents du travail pour 1 000 salariés dans ces entreprises.

► **La sous-déclaration des AT MP**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

In: Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018., Paris : Ministère chargé de la santé: 128-131

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-20171115-rapport_en_ligne_def.pdf

Un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au profit de la branche maladie est prévu pour tenir compte des dépenses liées à des sinistres ou pathologies d'origine professionnelle non déclarés comme tels (articles L.176-1 et L.176-2 du code de la sécurité sociale). Le montant du versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant, qui est pris en compte pour le calcul du taux de cotisations employeur dû au titre des AT-MP, avait été fixé à 1 Md€ pour les années 2015 à 2017. Une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes se réunit tous les trois ans pour évaluer le coût pour la branche maladie de cette sous-déclaration. La commission formule en outre des préconisations visant à lutter contre la sous-déclaration. En juin 2014, elle avait estimé les montants sous-déclarés dans une fourchette de 695 M€ à 1,3 Md€. La dernière commission, qui a rendu son rapport en juin 2017, a proposé une estimation du coût de la sous-déclaration située entre 815 M€ et 1,5 Md€.

Aging

► **Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées**

CNSA

2017

Paris

Ce guide doit donner aux porteurs de projets, bailleurs comme petits collectifs, des réponses sur les questions liées aux partenaires, aux publics et à leurs besoins et attentes, à l'immobilier, au projet ou à l'animation de la vie sociale. Le guide propose une description des

formules possibles d'habitat inclusif, ainsi que des dispositions mises en œuvre en faveur du logement des personnes âgées ou handicapées. Il formule des recommandations et des propositions pour le montage de projets tant pour ce qui concerne le bien-être des personnes âgées et des personnes handicapées qui en bénéficient qu'en ce qui concerne la sécurisation juridique et financière des modèles. Enfin, il conduit le lecteur vers des outils techniques et des éléments bibliographiques disponibles et utiles. Ce guide a vocation à évoluer et sera enrichi par les observations des

acteurs concernés et les évolutions réglementaires à venir.

► **Rapport d'information sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**

BONNE B.
2018

Paris Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>

Le présent rapport procède en premier lieu à une évaluation des effets de la réforme de la tarification des Ehpad actuellement mise en œuvre et dont les modalités font l'objet d'importantes contestations. Bien que le principe d'une redéfinition des dotations aux soins et à la dépendance des établissements sur des critères objectifs ne soit pas contestable, son efficacité a été fortement obérée par une insuffisante diffusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom), dont les opportunités en matière de gestion budgétaire ne bénéficient par conséquent qu'à un faible nombre d'établissements. En réponse à la crise profonde que traverse le modèle de ressources humaines en Ehpad, le rapport préconise une refonte des missions des différents personnels travaillant en Ehpad, notamment celles du médecin coordonnateur, ainsi qu'une redéfinition de l'organisation du travail, davantage tournée vers l'aménagement du temps de travail et l'appropriation de dispositifs innovants. Enfin, quelques pistes de réflexion pour l'Ehpad de demain sont lancées, qui partent du constat d'une approche excessivement médicalisée de la prise en charge et qui appellent à des assouplissements budgétaires et gestionnaires afin que les projets d'établissements puissent proposer des parcours plus intégrés et moins médicalisés. Les premiers jalons d'une réforme plus large du financement de la dépendance sont proposés.

► **Comparing the Education Gradient in Chronic Disease Incidence Among the Elderly in Six OECD Countries**

COTE-SERGENT A., *et al.*
2018

Working paper; 18-02. Montréal Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques

<http://www.cedia.ca/fr/comparing-education-gradient-chronic-disease-incidence-among-elderly-six-oecd-countries>

Inequalities in health by educational attainment are persistent both over time and across countries. However, their magnitudes, evolution, and main drivers are not necessarily consistent across jurisdictions. We examine the health-education gradient among older adults in the United States, Canada, France, the Netherlands, Spain and Italy, including how it changes over time between 2004 and 2010. Using longitudinal survey data, we assess how rates of incident poor health, incident difficulties with activities of daily living, and incident chronic conditions vary by educational attainment across countries. We also examine how potential confounders, including demographic characteristics, income, health care utilisation and health behaviours, affect the health-education gradient within countries over time. We find systematic differences in disease incidence, as well as in the health-education gradients, across countries. We also demonstrate that while adjusting for confounders generally diminishes the health-education gradient, the impacts of these variables vary somewhat across countries.

► **Étude prospective et qualitative. Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - région Auvergne-Rhône-Alpes**

DRENEAU M., *et al.*
2017

Lyon ORS Rhône-Alpes

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/

La littérature en psychologie et en sociologie concernant la dernière étape de la vie est plus qu'abondante, reflet d'évolutions à la fois démographiques et sociétales liées au fait que la durée de vie s'allonge et que la majorité des personnes seront, en vieillissant, en prise avec de nouvelles possibilités par rapport aux générations précédentes, mais aussi avec de nouvelles difficultés et inquiétudes qu'il faudra apprendre à apprivoiser, préparer... Vivre « le plus longtemps possible » est le souhait du plus grand nombre, à condition de « bien vieillir ». Dans ce contexte, l'Agence régionale de santé Auvergne- Rhône- Alpes a confié à l'Observa-

toire régional de la santé (ORS) Auvergne- Rhône- Alpes la réalisation d'une étude prospective et qualitative sur la prise en charge et l'accompagnement, à l'horizon 2030, de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie, au sein des territoires de la région Auvergne- Rhône- Alpes. Cette étude avait pour objectif d'identifier les priorités à mettre en œuvre pour une organisation optimale des ressources à destination des personnes âgées. Elle se déclinait en trois objectifs spécifiques : réaliser une synthèse bibliographique afin de faire le point sur les connaissances actuelles en matière de dépendance des personnes âgées et de leurs parcours de prise en charge; proposer une typologie à l'échelle des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires (BSI) selon les parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes; dégager des priorités et des pistes d'action à l'horizon 2030.

► **Distributional Effects of Alternative Strategies for Financing Long-Term Services and Supports and Assisting Family Caregivers**

FAVREAU M. M. ET JOHNSON R. W.
2018

Chestnut Hill Center for Retirement Research at Boston College

<http://crr.bc.edu/working-papers/distributional-effects-of-alternative-strategies-for-financing-long-term-services-and-supports-and-assisting-family-caregivers/>

We use two historical data sources – the Health and Retirement Study and the Medicare Current Beneficiary Study – to consider the patterns in older Americans' severe disability and their use of long-term services and supports (LTSS) by age and socioeconomic status. We then use a dynamic microsimulation model to project how the effects of various interventions to support those with severe disabilities and their caregivers would be distributed across the income distribution. The interventions that we examine fall into three broad classes: tax credits for caregiving expenses, respite care for people in the community with family caregivers, and new social insurance programs. Within each broad class of policies, we examine how sensitive outcomes are to changes in policy details (such as, in the case of tax credits, deductible levels, refundability, and income phase-outs).

► **Les Ehpad publics autonomes : portrait et situation financière.**

HACHEM L.
2018

Accès Territoires(5): https://www.labanquepostale.com/content/dam/groupe/actus-pub/pdf/etudes/finances-locales/2018/Acces-Territoire-n5_ehpad_20180201.pdf

Ce numéro aborde le sujet de la prise en charge des personnes âgées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Quelles sont les caractéristiques de ces établissements? Comment sont-ils financés? Avec quels enjeux? Sans prétendre à l'exhaustivité, cette publication dresse un état des lieux des Ehpad publics autonomes, acteurs majeurs de la prise en charge des personnes âgées. Cette synthèse montre qu'en 2015, 6 millions de personnes ont plus de 75 ans et que 10 % d'entre elles fréquentent un établissement pour personnes âgées. On dénombre 7 442 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) répartis sur le territoire français, dont 44 % sont des Ehpad publics. Le reste à charge mensuel moyen en établissement pour une personne âgée est d'environ 1 600 euros : 1 500 euros de frais d'hébergement et 100 euros de ticket modérateur pour la dépendance. En 2015, le budget total des Ehpad publics autonomes s'élève à 5,4 milliards d'euros et leur encours de dette à 3,1 milliards d'euros à la fin de l'année.

► **Will Millennials Be Ready for Retirement?**

MUNNELL A. H. ET HOU W.
2018

Issue in Brief(18-2): 9, <http://crr.bc.edu/briefs/will-millennials-be-ready-for-retirement>

Millennials – despite high education levels – are behind previous cohorts on many indicators that help boost retirement preparedness. Having entered the labor market in tough times, Millennials have lower wages and fewer fringe benefits than Gen-Xers and late Baby Boomers did as young adults. This difficult start, combined with high levels of student debt, has delayed them from getting married and buying a home. Not surprisingly, then, Millennials have less wealth than previous cohorts, even though they will need more due to longer lifespans and reduced Social Security. The one piece of good news is that retirement is still a long way off, so they have time to get back on track.

Veille scientifique en économie de la santé

Juin 2018

Centre de documentation de l'Irdes

| | |
|----------------------------------|----------------------------|
| Assurance maladie | Méthodologie – Statistique |
| E-santé – Technologies médicales | Politique de santé |
| Economie de la santé | Politique publique |
| Etat de santé | Prévention |
| Géographie de la santé | Soins de santé primaires |
| Handicap | Système de santé |
| Hôpital | Travail et santé |
| Inégalités de santé | Vieillesse |
| Médicaments | |

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

Veille scientifique en économie de la santé

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Directeur de la publication | Denis Raynaud |
| Documentalistes | Marie-Odile Safon Véronique Suhard |
| Maquette & Mise en pages | Franck-Séverin Clérembault |
| Mise en ligne web | Aude Sirvain |
| ISSN | 2556-2827 |

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



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

Sommaire

Assurance maladie

- 11 **Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022**
Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- 11 **VII^e rapport d'évaluation de la Loi CMU 2016**
Fonds CMU
- 11 **Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Qualité de service et organisation du réseau**
Fauchier-Magnan E. et Saintoyant V.
- 12 **Dominated Options in Health-Insurance Plans**
Liu C. et Sydnor J. R.
- 12 **Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Gestion du risque**
Mejane J., et al.
- 12 **How Medicaid Helps Older Americans**
Sass S. A.
- 14 **Health Expenditure, GDP Growth and the Financial Crisis: A Panel Data Analysis for OECD European Countries**
Cima J. et Almeida A. S.
- 14 **Contributivité, redistributions et solidarité : une mise à plat**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 15 **Ambulance Utilization in New York City After the Implementation of the Affordable Care Act**
Courtemanche C., et al.
- 15 **What Do Self-Reports of Wellbeing Say About Life-Cycle Theory and Policy?**
Deaton A.
- 15 **Revue de dépenses 2016 : les transports sanitaires**
Lesteven P., et al.
- 16 **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018**
Ministère chargé de la santé
- 16 **Effects of Expanding Health Screening on Treatment - What Should We Expect? What Can We Learn?**
Myerson R. M., et al.

E-santé – Technologies médicales

- 13 **Protection sociale : une mise à jour vitale**
Institut Montaigne
- 13 **La modernisation de la délivrance des prestations sociales**
Fuzeau M., et al.
- 13 **Faire en sorte que les applications et objets connectés en santé bénéficient à tous**
Ministère chargé de la santé

Economie de la santé

- 14 **Socio-economic Disparities in US Healthcare Spending**
Capatina E., et al.

Etat de santé

- 16 **Décès, dépression, démence et dépendance associés à un déficit auditif déclaré : une étude épidémiologique sur 25 ans**
Amieva H.
- 16 **International Comparisons of Health and Wellbeing in Early Childhood**
Cheung R.
- 17 **Les cancers en France en 2017. L'essentiel des faits et des chiffres**
Institut National du Cancer
- 17 **Congestion Pricing, Air Pollution and Children's Health**
Simeonova E., et al.

Géographie de la santé

- 17 **Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins : 1er comité de pilotage national**
Ministère chargé de la santé
- 17 **Espaces fragiles : construction scientifiques, dynamiques territoriales et action publique**
Roth H.

Handicap

- 18 **Diagnostic de la filière de soins gynécologique et obstétricale accueillant des femmes en situation de handicap sur le territoire francilien**
Agence Régionale de la Santé d'Ile-de-France.
- 18 **Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Les recommandations, les outils**
Jean-Bart C., *et al.*

Hôpital

- 19 **Hospitalisation à domicile. État des lieux et outils d'analyse au niveau territorial**
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 19 **Dual Effects of Improving Doctor-Patient Communication: Patient Satisfaction and Hospital Ratings**
Belasen A. R. et Belasen A. T.
- 19 **Le « modèle économique » des instituts hospitalo-universitaires (IHU)**
Blemont P., *et al.*
- 20 **The Health Effects of Cesarean Delivery for Low-Risk First Births**
Card D., *et al.*
- 20 **Hospital Choice in the NHS**
Dardanoni V., *et al.*
- 20 **Saving Lives by Tying Hands: The Unexpected Effects of Constraining Health Care Providers**
Gruber J., *et al.*
- 20 **Renforcer le lien ville-hôpital**
Jardry J. P.

- 21 **Autorisation en chirurgie du cancer : impact de la mise en oeuvre du dispositif sur l'activité des établissements**
Le Bihan Benjamin, C., *et al.*
- 21 **Disentangling the Effect of Waiting Times on Hospital Choice: Evidence from a Panel Data Analysis**
Lippi Bruni M., *et al.*
- 21 **A Panel Data Analysis of Hospital Variations in Length of Stay for Hip Replacements: Private Versus Public**
Meng Y., *et al.*
- 22 **Adoption and Learning Across Hospitals: The Case of a Revenue-Generating Practice**
Sacarny A.
- 22 **Les indicateurs de la qualité des soins en France et à l'étranger : bibliographie thématique**
Safon M. O.
- 22 **Are Waiting Times and Length of Stay Connected? Theoretical Underpinnings and Empirical Results**
Sinko A. et Nikolova S.

Inégalités de santé

- 23 **Parental Beliefs About Returns to Child Health Investments**
Biroli P., *et al.*
- 23 **Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation**
Haschnar-Noe N. et Lang T.
- 23 **The Causal Effect of Education on Chronic Health Conditions**
Janke K., *et al.*
- 23 **Health and Mental Health Effects of Local Immigration Enforcement**
Shu-Huah Wang J. et Kaushal R.
- 24 **CIRCÉ : Cancer, inégalités régionales, cantonales et environnement : étude des associations spatiales entre expositions environnementales, socio-économiques et sanitaires en Île-de-France**
Telle-Lamberton M., *et al.*

- 24 **Benchmarking Access to Healthcare in the EU. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**

European Union

- 24 **Economic Conditions, Parental Employment and Health of Newborns**

Van Den Berg J., et al.

Médicaments

- 25 **Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique.**

Abecassis P. et Coutinet N.

- 25 **The New Prescription Drug Paradox: Pipeline Pressure and Rising Prices**

Ellysona.M et Basu A.

- 25 **Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016 et les évolutions depuis 2004.**

Expert A.

- 26 **Évolution récente des dépenses de médicaments sous Autorisation temporaire d'utilisation**

Ministère chargé de la santé

- 26 **How Pharmaceutical Systems Are Organized in Asia and the Pacific**

Organisation Mondiale de la Santé

- 26 **How Do Prescription Drugs Affect the Use of Other Health Services?**

Wettstein G.

Méthodologie – Statistique

- 27 **Linking Individuals Across Historical Sources: A Fully Automated Approach**

Abramitzky R., et al.

- 27 **Estimating the Associations Between SNAP and Food Insecurity, Obesity, and Food Purchases with Imperfect Administrative Measures of Participation**

Courtemanche C. J., et al.

Politique de santé

- 27 **Crise et réformes au prisme de la santé.**

Batifoulier P., et al.

- 28 **La vie en réseau : dynamique des relations sociales**

Bidart C., et al.

- 28 **L'engagement de la personne dans les soins de santé et services sociaux : regards croisés France-Québec**

Carrier S. d., et al.

- 28 **Quantifier les territoires : des chiffres pour l'action publique territoriale**

Mespoulet M.

- 28 **Stratégie de transformation du système de santé**

Ministère chargé de la santé

- 29 **Pour des élèves en meilleur santé**

Naton J. F. et al.

- 29 **Experts, sciences et sociétés**

Prud'Homme J. (éd.) et Claveau F. (éd.)

- 29 **Health Policy : Choice, Equality and Cost**

Reisman D.

Politique publique

- 30 **Mechanics of Replacing Benefits Systems with a Basic Income**

Browne J. et Immervoll H.

Prévention

- 30 **Le pouvoir d'agir empowerment questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs**

Legrain S., et al.

- 30 **Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie**

Ministère chargé de la santé

Soins de santé primaires

- 31 **Models of Primary Care Organization and the Use of Emergency Departments**

Almeida A. S. et Vales J.

- 31 **Does an Early Primary Care Follow-Up After Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients?**
Bricard D. et Or Z.
- 31 **Medical Malpractice Reforms and the Location Decisions of New Physicians**
Chatterji P., et al.
- 32 **A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies**
European Union
- 32 **Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**
European Union
- 32 **La clinique fondée sur les valeurs : de la science aux personnes**
Fulford K. W. M., et al.
- 33 **Rapport sur la proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale**
Garot G.
- 33 **Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe - Pacte - Rapport final de l'expérimentation**
Haute Autorité de Santé
- 33 **The History, Evolution, and Future of Medicaid Accountable Care Organizations.**
Matulis R. et Lloyd J.
- 33 **Les infirmiers libéraux : démographie, activité et recours aux soins**
Ministère chargé de la santé
- 34 **Multimorbidité : prise en charge par le médecin généraliste**
Ourabah R., et al.
- 34 **Les sages-femmes : une profession en mutation**
Pheng B.
- 34 **Sauver le médecin généraliste**
Queneau P. et De Bourguignon C.
- 34 **Gender Homophily in Referral Networks: Consequences for the Medicare Physician Earnings Gap**
Zetler D.

Système de santé

- 35 **How to Make Sense of Health System Efficiency Comparisons?**
Cylus J., et al.
- 35 **L'Europe de la santé : enjeux et pratiques des politiques publiques**
Coron G.
- 35 **Euro Health Consumer Index 2017**
Health Consumer Powerhouse
- 35 **Which Policies Increase Value for Money in Health Care?**
Lorenzoni L., et al.
- 36 **Lois et plans d'actions pluriannuels en santé. Quels enseignements tirer des expériences internationales ?**
Syntec numérique

Travail et santé

- 36 **La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Tome 1**
Aballea P.
- 36 **Worsening Workers' Health by Lowering Retirement Age: The Malign Consequences of a Benign Reform**
Bauer A. B. et Eichenberger R.
- 37 **Sickness and Disability policies: Reform Paths in OECD Countries between 1990 and 2014**
Boheim R. et Leoni T.
- 37 **Travail et bien-être psychologique : l'apport de l'enquête CT-RPS 2016**
Coutrot T.
- 37 **U.S. Employment and Opioids: Is There a Connection?**
Currie J., et al.
- 38 **Dans les petites entreprises, la tarification à l'expérience contribue à diminuer les accidents du travail.**
Lengagne P.
- 38 **La sous-déclaration des AT MP**
Ministère chargé de la santé

Vieillesse

- 38 **Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées**
CNSA
- 39 **Rapport d'information sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**
Bonne B.
- 39 **Comparing the Education Gradient in Chronic Disease Incidence Among the Elderly in Six OECD Countries**
Cote-Sergent A., *et al.*
- 39 **Étude prospective et qualitative. Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - région Auvergne-Rhône-Alpes**
Dreneau M., *et al.*
- 40 **Distributional Effects of Alternative Strategies for Financing Long-Term Services and Supports and Assisting Family Caregivers**
Favreault M. M. et Johnson R. W.
- 40 **Les Ehpad publics autonomes : portrait et situation financière.**
Hachem L.
- 40 **Will Millennials Be Ready for Retirement?**
Munnell A. H. et Hou W.

Assurance maladie

► **Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
2018

Paris : Cnam

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_COG_2018-2022.pdf

Comme le prévoit le Code de la sécurité sociale, l'État vient de conclure avec la Caisse nationale d'Assurance Maladie sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) couvrant la période 2018-2022. Pour la première fois, la durée de la convention est portée à cinq ans, ce qui permet de disposer d'une visibilité suffisante pour déployer des projets d'ampleur et d'être en ligne avec les grandes orientations stratégiques fixées par les pouvoirs publics dans le champ de la santé, comme celle par exemple de la Stratégie nationale de santé et du Plan pour l'égal accès sur les territoires. Cette convention, qui s'articule en 5 axes stratégiques, déclinés en 17 fiches thématiques et 185 actions prioritaires, sera évaluée au regard de 67 indicateurs de résultats.

► **VII^e rapport d'évaluation de la Loi CMU 2016**

FONDS CMU
2018

Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/rapports_evaluation.php

Ce septième rapport porte une attention particulière aux actions mises en œuvre pour favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS, réaliser un état des lieux des problématiques de refus de soins et d'analyser l'adéquation du panier de soins dentaires des bénéficiaires de la CMU-C à leurs besoins. Il examine également la situation des bénéficiaires et émet vingt-trois propositions et onze pistes de travail. Plusieurs propositions visent à mieux suivre les droits associés à CMU-C et l'ACS et à affiner les connaissances sur ces dispositifs. Il s'agit notamment de suivre la bonne application de l'opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS aussi bien par les médecins que par les chirurgiens-dentistes. Ces suivis devront être mis en place en collaboration avec les régimes obligatoires. Par ailleurs, pour mieux comprendre la dépense CMU-C, il est recommandé de

créer un observatoire en s'appuyant sur des CPAM. Les travaux d'analyse de la dépenses ont d'ores et déjà été lancés en début d'année 2017 par le Fonds CMU-C en partenariat avec une dizaine de CPAM. Pour faciliter l'accès aux droits et lutter contre le non-recours, le rapport préconise notamment la simplification du formulaire de demande CMU-C/ACS et l'allègement des pièces justificatives. Plusieurs propositions ont aussi pour objectif de faciliter l'attribution et le renouvellement des droits pour des populations spécifiques comme les allocataires du RSA et les allocataires de l'AAH. Concernant l'amélioration des prises en charge, le Fonds CMU-C suggère d'étudier les besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap. Une autre piste de travail repose sur l'intégration de soins parodontaux dans le panier de soins dentaires CMU-C. Ces sujets peuvent être intégrés aux réflexions actuelles sur le reste à charge zéro et aux travaux menés dans le cadre des nouvelles négociations pour les conventions des chirurgiens-dentistes avec l'assurance maladie obligatoire. Pour lutter contre le refus de soins, le rapport souligne l'importance de définir précisément la notion de refus de soins dans toutes ses formes et de renforcer les outils juridiques de lutte contre le refus de soins.

► **Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Qualité de service et organisation du réseau**

FAUCHIER-MAGNAN E. ET SAINTOYANT V.
2017

Paris IGAS

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article655>

Ce rapport aborde la qualité de service, l'accès aux droits, l'organisation du réseau, la productivité. Si le bilan de la COG est jugé globalement satisfaisant, elle formule dix-huit recommandations pour offrir un service à la hauteur des attentes des usagers, améliorer l'accessibilité du système de soins, poursuivre la trajectoire d'efficacité, adapter l'organisation territoriale de l'assurance maladie et renforcer les partenariats.

► **Dominated Options in Health-Insurance Plans**

LIU C. ET SYDNOR J. R.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24392. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24392>

Recent studies have found that many people select into health plans with higher coverage (e.g., lower deductibles) even when those plans are financially dominated by other options. We explore whether having dominated options is common by analyzing data on plan designs from the Kaiser Family Foundation Employer Health Benefits Survey for firms that offered employees both a high-deductible (HD) health plan and a lower-deductible (LD) option. In 65% of firms the high-deductible option would result in lower maximum possible health spending for the employee for the year. We estimate that the HD plan financially dominates the LD plan at roughly half of firms across a wide range of possible health spending needs employees might anticipate. The expected savings from selecting the HD plan are typically over \$500 per year, often with no increase in financial risk. We present evidence that these patterns may arise naturally from employers passing through large average-cost differences between HD and LD plans to their employees. We discuss the implications of those dynamics for the nature of transfers between employees and the efficiency of health spending.

► **Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam – Gestion du risque**

MEJANE J., *et al.*

2017

Rapport IGAS. Paris IGAS

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article656>

Dans la perspective de son renouvellement, l'Igas a évalué la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2014-2017 qui a orienté et encadré la gestion du régime général de l'assurance maladie sur la période. La qualité de service et l'organisation du réseau d'une part, et la gestion du risque maladie d'autre part, ont fait l'objet de deux rapports distincts. Ce rapport-ci est consacré à la gestion du risque. Priorité affichée de l'assurance maladie depuis plus de vingt ans, la gestion du risque, que la Cnam définit comme « la mise en

œuvre de mesures visant à optimiser le rapport qualité/prix du système de santé au bénéfice de tous », est l'objet de près de la moitié des objectifs et engagements de la COG. La mission s'est concentrée sur les leviers de la « maîtrise médicalisée » (information, accompagnement et sensibilisation des professionnels, autorisations préalables, etc), les programmes « Sophia » (accompagnement des malades chroniques) et « Prado » (accompagnement du retour à domicile après hospitalisation), ainsi que les moyens humains, financiers et informationnels de cette fonction. Le rapport formule vingt-quatre recommandations qui visent à soutenir l'efficacité de la gestion du risque, à moderniser ses approches et ses outils, à renforcer le potentiel d'action des agents.

► **How Medicaid Helps Older Americans**

SASS S. A.

2018

Chestnut Hill Center for Retirement Research at Boston College

<http://crr.bc.edu/briefs/how-medicaid-helps-older-americans>

Medicaid provides low-income retirees with critical health benefits by offering insurance directly, covering Medicare costs, or paying for long-term care. Recently, the Medicaid expansion has also helped reduce the uninsured rate among workers nearing retirement. The need for this array of benefits will grow as the population ages and medical costs continue to rise faster than household incomes. But older Americans are only a small part of Medicaid, so their future depends on the outcome of the broader debate over the program's size and scope.

E-santé – Technologies médicales

► Protection sociale : une mise à jour vitale

INSTITUT MONTAIGNE

2018

Paris Institut Montaigne

<http://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/protection-sociale-une-mise-a-jour-vitale-rapport.pdf>

Notre système de protection sociale, hérité de l'après-guerre, a pour mission de couvrir financièrement les citoyens face aux risques sociaux et repose sur les principes de solidarité et d'assurance. Socle du modèle social français, plus de 700 milliards d'euros lui sont consacrés chaque année. Pourtant, ce système est aujourd'hui menacé par sa complexité, son inefficacité et les contraintes financières qui s'imposent à lui. Face à ce constat, le numérique apparaît aujourd'hui comme une opportunité sans précédent pour améliorer considérablement la relation entre le citoyen et sa protection sociale, en rendant celle-ci plus lisible, plus transparente, plus juste... mais aussi plus efficace au regard des sommes qui lui sont consacrées. Or, la protection sociale en France demeure aujourd'hui frileuse face au fort potentiel que représentent les nouvelles technologies. C'est en ce sens que nous formulons dix propositions à destination des pouvoirs publics : pour que la France se saisisse des opportunités offertes par les nouvelles technologies afin de renforcer les principes de la protection sociale, d'améliorer le service délivré au citoyen et d'optimiser la gestion et l'organisation du système (résumé de l'éditeur).

► La modernisation de la délivrance des prestations sociales

FUZEAU M., et al.

2018

Paris IGF

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000033-la-modernisation-de-la-delivrance-des-prestations-sociales>

En facilitant l'échange de données individuelles entre administrations, le perfectionnement de certains outils informatiques mobilisés dans le cadre du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu permettra d'actualiser, au plus près des situations réelles, les bases ressources utilisées pour le calcul des prestations sociales.

Cette mission IGAS-IGF présente plus généralement les opportunités offertes par le développement de certains systèmes d'information pour moderniser la délivrance des prestations sociales. Le rapport avance plusieurs propositions permettant : une évaluation des droits des personnes à partir de données plus fiables et plus justes au moment de leurs demandes ; un allègement de leurs démarches administratives grâce à une certaine automatisation du calcul des prestations.

► Faire en sorte que les applications et objets connectés en santé bénéficient à tous

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

Avis du 8 février 2018. Paris Ministère chargé de la Santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-et-recommandations/mandature-2015-2019-les-avis-voeux-adoptes/article/faire-en-sort-que-les-applications-et-objets-connectes-en-sante-beneficient-a>

La santé mobile est un secteur prometteur en pleine expansion susceptible de faire évoluer très rapidement les modes d'organisation de notre système de santé et la relation que chacun entretient avec sa santé et les professionnels de santé. Dans ce cadre, la Conférence nationale de la santé (CNS) s'est autosaisie pour s'interroger sur la manière dont la révolution numérique en cours pouvait être orientée pour réduire les inégalités de santé et non les accroître. Il formule quatre axes de recommandations : formation et accessibilité ; promotion et soutien des outils numériques pour lutter contre les inégalités de santé ; respect d'un cadre éthique du développement des objets connectés et des apps ; renforcement de la fonction prospective au sein du ministère de la santé en la matière.

Economie de la santé

► **Socio-economic Disparities in US Healthcare Spending**

CAPATINA E., *et al.*

2018

UNSW Business School Research Paper No. 2018-03. Sydney University of New South Wales https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3120132

In the US healthcare system, patients of different socio-economic status (SES) often receive disparate treatment for similar conditions. Prior work documents this phenomenon for particular treatments/conditions, but we take a system-wide view and examine socioeconomic disparities in spending for all medical conditions at the 3-digit ICD-9 level. We also compare SES spending gradients for those covered by private vs. public insurance (Medicare). Using data on adult respondents from the Medical Expenditure Panel Survey 2000-14, we estimate multivariate regressions for individual medical spending (total and out-of-pocket) controlling for medical conditions, demographics, health, and insurance, separately by sex, education, and age. Within age-sex categories, we assess how spending on each condition varies with education (a proxy for SES). In the predominantly privately insured population aged 24-64, system spending for several of the most socially costly conditions is strongly increasing in education (e.g., breast cancer for women and chest symptoms for men). These disparities are not explained by differences in health, insurance status, or ability-to-pay, suggesting they arise due to discrimination. However, we find no positive SES gradients for individuals over 64 covered by the public Medicare program, suggesting that Medicare plays an important role in improving equity.

► **Health Expenditure, GDP Growth and the Financial Crisis: A Panel Data Analysis for OECD European Countries**

CIMA J. ET ALMEIDA A. S.

2018

Porto Universidade do Porto
<http://wps.fep.up.pt/wps/wp602.pdf>

This study analyses the dynamics of Gross Domestic Product and health expenditure for 25 OECD European

countries from 1993 to 2015. The novelty of this work is in the joint evaluation of the impact of the Great Recession of the XXI century and the post-crisis period on the growth dynamics of both variables. We estimate a Vector Error Correction model with countries' fixed effects, and amongst other findings, we conclude that the growth dynamics of health expenditure did not change significantly during the crisis. We perform additional assessments with a third variable related to the population's health status that show there was a higher rate of people reporting poor health during the crisis and in the following periods, and the health status is caused by GDP rather than health spending. Moreover, we decompose the analysis by health financing scheme, and we observe that countries mostly financed by compulsory health insurance scheme had a worsened health status even though there was no decrease in the growth of health expenditure. These findings are a relevant contribution to the comprehensive and recent literature about the impact of the financial crisis on health. We show there was no direct impact of the Great Recession on the process that determines health expenditure growth, and that a possible deterioration in health during the recession goes beyond the effect on health spending of economic growth.

► **Contributivité, redistributions et solidarité : une mise à plat**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

2018

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article510.html>

Le système de retraite français relève conjointement des logiques de contributivité et de redistribution. Celles-ci sont exprimées parmi les objectifs donnés au système de retraite, respectivement par l'affirmation que « tout retraité a droit à une pension en rapport avec les revenus qu'il a tirés de son activité » et par l'objectif de « solidarité intragénérationnelle ». La première partie du dossier rappelle les notions de contributivité, de redistribution et de solidarité. Elle souligne en particulier les difficultés d'évaluation de la contributivité, ce qui conduit, dans le reste du dossier, à concentrer l'attention sur les redistributions et la solidarité. Les redistributions implicites via les règles d'acquisition des droits et de calcul des pensions (hors dispositifs

de solidarité), parfois appelées « cœur » du système de retraite font l'objet de la deuxième partie du dossier. Ces redistributions sont implicites au sens où elles n'étaient pas nécessairement ou spécifiquement visées. La troisième partie est consacrée aux effets des dispositifs de solidarité et aux pistes possibles de transposition de ces dispositifs dans un régime en points ou en comptes notionnels. Elle est complétée par un point sur la compensation démographique généralisée, qui traduit une solidarité financière notamment des régimes ayant une démographie favorable vers ceux ayant une démographie défavorable.

► **Ambulance Utilization in New York City After the Implementation of the Affordable Care Act**

COURTEMANCHE C., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24480. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24480>

Expanding insurance coverage could, by insulating patients from having to pay full cost, encourage the utilization of arguably unnecessary medical services. It could also eliminate (or at least diminish) the need for emergency services through increasing access to preventive care. Using publicly available data from New York City for the period 2013-2016, we explore the effect of the Affordable Care Act (ACA) on the volume and composition of ambulance dispatches. Consistent with the argument that expanding insurance coverage encourages the utilization of unnecessary medical services, we find that, as compared to dispatches for more severe injuries, dispatches for minor injuries rose sharply after the implementation of the ACA. By contrast, dispatches for pre-labor pregnancy complications decreased as compared to dispatches for women in labor.

► **What Do Self-Reports of Wellbeing Say About Life-Cycle Theory and Policy?**

DEATON A.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24369. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24369>

I respond to Atkinson's plea to revive welfare economics, and to considering alternative ethical frameworks when making policy recommendations. I examine a measure of self-reported evaluative wellbeing, the Cantril Ladder, and use data from Gallup to examine wellbeing over the life-cycle. I assess the validity of the measure, and show that it is hard to reconcile with familiar theories of intertemporal choice. I find a worldwide optimism about the future; in spite of repeated evidence to the contrary, people consistently but irrationally predict they will be better off five years from now. The gap between future and current wellbeing diminishes with age, and in rich countries, is negative among the elderly. I also use the measure to think about income transfers by age and sex. Policies that give priority those with low incomes favor the young and the old, while utilitarian policies favor the middle aged, and men over women.

► **Revue des dépenses 2016 : les transports sanitaires**

LESTEVEN P., *et al.*

2016

Paris Igas ; Paris IGF

Les revues des dépenses constituent un dispositif d'évaluation des dépenses publiques, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 (art.22). Réalisées par les corps d'inspection et de contrôle, elles ont pour objectif de documenter des mesures et des réformes structurelles de redressement des comptes publics. Elles obéissent à une procédure spécifique, qui associe étroitement le gouvernement et le parlement. Dans ce cadre, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale de l'administration (Iga) ont été chargées de réaliser une mission conjointe relative à l'optimisation des dépenses d'assurance maladie consacrées aux transports sanitaires. La mission a orienté ainsi ses travaux : d'une part, sur une évaluation des mesures de régulation déjà engagées et d'autre part, sur la formulation de propositions permettant « de mieux réguler l'offre de transports sanitaires, en agissant à la fois sur le volume et sur les tarifs applicables et à leurs modalités de fixation ».

► **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2017

Paris Ministère chargé de la santé

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-20171115-rapport_en_ligne_def.pdf

Ce rapport, préparé pour la Commission des comptes de la sécurité sociale du 28 septembre 2017, présente les comptes prévisionnels du régime général, de l'ensemble des régimes de base et des fonds concourant à leur financement et des régimes complémentaires, pour 2017 et les comptes tendanciels pour 2018. Il est établi sur la base des hypothèses macroéconomiques retenues par le Gouvernement et avant prise en compte des dispositions des lois de finances et de financement pour 2018.

► **Effects of Expanding Health Screening on Treatment - What Should We Expect? What Can We Learn?**

MYERSON R. M., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24347. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24347>

Screening interventions can produce very different treatment and health outcomes, depending on the reasons why patients went unscreened in the first place. Economists have paid scant attention to these complexities and their implications for evaluating screening programs. In this paper, we propose a simple economic framework to guide policy-makers and analysts in designing and evaluating the impact of screening on treatment uptake. We apply these insights to several salient empirical examples that illustrate the different kinds of effects screening programs might produce. Our empirical examples focus on contexts relevant to the top two causes of death in the United States, heart disease and cancer, and match three predictions from the framework. First, currently unscreened patients differ from currently screened patients in important ways, leading to lower predicted uptake of recommended treatment if these patients were diagnosed. Second, there are diminishing clinical returns to screening, which can be reversed if patients with low access to care are targeted with a bundled intervention. Third, changes in the composition of diagnosed patients can produce misleading conclusions during policy analysis, such as spurious reductions in measured health system performance as screening expands.

Etat de santé

► **Décès, dépression, démence et dépendance associés à un déficit auditif déclaré : une étude épidémiologique sur 25 ans**

AMIEVA H.
2018

Bordeaux : Inserm - Unité 1219

Cette nouvelle étude « Décès, dépression, démence et dépendance associée à un déficit auditif déclaré » menée par le Professeur Hélène Amieva, épidémiologiste à l'Unité Inserm 1219 « Bordeaux Population Health Center » et son équipe, a été réalisée chez 3 777 personnes âgées de plus de 65 ans. Avec un suivi exceptionnel de 25 ans, elle confirme l'existence chez les sujets rapportant des problèmes auditifs d'un risque accru de dépression (chez les hommes) mais aussi

de dépendance et de démence. De plus, cette étude montre pour la première fois, que pour les sujets utilisant des appareils auditifs, le sur-risque lié aux « 3 D » (dépression, dépendance, démence) est absent.

► **International Comparisons of Health and Wellbeing in Early Childhood**

CHEUNG R.
2018

Londres The Nuffield Trust

https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-03/1521031084_child-health-international-comparisons-report-web.pdf

This report presents data on health and wellbeing for early childhood in the United Kingdom and 14 compa-

nable countries, recognising the particular influence that a child's development in this period can have on his or her future health and quality of life. We consider the benefits and challenges of comparing child health indicators between countries, to inform local and national policy and practice that improves the health of children and families in this country.

► **Les cancers en France en 2017. L'essentiel des faits et des chiffres**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2018

Les DonnéesEpidémiologie. Boulogne Billancourt INCa

http://www.e-cancer.fr/content/download/231145/3165097/file/Les_cancers_en_France_en_2017_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20180327.pdf

Cette synthèse présente les principales données générales sur les cancers ainsi que les faits marquants de l'année passée. Deux focus sont consacrés à la mise en place du test immunologique dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal

et à la réduction de la consommation d'alcool pour la prévention des cancers.

► **Congestion Pricing, Air Pollution and Children's Health**

SIMEONOVA E., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24410. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24410>

This study examines the effects of implementing a congestion tax in central Stockholm on both ambient air pollution and the population health of local children. We demonstrate that the tax reduced ambient air pollution by 5 to 15 percent, and that this reduction in air pollution was associated with a significant decrease in the rate of acute asthma attacks among young children. The change in health was more gradual than the change in pollution suggesting that it may take time for the full health effects of changes in pollution to be felt. Given the sluggish adjustment of health to pollution changes, short-run estimates of the pollution reduction programs may understate the long-run health benefits.

Géographie de la santé

► **Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins : 1er comité de pilotage national**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

Paris : Ministère chargé de la santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/plan-pour-renforcer-l-acces-territorial-aux-soins-l-ensemble-des-organisations>

Lancé le 13 octobre 2017 par le Premier Ministre, Edouard Philippe et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins vise à doter chaque territoire d'un projet de santé adapté pour permettre l'accès de tous les Français à des soins de qualité. Le plan fonde sa dynamique sur une démarche partant des territoires, et associant l'ensemble des acteurs du parcours de soins : professionnels de santé, collectivités territoriales, élus locaux et usagers.

► **Espaces fragiles : construction scientifiques, dynamiques territoriales et action publique**

ROTH H.

2017

Clermont-Ferrand : Presses universitaires Blaise Pascal

Cet ouvrage rassemble les contributions proposées dans le cadre de l'appel à textes « Construction et déconstruction des espaces fragiles » lancé par le Ceramac, fin 2015. Le terme « espaces fragiles » s'est répandu dans la recherche en géographie dans le courant de la décennie 1980, pour contourner l'aspect négatif et stigmatisant des qualificatifs « périphériques », « en crise », « en difficulté » ou « défavorisés ». Cet ouvrage met à l'épreuve la catégorie de pensée et d'action « espace fragile », tout en cherchant à caractériser les trajectoires de ces espaces. Les auteurs inter-

rogent ainsi la fabrique des espaces fragiles : comment sont définies les différentes catégories d'espaces « fragiles » dans les politiques publiques et dans la littérature scientifique ? Dans quels contextes épistémologiques et sociétaux ces catégories ont-elles émergé et évolué ? Quels indicateurs utiliser pour cerner la fragilité ? Comment les critères de définition sont-ils construits, et que révèlent-ils du regard que porte la société sur ces espaces ? En analysant les caractéristiques et les dynamiques territoriales de différents

types d'espaces (petites communes, petites villes, arrière-pays, zones frontalières, etc.), les contributeurs de cet ouvrage documentent aussi la tension entre, d'une part, le constat de la puissance des héritages, souvent handicapante et explicative de la fragilité et, d'autre part, celui de la diversité des trajectoires d'espaces fragilisés, observés à grande échelle. Se révèlent ainsi la réversibilité des dynamiques, et les effets parfois ambigus de l'action publique à leur égard.

Handicap

► Diagnostic de la filière de soins gynécologique et obstétricale accueillant des femmes en situation de handicap sur le territoire francilien

AGENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE.

2018

Paris ARSIF

<http://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/handi-gyneco-etude-2017.pdf>

La réalisation d'un bilan sur les besoins en termes de prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes handicapées en Ile-de-France portait quatre objectifs : analyser les besoins des femmes en situation de handicap ; recenser l'offre en soin gynécologique et obstétricale accessible aux femmes en situation de handicap ; analyser les besoins des professionnels concernés par la prise en charge gynécologique et identifier l'ensemble des problématiques d'accès aux soins.

► Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap. Les recommandations, les outils

JEAN-BART C., *et al.*

2018

Saint-Denis Anesm

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=news&id_article=1243

Ces recommandations se présentent en deux volets. Le premier volet aborde, en priorité, les évaluations préventives à mettre en place et à renforcer lors de toute transition, le recueil des attentes et aspirations de la personne en situation de handicap et de son entourage. Il identifie, d'une part, les acteurs ressources permettant de fluidifier le parcours de vie de la personne et, d'autre part, il définit l'acteur ressource assurant une fonction de coordination. Il s'attache également à construire et mettre en œuvre un dispositif ressource permettant de répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Le second volet est composé d'outils, de zooms sur la réglementation et des fiches acteurs. Ces fiches ont pour but d'améliorer le repérage des dispositifs et acteurs présents sur le territoire et de faciliter l'identification de leur rôle et de leurs missions.

Hôpital

► Hospitalisation à domicile. État des lieux et outils d'analyse au niveau territorial

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2018

Mettre en oeuvre et partager. Paris ANAP

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/HAD_territoires/HAD_etat_des_lieux_outils_analyse_territorial.pdf

Cette publication vise à aider à la compréhension des enjeux du recours à l'HAD et à proposer des outils d'aide aux dialogues entre les structures HAD et MCO. La première partie est consacrée aux enjeux du recours à l'HAD en France et présente l'hétérogénéité de l'HAD tant au niveau du recours, des tailles de structures réalisant de l'HAD que des filières auxquelles elle participe. La deuxième partie présente les résultats issus de la démarche analytique appuyée par une expertise métier. Elle a pour ambition d'introduire des indicateurs de performance du recours à l'HAD et les outils d'explorations complémentaires téléchargeables dans le kit outil HAD. La troisième partie présente des fiches de synthèse couvrant les résultats nationaux pour chaque indicateur.

► Dual Effects of Improving Doctor-Patient Communication: Patient Satisfaction and Hospital Ratings

BELASEN A. R. ET BELASEN A. T.
2018

Edwardsville Southern Illinois University Edwardsville

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3096056%20

We explore the extent to which improving doctor-patient communication (DPC) can address and alleviate many healthcare delivery inefficiencies. We survey causes and costs of miscommunication including perceptual gaps between how physicians believe they perform their communicative duties versus how patients feel and highlight thresholds such as the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) used by hospitals to identify health outcomes and improve DPC. We find that positive DPC correlates with better and more accurate care as well

as with more satisfied patients. We utilize an assessment framework, DPCA, empirically measuring the effectiveness of DPC. While patient care is sometimes viewed as purely technical, there is evidence that DPC strongly predicts clinical outcomes as well as patients' overall ratings of hospitals. More research is needed to extend our understanding of the impact of the DPC on the overall HCAHPS ratings of hospitals. We think that researchers should adopt a qualitative method (e.g., content analysis) for analyzing DPC discourse. When a sufficient amount of DPCA training is initiated, a norming procedure could be developed and a database may be employed to demonstrate training program's efficacy, a critical factor in establishing the credibility of the measurement program and nurturing support for its use.

► Le « modèle économique » des instituts hospitalo-universitaires (IHU)

BLEMONT P., *et al.*
2016

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article611>

Cette mission, demandée par la ministre chargée de la santé et par le secrétaire d'État chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, a porté sur les six Instituts hospitalo-universitaires (IHU) créés en 2010-2011 dans le cadre du premier programme d'investissements d'avenir (PIA). Confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et à l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), elle a été menée de mai à novembre 2016. Cette étude souligne la diversité de ces six IHU, à travers les trois dimensions analysées : la situation et les perspectives financières à l'horizon 2020 et au-delà ; les partenariats économiques mis en place et la valorisation des résultats de recherche ; les relations administratives, financières et médico-économiques de ces structures avec les membres fondateurs, en particulier les universités et organismes de recherche d'une part, les CHU d'autre part ; ce dernier point appelle d'ailleurs une attention particulière. Fondé sur des constats précis, le rapport formule quelques recommandations visant à améliorer tant l'équilibre économique futur des IHU que leurs modalités de gouvernance.

► **The Health Effects of Cesarean Delivery for Low-Risk First Births**

CARD D., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24493. Cambridge NBER.

<http://papers.nber.org/papers/W24493>

Cesarean delivery for low-risk pregnancies is generally associated with worse health outcomes for infants and mothers. The interpretation of this correlation, however, is confounded by potential selectivity in the choice of birth mode. We use birth records from California, merged with hospital and emergency department (ED) visits for infants and mothers in the year after birth, to study the causal health effects of cesarean delivery for low-risk first births. Building on McClellan, McNeil, and Newhouse (1994), we use the relative distance from a mother's home to hospitals with high and low c-section rates as an instrument for c-section. We show that relative distance is a strong predictor of c-section but is orthogonal to many observed risk factors, including birth weight and indicators of prenatal care. Our IV estimates imply that cesarean delivery causes a relatively large increase in ED visits of the infant, mainly due to acute respiratory conditions. We find no significant effects on mothers' hospitalizations or ED use after birth, or on subsequent fertility, but we find a ripple effect on second birth outcomes arising from the high likelihood of repeat c-section. Offsetting these morbidity effects, we find that delivery at a high c-section hospital leads to a significant reduction in infant mortality, driven by lower death rates for newborns with high rates of pre-determined risk factors.

► **Hospital Choice in the NHS**

DARDANONI V., *et al.*

2018

Wp ; 18/04. York University of York

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:yor:hctd:18/04&r=hea>

We study hospital choice in the publicly funded National Health Service in England, using a two sample strategy to identify a structural model of demand for elective procedures. In the NHS patients are allowed to opt out from the market of free-of-charge public hospitals and choose a private provider; we find that the outside option has an important effect on competition, patient choice and elasticities compared with tradi-

tional models ignoring the private sector. Considering endogeneity of waiting-time, proper measures of quality and the existence of private sector, we find substantially different policy conclusions compared to existing hospital demand models.

► **Saving Lives by Tying Hands: The Unexpected Effects of Constraining Health Care Providers**

GRUBER J., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24445. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24445>

The emergency department (ED) is a complex node of healthcare delivery that is facing market and regulatory pressure across developed economies to reduce wait times. In this paper we study how ED doctors respond to such incentives, by focussing on a landmark policy in England that imposed strong incentives to treat ED patients within four hours. Using bunching techniques, we estimate that the policy reduced affected patients' wait times by 19 minutes, yet distorted a number of medical decisions. In response to the policy, doctors increased the intensity of ED treatment and admitted more patients for costly inpatient care. We also find a striking 14% reduction in mortality. To determine the mechanism behind these health improvements, we exploit heterogeneity in patient severity and hospital crowding, and find strongly suggestive evidence that it is the reduced wait times, rather than the additional admits, that saves lives. Overall we conclude that, despite distorting medical decisions, constraining ED doctors can induce cost-effective reductions in mortality.

► **Renforcer le lien ville-hôpital**

JARDRY J. P.

2017

Paris FHF

<https://www.fhf.fr/content/download/131571/1064687/version/1/file/44531+-+LIEN+VILLE-HOPITAL+%28brochure+-+MODIF+13-03-18%29%5B1%5D.pdf>

Face aux nombreux défis du système de santé français avec la chronicisation des maladies, le vieillissement de la population, les inégalités sociales et territoriales,

ou encore les aspirations des usagers à une prise en charge globale et personnalisée, la thématique du décloisonnement et de la coopération ville - hôpital est au cœur d'une politique de transformation. L'ambition est de construire un parcours de santé simplifié, facilité et cohérent pour le patient, coordonné entre les professionnels de ville et l'hôpital public. Ce rapport présente 17 propositions pour inscrire l'hôpital dans une dynamique renforcée avec l'ensemble des acteurs de santé. L'objectif est de permettre aux partenaires de trouver l'organisation qui leur permettra de mettre en œuvre un parcours de soin optimal pour le patient et tenant compte des singularités de chaque territoire.

► **Autorisation en chirurgie du cancer : impact de la mise en oeuvre du dispositif sur l'activité des établissements**

LE BIHAN BENJAMIN, C., *et al.*

2018

Paris INCa

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Autorisation-en-chirurgie-du-cancer-Impact-de-la-mise-en-oeuvre-du-dispositif-sur-l-activite-des-etablissements>

L'analyse présentée ci-après permet d'objectiver les impacts de la mise en œuvre des seuils d'activité sur l'activité de chirurgie carcinologique. S'appuyant sur les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information du champ Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), ce travail compare le nombre d'établissements ayant une activité en chirurgie carcinologique quel que soit le niveau, le nombre total d'hospitalisations par an et l'activité moyenne par établissement. Ceci sur deux périodes : 2006-2008, avant la mise en place du dispositif des autorisations ; 2012-2014, après la mise en place du dispositif des autorisations.

► **Disentangling the Effect of Waiting Times on Hospital Choice: Evidence from a Panel Data Analysis**

LIPPI BRUNI M., *et al.*

2018

Quaderni - Working Paper DSE N° 1118. Bologna University of Bologna

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3144985

This study examines the effect of waiting times on hospital choice by using patient-level data on elective Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) procedures in the Italian NHS over the years 2008-2011. We perform a multinomial logit analysis including conditional logit and mixed logit specifications. Our findings show the importance of jointly controlling for time-invariant and time varying dimensions of hospital quality in order to disentangle the effect of waiting times on hospital choice. We provide evidence that patients are responsive to changes in waiting times and aspects of clinical quality within hospitals over time, and estimate the trade-off that patients make between different hospital attributes. The results convey important policy implications for highly regulated health care markets.

► **A Panel Data Analysis of Hospital Variations in Length of Stay for Hip Replacements: Private Versus Public**

MENG Y., *et al.*

2017

Department of Econometrics and Business Statistics of Monash University Working Paper. Melbourne Monash University.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3077763

Inequality between private and public patients in Australia has been an ongoing concern due to its two tiered insurance system. This paper investigates the variations in hospital length of stay for hip replacements using Victorian Admitted Episodes Dataset from 2003/2004 to 2014/2015, employing a Bayesian hierarchical random coefficient model with trend allowing for structural break. We find systematic differences in the length of stay between public and private hospitals, after observable patient complexity is controlled. This suggests shorter stay in public hospitals due to pressure from Activity-based funding scheme, and longer stay in private system due to potential moral hazard. Our counterfactual analysis shows that public patients stay 1.4 days shorter than private in 2014, which leads to the 'quicker but sicker' concern that is commonly voiced by the public. We also identify widespread variations among individual hospitals. Sources for such variation warrant closer investigation by policy makers.

► **Adoption and Learning Across Hospitals: The Case of a Revenue-Generating Practice**

SACARNY A.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24497. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24497>

Performance-raising practices tend to diffuse slowly in the health care sector. To understand how incentives drive adoption, I study a practice that generates revenue for hospitals: submitting detailed documentation about patients. After a 2008 reform, hospitals could raise their Medicare revenue over 2% by always specifying a patient's type of heart failure. Hospitals only captured around half of this revenue, indicating that large frictions impeded takeup. Exploiting the fact that many doctors practice at multiple hospitals, I find that four-fifths of the dispersion in adoption reflects differences in the ability of hospitals to extract documentation from physicians. Hospital adoption is robustly correlated with generating survival for heart attack patients and using inexpensive survival-raising standards of care. Hospital-physician integration and electronic medical records also influence adoption. These findings highlight the potential for institution-level frictions, including agency conflicts, to explain variations in health care performance across providers.

► **Les indicateurs de la qualité des soins en France et à l'étranger : bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2018

Paris : IRDES

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-indicateurs-de-la-qualite-des-soins-en-france-et-a-l-etranger.pdf>

La qualité des soins et l'accès aux soins sont très souvent considérés par les patients comme les éléments essentiels de la performance d'un système de santé. Par ailleurs, la qualité des soins préoccupe les acteurs des systèmes de soins de nombreux pays, quels que soient le système ou la structure de financement. Sans être exhaustive, cette bibliographie rassemble les principaux documents de référence sur la qualité des soins en France et à l'étranger. Les aspects ciblés sont les suivants : présentation des indicateurs - définition, conception et mise en œuvre ; impact des modes de rémunération (paiement à la performance, tarifi-

cation hospitalière, bundled payment..) sur la qualité des soins ; impact de la diffusion des indicateurs sur l'amélioration de la qualité.

► **Are Waiting Times and Length of Stay Connected? Theoretical Underpinnings and Empirical Results**

SINKO A. ET NIKOLOVA S.

2018

Wpaper:18_02. Leeds Leeds Institute of Health Sciences

http://medhealth.leeds.ac.uk/downloads/file/4075/auhe_wp1802

The English Government implemented and stringently enforced maximum waiting time (MWT) targets to tackle long waiting times for elective surgery. We consider their impact on patient prioritisation for treatment based on expected hospital length of stay. We demonstrate that prioritisation based on expected length of stay can significantly decrease average waiting times. We test whether hospitals have adopted such behaviour using data for four large volume elective procedures and 1998 - 2011 period which saw the progressive tightening of targets and their subsequent relaxing after 2010. Our analysis suggests that, following the introduction of the MWT regulatory framework, patients with longer expected hospital stay waited longer for treatment. As coronary procedures were subject to explicit shorter waits from the start we uncover positive and statistically significant relationship for CABG and PCI patients in almost all years. For orthopaedic patients we find a positive and statistically significant association after 2004 when the 18-week referral to treatment (RTT) target was introduced. We find predominantly statistically insignificant results for the period prior. These findings raise safety and fairness concerns in the treatment of clinically complex and potentially urgent patients when the healthcare system is strapped with MWT targets.

Inégalités de santé

► Parental Beliefs About Returns to Child Health Investments

BIROLI P., *et al.*
2018

IZA Discussion paper ; 11336. Bonn IZA
<http://ftp.iza.org/dp11336.pdf>

Childhood obesity has adverse health and productivity consequences and poses negative externalities to health services. Its increase in recent decades can be traced back to unhealthy habits acquired in the household. We investigate whether parental beliefs play a role by eliciting beliefs about the returns to a recommended-calorie diet and regular exercise using hypothetical investment scenarios. We show that perceived returns are predictive of health investments and outcomes, and that less educated parents perceive the returns to health investments to be lower, thus contributing to the socioeconomic inequality in health outcomes and the intergenerational transmission of obesity.

► Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation

HASCHNAR-NOE N. ET LANG T.
2017

Toulouse : Presses universitaires du midi

L'ouvrage est centré sur les inégalités sociales de santé et les interventions et politiques publiques visant à les réduire. Il s'appuie sur une expérience de recherche interdisciplinaire initiée depuis 2007 et repose sur une convergence entre chercheurs sur les façons de définir et d'analyser les inégalités sociales de santé comme construction sociale et historique. En termes d'interventions, une typologie servant de cadre d'analyse commun a été proposée, qui pourrait permettre aux professionnels et chercheurs de partager des connaissances pour agir plus efficacement sur la réduction des inégalités sociales de santé. L'ouvrage vise à éclairer et mettre en débat la notion d'évaluation et les multiples significations, usages et pratiques qu'elle recouvre dans deux « mondes sociaux », la santé publique et l'analyse des politiques publiques, éloignés l'un de l'autre pour de nombreuses raisons institutionnelles, culturelles, scientifiques. L'ouvrage s'appuie sur des

expériences concrètes menées dans le cadre de la recherche interventionnelle.

► The Causal Effect of Education on Chronic Health Conditions

JANKE K., *et al.*
2018

IZA Discussion paper ; 11353. Bonn IZA
<http://ftp.iza.org/dp11353.pdf>

Studies using education policy reforms to isolate causal effects of education on health produce mixed evidence. We analyse an unusually large sample and study chronic health conditions. For identification, we use two major education reforms, one that raised the minimum school leaving age and one that affected the broader educational attainment distribution. This method generated precise estimates of the impact of education on a comprehensive range of health conditions. Our results indicate that extra education, at the lowest end or higher up the attainment distribution, has little impact on the prevalence of chronic illness. The one interesting exception is diabetes.

► Health and Mental Health Effects of Local Immigration Enforcement

SHU-HUAH WANG J. ET KAUSHAL R.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24487. Cambridge NBER
<http://papers.nber.org/papers/W24487>

We study the effect of two local immigration enforcement policies – Section 287(g) of the Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act and the Secure Communities Program (SC) – that have escalated fear and risk of deportation among the undocumented on the health and mental health outcomes of Latino immigrants living in the United States. We use the restricted-use National Health Interview Survey for 2000-2012 and adopt a difference-in-difference research design. Estimates suggest that SC increased the proportion of Latino immigrants with mental health distress by 2.2 percentage points (14.7 percent); Task Force Enforcement under Section 287(g) worsened

their mental health distress scores by 15 percent (0.08 standard deviation); Jail Enforcement under Section 287(g) increased the proportion of Latino immigrants reporting fair or poor health by 1 percentage point (11.1 percent) and lowered the proportion reporting very good or excellent health by 4.8 to 7.0 percentage points (7.8 to 10.9 percent). These findings are robust across various sensitivity checks.

► **CIRCÉ : Cancer, inégalités régionales, cantonales et environnement : étude des associations spatiales entre expositions environnementales, socio-économiques et sanitaires en Île-de-France**

TELLE-LAMBERTON M., *et al.*

2018

Paris ORSIF

http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2018/circe_rapport_complet.pdf

Conduit dans cinq régions françaises, le projet CIRCÉ vise à caractériser les inégalités territoriales environnementales, sociales et sanitaires. L'ORS Île-de-France publie les résultats obtenus pour la région. Pour la période 2002-2011, l'étude présente la mortalité par cancer, sur 17 localisations, dans les cantons de la région. Elle analyse les associations entre la mortalité et des indicateurs sociaux et environnementaux (défaveur sociale, expositions aux particules PM10 et expositions au cadmium, au plomb, au nickel et au chrome). Parmi les résultats marquants : aucune corrélation statistique n'est observée entre les expositions chimiques et les taux de mortalité ; une corrélation entre le niveau socio-économique (estimé par un indice spatial de défaveur sociale) et le risque de décès par cancer du poumon chez les hommes est observée ; l'association entre la défaveur sociale et le cancer du poumon chez l'homme est forte au sein de deux zones : une zone nord-ouest/sud-est centrée sur le sud de Paris et deux cantons au sud de la région ; au sein de ces zones, huit points « chauds » ont été identifiés ainsi que 29 points « froids ».

► **Benchmarking Access to Healthcare in the EU. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**

EUROPEAN UNION

2018

Luxembourg Publications Office of the European Union.

https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf

Faced with growing evidence that some groups within European Union Member States have been unable to achieve access to necessary healthcare, the European Union has committed to action to reduce levels of unmet need, most recently as an element of the European Pillar of Social Rights. In response, the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health has been requested to propose a series of quantitative and qualitative benchmarks for assessing progress in reducing unmet need for healthcare and to discuss means by which EU funds or other mechanisms might be used to improve access to healthcare.

► **Economic Conditions, Parental Employment and Health of Newborns**

VAN DEN BERG J., *et al.*

2018

IZA Discussion paper ; 11338. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11338.pdf>

We examine whether economic downturns are beneficial to health outcomes of newborn infants in developed countries. For this we use merged population-wide registers on health and economic and demographic variables, including the national medical birth register and intergenerational link registers from Sweden covering 1992–2004. We take a rigorous econometric approach that exploits regional variation in unemployment and compares babies born to the same parents so as to deal with possible selective fertility based on labor market conditions. We find that downturns are beneficial; for example, a one-percentage-point increase in the unemployment rate during pregnancy reduces the probability of having a birth weight less than 1,500 grams or of dying within 28 days of birth by 10–15%. Effects are larger in low socio-economic status households. Health improvements cannot be attributed to the parents' own employment status. The results suggest pathways through stress and air pollution.

Médicaments

► **Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique.**

ABECASSIS P. ET COUTINET N.

2017

Revue de L'ires(91-92): 111-140.

<http://www.ires-fr.org/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Les politiques d'austérité instaurées en France et au Royaume-Uni depuis les années 1990, renforcées après la crise de 2008, ont conduit à une rationalisation drastique des dépenses de santé, en particulier pour les dépenses de médicaments qui représentent une part importante des dépenses de santé. Bien que les politiques menées dans les deux pays semblent très différentes, cette rationalisation a pris la forme d'une privatisation accrue, d'un durcissement des mécanismes de contrôle des prix des médicaments les plus coûteux et d'incitations à la consommation de médicaments les moins chers, comme les génériques. Les firmes pharmaceutiques n'ont pourtant pas beaucoup souffert de ces mesures. Si elles ont d'abord réagi en acceptant provisoirement de développer la production de médicaments génériques, elles ont, à partir de 2012, déployé un nouveau modèle de production de médicaments innovants à prix élevés, fondé sur les biotechnologies et la médecine personnalisée. Cette stratégie, menée avec la bienveillance des systèmes de santé, s'appuie sur une production externalisée permettant aux firmes de réduire leurs risques financiers et de réaliser d'importants profits (résumé de l'éditeur).

► **The New Prescription Drug Paradox: Pipeline Pressure and Rising Prices**

ELLYSONA.M ET BASU A.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24387. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24387>

Economic literature has extensively studied how prices for incumbent pharmaceutical drugs respond to generic competition after entry. However, less attention has been paid to pricing behavior in anticipation

of brand-to-brand competition. We contribute to this gap in the literature by both developing a model of pricing strategies for incumbent drug manufacturers under tiered-insurance anticipating branded competition. Our model predicts rising prices for incumbent drugs for a range of elasticities as the likelihood of entry increases from competitors with horizontally-differentiated products. Using the insulin market as a natural experiment, we exploit exogenous variation in a potential entrant's completion of clinical trials to identify the effect of drug pipeline pressure on the prices of incumbent drugs. Results suggest that pipeline pressure significantly increases the prices of incumbent drugs. We expect that similar pricing effects will be prevalent with potential biosimilar entry.

► **Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016 et les évolutions depuis 2004.**

EXPERT A.

2018

Points De Repère(49)

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-49-phmev-en-2016.php>

La place des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) est de plus en plus importante. En 2016, avec 11,7 milliards d'euros remboursés par le régime général de l'Assurance Maladie, elles représentent près du quart de l'ensemble des prescriptions de médicaments, d'actes d'auxiliaires médicaux, de biologie, de dispositifs médicaux et de transports de malades exécutées en ville ainsi que d'indemnités journalières. 45 % de ces prescriptions correspondent à de la pharmacie délivrée en ville (5,2 milliards d'euros). Ces douze dernières années, les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville (PHMEV) ont augmenté de 8 % en moyenne par an, modérant ainsi la décroissance des remboursements de médicaments de ville. Les médicaments principalement prescrits par les établissements publics sont spécifiques à l'activité hospitalière puisque 64 % d'entre eux sont des médicaments de spécialité liés aux traitements de maladies chroniques complexes (cancer, antirhumatismaux spécifiques, etc.). Ils expliquent à eux-seuls les trois quart de l'évolution des PHMEV. La part des PHMEV dans le

répertoire des groupes de génériques est équivalente, à structure de prescription identique, à celle des autres prescripteurs de médicaments, néanmoins elle varie fortement d'un établissement à l'autre.

► **Évolution récente des dépenses de médicaments sous Autorisation temporaire d'utilisation**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2017

In: **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018., Paris : Ministère chargé de la santé: 116-119**

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-20171115-rapport_en_ligne_def.pdf

Des spécialités pharmaceutiques qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché peuvent, à titre exceptionnel, faire l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) délivrées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Elles sont destinées à traiter des maladies rares ou graves, en l'absence de traitement approprié. Ce régime a été créé en 1994 afin d'assurer un accès précoce aux nouvelles thérapies luttant contre le syndrome d'immunodéficience (médicaments anti-VIH). Il a connu ces dernières années un développement très rapide. En 2016, les remboursements versés au titre des médicaments en ATU se sont élevés à 990 M€.

► **How Pharmaceutical Systems Are Organized in Asia and the Pacific**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2018

Paris OCDE

<http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13982>

There are important differences in the markets for medicines in countries in Asia and the Pacific in this study. These are mainly due to the political, financial and regulatory environments as well as characteristics of the pharmaceutical manufacturing industry. However, all countries face the test of transition brought about by demographic changes, shifting epidemiological trends and increasing inequities, among others. As with other regions of the world, a characteristic of lower- and upper-middle-income countries

is that pharmaceuticals account for a high proportion of health expenditures. Medicines account for a larger share of the health budgets in resource-constrained countries.

► **How Do Prescription Drugs Affect the Use of Other Health Services?**

WETTSTEIN G.
2018

Issue in Brief(18-3)

<http://crr.bc.edu/briefs/how-do-prescription-drugs-affect-the-use-of-other-health-services>

Medicare Part D, introduced in 2006, has increased spending on prescription drugs for the elderly, but its impact on other health spending is unclear. The analysis addresses this issue by examining the use of other health care before and after Part D was introduced. The results show that the impact of Part D varied by the type of service: It significantly increased spending on office visits, for purposes such as monitoring the effects of the drugs. But it may have decreased spending on hospital visits by reducing the need for more intensive care, such as surgery. Further research is needed to detect any changes in health spending that may only show up in the longer term.

Méthodologie – Statistique

► **Linking Individuals Across Historical Sources: A Fully Automated Approach**

ABRAMITZKY R., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24324. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24324>

Linking individuals across historical datasets relies on information such as name and age that is both non-unique and prone to enumeration and transcription errors. These errors make it impossible to find the correct match with certainty. We suggest a fully automated method for linking historical datasets that enables researchers to create samples that minimize type I (false positives) and type II (false negatives) errors. The first step of the method uses the Expectation-Maximization (EM) algorithm, a standard tool in statistics, to compute the probability that each two observations correspond to the same individual. The second step uses these estimated probabilities to determine which records to use in the analysis. We provide codes to implement this method.

► **Estimating the Associations Between SNAP and Food Insecurity, Obesity, and Food Purchases with Imperfect Administrative Measures of Participation**

COURTEMANCHE C. J., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24412. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24412>

Administrative data are considered the “gold standard” when measuring program participation, but little evidence exists on the potential problems with administrative records or their implications for econometric estimates. We explore issues with administrative data using the FoodAPS, a unique dataset that contains two different administrative measures of Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) participation as well as a survey-based measure. We first document substantial ambiguity in the two administrative participation variables and show that they disagree with each other almost as often as they disagree with self-reported participation. Estimated participation and misreporting rates can be meaningfully sensitive to choices made to resolve this ambiguity and disagreement. We then document similar sensitivity in regression estimates of the associations between SNAP and food insecurity, obesity, and the Healthy Eating Index. These results serve as a cautionary tale about uncritically relying on linked administrative records when conducting program evaluation research.

Politique de santé

► **Crise et réformes au prisme de la santé.**

BATIFOULIER P., *et al.*

2017

Revue de L'ires(91-92): 245.

<http://www.ires-fr.org/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

La santé est un besoin fondamental et universel dont la satisfaction conditionne de façon cruciale le bien-être des populations. Elle occupe de ce fait une place centrale dans l'étude des problèmes économiques et

sociaux et constitue un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société. Les contributions rassemblées dans ce numéro spécial s'inscrivent dans cette démarche en analysant certaines de ces transformations à l'aune de leurs effets sur la santé des populations. Dans un contexte marqué par diverses formes de « privatisation » du secteur de la santé, ces contributions mettent en lumière les conséquences souvent négatives des politiques publiques, à la fois sur l'état de santé des populations mais aussi sur les conditions de travail du personnel soignant.

► **La vie en réseau : dynamique des relations sociales**

BIDART C., *et al.*
2011

Paris : Presses universitaires de France

Comment se tissent les réseaux personnels, et que nous disent leurs évolutions? Comment naissent, disparaissent, se transforment et se connectent les différentes relations qui constituent l'entourage d'une personne? Comment relient-elles les individus et les organisations sociales? Ce livre apporte pour la première fois une vision mêlant les histoires des relations et les dynamiques des réseaux, sans les dissocier des contextes et des collectifs qui les englobent. Il montre combien les étapes et les événements de la vie marquent les réseaux personnels. Il analyse les ressources qu'ils constituent ainsi que les inégalités qu'ils reflètent. Grâce à deux enquêtes inédites, dont l'une a permis de suivre des jeunes pendant dix ans jusqu'à leur entrée dans la vie adulte, et l'autre permet de comparer des réseaux de tous les milieux sociaux et de tous les âges, cette étude ouvre une perspective dynamique sur les relations et les réseaux au long du parcours de vie.

► **L'engagement de la personne dans les soins de santé et services sociaux : regards croisés France-Québec**

CARRIER S. D., *et al.*
2017

Montréal : Presses de l'Université du Québec

La valorisation des savoirs expérientiels, la coproduction et l'évaluation des effets sont des concepts de plus en plus présents dans les réflexions touchant l'intervention médicale ou psychosociale. Ces notions forment un nouveau paradigme : rattachées à des approches générales comme la personnalisation ou à des méthodes de travail comme le patient partenaire ou l'éducation thérapeutique, elles favorisent les partenariats et les échanges entre la recherche, la clinique, les utilisateurs de services et l'enseignement. Le présent ouvrage est né des Rencontres scientifiques universitaires Montpellier-Sherbrooke, tenues en juin 2015, pendant lesquelles chercheurs, gestionnaires, intervenants et bénéficiaires se sont réunis pour réflé-

chir et débattre sur le thème de la participation et de l'engagement des usagers dans leur propre expérience d'intervention médicale ou psychosociale. Il met en perspective des pratiques, des recherches, des projets et des expériences issus du champ de la santé et de celui des services sociaux, tant en France qu'au Québec. Il saura intéresser les praticiens, chercheurs, étudiants et gestionnaires de ces deux domaines d'intervention.

► **Quantifier les territoires : des chiffres pour l'action publique territoriale**

MESPOULET M.
2017

Rennes : Presses Universitaires de Rennes

La montée en puissance de l'action publique territoriale en France depuis les années 1980 s'est inscrite dans un double mouvement de décentralisation et d'eupéanisation des politiques publiques. L'analyse des politiques publiques locales et de leurs caractéristiques a fait l'objet de différents travaux de recherche. Sur la base de cas précis, les contributions à cet ouvrage s'efforcent de dégager les particularités des questionnements, des procédures et outils de quantification mobilisés dans les politiques sociales territoriales.

► **Stratégie de transformation du système de santé**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2018

Paris : Ministère chargé de la santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>

<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/lancement-des-travaux-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>

Ce dossier présente le projet gouvernemental de transformation du système de santé avec le lancement de cinq chantiers thématique : la qualité et la pertinence, le financement et les rémunérations, le numérique en santé, les ressources humaines et l'organisation territoriale.

► **Pour des élèves en meilleure santé**

NATON J. F. et al.

2018

Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris CESE

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_05_eleves_sante.pdf

La santé et l'école sont en tête des préoccupations des Français. L'école est un lieu de vie propice à la prévention. Elle permet le repérage et la prise en charge des troubles de toute nature qui peuvent affecter la santé des 12 millions d'élèves qu'elle scolarise pour une durée de plus de 18 ans en moyenne. Elle est, pour des populations fragilisées ou dans certaines zones en difficultés, la seule garantie d'accès à un suivi médical. Pour le CESE, la santé des élèves est un des déterminants de la réussite scolaire. Mais si les pouvoirs publics affichent la volonté de faire de la santé à l'école une priorité, le contraste est grand entre les objectifs assignés à cette politique et les actions sur le terrain. En quelques années, les alertes se sont multipliées, pointant la réduction continue des effectifs de la médecine scolaire, les visites médicales non assurées, les problèmes de santé mal ou trop tardivement diagnostiqués, les inégalités croissantes entre les territoires... Cet avis propose d'impulser un changement. La réponse à l'urgence passe par trois axes : l'implication de tous et toutes dans la protection et la promotion de la santé à l'école ; le décloisonnement à travers notamment la valorisation du rôle de coordination de la médecine scolaire ; l'évaluation des réalisations, pour progresser et répondre aux enjeux au plus près des élèves.

► **Experts, sciences et sociétés**

PRUD'HOMME J. (ÉD.) ET CLAVEAU F. (ÉD.)

2018

Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal (PUM)

<https://pum.umontreal.ca/catalogue/experts-sciences-et-societes>

Au vu de la place dominante qu'occupent les experts dans notre société, le citoyen peut être amené à se

demander ce qu'est un expert et sur quel socle repose son autorité. Comment peut-il évaluer sa crédibilité, et à qui se vouer dans les cas (fréquents) où plusieurs experts divergent d'opinion ? Cet ouvrage collectif présente le personnage social de l'expert, les usages sociopolitiques de son travail ainsi que les manières d'arbitrer ses prétentions dans notre société. Une des grandes forces de ce livre tient à son caractère multidisciplinaire, qui accorde une place importante à la philosophie, à la science politique, à l'histoire, à la sociologie et aux sciences de la communication. Chaque texte offre un état de la question sur un volet précis et donne des clés d'explication à des problèmes actuels : contestation de la statistique publique, place des valeurs et des citoyens dans les décisions publiques, rôle social de la science, régulation des groupes professionnels ou rapports de pouvoir dans les espaces numériques (extrait 4^e de couv.)

► **Health Policy : Choice, Equality and Cost**

REISMAN D.

2017

Cheltenham : Edward Elgar

This lucid and comprehensive book explores the ways in which the State, the market and the citizen can collaborate to satisfy people's health care needs. It argues that health care is not a commodity like any other. It asks if its unique properties mean that there is a role for social regulation and political management. Apples and oranges can be left to the buyers and the sellers. Health care may require an input from the consensus, the experts, the insurers, the politicians and the bureaucrats as well. David Reisman makes a fresh contribution to the debate. He argues that the three policy issues that are of primary importance are choice, equality and cost. He explores the balance between the patient, the practitioner and public opinion; the disparities in outcome indicators and access to medical care; and the escalation in prices and quantities at the expense of other areas of social life. Reisman concludes that, despite its significance for the individual and the nation, there is no single definition of health or health care. The maximand is a mix. Yet decisions have to be made (4^e de couv.)

Politique publique

► **Mechanics of Replacing Benefits Systems with a Basic Income**

BROWNE J. ET IMMERVOLL H.

2018

OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 201. Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/employment/mechanics-of-replacing-benefits-systems-with-a-basic-income_ec38a279-en

Recent debates of basic income (BI) proposals shine a useful spotlight on the challenges that traditional forms of income support are increasingly facing, and highlight gaps in social provisions that largely depend on income or employment status. A universal “no questions asked” public transfer would be simple and have the advantage that no-one would be left without

support. But an unconditional payment to everyone at meaningful but fiscally realistic levels would likely require tax rises as well as reductions in existing benefits. We develop a comprehensive BI scenario that facilitates an assessment of the resulting fiscal and distributional effects in a comparative context, undertake a microsimulation study to quantify them, and propose a simple decomposition to identify the mechanisms that drive effects in different country contexts. Results illustrate the challenges, but also the strengths, of existing social protection systems. A BI would fix benefit coverage gaps that exist in many countries, but would require very substantial tax rises if it were to be set at a meaningful level. As support would not be targeted on those most in need, it would not be a cost-effective way of directly reducing income poverty.

Prévention

► **Le pouvoir d’agir empowerment questionne l’éducation thérapeutique et ses acteurs**

LEGRAIN S., *et al.*

2018

Rennes : Presses de l’EHESP

Après une présentation de la méthode, cette étude sur les programmes thérapeutiques et l’empowerment en santé analyse les résultats obtenus selon une approche transversale en ciblant les réflexions autour de quatre populations vulnérables : les enfants vivant avec une maladie chronique, les adolescents malades chroniques dans la période de transition des soins, les personnes ayant un problème de santé mentale et les personnes âgées de plus de 75 ans.

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

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2018

Paris : Ministère chargé de la santé

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf

Ce document présente les 25 mesures-phares de la politique de prévention destinées à accompagner les Français pour rester en bonne santé tout au long de leur vie. Ces mesures concrétisent le premier axe de la Stratégie nationale de Santé, stratégie qui porte l’action du gouvernement en matière de santé pour les cinq prochaines années. Ce document aborde tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l’autonomie de nos aînés.

Soins de santé primaires

► **Models of Primary Care Organization and the Use of Emergency Departments**

ALMEIDA A. S. ET VALES J.

2017

Porto Universidade do Porto

<http://wps.fep.up.pt/wps/wp598.pdf>

Overcrowding in hospitals' emergency department (ED) has often been attributed to lack of appropriate response in other parts of the health system, namely primary healthcare (PHC) institutions, but there is no definitive evidence supporting this assertion. We use patient-level data of 117,391 ED visits from two non-urban hospitals in Portugal to assess the effect that the model of PHC organization may have on ED utilization. PHC organization for the patients in our sample differed in two dimensions: patients may be enrolled in three different types of functional units - Personalized Healthcare Unit, Family Health Unit (FHU) Type A and B; and patients may have (or not) a specific family physician assigned. We estimate three different models using three dependent variables that describe the use of EDs: inappropriate use, rate of utilization and severity of patients. We conclude that the model of primary care organization exerts a significant influence on the use of EDs. FHUs have a significant positive effect on reducing the rate of utilization and inappropriate attendance of EDs. FHUs also have patients with lower severity conditions. We also conclude that patients with an assigned family physician make more appropriate use of the ED.

► **Does an Early Primary Care Follow-Up After Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients?**

BRICARD D. ET OR Z.

2018

Document de travail Irdes ; 73. Paris Irdes

<http://www.irdes.fr/english/working-papers/073-does-an-early-primary-care-follow-up-after-discharge-reduce-readmissions-for-heart-failure-patients.pdf>

Better monitoring of patients in primary care setting is often considered to be a solution for reducing avoidable hospitalisations and readmissions. In this paper we test the hypothesis that the risk of readmission is associated with the timing and intensity of primary

care follow-up, with a focus on consultations with a generalist (GP) after discharge by patients hospitalized for heart failure in France. We propose a discrete-time model which takes into account that primary care treatments have a lagged and cumulative effect on readmission risk measured on a weekly basis, using an instrumental variable strategy (IV). The results from IV regressions suggest that a consultation with a GP in the first weeks after discharge can reduce the readmission risk by almost 50%, and that patients with higher ambulatory care utilisation have smaller odds of readmission. Furthermore, geographical disparities in primary care affect directly primary care utilization and hence indirectly the readmission risk. These results suggest that interventions which strengthen communication between hospitals and generalists are elemental for reducing readmissions and improving system-wide cost efficiency. In order to encourage better care transition and to improve patient outcomes after discharge, financial incentives for hospitals should be aligned with the objective of avoiding repeated hospitalisations. However, the current hospital funding system in France, based on patient volumes, does not provide any incentive for investments to improve patient follow-up after discharge.

► **Medical Malpractice Reforms and the Location Decisions of New Physicians**

CHATTERJI P., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24401. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24401>

Spatial inequalities in access to physicians is a long-standing problem in the US, and it may be an important underlying cause of SES-related and racial/ethnic disparities in health outcomes. One important factor underlying spatial inequalities may be the enactment of state-level malpractice reforms, which could affect physician supply to a state, and/or lead to sorting among physicians across states along characteristics such as physician quality. In this study, we test whether state-level malpractice laws affect new physicians' location decisions and sorting of physicians by quality measures across states. We use data from the New York State (NYS) Residents' Exit Survey, which

includes all exiting medical residents from hospitals in NYS, and includes the practice locations these new physicians have chosen. We focus on two malpractice reforms – caps on noneconomic damages and caps on punitive damages. Our findings suggest that both types of reforms are associated with an increased probability of new physicians locating in the state that passed the reform, but only the caps on noneconomic damages are statistically significant at conventional levels. Effects of the laws are stronger for physicians in specialties which tend to face the highest risk of malpractice awards, while the opposite is true for physicians in specialties with the lowest risk of malpractice awards, as well as for osteopathic physicians. Physicians entering solo practice and partnerships respond more to damage cap laws than physicians entering group practices, hospital-based practices and other practice settings. While we do not find that median MCAT scores in the medical schools attended (among physicians from medical schools in New York State (NYS)) interact with the effects of the laws, we do find that US citizens attending foreign medical schools, as well as international medical graduates more generally, respond more to damage caps laws compared to physicians trained only in the US. If we consider the degree of selectivity of the medical school to be a measure of physician ability, this finding may suggest that damage cap laws influence location choices more among lower-ability physicians.

► **A New Drive for Primary Care in Europe: Rethinking the Assessment Tools and Methodologies**

EUROPEAN UNION

2018

Luxembourg Publications Office of the European Union

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

Ce rapport se penche sur les outils utilisés pour évaluer la performance des soins de santé primaires. Il explore les indicateurs, les méthodologies et l'assurance qualité tout en cherchant à comprendre l'impact de l'évaluation des performances. Il constate que les systèmes d'évaluation européens varient et propose sept recommandations pour intégrer l'évaluation de la performance dans les processus politiques.

► **Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)**

EUROPEAN UNION

2018

Luxembourg Publications Office of the European Union

https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_primarycare_performance_en.pdf

Ce rapport produit par un groupe d'experts mandaté par l'Union européenne discute des outils et des méthodes d'évaluation de la performance en contexte de soins de santé primaires. Il identifie 10 principaux domaines organisationnels, ce qui inclut la coordination et l'intégration des soins, et propose des indicateurs qui pourraient être utilisés à des fins de comparaison. Les étapes requises pour la mise en place d'un système d'évaluation de la performance sont explorées, de même que les expériences récentes de pays européens.

► **La clinique fondée sur les valeurs : de la science aux personnes**

FULFORD K. W. M., *et al.*

2017

Paris : Doin

La clinique fondée sur les valeurs est née du constat d'une insatisfaction fréquente des patients, du malaise des praticiens dans leur exercice quotidien, et de nombreux conflits survenant lors de soins devenus très techniques. « L'evidence-based medicine » ne peut plus suffire pour soigner correctement. Les valeurs, que ce soit celles du patient ou celles du médecin, entrent forcément en ligne de compte, et les négliger revient à mettre de côté des ressources qui peuvent pourtant se révéler très utiles. Cet ouvrage, rédigé de façon très vivante, s'organise autour de « récits de cas » accessibles sans prérequis spécialisé. De la médecine générale à la psychiatrie, en passant par la chirurgie ou les soins palliatifs, il s'y révèle une pratique possible des soins au plus proche de la singularité de chaque malade, exercée en s'appuyant sur les ressources de la personne soignée, de ses proches, et de tous les membres des équipes soignantes, aujourd'hui multidisciplinaires.

► **Rapport sur la proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale**

GAROT G.

2018

Paris Sénat

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rapports/r0543.asp>

Ce rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat accompagne une proposition de loi visant à remédier à la désertification médicale dans certains territoires français. Les mesures proposées sont les suivantes : le conventionnement territorial, le tiers payant intégré dans les centres et les maisons de santé.

► **Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe - Pacte - Rapport final de l'expérimentation**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2018

St Denis La Plaine HAS

https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2829704

L'expérimentation Pacte vise à faire passer « une équipe d'experts à une équipe experte » en faisant levier sur le collectif de travail autour notamment de la communication, de la gestion des risques en équipe, de la capacité d'alertes et de l'implication du patient afin de sécuriser la prise en charge du patient. Il s'agit d'un programme collaboratif pluri professionnel qui propose des méthodes et des outils pour améliorer le travail en équipe afin de sécuriser la prise en charge du patient. Cette expérimentation s'est déroulée en deux phases : une phase expérimentale avec 18 équipes volontaires qui ont participé à l'élaboration et au test du programme dans leur établissement avec l'accompagnement de la HAS et une phase pilote avec 50 équipes volontaires qui ont testé l'appropriation du programme et les outils avec l'aide d'une interface pour suivre le projet, mais sans accompagnement de la part de la HAS. Ce rapport présente les résultats et les enseignements des deux phases de l'expérimentation du programme.

► **The History, Evolution, and Future of Medicaid Accountable Care Organizations.**

MATULIS R. ET LLOYD J.

2018

Brief CHCS

<https://www.chcs.org/resource/history-evolution-future-medicaid-accountable-care-organizations/>

Accountable care organizations (ACOs) have become increasingly prevalent in the United States. These organizations shift more accountability for health outcomes to providers and many have shown positive results for achieving the "Triple Aim" of better health, improved patient experience, and lowered costs for Medicare, Medicaid, and commercial populations. This brief highlights the results of Medicaid ACO programs across the country to date, as well as key themes and lessons from these early adopters. It examines how Medicaid ACO programs have evolved over time by: (1) incorporating downside risk into payment models; (2) maximizing provider participation and program sustainability; (3) expanding services included in the model; and (4) focusing on greater alignment of quality measures. The brief informs state and federal policymakers, researchers, and foundations about key considerations to further the development of effective ACO approaches moving forward.

► **Les infirmiers libéraux : démographie, activité et recours aux soins**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

In: **Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018. Paris : Ministère chargé de la santé**

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-20171115-rapport_en_ligne_def.pdf

Au 1^{er} janvier 2015, 643 000 infirmiers exerçaient en France, dont 12,4 % - soit 79 990 - en libéral. Les infirmiers libéraux perçoivent en moyenne 88 700 € d'honoraires et 48 160 € de revenus. Depuis 2010, les honoraires des infirmiers libéraux ont augmenté en moyenne de 1,4 % par an contre 0,3 % pour leurs revenus. En 2016, les honoraires remboursés au titre des soins infirmiers pratiqués en ville (y compris en centres de santé) représentent une enveloppe de 7,3Md€.

► **Multimorbidité : prise en charge par le médecin généraliste**

OURABAH R., et al.
2018

Paris Académie Nationale de Médecine

<http://www.academie-medicine.fr/multimorbidite-prise-en-charge-par-le-medecin-generaliste/>

La multimorbidité vise à décrire l'ensemble des maladies chroniques qui impacte la prise en charge d'un sujet. En France, l'enquête INSEE-Credes sur la santé et les soins médicaux a montré que la multimorbidité est la règle chez les personnes âgées et occupe une place importante dans les soins de premiers recours. La prise en charge de ces patients multi morbides est difficile, car la symptomatologie clinique appartient à plusieurs maladies chroniques sous-jacentes qui interagissent entre elles. La plupart des recommandations pour la pratique clinique sont construites selon une approche de « maladie unique ». En présence d'un patient porteur d'une multimorbidité, les praticiens généralistes sont censés additionner toutes les recommandations préconisées pour chaque maladie considérée isolément, ce qui aboutit à des prises en charge médicamenteuses complexes, fort onéreuses et augmente le risque iatrogénique. La réponse des médecins généralistes face à la multimorbidité ne doit pas être centrée uniquement sur les moyens pour ralentir la symptomatologie, mais doit intégrer d'autres paramètres comme : le maintien de la qualité de vie des patients, la réduction des déficits fonctionnels et des troubles sensoriels souvent méconnus ou délaissés, la prise en compte des aspects techniques, humains et financiers de la dépendance. Dans cet objectif, il faut confier au médecin généraliste une responsabilité spécifique de coordination des soins et des prescriptions. Un dispositif de prise en charge à mettre en œuvre dans ces situations est proposé.

► **Les sages-femmes : une profession en mutation**

PHENG B.
2016

Paris ONDPS

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Cet ouvrage collectif rassemble dix contributions qui ont pour point commun d'interroger le deve-

nir de l'exercice professionnel et de l'activité des sages-femmes. Ces contributions sont réparties en trois volets thématiques : démographie médicale, compétences élargies, nouveaux modes d'organisation. Les travaux présentés dans cet ouvrage s'appuient sur des données ou des contributions discutées dans le cadre d'un groupe de travail mis en place à l'ONDPS en 2015-2016.

► **Sauver le médecin généraliste**

QUENEAU P. ET DE BOURGUIGNON C.
2017

Paris : Odile Jacob

Médecin de premier recours, de la prise en charge des malades chroniques, mais aussi médecin de la prévention des risques, le généraliste est cet homme ou cette femme de science et de confiance, dévoué et disponible pour chaque malade. Mais le nombre des généralistes diminue chaque année. Comment en sommes-nous arrivés là ? Pourquoi de plus en plus de patients se plaignent-ils de ne pas être soignés comme des personnes uniques ? Faut-il être inquiet pour l'avenir de cette profession ? Pourquoi les étudiants en médecine ne veulent plus être, pour la plupart, généralistes ?

► **Gender Homophily in Referral Networks: Consequences for the Medicare Physician Earnings Gap**

ZETLER D.
2017

Bonn IZA

<https://www.iza.org/publications/dp/11230/gender-homophily-in-referral-networks-consequences-for-the-medicare-physician-earnings-gap>

In this paper, I assess the extent to which the gender gap in physician earnings may be driven by physicians' preference for working with specialists of the same gender. By analyzing administrative data on 100 million Medicare patient referrals, I provide robust evidence that doctors refer more to specialists of their same gender, a tendency known as homophily. I propose a new measure of homophily that is invariant to differences between the genders in the propensity to refer or receive referrals. I show that biased referrals are predominantly driven by physicians' decisions

rather than by endogenous sorting of physicians or patients or by gender differences in the labor supply. As 75% of doctors are men, estimates suggest biased

referrals generate a 5% lower demand for female relative to male specialists, pointing to a positive externality for increased female participation in medicine.

Systeme de santé

► How to Make Sense of Health System Efficiency Comparisons?

CYLUS J., *et al.*

2017

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-to-make-sense-of-health-system-efficiency-comparisons>

Improving health system efficiency is a compelling policy goal, especially in systems facing serious resource constraints. However, in order to improve efficiency we must know how to properly measure it. This new policy brief therefore proposes an analytic framework for understanding and interpreting many of the most common health care efficiency indicators.

► L'Europe de la santé : enjeux et pratiques des politiques publiques

CORON G.

2018

Rennes : Presses de l'EHESP

Quel est le rôle de l'Europe en matière de santé ? Quelle influence la construction européenne a-t-elle sur le quotidien des patients, des établissements et de l'administration française ? Comment ces derniers cherchent-ils à faire entendre leurs voix auprès des pouvoirs publics européens à l'occasion de l'adoption de textes ou lors des procès qui les concernent ? Cet ouvrage collectif (réunissant des membres de l'administration française en charge des questions européennes, des lobbyistes, des juristes, des sociologues, des politiques) permet de comprendre, de façon concrète, le circuit des décisions européennes en matière de santé. Il met en lumière les aspects juridiques et les fonctionnements spécifiques (appels à projet, représentation des groupes d'intérêts.) qui constituent des enjeux majeurs pour les acteurs français du champ de la santé. (4^e de couverture.).

► Euro Health Consumer Index 2017

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE

2018

Danderyd Health Consumer Powerhouse

<https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017>

The EHCI, started in 2005, is the leading comparison for assessing the performance of national healthcare systems in 35 countries. The EHCI analyses national healthcare on 46 indicators, looking into areas such as Patient Rights and Information, Access to Care, Treatment Outcomes, Range and Reach of Services, Prevention and use of Pharmaceuticals.

► Which Policies Increase Value for Money in Health Care?

LORENZONI L., *et al.*

2018

OECD Health Working Papers; 104. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/which-policies-increase-value-for-money-in-health-care_a46c5b1f-en

The incentive structures produced by different institutional arrangements in health systems are important determinants of their performance, and can explain some of the differences in cross-country performance patterns. This paper proposes an approach and quantitative method to investigate how different policies and institutions helped achieving better value for money across 26 OECD countries for the period of 2000-2015. To this aim, it uses a panel of health system characteristics indicators - derived from questionnaires sent to countries by OECD in 2008, 2012 and 2016 - that describes primarily health financing and coverage arrangements, health care delivery systems, and governance and resource allocation.

► **Lois et plans d'actions pluriannuels en santé. Quels enseignements tirer des expériences internationales ?**

SYNTEC NUMÉRIQUE

2018

Paris Syntec numérique

https://syntec-numerique.fr/sites/default/files/Documents/2018_Etude_Syntec_numerique_SIA_Partners_lois_et_plans_daction_en_sante_0.pdf

À l'heure où les pouvoirs publics affirment leur volonté d'accélérer le virage numérique en santé, identifié comme chantier prioritaire dans la Stratégie de transformation du système de santé présentée le 13 février 2018, Syntec Numérique a souhaité se pencher sur les conditions effectives permettant de réussir cette transformation, qu'il s'agisse de financement, de portage

politique ou encore d'objectifs concrets. Dans cette perspective, l'étude analyse les lois et plans d'action pluriannuels en santé mis en œuvre par des pays de différentes zones du monde. Malgré d'importantes différences dans l'organisation de leur système de santé, tous ces pays ont lancé des programmes ambitieux en matière de santé numérique, avec des caractéristiques communes. L'étude montre également tout l'intérêt de prévoir une programmation pluriannuelle des dépenses de l'État, pour une durée de 5 ans, sur le modèle des lois de programmation militaire. En effet, le déploiement d'une stratégie ambitieuse sur 5 ans, avec des objectifs précis, quantifiables et évalués annuellement, est un prérequis pour réussir la transformation numérique de notre système de santé (d'après l'introduction).

Travail et santé

► **La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Tome 1**

ABALLEA P.

2018

Paris Igas

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000029-la-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-salaries-malades-ou-handicapes>

Il n'existe pas de mesure directe du nombre de salariés risquant de perdre leur emploi à court ou moyen terme en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, mais ce sont vraisemblablement un à deux millions de salariés qui sont exposés à ce risque, soit 5 à 10 % d'entre eux. La mission de l'Igas a dressé un état des lieux des dispositifs visant à faciliter le maintien de ces salariés à leur poste de travail, leur reclassement sur un autre poste ou un reclassement externe, sans attendre un licenciement pour inaptitude. Si les salariés et leurs employeurs sont les acteurs principaux d'une politique de maintien en emploi, celle-ci mobilise aussi de très nombreux intervenants : services de santé au travail, organismes de sécurité sociale, médecins et services hospitaliers, services médico-sociaux, organismes financés par les fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ou par les fonds de la formation professionnelle. Le rapport pro-

pose 30 recommandations opérationnelles au service de quatre objectifs : mieux informer et intervenir plus précocement pour repérer les difficultés et accompagner durablement les salariés concernés ; mieux prendre en compte ces situations dans la politique de l'emploi et la réforme de la formation professionnelle, dans la perspective d'une sécurisation des parcours professionnels ; renforcer l'investissement des services de santé au travail et mieux coordonner les acteurs ; améliorer certains dispositifs existants et expérimenter de nouvelles formes d'intervention

► **Worsening Workers' Health by Lowering Retirement Age: The Malign Consequences of a Benign Reform**

BAUER A. B. ET EICHENBERGER R.

2018

CREMA Working Paper 2018-02. Zurich University of Zurich

<https://ideas.repec.org/p/cra/wpaper/2018-02.html>

In 2003, the retirement age of Swiss construction workers was lowered from 65 to 60. This reform has been intended to improve their health. Our study shows the opposite outcome. The human capital theory suggests that investments in employees' productivity by the

employer and the employees themselves depend on the time remaining until their retirement. Hence, we hypothesize that pension reforms that reduce employees' working horizon decrease investments in work-related human capital, which translates into a higher prevalence of sickness absences, a longer absence duration, and worse health. By econometrically comparing pre- and post-reform cohorts of construction workers with other blue-collar workers, we find that among 56–60-year-old construction workers, their sickness absences increase from 3.2% to 5.6%, their sickness duration increases by 33%, and their probability of having health problems increases from 9% to 12.7% due to the reform.

► **Sickness and Disability policies: Reform Paths in OECD Countries between 1990 and 2014**

BOHEIM R. ET LEONI T.
2017

We analysed sickness and disability policies for the working age population in a number of OECD countries, between the years 1990 and 2014. Existing evidence suggests that there has been a broad shift in focus from passive income maintenance to employment incentives and reintegration policies. We have updated detailed policy scores provided by the OECD to estimate model-based country clusters. Our results indicate that countries have pursued different types of reforms consisting of a combination of integration and compensation measures. The reforms of recent decades have led to the emergence of a distinct cluster of Northern and Continental European countries characterised by a combination of strong employment-oriented policies and comparatively high social protection levels. An analysis of recent reforms shows a continued expansion of measures that foster employment as well as instances of retrenchment in the compensation dimension. Diversity of policy settings across country groups, however, remains substantial.

► **Travail et bien-être psychologique : l'apport de l'enquête CT-RPS 2016**

COUTROT T.
2018

Document d'Etudes (Dares)(217)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/document-d-etudes/article/travail-et-bien-etre-psychologique>

Comment le travail peut-il contribuer au bien-être psychologique des personnes? Quels sont les conditions de travail et les facteurs psychosociaux, de risque ou d'épanouissement, qui jouent le plus? Pour quels métiers le travail impacte-t-il le plus le bien-être, en positif ou en négatif? Et si, comme l'a montré une récente étude du Cepremap, le bien-être psychologique des personnes est nettement corrélé à leur comportement électoral, en va-t-il de même pour les conditions de travail? L'enquête Conditions de travail- Risques psychosociaux de 2016 (CT-RPS 2016) permet d'éclairer ces questions de façon inédite.

► **U.S. Employment and Opioids: Is There a Connection?**

CURRIE J., et al.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24440. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24440>

This paper uses quarterly county-level data to examine the relationship between opioid prescription rates and employment-to-population ratios from 2006–2014. We first estimate models of the effect of opioid prescription rates on employment-to-population ratios, instrumenting opioid prescriptions for younger ages using opioid prescriptions to the elderly. We also estimate models of the effect of employment-to-population ratios on opioid prescription rates using a shift-share instrument. We find that the estimated effect of opioids on employment-to-population ratios is positive but small for women, but there is no relationship for men. These findings suggest that although they are addictive and dangerous, opioids may allow some women to work who would otherwise leave the labor force. When we examine the effect of employment-to-population ratios on opioid prescriptions, our results are more ambiguous. Overall, our findings suggest that there is no simple causal relationship between economic conditions and the abuse of opioids. Therefore, while improving economic conditions in depressed areas is desirable for many reasons, it is unlikely to curb the opioid epidemic.

► **Dans les petites entreprises, la tarification à l'expérience contribue à diminuer les accidents du travail.**

LENGAGNE P.

2018

Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(231)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/231-dans-les-petites-entreprises-la-tarification-a-l-experience-contribue-a-diminuer-les-accidents-du-travail.pdf>

Les cotisations que les entreprises versent au titre de l'Assurance des risques professionnels du Régime général sont modulées en fonction de leur propre risque. Cette tarification à l'expérience introduit ainsi un mécanisme de responsabilisation des employeurs en matière de sécurité au travail et devrait les inciter à réduire les risques professionnels afin de limiter le montant de leurs cotisations. Dans le cas des petites entreprises, les cotisations sont partiellement individualisées de façon à ne pas faire peser sur ces entreprises un aléa financier qu'elles ne seraient pas en mesure de maîtriser ou qui pourrait les mettre en difficulté. L'étude présentée ici porte un éclairage sur l'efficacité de la tarification à l'expérience partielle appliquée aux petites entreprises de 20 à 49 salariés en termes de diminution des risques professionnels. Les estimations mettent en évidence une moindre incidence des taux d'accidents du travail liée à ce dispositif. Elles indiquent en outre que l'augmentation des taux d'individualisation de l'ordre de 10 points de pourcentage pour ces petites entreprises, mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018, entraînerait une diminution moyenne de 5 accidents du travail pour 1 000 salariés dans ces entreprises.

► **La sous-déclaration des AT MP**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

In: Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018., Paris : Ministère chargé de la santé: 128-131

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017-20171115-rapport_en_ligne_def.pdf

Un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au profit de la branche maladie est prévu pour tenir compte des dépenses liées à des sinistres ou pathologies d'origine professionnelle non déclarés comme tels (articles L.176-1 et L.176-2 du code de la sécurité sociale). Le montant du versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant, qui est pris en compte pour le calcul du taux de cotisations employeur dû au titre des AT-MP, avait été fixé à 1 Md€ pour les années 2015 à 2017. Une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes se réunit tous les trois ans pour évaluer le coût pour la branche maladie de cette sous-déclaration. La commission formule en outre des préconisations visant à lutter contre la sous-déclaration. En juin 2014, elle avait estimé les montants sous-déclarés dans une fourchette de 695 M€ à 1,3 Md€. La dernière commission, qui a rendu son rapport en juin 2017, a proposé une estimation du coût de la sous-déclaration située entre 815 M€ et 1,5 Md€.

Vieillessement

► **Guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées**

CNSA

2017

Paris

Ce guide doit donner aux porteurs de projets, bailleurs comme petits collectifs, des réponses sur les questions liées aux partenaires, aux publics et à leurs besoins et attentes, à l'immobilier, au projet ou à l'animation de la vie sociale. Le guide propose une description des

formules possibles d'habitat inclusif, ainsi que des dispositions mises en œuvre en faveur du logement des personnes âgées ou handicapées. Il formule des recommandations et des propositions pour le montage de projets tant pour ce qui concerne le bien-être des personnes âgées et des personnes handicapées qui en bénéficient qu'en ce qui concerne la sécurisation juridique et financière des modèles. Enfin, il conduit le lecteur vers des outils techniques et des éléments bibliographiques disponibles et utiles. Ce guide a vocation à évoluer et sera enrichi par les observations des

acteurs concernés et les évolutions réglementaires à venir.

► **Rapport d'information sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**

BONNE B.

2018

Paris Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>

Le présent rapport procède en premier lieu à une évaluation des effets de la réforme de la tarification des Ehpad actuellement mise en œuvre et dont les modalités font l'objet d'importantes contestations. Bien que le principe d'une redéfinition des dotations aux soins et à la dépendance des établissements sur des critères objectifs ne soit pas contestable, son efficacité a été fortement obérée par une insuffisante diffusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom), dont les opportunités en matière de gestion budgétaire ne bénéficient par conséquent qu'à un faible nombre d'établissements. En réponse à la crise profonde que traverse le modèle de ressources humaines en Ehpad, le rapport préconise une refonte des missions des différents personnels travaillant en Ehpad, notamment celles du médecin coordonnateur, ainsi qu'une redéfinition de l'organisation du travail, davantage tournée vers l'aménagement du temps de travail et l'appropriation de dispositifs innovants. Enfin, quelques pistes de réflexion pour l'Ehpad de demain sont lancées, qui partent du constat d'une approche excessivement médicalisée de la prise en charge et qui appellent à des assouplissements budgétaires et gestionnaires afin que les projets d'établissements puissent proposer des parcours plus intégrés et moins médicalisés. Les premiers jalons d'une réforme plus large du financement de la dépendance sont proposés.

► **Comparing the Education Gradient in Chronic Disease Incidence Among the Elderly in Six OECD Countries**

COTE-SERGENT A., *et al.*

2018

Working paper; 18-02. Montréal Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques

<http://www.cedia.ca/fr/comparing-education-gradient-chronic-disease-incidence-among-elderly-six-oecd-countries>

Inequalities in health by educational attainment are persistent both over time and across countries. However, their magnitudes, evolution, and main drivers are not necessarily consistent across jurisdictions. We examine the health-education gradient among older adults in the United States, Canada, France, the Netherlands, Spain and Italy, including how it changes over time between 2004 and 2010. Using longitudinal survey data, we assess how rates of incident poor health, incident difficulties with activities of daily living, and incident chronic conditions vary by educational attainment across countries. We also examine how potential confounders, including demographic characteristics, income, health care utilisation and health behaviours, affect the health-education gradient within countries over time. We find systematic differences in disease incidence, as well as in the health-education gradients, across countries. We also demonstrate that while adjusting for confounders generally diminishes the health-education gradient, the impacts of these variables vary somewhat across countries.

► **Étude prospective et qualitative. Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - région Auvergne-Rhône-Alpes**

DRENEAU M., *et al.*

2017

Lyon ORS Rhône-Alpes

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/

La littérature en psychologie et en sociologie concernant la dernière étape de la vie est plus qu'abondante, reflet d'évolutions à la fois démographiques et sociétales liées au fait que la durée de vie s'allonge et que la majorité des personnes seront, en vieillissant, en prise avec de nouvelles possibilités par rapport aux générations précédentes, mais aussi avec de nouvelles difficultés et inquiétudes qu'il faudra apprendre à apprivoiser, préparer... Vivre « le plus longtemps possible » est le souhait du plus grand nombre, à condition de « bien vieillir ». Dans ce contexte, l'Agence régionale de santé Auvergne- Rhône- Alpes a confié à l'Observa-

toire régional de la santé (ORS) Auvergne- Rhône- Alpes la réalisation d'une étude prospective et qualitative sur la prise en charge et l'accompagnement, à l'horizon 2030, de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie, au sein des territoires de la région Auvergne- Rhône- Alpes. Cette étude avait pour objectif d'identifier les priorités à mettre en œuvre pour une organisation optimale des ressources à destination des personnes âgées. Elle se déclinait en trois objectifs spécifiques : réaliser une synthèse bibliographique afin de faire le point sur les connaissances actuelles en matière de dépendance des personnes âgées et de leurs parcours de prise en charge ; proposer une typologie à l'échelle des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires (BSI) selon les parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes ; dégager des priorités et des pistes d'action à l'horizon 2030.

► **Distributional Effects of Alternative Strategies for Financing Long-Term Services and Supports and Assisting Family Caregivers**

FAVREAU M. M. ET JOHNSON R. W.
2018

Chestnut Hill Center for Retirement Research at Boston College

<http://crr.bc.edu/working-papers/distributional-effects-of-alternative-strategies-for-financing-long-term-services-and-supports-and-assisting-family-caregivers/>

We use two historical data sources – the Health and Retirement Study and the Medicare Current Beneficiary Study – to consider the patterns in older Americans' severe disability and their use of long-term services and supports (LTSS) by age and socioeconomic status. We then use a dynamic microsimulation model to project how the effects of various interventions to support those with severe disabilities and their caregivers would be distributed across the income distribution. The interventions that we examine fall into three broad classes: tax credits for caregiving expenses, respite care for people in the community with family caregivers, and new social insurance programs. Within each broad class of policies, we examine how sensitive outcomes are to changes in policy details (such as, in the case of tax credits, deductible levels, refundability, and income phase-outs).

► **Les Ehpad publics autonomes : portrait et situation financière.**

HACHEM L.
2018

Accès Territoires(5): https://www.labanquepostale.com/content/dam/groupe/actus-pub/pdf/etudes/finances-locales/2018/Acces-Territoire-n5_ehpad_20180201.pdf

Ce numéro aborde le sujet de la prise en charge des personnes âgées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Quelles sont les caractéristiques de ces établissements ? Comment sont-ils financés ? Avec quels enjeux ? Sans prétendre à l'exhaustivité, cette publication dresse un état des lieux des Ehpad publics autonomes, acteurs majeurs de la prise en charge des personnes âgées. Cette synthèse montre qu'en 2015, 6 millions de personnes ont plus de 75 ans et que 10 % d'entre elles fréquentent un établissement pour personnes âgées. On dénombre 7 442 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) répartis sur le territoire français, dont 44 % sont des Ehpad publics. Le reste à charge mensuel moyen en établissement pour une personne âgée est d'environ 1 600 euros : 1 500 euros de frais d'hébergement et 100 euros de ticket modérateur pour la dépendance. En 2015, le budget total des Ehpad publics autonomes s'élève à 5,4 milliards d'euros et leur encours de dette à 3,1 milliards d'euros à la fin de l'année.

► **Will Millennials Be Ready for Retirement?**

MUNNELL A. H. ET HOU W.
2018

Issue in Brief(18-2): 9, <http://crr.bc.edu/briefs/will-millennials-be-ready-for-retirement>

Millennials – despite high education levels – are behind previous cohorts on many indicators that help boost retirement preparedness. Having entered the labor market in tough times, Millennials have lower wages and fewer fringe benefits than Gen-Xers and late Baby Boomers did as young adults. This difficult start, combined with high levels of student debt, has delayed them from getting married and buying a home. Not surprisingly, then, Millennials have less wealth than previous cohorts, even though they will need more due to longer lifespans and reduced Social Security. The one piece of good news is that retirement is still a long way off, so they have time to get back on track.