

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

Any and all reproduction is prohibited but direct link to the document is accepted:
<http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html>

DOC VEILLE

Veille bibliographique en économie de la santé / Watch on Health Economics Literature

Mai 2017 / May 2017

Réalisée par le centre de documentation de l'Irdes, cette publication mensuelle, 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 sont disponibles gratuitement en ligne (voir mention à la fin de la notice). Les publications payantes peuvent être consultées, sur rendez-vous, au [centre de documentation de l'Irdes](#) ou bien 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](#). Il ne sera, en revanche, délivré aucune photocopie par courrier des références signalées dans cette bibliographie.

Un historique des Doc Veille se trouve sur le web de l'Irdes :
<http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html>

Produced by the Irdes documentation centre, this monthly publication presents by theme the latest articles, books and reports in Health Policy, Health System and Health Economics: both peer-reviewed and grey literature.

Documents are accessible online, either available for consultation at the [Irdes documentation centre](#). Copies of journal articles can also be obtained by university libraries (see [Sudoc](#)), Inist Agency (see [Refdoc](#)) or the [British Library](#). Requests for photocopies or scans of documents will not be answered.

Doc Veille's archives are located on the Irdes website:
<http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html>

Contacts

Espace documentation : documentation@irdes.fr
Marie-Odile Safon : safon@irdes.fr
Véronique Suhard : suhard@irdes.fr

Sommaire

Assurance maladie / Health Insurance 6

Andersen, M. S. (2017). Effects of Medicare Coverage for the Chronically Ill on Health Insurance, Utilization, and Mortality. 6

Cosgrove J. (2017). Patient Protection and Affordable Care Act: Concentration, Plan Availability and Premiums, and Enrollee Experiences in Health Insurance Markets Since 2014 6

Courtemanche, C., et al. (2017). Early Effects of the Affordable Care Act on Health Care Access, Risky Health Behaviors, and Self-Assessed Health 6

Giovanis, E. et Ozdamar, O. (2016). Who Pays More: Public, Private, Both or None? The Effects of Health Insurance Schemes and Health Reforms on Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditures in Turkey. 6

Jusot, F, et al. (2017). “Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?». 7

Negaret, P. (2017). De l'assurance maladie à l'assurance santé. 7

E-santé – Technologies médicales / E-health – Medical Technologies 7

Espin, J., et al. (2017). How can voluntary cross-border collaboration in public procurement improve access to health technologies in Europe? 7

Ministère chargé de la santé. (2017). Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel - Rapport du groupe CSF mesure 1-5 8

Salcher, M. et et al. (2017). "Harnessing Big Data for Health." 8

Economie de la santé / Health Economics 8

Bouray, E. (2016). Out of Pocket Health Expenditures in Turkey in the Aftermath of the Reforms: Impact of Co-payments on Expenditures and Use of Health Services 8

Commission de la Santé Mentale du Canada. (2017). Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques. 9

De Rycke, et al. (2017). Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients asthmatiques Sofia asthme : résultats 9

Rosen, A. B., et al. (2017). Strengthening National Data to Better Measure What We Are Buying in Health Care: Reconciling National Health Expenditures with Detailed Survey Data 9

Salm, M. et Wubker, A. (2017). Causes of Regional Variation in Healthcare Utilization in Germany. 9

Sufian, N. A., et al. (2015). National Intelligence and Private Health Expenditure: Do High IQ Societies Spend More on Health Insurance? 9

Etat de santé / Health Status	10
Hubler, O. (2017). Health and Body Mass Index: No Simple Relationship.....	10
Pisarik J., Rochereau T, et al. (2017). « État de santé des Français et facteurs de risque : premiers résultats de l'enquête santé européenne - enquête santé et protection sociale 2014.».....	10
Syndicat National des Audioprothésistes. (2017). Déficit auditif en France : livre blanc.	11
Géographie de la santé / Geography of Health	11
Vautard, A. (2017). L'aménagement sanitaire du territoire : stratégie et coordinations.	11
Handicap / Disability	11
Desjeux, C. (2017). Etat des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD - SAMSAH/SAVS («SPASAD» handicap adulte) : Rapport final	11
Hôpital / Hospitals	12
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2017). Rapport d'activité 2016 de l'ATIH.	12
Haut Conseil de la Santé publique (2017). Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique.....	12
Longo, F., et al. (2017). Do hospitals respond to rivals' quality and efficiency? A spatial econometrics approach.....	12
Lorenzoni, L. et Marino, A. (2017). Understanding variations in hospital length of stay and cost. Results of a pilot project.....	12
Maguire, D., et al. (2016). How hospital activity in the NHS in England has changed over time.	13
Moscelli, G., et al. (2017). The effect of hospital ownership on quality of care: evidence from England.....	13
Or Z.,et al. (2017). « Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France.»	13
Veran, O. (2017). Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur.	14
Inégalités de santé / Health Inequalities	14
Adam, C. (éd.), et al. (2017). La santé des populations vulnérables.	14
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (2017). Agir contre le renoncement aux soins : diagnostic, solutions et déploiement	14
Desprès, C., et al. (2017). Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes.....	15

Sanzenbacher, G. T., et al. (2017). Rising Inequality in Life Expectancy by Socioeconomic Status	15
Tavares, A. I. et Zantomio, F. (2017). Inequity in healthcare use among older people after 2008: The case of Southern European Countries.....	15
Médicament / Pharmaceuticals	16
Richard N., et al. (2017). Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France	16
Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics	16
Eurostat, et al.(2017). Final report of the expert group on quality of life indicators. 2017 edition	16
Politique de santé / Health Policy	16
Kroezen, M., et al. (2017). How can structured cooperation between countries address health workforce challenges related to highly specialized health care	16
Prévention / Prevention	17
Bousquet, F., et al. (2015). La prévention du diabète de type 2 par des programmes de changement des modes de vie : quels enseignements des expériences de mise en oeuvre "en vie réelle" : une analyse de la littérature,.....	17
Hong, K., et al. (2017). Seeing and Hearing: The Impacts of New York City's Universal Prekindergarten Program on the Health of Low-Income Children.	17
Pfeifer, G., et al. (2017). Goodbye smokers' corner: Health effects of school smoking bans.....	17
Psychiatrie / Psychiatry	18
Organisation Mondiale de la Santé (2017). Depression and Other Common Mental Disorders . Global Health Estimates.	18
Soins de santé primaires / Primary Health Care	18
Brekke, K. R., et al. (2017). Competition and physician behaviour: Does the competitive environment affect the propensity to issue sickness certificates.....	18
Douteau, S. (2015). Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade? : revue de la littérature. Mont-Saint Aignan	18
Vanlerenberghe, J. M. et Daudigny, Y. (2016). Rapport d'information sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne.	18
Systèmes de santé / Health Systems	19
Allard, C. et Rickey, B. (2017). What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?	19

Azzopardi-Muscat, N., et al. (2017). Malta: Health Systems Review	19
Dozol, A., et al. (2017). Mission d'étude sur l'expérimentation par le NHS anglais de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés.	20
Leandre, C., et al. (2017). Accountable Care Organisations. Enseignements d'un modèle développé aux Etats-Unis.....	20
Mousquès J., Lenormand M.C. (2017). «L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ?».....	20
Travail et santé / Occupational Health	21
Cicognani, S., et al. (2017). The secret to job satisfaction is low expectations: How perceived working conditions differ from actual ones.	21
Cottini, E. et Ghinetti, P. (2017). Is it the way you live or the job you have? Health effects of lifestyles and working conditions.	21
Hansen, B., et al. (2017). Benefit Generosity and Injury Duration: Quasi-Experimental Evidence from Regression Kinks	21
Vieillessement / Ageing	21
Braun, R. A., et al. (2017). Old, Frail, and Uninsured: Accounting for Puzzles in the U.S. Long-Term Care Insurance Market.....	21
Grotting, M. W. et Lillebo, O. S. (2017). Health effect of retirement. Evidence from Norwegian Survey and Register Data	22
Huillier, J. (2017). Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit.	22
Labazée, G. (2017). Tarification et perspectives d'évolution des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile	22
Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care	22
Sirven, N. (2017). « Une première étape de l'évaluation du projet Pari du Régime social des indépendants (RSI) : est-il possible de repérer le risque de fragilité chez les personnes âgées à partir de données administratives ?»	23
Thomas, S., et al. (2017). "Updated meta-review of evidence on support for carers."	23

Assurance maladie / Health Insurance

Andersen, M. S. (2017). Effects of Medicare Coverage for the Chronically Ill on Health Insurance, Utilization, and Mortality. Rochester : SSRN

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2937364

I study the effect of the 1973 expansion of Medicare coverage to individuals with End-Stage Renal Disease (ESRD) on insurance coverage, health care utilization, and mortality. Between the ESRD expansion and a simultaneous expansion of Medicare coverage to long-term Social Security Disability Insurance (SSDI) recipients, insurance coverage increased by 4.4 to 8.3 percentage points and the bulk of the increase in insurance coverage was due to an increase in Medicare coverage. The expansion was also associated with an increase in physician visits and a seven log point reduction in mortality from kidney disease, which I replicate in cross-country comparisons. Lastly, I provide evidence for two mechanisms that affected mortality: 1) an increase in access to and use of treatment, which is plausibly driven by changes in insurance coverage; and 2) an increase, by 1975, in entry of dialysis clinics in areas with a greater burden of kidney disease in 1971. Based on changes in the ages at which people died from kidney disease and all other causes, the ESRD program cost between \$29000 and \$245000 per life year saved, which includes a range of welfare improving values.

Cosgrove J. (2017). Patient Protection and Affordable Care Act: Concentration, Plan Availability and Premiums, and Enrollee Experiences in Health Insurance Markets Since 2014. Washington : GAO

<http://www.gao.gov/assets/690/681541.pdf>

The Patient Protection and Affordable Care Act changed many aspects of the private health insurance markets, including establishing health insurance exchanges in each state beginning in 2014—intended to allow consumers to compare and select health plans. In this testimony, we discuss our prior work that found: enrollment in health plans was concentrated among a small number of health insurance issuers; consumers in the individual market had access to more plans in 2015 than 2014, with varying premiums; and enrollees who obtained exchange coverage were generally satisfied with their plans, with affordability still a concern for some.

Courtemanche, C., et al. (2017). Early Effects of the Affordable Care Act on Health Care Access, Risky Health Behaviors, and Self-Assessed Health. NBER Working Paper Series ; n° 23269. Cambridge :

NBER

www.nber.org/papers/w23269

The goal of the Affordable Care Act (ACA) was to achieve nearly universal health insurance coverage through a combination of mandates, subsidies, marketplaces, and Medicaid expansions, most of which took effect in 2014. We use data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System to examine the impacts of the ACA on health care access, risky health behaviors, and self-assessed health after two years. We estimate difference-in-difference-in-differences models that exploit variation in treatment intensity from state participation in the Medicaid expansion and pre-ACA uninsured rates. Results suggest that the ACA led to sizeable improvements in access to health care in both Medicaid expansion and non-expansion states, with the gains being larger in expansion states along some dimensions. No statistically significant effects on risky behaviors or self-assessed health emerge for the full sample. However, we find some evidence that the ACA improved self-assessed health among older non-elderly adults, particularly in expansion states.

Giovanis, E. et Ozdamar, O. (2016). Who Pays More: Public, Private, Both or None? The Effects of Health Insurance Schemes and Health Reforms on Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditures in Turkey. Working Paper Series ; 1058. Doggy : Bogaziçi University

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2784936

This study explores the determinants and characteristics of the out-of-pocket to capacity to pay and catastrophic health expenditures in Turkey using a detailed micro-level survey, the Household Budget

Survey during the period 2002-2011. The results show that those who have public health insurance are less likely to face out-of-pocket to capacity to pay and catastrophic health expenditures, than those with private or without health insurance. In addition, the study explores the expansion of the health reform of 2003, where in 2008 the Green Card (Yesil Kart) holders are entitled, without fee, to the same services as those with public health insurance such as Emekli Sandigi, BAG-KUR, SSK. The analysis employs a differences-in-differences approach using a pseudo-panel based on propensity score matching. The results support that the difference of pocket health expenditures between the public health insurers and green card holders has been reduced. Furthermore, those who are located in rural areas are compared with those residing in urban areas, as the health reform in 2008 included expansion and improvement on the emergency services and infrastructure in rural areas.

Jusot, F, et al. (2017). "Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?". *Question d'Economie de la Santé (Irdes)(225) / Etudes et Résultats (Drees)(1005)*

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/225-assurance-maladie-et-complementaires-sante.pdf>

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1005.pdf>

La solidarité assurée par un système d'assurance maladie provient des transferts qu'il opère entre individus de classes de revenus différentes. Cette solidarité dépend des structures de consommations de soins et de cotisations à l'assurance maladie par niveau de vie. La solidarité du système français relève essentiellement du financement progressif de l'assurance maladie obligatoire : les plus aisés contribuent plus que les plus pauvres. Mais en dépit de fortes inégalités sociales de santé, qui impliquent des besoins de soins plus importants chez les plus pauvres, les prestations sont relativement homogènes entre classes de revenus. Elles n'augmentent donc que très faiblement la solidarité du système en raison des barrières à l'accès à certains soins. Au contraire de l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les restes à charge induisent très peu de transferts entre groupes de revenus. La mixité du système d'assurance maladie français est donc également un facteur limitant de sa solidarité entre classes de revenus.

Negaret, P. (2017). De l'assurance maladie à l'assurance santé. Paris : Fondapol

<https://fr.scribd.com/document/339190132/Patrick-Negaret-De-l-assurance-maladie-a-l-assurance-sante>

Cette note a été réalisée par le think tank libéral Fondation pour l'innovation politique (Fondapol). Conçue à l'origine pour garantir des remboursements, l'assurance maladie est encore aujourd'hui quasi exclusivement centrée sur les soins. Pourtant, la plupart des maladies sont désormais composées d'affections chroniques qui ne cessent de croître et peuvent être évitées ou limitées. Malgré cela, les actions sur les déterminants de la santé sont nettement insuffisantes et aucune politique de prévention n'est à la mesure des enjeux. L'auteur prône dans cette étude la mise en œuvre d'un système centré sur la santé et la personne dans son environnement.

E-santé – Technologies médicales / E-health – Medical Technologies

Espin, J., et al. (2017). How can voluntary cross-border collaboration in public procurement improve access to health technologies in Europe? Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/331992/PB21.pdf

This policy brief examines the legal framework put in place by the European Union to foster voluntary cross-border collaboration in the field of public procurement of health technologies. It looks at recent experiences and developments in cross-border collaboration across Europe; and explores the challenges and opportunities that such cross-border collaboration presents. It was written to inform discussions under the Maltese EU Presidency in 2017.

Ministère chargé de la santé. (2017). Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel - Rapport du groupe CSF mesure 1-5. Paris : Ministère chargé de la santé: 82.
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_csf.pdf

L'exploitation encadrée des données de santé constitue un levier majeur pour la recherche et le développement d'innovations ainsi que pour la mise à disposition de nouvelles technologies en santé. Par ailleurs, l'accès aux données répond à la nécessité pour les entreprises de fournir des études aux autorités, afin de répondre aux exigences d'évaluation, notamment dans le cadre de l'accès au marché, du suivi et de la sécurité en conditions réelles d'utilisation des produits de santé. Un cadre de dialogue a été mis en place au sein d'un groupe de travail réunissant pouvoirs publics et industriels dans le cadre de la mesure 1-5 « Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel » du Comité stratégique de filière des industries et technologies de santé. Les résultats des travaux approfondis menés par ce groupe de travail entre septembre 2016 et mars 2017, avant la création de l'Institut national des données de santé en avril 2017, sont restitués dans le présent rapport composé : d'un guide de l'utilisateur présentant la gouvernance générale des accès au système national des données de santé (SNDS) et les procédures de dépôts de dossiers.

Salcher, M. et et al. (2017). "Harnessing Big Data for Health." *Eurohealth* 23(1)
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/eurohealth/full-list-of-past-issues/harnessing-big-data-for-health>

This Spring issue, the Eurohealth Observer section opens with an article that gives a panoramic view of the benefits of unlocking the potential of big data in health care – for patients, providers, policy - makers and researchers. Two articles are presented: Connecting the dots - putting big data to work for health systems; and Big data for better outcomes - supporting health care system transformation in Europe. The International Section contains an article which discusses the health priorities of the 2017 Maltese EU Presidency. The Systems and Policies section looks at four topics, followed by Eurohealth Monitor: Reforms to inpatient care in Slovakia; American health law changes under the Trump Presidency; Health care reform in Kosovo; and Brexit and health in the UK.

Economie de la santé / Health Economics

Bouray, E. (2016). Out of Pocket Health Expenditures in Turkey in the Aftermath of the Reforms: Impact of Co-payments on Expenditures and Use of Health Services. *Working Paper Series ; 1070.*
Doggy Bogaziçi University

In 2002 Turkey started to implement reforms in health care aiming to ease access and increase efficiency. Reforms increased insurance coverage and resulted in higher number of outpatient and inpatient treatments at both public and private hospitals. To reign in consequent increase in health expenditures, a series of co-payments were instituted. Along with that primary care services were reformed through a family-medicine system that provided free access. The aim was to channel patients to primary care and hence cut on costs of secondary care. This work aims to measure the impact of these two measures, introduction of co-payments at secondary care and ease of access to free primary care, on out-of-pocket expenditures and access/use of healthcare services. We find that while contributory payments resulted in higher OOP health expenditures, especially for lower income households, the impact was small and did not hinder access to healthcare services. Indeed, possibly due to easier access to primary care, inability to see a doctor became less prevalent. Adverse effect of the contributory payments have been limited and have largely been countered by the provision of a easily available primary care system.

Commission de la Santé Mentale du Canada. (2017). Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada

Ce rapport de la Commission de la santé mentale du Canada est destiné aux décideurs, aux administrateurs des soins de santé et aux représentants élus afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées sur la meilleure façon d'investir les dollars réservés à la santé mentale. Il présente des exemples d'investissements en santé mentale fondés sur des données probantes qui entraînent des résultats optimaux en plus d'offrir aux gouvernements la meilleure probabilité de recouvrer leurs dépenses à l'avenir.

De Rycke, et al. (2017). Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients asthmatiques Sofia asthme : résultats. Paris : Inserm
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_Sophia_Asthme_Vague_A.pdf

Ce rapport s'inscrit dans le cadre général d'un mandat que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) a octroyé à l'Inserm Unité 1123 – Epidémiologie Clinique, Evaluation économique, population Vulnérables (ECEVE). L'objectif est d'évaluer la phase initiale du programme Sophia Asthme1 à l'aide des données de remboursement de l'assurance maladie (SNIIRAM) chaînées aux données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de données spécifiques recueillies auprès des participants au programme Sophia Asthme.

Rosen, A. B., et al. (2017). Strengthening National Data to Better Measure What We Are Buying in Health Care: Reconciling National Health Expenditures with Detailed Survey Data. *NBER Working Paper Series* ; n° 23290. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w23290

As health care financing, organization, and delivery innovations proliferate, the need for comprehensive, detailed data on medical spending has never been more apparent. This study builds on previous work to provide a more comprehensive accounting of medical spending at the individual level than has been done in the past. We account for spending by the entire population: the civilian, non-institutionalized population that is the subject of past studies, as well as high medical spenders, the institutionalized, the incarcerated, and active-duty military personnel. We use within-imputation and other adjustments to build a micro dataset and reconcile survey data based on our estimate of medical spending to the National Health Expenditure Accounts (NHEA). The micro dataset we build can be used for more detailed policy evaluations that more closely reflect true national personal health expenditure at the individual level.

Salm, M. et Wubker, A. (2017). Causes of Regional Variation in Healthcare Utilization in Germany. *Ruhr Economic Papers*; 675. Bochum : Ruhr Universität Bochum
<https://www.econstor.eu/handle/10419/155284>

Healthcare utilization varies widely between regions. Yet, the causes of regional variation are still not well understood, and they can also differ between countries and institutional settings. We exploit patient migration to examine which share of regional variation in ambulatory care use in Germany can be attributed to demand factors and to supply factors, respectively. Based on administrative claim-level data, we find that regional variation can be overwhelmingly explained by patient characteristics. Our results contrast with previous results for other countries, and they suggest that institutional rules in Germany successfully constrain supply-side variation in ambulatory care use between German regions.

Sufian, N. A., et al. (2015). National Intelligence and Private Health Expenditure: Do High IQ Societies Spend More on Health Insurance? *MPRA Paper* : 77328. Munich : MPRA
<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/77328/>

Studies show that high IQ people practice healthier lifestyles, which result in better health status. However, do such people spend more on healthcare? We employed hierarchical multiple regression analysis to examine the impact of national average IQ on private health expenditure, especially health insurance at cross-country level. Controlling for income, the old-age dependency ratio, and government expenditure on health, we found that IQ was positively significant on out-of-pocket healthcare expenditure but negatively associated with private health insurance expenditure. We suggest that high IQ societies pay less for health insurance because they are more capable of preventing illnesses or injuries and they live in healthier and safer environments, which are less vulnerable to diseases. In addition, they are more efficient at calculating risk and making choices according to their future healthcare needs. Hence, with price dispersion and various choices of premium schemes available within the health insurance industry, high IQ people may be more efficient at obtaining lower effective prices of premiums.

Etat de santé / Health Status

Hubler, O. (2017). Health and Body Mass Index: No Simple Relationship. IZA Discussion Paper;10620.

Bonn : IZA

<http://ftp.iza.org/dp10620.pdf>

Many studies have shown that obesity is a serious health problem for our society. Empirical analyses often neglect a number of methodological issues and relevant influences on health. This paper investigates empirically whether neglecting these items leads to systematically different estimates. Based on data from the German Socio-Economic Panel, this study derives the following results. (1) Many combinations of weight and height lead to the same health status. (2) Obese people have a significantly worse state of health. (3) The hypothesis has to be rejected that weight is an exogenous influence on health. (4) High income helps to improve men's health while deviations between desired and actual working hours induce negative effects. (5) The more siblings a woman has and the lower her father's social status, the worse is her health status. (6) Smoking is not good for health, a well-known fact. Especially for underweight individuals we detect the negative influence on health. Women are less affected. (7) A healthy diet strengthens the resilience for individuals who are not obese. (8) Long but not too long sleeping hours and sporting activities during youth contribute to a good health status. (9) Weight fluctuations induce negative effects on the health of women only. (10) Four of the big five components of personality, namely openness, extraversion, conscientiousness and agreeableness, contribute to resilience against health problems for underweight people.

Pisarik J., Rochereau T, et al. (2017). « État de santé des Français et facteurs de risque : premiers résultats de l'enquête santé européenne - enquête santé et protection sociale 2014. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) (223) / Etudes et Résultats (Drees) (998)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf>

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er998.pdf>

Près d'un tiers de la population métropolitaine âgée de 15 ans ou plus déclare que son état de santé est assez bon, mauvais ou très mauvais, d'après les premiers résultats de l'Enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014, menée auprès des ménages ordinaires (hors institution). Près de 40 % évoquent un problème de santé chronique et un quart une limitation dans les activités du quotidien. Ces indicateurs d'état de santé varient fortement selon les catégories socio-professionnelles, au détriment des catégories défavorisées, en particulier les ménages d'ouvriers non qualifiés. Presque une femme sur dix et un homme sur vingt présentent des symptômes dépressifs, qui s'accroissent à partir de 75 ans, et touchent particulièrement les ménages d'employés. Avec 7 % de personnes concernées, la France se situe dans la moyenne européenne. Parmi les facteurs de risque, l'excès de poids concerne 46 % de la population métropolitaine, le surpoids 31 % et l'obésité 15 %, soit moins que la plupart des autres pays européens participant à l'enquête. En revanche, 28 % des personnes fument, dont 22 % quotidiennement, soit un taux de fumeurs supérieur à la moyenne des pays européens. Ces deux

facteurs de risque varient fortement selon les catégories socio-professionnelles, au détriment, notamment, des ménages d'ouvriers. Deux autres *Questions d'économie de la santé/Études et Résultats* paraîtront en 2017 présentant les premiers résultats en matière d'assurance santé et d'accès aux soins. L'ensemble des résultats de l'enquête sera par ailleurs communiqué dans un rapport de l'Irdes à paraître en 2017.

Syndicat National des Audioprothésistes. (2017). Déficit auditif en France : livre blanc. Paris : UNSAF
www.unsaf.org/doc/Deficits_auditifs_en_France_-_Livre_blanc_-_Mars_2017.pdf

Ce livre blanc dresse le bilan du secteur de l'audioprothèse. Il commence tout d'abord par un panorama statistique du déficit auditif en France : étiologie, épidémiologie et conséquences. Il s'intéresse ensuite au parcours vécu du déficit auditif et de la place et rôle de l'audioprothésiste dans le parcours de soins. Enfin, il aborde les aspects économiques : reste à charge et couverture maladie et compare la situation française à d'autres pays européens.

Géographie de la santé / Geography of Health

Vautard, A. (2017). L'aménagement sanitaire du territoire : stratégie et coordinations. Bordeaux : LEH Edition

<https://www.leh.fr/edition/p/l-amenagement-sanitaire-du-territoire-9782848746623>

Le territoire semble avoir été découvert par l'hôpital depuis le 21 juillet 2009 et la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires). Pourtant, bien que souvent ténus, les liens entre l'hôpital et ce qui se passe hors de ses murs ont existé depuis les premiers dépôts de mendicité et hospices. Les établissements de santé n'ont cependant pris conscience que très récemment de leur rôle premier en termes d'aménagement sanitaire. Autocentré autant par habitude que par nécessité au regard des règles qui s'imposent à lui, l'hôpital se doit désormais d'ouvrir ses perspectives du fait des grands enjeux de santé de ce début du XXI^e siècle : création de filières, balance entre qualité et proximité des soins, développement des prises en charge ambulatoires et libérales. Ce défi territorial suscite craintes et espoirs et conditionne l'avenir du système de santé français. L'auteur développe des convictions fortes pour y faire face : rénovation des soins primaires, développement des complémentarités entre établissements publics, concurrence public-privé au service du patient, renforcement du rôle des pouvoirs publics dans le pilotage et l'arbitrage en termes d'organisation des soins et enfin responsabilisation et écoute des intelligences locales. Nourri par une analyse historique, des enquêtes de terrain, des entretiens et la pratique quotidienne, ce livre synthétise le débat d'actualité sur l'organisation territoriale des hôpitaux et propose une vision spécifique en soulignant les évolutions à favoriser.

Handicap / Disability

Desjeux, C. (2017). Etat des lieux pour définir un cadre d'expérimentation des dispositifs combinés et intégrés SAAD - SAMSAH/SAVS («SPASAD» handicap adulte) : Rapport final. Paris : Handéo

L'Observatoire national des aides humaines, porté par Handéo, s'est intéressé aux freins et leviers de coopération entre les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les autres structures sociales, médico-sociales et sanitaires. L'étude analyse plus particulièrement les coopérations avec les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH), et leurs effets pour leurs bénéficiaires.

Hôpital / Hospitals

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2017). Rapport d'activité 2016 de l'ATIH.

Lyon : ATIH

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2196/rapport_dactivite_atih_2016.pdf

Le rapport d'activité 2016 de l'ATIH souligne que son activité s'est concentrée autour de deux thèmes majeurs : le système de financement des établissements sanitaires et des structures médico-sociales où les niveaux de maturité varient selon les secteurs et les activités. L'objectif est d'innover grâce à de nouveaux modèles comme celui des hôpitaux de proximité, la création de nouvelles modalités de financement des activités isolées et l'intégration de la qualité dans le dispositif. Cette modernisation s'effectue notamment par les travaux réalisés sur les outils de l'agence comme la classification ou la mesure des coûts. Dans un second lieu, l'accessibilité et la visibilité des données collectées à la suite de la loi de modernisation du système de santé a impacté la diffusion des données. L'agence a donc proposé des solutions opérationnelles d'accès sécurisé pour l'utilisation des informations du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans des conditions conformes aux nouvelles exigences légales.

Haut Conseil de la Santé Publique (2017). Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique. Paris : HCSP

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=610>

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé constituent une innovation organisationnelle importante. Le Haut Conseil de la santé publique propose, dans le cadre d'une auto-saisine, treize recommandations opérationnelles pour développer l'approche de santé publique au sens de la santé des populations et de la prise en compte de ses besoins sur un territoire. Ces recommandations s'appuient sur trois principes généraux : contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé ; impliquer les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales ; développer l'évaluation des besoins de santé de la population et des actions mises en place.

Longo, F., et al. (2017). Do hospitals respond to rivals' quality and efficiency? A spatial econometrics approach. CHE Research Paper Series ;144. York : University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP144_hospital_quality_efficiency_spatial_econometrics.pdf

This study investigates whether hospitals in the English National Health Service increase their quality (mortality, emergency readmissions, patient reported outcome, and patient satisfaction) or efficiency (bed occupancy rate, cancelled operations, and cost indicators) in response to an increase in quality or efficiency of neighbouring hospitals. It estimates spatial cross-sectional and panel data models, including spatial cross-sectional instrumental variables. Hospitals generally do not respond to neighbours' quality and efficiency. This suggests the absence of spillovers across hospitals in quality and efficiency dimensions and has policy implications, for example, in relation to allowing hospital mergers.

Lorenzoni, L. et Marino, A. (2017). Understanding variations in hospital length of stay and cost. Results of a pilot project. OECD Health Working Papers ; 94. Paris : OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/understanding-variations-in-hospital-length-of-stay-and-cost_ae3a5ce9-en;jsessionid=13chtc9ncgwkj.x-oecd-live-03

Hospitals are the most expensive component of OECD health care systems, accounting for around one third of total health care expenditure. Given growing pressures on government budgets, this is an area of expenditure that has already been, and will continue to be, thoroughly scrutinised for potential increases in efficiency. One way to assess hospital efficiency is to measure the amount of resources

each hospital uses to treat specific conditions. A care delivery process may be seen as more efficient – after accounting for broader health system and market factors that may constrain the hospital from operating at an efficient level – if it consumes fewer resources while delivering adequate care for the same condition, the dimension of efficiency under review here. In this light, measuring hospital length of stay and costs for a given condition helps the understanding of how efficient (better performing) hospitals are relative to each other. Through international comparative work, this paper helps policy makers understand the scope and nature of length of stay/costs variation across hospitals in OECD countries. It also explores whether characteristic of hospitals or of countries' regulatory and operating environments can explain differences in efficiency. Data on length of stay and costs to treat patients admitted to hospitals for nine tracing conditions/treatments were collected and analysed for Canada (Alberta province), France, Ireland and Israel for 2012-2014. This analysis shows that hospitals with a number of beds ranging between 200 and 600, and not-for-profit hospitals report shorter length of stay and lower costs for several conditions/treatments. It also shows that variations in efficiency are more likely to exist at the hospital level for cardiac surgery (acute myocardial infarction with percutaneous transluminal coronary angioplasty and coronary artery bypass graft), and at country level for hysterectomy, caesarean section and normal delivery. These results shed some light on the importance of hospital payment system in fostering efficiency in care delivery for standard/high volume treatments such as normal delivery, whereas hospital management and organisation seem to drive efficiency for more complex/technology driven treatments such as bypass surgery.

Maguire, D., et al. (2016). How hospital activity in the NHS in England has changed over time.

London : The King's Fund

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/hospital-activity-funding-changes>

This new analysis finds that the number of admissions to hospital are rising steeply and are outstripping increases in the NHS budget. It highlights the potential for rising hospital admissions to jeopardise the plans set out in the NHS five year forward view, which is based on an assumption that growth in hospital activity would be reduced to 1.3 per cent a year rather than the current rate of a 3.6 per cent increase per year. The paper argues that finding ways of moderating demand for hospital care should be prioritised and that the best hope for this lies in strengthening community services.

Moscelli, G., et al. (2017). The effect of hospital ownership on quality of care: evidence from England. CHE Research Paper Series ;145. York : University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP145_hospital_ownership_quality_care_evidence.pdf

This study investigates whether quality of care differs between public and private hospitals in England with data on 3.8 million publicly-funded patients receiving 133 planned (non-emergency) treatments in 393 public and 190 private hospital sites. Private hospitals treat patients with fewer comorbidities and past hospitalisations. Controlling for observed patient characteristics and treatment type, private hospitals have fewer emergency readmissions. Conversely, after instrumenting the choice of hospital type by the difference in distances from the patient to the nearest public and the nearest private hospital, the effect of ownership is smaller and statistically insignificant. Similar results are obtained with coarsened exact matching. This analysis finds no quality differences between hospitals specialising in planned treatments and other hospitals, nor between for-profit and not-for-profit private hospitals. The results show the importance of controlling for unobserved patient heterogeneity when comparing quality of public and private hospitals.

Or Z., et al. (2017). « Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (226)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/226-variations-des-pratiques-chirurgicales-dans-la-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-en-france.pdf>

En 2015, le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes d'incidence (54 000 nouveaux cas) et de mortalité (12 000 décès) [Inca, 2015]. La prise en charge chirurgicale des cancers du sein s'est améliorée à la suite d'évolutions diagnostiques et thérapeutiques, mais également d'une

recomposition de l'offre de soins en cancérologie. Le traitement conservateur (tumorectomie) est devenu le traitement de référence avec un taux de recours dépassant 70 % dans une grande majorité d'établissements en 2012. Entre 2005 et 2012, la technique du ganglion sentinelle s'est diffusée dans la plupart des établissements, et le nombre de patientes en ayant bénéficié a triplé sur la période. En revanche, la reconstruction mammaire immédiate après une mastectomie totale reste peu fréquente, bien que le recours à cette technique soit en augmentation. Les taux de recours à ces pratiques varient entre les établissements et entre les départements. Ces variations peuvent être en partie le reflet de l'état de santé et des préférences des patientes. Mais elles illustrent également des différences dans la disponibilité et l'organisation des services et des plateaux techniques, ainsi que des différences de pratiques entre établissements. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de bénéficier de la technique du ganglion sentinelle ou d'une reconstruction mammaire immédiate est plus élevée dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), dans les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et dans les établissements ayant un volume d'activité élevé.

Veran, O. (2017). Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur. Paris : Ministère chargé de la santé

<http://social->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf)

Ce rapport constitue le deuxième volet d'une mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, établi par un comité d'experts. Le premier volet du rapport, remis en mai 2016, formulait des préconisations dont certaines ont été intégrées à la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 comme la mise en place progressive d'une part de financement fixe pour les activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), la création d'une prestation intermédiaire, entre la consultation et l'hospitalisation de jour, pour mieux valoriser le travail pluridisciplinaire, ou encore l'extension du modèle de financement des hôpitaux de proximité aux établissements de soins de suite et de réadaptation. La seconde partie des travaux conforte les évolutions engagées depuis 2012 ou en cours de mise en œuvre (refonte du financement de l'HAD, évolution du financement lié à la qualité et de celui lié à la précarité). Ces travaux préconisent des évolutions structurelles à moyen terme. Concernant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, ce rapport propose d'expérimenter la cohabitation de trois modes de financement : T2A, financement par épisodes de soins et financement dit « au parcours ». Concernant la psychiatrie, la mission ne recommande pas une réforme globale du modèle de financement mais suggère de pondérer le système actuel en fonction des besoins épidémiologiques de la population et des données médico-économiques en vue de réduire les inégalités de financement.

Inégalités de santé / Health Inequalities

Adam, C. (éd.), et al. (2017). La santé des populations vulnérables. Paris : Ellipses

« Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune ». L'article 1er de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 a ensuite été placé en 1791 en tête de la Constitution de la République française. Cependant, depuis la naissance d'un individu, se développent de manifestes inégalités face à la santé et à la maladie qui impactent directement l'espérance de vie, notamment au détriment des personnes aux revenus les plus faibles. La mortalité prématurée évitable touche de façon très discriminante les différentes catégories sociales. Pour les professionnels concernés, agir à cet égard ne relève pas d'une charité où la bonne volonté se substituerait à la compétence. Des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être sont indispensables. Ils résultent de nécessaires processus d'apprentissage enrichis par l'expérience.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (2017). Agir contre le renoncement aux soins : diagnostic, solutions et déploiement, Paris : Cnamts

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Lutte_contre_le_renoncement_aux_soins_-_VDEF.pdf

L'assurance maladie va progressivement généraliser son dispositif de lutte contre le renoncement aux soins à tout le territoire national. Lancé sous forme d'expérimentation depuis novembre 2014 dans une vingtaine de département, ce dispositif intitulé PLANIR (Plan d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures) va être généralisé à l'ensemble du territoire à travers trois vagues successives du 1er avril 2017 à la mi-2018. Ce dispositif consiste en un accompagnement à 3 niveaux : un bilan exhaustif des droits aux prestations intégrant une explication approfondie de leurs usages; une orientation dans le système de soins ; un accompagnement au montage financier, construit le cas échéant par co-financement de plusieurs partenaires pour faire face à des restes à charge auxquels la personne, en raison de son « reste pour vivre », ne pourrait faire face.

Desprès, C., et al. (2017). Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes. Paris : Fonds CMU

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-04-03_Etude_Analyse_m%C3%A9decins_pr%C3%A9carit%C3%A9.pdf

Cette publication sur « les pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes » est une étude qualitative socio-anthropologique réalisée en 2016 par Caroline Desprès et Pierre Lombrail du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII. Elle fait suite à un appel à projet de recherche lancé à l'automne 2014 par le Défenseur des droits et le Fonds CMU. Elle a permis de recueillir le point de vue de professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes et chirurgiens-dentistes) exerçant dans des cabinets libéraux sur la prise en charge de patients vivant dans des conditions de vie précaires, notamment ceux qui sont au-dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire éligibles à la CMU-C ou à l'ACS.

Sanzenbacher, G. T., et al. (2017). Rising Inequality in Life Expectancy by Socioeconomic Status. *Crr Wp; 2017-02*. Chestnut : Hill Center for Retirement Research at Boston College

<http://crr.bc.edu/working-papers/rising-inequality-in-life-expectancy-by-socioeconomic-status>

Inequality in life expectancy is growing in the United States, but evidence is mixed regarding how much it has grown. Some studies have found that life expectancies have decreased for those with the lowest socioeconomic status (SES). Other studies have found that while inequality is rising, there have been life expectancy gains across the board. A primary difference in these studies is how SES is measured. Some studies use an absolute measure, such as years of school completed, while others use relative measures, such as a person's ranking of years of school completed compared to others born at the same time. This study uses regression analysis to assign people a relative education ranking and, in doing so, attempts to isolate the changing relationship between SES and mortality from the fact that certain education-based groups, especially high school dropouts, actually have a lower SES level today than in the past. The study finds that when SES is defined in this way – relatively – inequality in mortality by SES is increasing but life expectancies have also increased across SES groups. The study also finds that white women in the bottom of the education distribution have experienced the least improvement of any group. This research suggests efforts to improve the finances of Social Security through higher retirement ages will have to reckon with the distributional effects of increasing inequality in mortality, but not with increases in mortality for large segments of the population.

Tavares, A. I. et Zantomio, F. (2017). Inequity in healthcare use among older people after 2008: The case of Southern European Countries. *Working paper ; 17/06*. York : University of York

<http://www.york.ac.uk/economics/postgrad/herc/hedg/wps/>

Despite the sizeable cuts in public healthcare spending, part of the austerity measures recently undertaken in Southern European countries, little attention has been devoted to monitoring distributional aspects of healthcare usage. This study aims at measuring socioeconomic inequities in primary and secondary healthcare experienced some time after the crisis onset in Italy, Spain and

Portugal. The analysis, based on data drawn from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), focuses on older people, who generally face significantly higher healthcare needs, and whose health appeared to have worsened in the aftermath of the crisis. The Horizontal Inequity indexes reveal remarkable socioeconomic inequities in older people's access to secondary healthcare in all three countries. In Portugal, the one country facing most severe healthcare budget cuts and where user charges apply also to GP visits, even access to primary care exhibits a significant pro-rich concentration. If reducing inequities in older people's access to healthcare remains a policy objective, austerity measures maybe pulling the Olive belt countries further away from achieving it.

Médicament / Pharmaceuticals

Richard N., et al. (2017). Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France.

Rapport d'expertise. St Denis : ANSM

http://ansm.sante.fr/content/download/103771/1314799/version/4/file/ANSM_Rapport_Benzo_2017-2.pdf

Une diminution modérée de la consommation des benzodiazépines est observée en France depuis ces trois dernières années. Bien que le niveau en 2015 soit le plus bas que l'on ait observé depuis 2000, le nombre de Français consommant une benzodiazépine reste encore trop élevé, en particulier chez les plus de 65 ans. Aussi, il demeure nécessaire de continuer à mobiliser l'ensemble des professionnels de santé et de renforcer l'information des patients sur les risques liés aux benzodiazépines tout en gardant à l'esprit que, bien utilisées, elles sont des médicaments indispensables dans l'arsenal thérapeutique.

Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

Eurostat, et al.(2017). Final report of the expert group on quality of life indicators. 2017 edition,

Luxembourg : Office des publications officielles de l'Union européenne

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/7870049/7960327/KS-FT-17-004-EN-N.pdf/f29171db-e1a9-4af6-9e96-730e7e11e02f>

This publication presents the final report of the Expert Group on Quality of life indicators, endorsed by the Directors of Social Statistics in October 2016. A comprehensive framework of quality of life indicators is encompassing nine dimensions: material living conditions, productive or other main activity, health, education, leisure and social interactions, economic security and physical safety, governance and basic rights, natural and living environment and overall experience of life. 17 indicators coming from all these dimensions were chosen as headline indicators. The report includes also recommendations of the Expert Group on the future work in this area of statistics. The report provides as well information about the initiatives on quality of life indicators existing at national and international level.

Politique de santé / Health Policy

Kroezen, M., et al. (2017). How can structured cooperation between countries address health workforce challenges related to highly specialized health care? Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-can-structured-cooperation-between-countries-address-health-workforce-challenges-related-to-highly-specialized-health-care>

This policy brief draws on the experience of different cross-border collaborations in highly specialized health care in order to address health workforce challenges that countries face. It identifies the factors that can enable or block structured cooperation and describes the institutional framework in place. It also examines the policy implications for supporting structured cooperation in the European Union.

Prévention / Prevention

Bousquet, F., et al. (2015). La prévention du diabète de type 2 par des programmes de changement des modes de vie : quels enseignements des expériences de mise en oeuvre "en vie réelle" : une analyse de la littérature, Paris : Cnamts

Cette étude a été réalisée par un groupe de travail de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés. Elle a visé à éclairer les réflexions du groupe d'experts sur la prévention primaire du diabète de type 2 dont les conclusions et les recommandations sont présentées dans un second document intitulé « Introduction d'un programme pilote de prévention du diabète de type 2 chez les personnes à haut risque : avis et recommandations du groupe d'experts ». Cette étude ne constitue pas une revue de littérature systématique et exhaustive, mais elle couvre néanmoins très largement les données disponibles publiées dans la littérature académique ou grise. Elle a pu être enrichie par l'organisation d'un séminaire international organisé en mai 2014.

Hong, K., et al. (2017). Seeing and Hearing: The Impacts of New York City's Universal Prekindergarten Program on the Health of Low-Income Children. NBER Working Paper Series ; n° 23297. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w23297

Prior research suggests that high quality universal pre-kindergarten (UPK) programs can generate lifetime benefits, but the mechanisms generating these effects are not well-understood. In 2014, New York City made all 4-year-old children eligible for high-quality UPK programs that emphasized developmental screening. This study examines the effect of this program on the health and healthcare utilization of children enrolled in Medicaid using a difference-in-regression discontinuity design that exploits both the introduction of UPK and the fixed age cut-off for enrollment. The introduction of UPK increased the probability that a child was diagnosed with asthma or with vision problems, received treatment for hearing or vision problems, or received a screening during the prekindergarten year. UPK accelerated the timing of diagnoses of vision problems. The results do not find any increases in injuries, infectious diseases, or overall utilization. These effects are not offset by lower screening rates in the kindergarten year, suggesting that one mechanism through which UPK might generate benefits is that it accelerates the rate at which children are identified with conditions that could potentially delay learning and cause behavioral problems. We do not find significant effects of having a child who was eligible for UPK on mothers' health, fertility, or healthcare utilization.

Pfeifer, G., et al. (2017). Goodbye smokers' corner: Health effects of school smoking bans. Ruhr Economic Papers; 678. Bochum: Ruhr-Universität Bochum
<http://econpapers.repec.org/paper/zbwrwirep/678.htm>

This study estimates the causal impact of school smoking bans in Germany on the propensity and intensity of smoking. Using representative longitudinal data, we use variation in state, year, age cohort, school track, and survey time for implementation of such smoking bans to identify the effects of interest. The estimates from multiple differences approach show that six to ten years after intervention, propensity towards smoking is reduced by 7-16 percent, while the number of smoked cigarettes per day decreases by 8-13 percent. The results still hold if they account for the clustered data structure by evaluating the effects with randomization inference.

Psychiatrie / Psychiatry

Organisation Mondiale de la Santé (2017). Depression and Other Common Mental Disorders . Global Health Estimates. Genève : OMS

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

This booklet provides latest available estimates of the prevalence of depression and other common mental disorders at the global and regional level, together with data concerning the consequences of these disorders in terms of lost health. Reliable, up-to-date estimates of the proportion of a general population affected by different diseases or health conditions is a key ingredient of effective health policy, planning and evaluation.

Soins de santé primaires / Primary Health Care

Brekke, K. R., et al. (2017). Competition and physician behaviour: Does the competitive environment affect the propensity to issue sickness certificates? *NHH Dept. of Economics Discussion Paper ;3/2017.* Bergen : Norwegian School of Economics

http://www.nipe.eeg.uminho.pt/Uploads/WP_2017/NIPE%20WP-05_2017.pdf

Competition among physicians is widespread, but compelling empirical evidence on the impact on service provision is limited, mainly due to lack of exogenous variation in the degree of competition. In this paper we exploit that many GPs, in addition to own practice, work in local emergency centres, where the matching of patients to GPs is random. This allows us to observe the same GP in two different competitive environments; with competition (own practice) and without competition (emergency centre). Using rich administrative patient-level data from Norway for 2006-14, which allow us to estimate high-dimensional .fixed-effect models to control for time-invariant patient and GP heterogeneity, we .find that GPs with a fee-for-service (fixed salary) contract are 11 (8) percentage points more likely to certify sick leave at own practice than at the emergency centre. Thus, competition has a positive impact on GPs' sick listing that is reinforced by financial incentives.

Douteau, S. (2015). Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade? : revue de la littérature. *Mont-Saint Aignan* : Université de Rouen. **Thèse de Doctorat en Médecine.**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01205593>

Un faible niveau de littératie en santé impacte négativement la santé des populations et donc les coûts de santé. Le concept de littératie est peu connu et utilisé en France où l'on parle plus volontiers d'illettrisme. De fait, l'impact de la littératie en santé (ou même de l'illettrisme) sur la relation médecin-malade est méconnu en France, alors que 21,6% de la population française aurait un niveau de littératie très faible selon l'OCDE. Le premier objectif de cette thèse est d'identifier les conséquences d'un faible niveau de littératie sur la communication médecin-malade. Le second est de réaliser la synthèse des diverses méthodes proposées pour améliorer la relation médecin-malade. Compte-tenu de l'impact de la littératie sur la santé, il semble important de développer en France l'étude de ce concept et de ses conséquences, pour améliorer la compréhension et l'observance des patients.

Vanlerenberghe, J. M. et Daudigny, Y. (2016). Rapport d'information sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne. Paris : Sénat: 23.

<http://www.senat.fr/rap/r15-867/r15-8671.pdf>

La commission des affaires sociales du Sénat considère que si le système allemand de régulation de la médecine de ville n'est pas transposable en tant que tel à la France, il est porteur d'éléments de responsabilisation des acteurs dont la France pourrait s'inspirer. En Allemagne, le mode de négociation entre médecins et caisses d'assurance maladie repose sur plusieurs équilibres

fondamentaux : la soumission des sommes perçues par les médecins au respect du principe d'équilibre budgétaire des caisses d'assurance maladie, la fixation des honoraires par la négociation entre médecins et caisses et la représentation institutionnelle des médecins au travers d'un double niveau d'élection (celui du Land et le niveau fédéral). Depuis 2009, l'assurance maladie légalement obligatoire ne peut présenter de déficit, et les cotisations employeurs ne peuvent augmenter. Ainsi, dès lors que les dépenses augmentent, les cotisations des salariés augmentent également et, même si les caisses et les médecins sont fortement incités à maîtriser les coûts, l'ajustement d'une année sur l'autre est assez sévère. En France, le rapport entre les médecins, les caisses et l'Etat est historiquement très différent de ce qui existe en Allemagne. Transposer des mécanismes sans prendre en compte cet élément fondamental serait voué à l'échec.

Systèmes de santé / Health Systems

Allard, C. et Rickey, B. (2017). What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ? Paris : ANSA: 199.

http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ansa_rapportwwc_2017_vf.pdf

Partant du principe qu'il faut du temps et des moyens pour amener « la preuve » au cœur de l'action publique », le gouvernement britannique a soutenu ces dernières années le développement de structures dédiées au transfert de la connaissance – notamment des évaluations d'impact – dans différents champs de l'action publique : les What Works Centres. Les neuf What Works Centres britanniques ont pour objectif principal de contribuer à l'appropriation des enseignements des évaluations d'impact par les professionnels et les décideurs politiques au Royaume-Uni. Dans des domaines aussi divers que l'éducation des enfants défavorisés, la prévention précoce ou le développement économique local, les interventions étudiées portent d'abord sur des pratiques de terrain. Grâce à leurs revues systématiques, ces centres sont désormais reconnus par de nombreux acteurs de leur domaine comme des « guichets uniques » vers les évaluations d'impact. La réalisation de ces revues systématiques n'a pas été sans difficulté, se heurtant parfois au manque d'évaluations d'impact existantes et à la complexité liée au transfert des interventions « efficaces » d'un contexte à un autre.

Azzopardi-Muscat, N., et al. (2017). Malta: Health Systems Review. Copenhague : OMS - Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/332883/Malta-Hit.pdf

Overall, the Maltese health system has been making remarkable progress, with improvements in avoidable mortality and low levels of unmet need. Maltese life expectancy continues to be high, and Maltese people spend on average close to 90% of their lifespan in good health, longer than in any other EU country. Malta has recently increased the proportion of GDP spent on health to above the EU average, though the private share of expenditure is still higher than in many EU countries. The health care system offers universal coverage to a comprehensive set of services that are free at the point of use for people entitled to statutory provision although patients often choose to visit private primary care providers. The historical pattern of integrated financing and provision is shifting towards a more pluralist approach and in 2016 a new public-private partnership contract for three existing hospitals was agreed. The total number of doctors and GPs per capita is at the EU average, the number of specialists remains relatively low; education and training are also being further strengthened in order to retain more specialist skills in Malta. The main outstanding challenges include: Adapting the health system to an increasingly diverse population; Increasing capacity to cope with a growing population; Redistributing resources and activity from hospitals to primary care and strengthening primary care; Strengthening the mental health sector; Building the health information system to support improved monitoring and evaluation; Ensuring access to expensive new medicines whilst still making efficiency improvements; and Addressing medium-term financial sustainability and ageing.

Dozol, A., et al. (2017). Mission d'étude sur l'expérimentation par le NHS anglais de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés. Paris : DGOS

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_mission_uk_rapport_vd_word_dgos_08-12-2016.pdf

Le système de santé britannique est confronté aux mêmes enjeux que le système de santé français : contexte budgétaire contraignant avec des enjeux épidémiologiques de vieillissement. Pour y faire face, la solution privilégiée par le système britannique repose sur la mise en place de nouvelles organisations entre acteurs, « les news care models », favorisant la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. En effet, dans la mesure où les principaux besoins de demain relèvent davantage des secteurs médico-social et social que du secteur sanitaire, une prise en charge intégrant ces secteurs devient une nécessité. Ainsi, contrairement aux objectifs recherchés par la réforme de financement à la tarification à l'activité mise en place dans les années 2000, l'objectif principal recherché par le NHS n'est pas celui de l'efficacité économique par la concurrence entre les acteurs mais celui de la performance par une collaboration et une atteinte collective des indicateurs d'accès, de continuité et de coordination de la prise en charge.

Leandre, C., et al. (2017). Accountable Care Organisations. Enseignements d'un modèle développé aux Etats-Unis. Paris : DGOS

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_rapport_synthese_aco_20161209.pdf

A l'instar d'autres, le système américain de santé souffre d'une fragmentation des offreurs de soins, en particulier entre la ville, les établissements de santé et le médico-social, ainsi que de la coexistence de modes de financements séparés où prédomine le paiement à l'acte (fee for service), alors même que les besoins de la population s'accroissent en raison de son vieillissement et de la montée des maladies chroniques et multiples. Conscient de ces problèmes, le gouvernement américain a souhaité impulser un ambitieux programme de réforme du financement au profit d'un paiement intégré, s'appuyant sur les « Accountable Care Organizations », rassemblant, sur une base volontaire, une grande diversité d'acteurs du champ sanitaire, dont le premier recours. Les membres de l'ACO s'engagent collectivement pour l'ensemble de la prise en charge de leur patientèle. Si des économies sont réalisées, le payeur et l'« Accountable Care Organisations » se les partagent, sous réserve cependant que la coordination et la qualité des soins se soient améliorées. Ceci est contrôlé à travers des indicateurs mesurant l'expérience patients, ainsi que la coordination tels que les réhospitalisations, les hospitalisations sensibles au premier recours, etc. Ces modèles organisationnels et de financement innovants incitant à la coordination des professionnels et à la maîtrise des dépenses de santé font l'objet de ce rapport.

Mousquès J., Lenormand M.C. (2017). «L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ?» *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* (227)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-des-enseignements-pour-la-france.pdf>

L'*Affordable Care Act*, dit "*Obamacare*", adopté aux États-Unis en 2010, est principalement connu pour son objectif emblématique d'extension de la couverture santé à l'ensemble de la population. Un chapitre de cette loi concerne également la promotion de nouvelles formes d'organisation des soins de nature à favoriser la coordination entre les professionnels de santé et à améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Le Centre d'innovation pour *Medicare et Medicaid* a, dès 2012, lancé différentes expérimentations principalement destinées à renforcer les soins primaires. Les *Accountable Care Organizations* (ACO) constituent l'expérimentation la plus ambitieuse puisqu'elle favorise également la coordination entre les services de ville et l'hôpital. Ce type d'organisations a connu une diffusion rapide depuis leur mise en place. Plus de 800 ACO sont aujourd'hui recensées et couvrent 28 millions de personnes, soit 15 % des assurés américains. Cette synthèse de la littérature permet d'étudier les caractéristiques des ACO, leur performance, les outils et dispositifs mobilisés, et offre un éclairage intéressant pour le système de santé français.

Travail et santé / Occupational Health

Cicognani, S., et al. (2017). The secret to job satisfaction is low expectations: How perceived working conditions differ from actual ones. Sienna : Université de Sienna
<https://ideas.repec.org/p/usi/wpaper/749.html>

Working conditions exert a major influence on accidents and illnesses at work as well as on job satisfaction and health, yet very little research has examined the determinants of working conditions. By exploiting the Italian Labour Force Survey, this paper provides evidence on the underlying factors affecting working conditions. It provides a behavioural interpretation of the results, which stems from the discrepancy between actual and expected working conditions. Workers declare their perceived working conditions influenced by the difference between the actual and the expected working conditions. Variables concerning personal characteristics, such as gender, education and being employed in the first job, shift expectations about working conditions and accordingly perceived working conditions. On the contrary, variables related to work characteristics, such as working full time, with shifts and in a large place, affect actual and thus perceived working conditions (negatively).

Cottini, E. et Ghinetti, P. (2017). Is it the way you live or the job you have? Health effects of lifestyles and working conditions. *Working Paper*; 56. Milan : Università Cattolica del Sacro Cuore

This paper investigates the role of lifestyles (smoking, drinking and obesity) and working conditions (physical hazards, no support from colleagues, job worries and repetitive work) on health. Three alternative systems of simultaneous multivariate probit equations are estimated, one for each health measure: an indicator of self-assessed health, an indicator of physical health, an indicator of work-related mental health problems, using Danish data for 2000 and 2005. We find that while lifestyles are significant determinants of self-assessed health, they play a minor role for our indicators of physical health and mental health. The effect of lifestyles seems to be dominated by the effect of adverse working conditions, which significantly worsen health. This result is robust for all health dimensions considered.

Hansen, B., et al. (2017). Benefit Generosity and Injury Duration: Quasi-Experimental Evidence from Regression Kinks. *IZA Discussion Paper*;10621. Bonn : IZA
<http://ftp.iza.org/dp10621.pdf>

This paper investigates the effect of benefit generosity on claim duration and temporary benefits paid among temporary disability claims for workers' compensation. While previous studies have focused on natural experiments created by one-time large changes in minimum or maximum weekly benefits, this study exploits variation around a kink in benefit generosity inherent in all workers' compensation systems in the United States. Using administrative data on the universe of injured workers in Oregon, the authors also find that more-generous benefits leads to longer injuries, but with implied elasticities that are smaller than the average elasticity from previous difference-in-difference studies. Their preferred estimates suggest that a 10-percent increase in benefit generosity leads to a 2- to 4-percent increase in injury duration. This analysis derives similar duration-benefit elasticities when studying changes in benefits paid at the kink. It also introduces the first evidence that more generous benefits encourage subsequent claim filing.

Vieillesse / Ageing

Braun, R. A., et al. (2017). Old, Frail, and Uninsured: Accounting for Puzzles in the U.S. Long-Term Care Insurance Market. *Working Paper 2017-03*. Atlanta : Federal Reserve Bank of Atlanta
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2940588

Half of U.S. 50-year-olds will experience a nursing home (NH) stay before they die, and a sizeable fraction will incur out-of-pocket expenses in excess of \$200,000. Given the extent of NH risk, it is surprising that only about 10 percent of individuals over age 62 have private long-term care insurance (LTCI). This market also has a number of other puzzling features. Many applicants are denied coverage by insurers. Coverage of those who have insurance is incomplete. Insurance premia are high relative to an actuarially fair benchmark. Using a model that features agents with private information about their NH entry risk and an insurer who optimally chooses menus of LTCI contracts subject to participation and incentive compatibility constraints, this paper shows that these puzzles can be attributed to adverse selection, overhead costs on the insurer, and Medicaid. The model also accounts for the lack of correlation between NH entry and LTCI ownership. This final property is novel because our setup has only one dimension of private information.

Grotting, M. W. et Lillebo, O. S. (2017). Health effect of retirement. Evidence from Norwegian Survey and Register Data. Working papers in Economics ;2/17. Bergen : University of Bergen

The aim of this paper is to investigate the relationship between retirement and health, using comprehensive measures from survey- and register data with detailed information on socioeconomic status. Using regression discontinuity at the statutory retirement age of 67, this paper studies health in terms of depression, physical health and acute hospital admissions, with the latter observed for the entire Norwegian population. The findings suggest that retirement leads to better physical health outcomes for individuals with low socioeconomic status, both for subjective- and objective outcomes, and to increased symptoms of depression for individuals with high socioeconomic status. They also highlight the importance of heterogeneity in the health effects.

Huillier, J. (2017). Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit. Paris Ministère chargé de la santé: 54.

<http://social->

sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf

Ce rapport est le résultat d'une mission confiée par le Premier ministre à la députée Joëlle Huillier dans le cadre des travaux initiés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV). L'objectif de cette publication est d'étudier le baluchonnage ou relayage, nouvelle formule de répit des aidants. Cette formule est expérimentée par un certain nombre de structures en France. Il consiste en une intervention d'au moins 2 jours et 1 nuit d'un professionnel au domicile de la personne âgée. L'ensemble des acteurs et organisations rencontrés soutient ce dispositif et met en avant son intérêt tant pour la personne âgée, que le proche aidant et le relayeur. Ce rapport préconise notamment un modèle d'organisation du relayage en France.

Labazée, G. (2017). Tarification et perspectives d'évolution des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile. Paris : Ministère chargé de la santé

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_g_labazee_vf.pdf

Ce rapport est aussi le résultat d'une mission initiée, le 15 novembre 2016, par le premier ministre dans le cadre de la réflexion sur la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Son objectif est d'évaluer les SAAD, qui continuent de rencontrer des difficultés financières, devenues structurelles. Il permet ainsi de disposer d'un état des lieux circonstancié des différentes pratiques tarifaires menées dans les départements et de repérer des solutions reproductibles.

Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers ; 93. Paris : OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en

This report presents the first international quantification and comparison of levels of social protection for long-term care (LTC) in 14 OECD and EU countries. Focusing on five scenarios with different LTC

needs and services, it quantifies the cost of care; the level of coverage provided by social protection systems; the out-of-pocket costs that people are left facing; and whether these costs are affordable. The cost of care varies widely between countries but it is always high relative to typical incomes, meaning that LTC is often unaffordable in the absence of social protection. All countries studied have some form of social protection for LTC, but even where coverage is comprehensive, people pay some of the cost out of pocket. Coverage for home care for moderate or severe needs is often insufficient, leaving people with large out-of-pocket costs. In contrast, all countries studied ensure that institutional care is affordable. Unless family and friends can provide informal care, many people will be unable to afford LTC in their own home, leaving them with unmet needs or at risk of early institutionalisation. Benefits are usually means-tested to provide more support to those less able to afford to contribute, but it is still those with lowest incomes that are most likely to face unaffordable costs. Some countries provide financial support to informal carers, but this rarely comes close to compensating them for the time they spend providing LTC. When designing social protection systems for LTC, countries need to look systematically at the level of protection provided to people in different scenarios. Many countries aim to support people with LTC needs to remain in their own home for longer, but the results presented here suggest that gaps in social protection make this unaffordable for people with low income. Addressing these gaps should be a priority for future reforms.

Sirven, N. (2017). « Une première étape de l'évaluation du projet Pari du Régime social des indépendants (RSI) : est-il possible de repérer le risque de fragilité chez les personnes âgées à partir de données administratives ? » *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* (224)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/224-une-premiere-etape-de-l-evaluation-du-projet-pari-du-regime-social-des-independants-rsi.pdf>

En 2015, le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes d'incidence (54 000 nouveaux cas) et de mortalité (12 000 décès) [Inca, 2015]. La prise en charge chirurgicale des cancers du sein s'est améliorée à la suite d'évolutions diagnostiques et thérapeutiques, mais également d'une recomposition de l'offre de soins en cancérologie. Le traitement conservateur (tumorectomie) est devenu le traitement de référence avec un taux de recours dépassant 70 % dans une grande majorité d'établissements en 2012. Entre 2005 et 2012, la technique du ganglion sentinelle s'est diffusée dans la plupart des établissements, et le nombre de patientes en ayant bénéficié a triplé sur la période. En revanche, la reconstruction mammaire immédiate après une mastectomie totale reste peu fréquente, bien que le recours à cette technique soit en augmentation. Les taux de recours à ces pratiques varient entre les établissements et entre les départements. Ces variations peuvent être en partie le reflet de l'état de santé et des préférences des patientes. Mais elles illustrent également des différences dans la disponibilité et l'organisation des services et des plateaux techniques, ainsi que des différences de pratiques entre établissements. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de bénéficier de la technique du ganglion sentinelle ou d'une reconstruction mammaire immédiate est plus élevée dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), dans les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et dans les établissements ayant un volume d'activité élevé.

Thomas, S., et al. (2017). "Updated meta-review of evidence on support for carers." *Health Services and Delivery Research* 5(12)

<https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr05120#/abstract>

The need to support people who care for others on an unpaid basis (known sometimes as informal care) is now generally recognised. Effective support for carers might help to overcome difficulties relating to their physical and mental health, burden and stress, ability and knowledge to cope, and overall well-being. Good outcomes for carers may also benefit the person being cared for. The purpose of this research was to update what is known about effective activities to support carers of ill, disabled or older adults. We did this by searching for and summarising relevant information from recent published research. We focused on high-quality reviews of research relevant to the UK health and social care system. We asked a group of carers for feedback on our overall findings. We found that there is no 'one size fits all' solution for support carers. Carers of people with dementia might benefit from sharing their experiences with others, learning to think about problems differently, meditation and computer-based support. Carers of people with cancer might try art-based activities or

counselling, or learn how their social surroundings can help with their feelings about problems. Counselling may also assist carers of people with stroke. There was little information on the cost-effectiveness of support for carers. Better-quality research is needed in the future, together with further work on whether or not and how respite care might help carers.