

Veille scientifique en économie de la santé

Avril 2018

[Sommaire en français](#)

Watch on Health Economics Literature

April 2018

[Contents list in English](#)

Veille scientifique en économie de la santé

Avril 2018

Centre de documentation de l'Irdes

Assurance maladie	Politique de santé
E-santé – Technologies médicales	Prévention
Economie de la santé	Prévision-Evaluation
Etat de santé	Psychiatrie
Géographie de la santé	Soins de santé primaires
Handicap	Systemes de santé
Hôpital	Travail et santé
Inégalités de santé	Vieillessement
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 **Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide**
Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
- 11 **Medicaid Benefit Generosity and Labor Market Outcomes: Evidence from Medicaid Adult Vision Benefits**
Boudreaux M. et Lipton B.
- 11 **Évaluation de la généralisation du tiers payant**
Fauchier-Magnan E., et al.
- 11 **Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report**
Flores G., et al.
- 12 **Incentivizing Better Quality of Care: The Role of Medicaid and Competition in the Nursing Home Industry**
Hackmann M. B.
- 12 **Fit for the Labour Market? An Effort to Reduce Inactivity Traps in the Transition from Benefit to Work in the Belgian Sickness and Disability System**
Hufkens T., et al.
- 12 **La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres**
Perronnin M. et Louvel A.
- 12 **La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale**
Polton D.
- 13 **The Effect of the Risk Corridors Program on Marketplace Premiums and Participation**
Sacks D. W., et al.
- 13 **Choice Model for Individuals' Healthcare Decisions: Endogeneity of Insurance Choice and Selection Issues Due to Utilization Choice in Insurance Study**
Shukai L., et al.

- 13 **A Reminder to Pay Less for Healthcare : Take-Up of Increased Reimbursement in a Large-Scale Randomized Field Experiment**
Van Gestel R., et al.
- 14 **Ex Ante Moral Hazard in Health Insurance: Lessons from the ACA and Risky Sex**
Willage B.

E-santé – Technologies médicales

- 14 **Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser**
Cour des Comptes
- 15 **Rapport d'information portant observation sur le projet de loi relatif à la protection des données personnelles**
Hennion C.
- 15 **Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle**
Lucas J. et Uzan S.
- 15 **La santé à l'heure de l'intelligence artificielle**
Pierron L. et Evennou A.

Economie de la santé

- 16 **Revue de dépenses 2016 : les soins à l'étranger des assurés sociaux**
Caussat L., Martin Saint-Léon V., Vachey L.
- 16 **La lutte contre la fraude aux cotisations sociales : une politique à relancer**
Cour des comptes
- 16 **Lutte contre la fraude aux finances publiques**
Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude
- 16 **Les connaissances et opinions sur le financement de la protection sociale**
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale

- 17 **Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale**
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale
- 17 **How Much Do OECD Countries Spend on Prevention?**
Gmeinder M., et al.
- 17 **Revues de dépenses 2017 : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières**
Knecht D., et al.
- 18 **La gouvernance de la sécurité sociale**
Libault D., et al.
- 18 **Targeting with In-Kind Transfers: Evidence from Medicaid Home Care**
Lieber E. M. J. et Lockwood L. M.
- 18 **Compte provisoire de la protection sociale : le déficit continuerait à se résorber en 2016**
Pilorge C. et Glotain M.
- 18 **Les lois de financement de la Sécurité sociale en France : synthèse documentaire**
Safon M. O.
- 20 **Remontées d'expériences sur les pratiques favorisant la fluidité des parcours**
Association Nationale des CREA
- 21 **Synthèse des rapports d'activité des MDPH 2016**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 21 **Décision du Défenseur des droits n° 2017-257. Étude sur la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées**
Défenseur des Droits
- 22 **Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine**
Etchegaray A., et al.
- 22 **Le non-recours : Étude exploratoire à partir d'entretiens auprès de personnes non inscrites sur liste d'attente mais détentrices d'une notification d'orientation en établissements et services médico-sociaux (ESMS)**
Marival C.
- 22 **Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux**
Rapegno N.

Etat de santé

- 19 **Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017**
Jehannin-Ligier K., et al.
- 19 **Impact of Acute Health Shocks on Cigarette Consumption**
Marsaudon A. et Rochaix L.

Géographie de la santé

- 20 **Les déserts médicaux : avis**
Castaigne S. et Lasnier Y.

Handicap

- 20 **La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés**
Aballea P., et al.

Hôpital

- 23 **Divided by Choice? Private Providers, Patient Choice and Hospital Sorting in the English National Health Service**
Beckert W. et Kelly E.
- 23 **Hospital Pricing and Public Payments**
Darden M., et al.
- 23 **Les maternités en 2016 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale**
Fresson J., et al.
- 24 **Physician Practice Style and Healthcare Costs: Evidence from Emergency Departments**
Gowrisankaran G., et al.
- 24 **Le forfait hospitalier en France : synthèse documentaire**
Safon M. O.
- 24 **Education Effects on Days Hospitalized and Days Out of Work by Gender: Evidence from Turkey**
Tansel A. et Keskin H. I.

Inégalités de santé

- 25 **Rôle du système de soins et inégalités sociales de santé : constats, hypothèses et pistes pour la recherche**

Bourgueil Y., et al.

- 25 **The Effect of Education on Health and Mortality: A Review of Experimental and Quasi-Experimental Evidence**

Galama T. J., et al.

- 25 **Intergenerational Health Mobility in the US**

Halliday T., et al.

- 26 **Inclusive Growth and Health.**

James C., et al.

- 26 **Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and the Measurement of Inequalities in Health**

Jusot F., et al.

- 26 **Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016**

Lang T. et Ulrich V.

- 27 **La santé des migrants : bibliographie thématique**

Safon M. O.

- 27 **Les enquêtes auprès des migrants : bibliographie thématique**

Safon M. O.

Médicaments

- 27 **La consommation d'antibiotiques en France en 2016**

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

- 27 **Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé : L'exemple du médicament**

Begaud B., et al.

- 28 **An Evaluation of the CPI Indexes for Prescription Drugs**

Bosworth B., et al.

- 28 **Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées**

Herr M., et al.

Politique de santé

- 29 **Plan cancer 2014-2019 : quatrième rapport au président de la République**

Institut national du cancer

Prévention

- 29 **The Effect of Organized Breast Cancer Screening on Mammography Use: Evidence from France**

Buchmueller T. C. et Goldzahl L.

- 29 **Alimentation et activité physique des jeunes : bilan des actions réalisées et pistes d'amélioration**

Ducrot P.

- 30 **Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées**

Haut Conseil de la Santé Publique

Prévision-Evaluation

- 30 **Scoping Review on Social Care Economic Evaluation Methods**

Weatherly H., et al.

Psychiatrie

- 31 **Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960**

Lopez A. et Turan-Pelletier G.

- 31 **Les soins psychiatriques sans consentement : aide-mémoire**

Theron S. et Arbus C. p.

- 31 **France. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-Based Services and Practices Across Europe**

Tumpenny A., et al.

31 **Mapping & Understanding Exclusion in Europe**

Tumpenny A., et al.

Soins de santé primaires

32 **Difficultés de rendez-vous et modalités d'échanges avec les médecins spécialistes de second recours : opinions et pratiques des médecins généralistes des Pays de la Loire**

Anthony N., et al.

32 **The Impact of Nurse Practitioner Scope-Of-Practice Regulations in Primary Care**

Arifkhanova A.

33 **Unmet Health Care and Health Care Utilization**

Barham V., et al.

33 **Spatial Competition and Quality: Evidence from the English Family Doctor Market**

Gravelle H., et al.

33 **Médecine de ville : le pari de la jeunesse**

Jager W.

34 **Les revenus des pharmaciens d'officine : de fortes disparités selon le statut du titulaire**

Pla A. et Trevien C.

34 **Multimorbidity and Medication Management in General Practice a Challenge for GPs**

Sinnige E. J.

Systèmes de santé

34 **La santé dans les pays de l'Union européenne. Profils de santé par pays : France**

Andriukatis V.

34 **France: Improving the Efficiency of the Health-Care System**

Goujard A.

35 **Measuring Patient Experiences (PREMS): Progress Made by the OECD and Its Member Countries Between 2006 and 2016**

Klazinga N. S. et Fujisawa R.

35 **Public Health and Economic Implications of the United Kingdom Exiting the EU and the Single Market**

Maignen F., et al.

36 **Brexit: The Implications for Health and Social Care**

McKenna H.

Travail et santé

36 **Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels**

Assurance Maladie - Risques professionnels.

36 **Sicherheit Und Gesundheit Bei Der Arbeit - Berichtsjahr 2016**

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

37 **Does Sick Pay Affect Workplace Absence?**

Bryson A. et Dale-Olsen H.

37 **Intergenerational Spillovers in Disability Insurance**

Dahl G. B. et Gielen A. C.

37 **The Effect of Self-Employment on Health: Evidence from Longitudinal Social Security Data**

Goncalves J. et Martins P. S.

38 **Quelle vulnérabilité des travailleurs européens face aux conditions de travail dégradées ?**

Greenan N. et Seghir M.

38 **World Commodity Prices, Job Security and Health: Evidence from the Mining Industry**

Johnston D. W., et al.

38 **Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ?**

Ministère du Travail

38 **The Causal Effect of Multitasking on Work-Related Mental Health: The More You Do, The Worse You Feel**

Pikos A. K.

39 **The Task Composition and Work-Related Mental Health: A Descriptive Study**

Pikos A. K.

- 39 **Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions**
Pollak C. et Ricroch L.
- 39 **Deaths of Despair or Drug Problems?**
Ruhm C. J.
- 43 **Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie**
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age
- 43 **La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants**
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age

Vieillesse

- 40 **Retirement and Unexpected Health Shocks**
Apouey B. H., et al.
- 40 **Retired, at Last? The Short-Term Impact of Retirement on Health Status in France**
Barnay T. et Defebvre E.
- 40 **Accompagnement des proches aidants. Guide d'appui méthodologique à la mobilisation des crédits de la section IV du budget de la CNSA**
Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie
- 41 **La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016**
Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie
- 41 **L'épargne en vue de la retraite**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 41 **Les modes de calcul des droits et la transition d'un système à l'autre**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 41 **Les opinions sur la retraite**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 42 **Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**
Firmin Lebodo A. et Lecocq C.
- 42 **The Mortality Effects of Retirement: Evidence from Social Security Eligibility at Age 62**
Fitzpatrick M. D. et Moore T. J.
- 42 **Qu'attendre du relèvement des plafonds légaux de l'allocation personnalisée d'autonomie : les enseignements d'une base de facturation d'un SAAD**
Fontaine R. et Gramain A.
- 43 **Sick of Retirement?**
Nielsen N. F.
- 44 **Paying for the Ageing Crisis : Who, How and When?**
Westerhout E.

Assurance maladie

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

FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

2017

Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_ACS_2016-2017.pdf

Le gouvernement a réformé le dispositif d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) afin d'en faciliter l'accès au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence visant à offrir une plus grande lisibilité des offres de contrats et de meilleures garanties à des prix plus bas. Alors que l'étude précédente dressait un premier bilan positif de la réforme, le présent rapport confirme ce constat après deux ans de mise en œuvre. Il apporte aussi de nombreux éléments inédits sur les dépenses de santé des bénéficiaires et leurs restes à charge, qui constituent des enseignements précieux pour la préparation de la prochaine mise en concurrence des contrats ACS.

► **Medicaid Benefit Generosity and Labor Market Outcomes: Evidence from Medicaid Adult Vision Benefits**

BOUDREAUX M. ET LIPTON B.

2018

Munich MPRA

<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/83916>

Previous work suggests that Medicaid eligibility expansions may lead to declines in labor market activity. This paper explores the related, but novel question of whether variation in Medicaid benefit generosity alters employment outcomes. We consider adult vision benefits as a case study. Our findings suggest that vision benefits have a net positive effect on intensive margin measures including hours worked and occupational skill requirements, but no significant effect on the likelihood of being employed. These results indicate that Medicaid's effect on labor market activity is sensitive to the set of covered services.

► **Évaluation de la généralisation du tiers payant**

FAUCHIER-MAGNAN E., *et al.*

2017

Paris Ministère chargé de la Santé

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article628>

Réalisé à la demande de la ministre de la santé dans un délai court (de juillet à septembre 2017), cette évaluation de l'Igas dresse un état des lieux de l'extension du tiers payant en France. Il souligne l'insuffisance actuelle des outils de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire, frein au déploiement généralisé du tiers payant.

► **Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report**

FLORES G., *et al.*

2017

Copenhague OMS ; Washington Banque Mondiale

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017_global_monitoring_report.pdf

L'objectif de la couverture sanitaire universelle est de permettre à tous d'accéder aux soins de santé sans être exposé à des dépenses catastrophiques. Dans ce nouveau rapport, l'Organisation mondiale de la Santé fait l'état des lieux de la couverture sanitaire universelle pour 2017. Le rapport estime qu'encore la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé essentiels. Il expose également que 800 millions de personnes consacrent au moins 10 % du budget de leur ménage à des dépenses occasionnées de santé pour elles-mêmes ou un autre membre de leur famille. De plus, les dépenses de santé font basculer 100 millions de personnes dans une situation d'extrême pauvreté. Outre l'analyse des avancées de la couverture sanitaire dans les pays, le rapport examine les inégalités sociales d'accès aux services de santé essentielle à l'intérieur des pays. Il ressort notamment de cette analyse que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, seulement 17 % des mères et des enfants des ménages les plus pauvres bénéficient de six au moins des sept interventions fondamentales de santé de la mère et de l'enfant, contre 74 % dans les ménages les plus favorisés.

► **Incentivizing Better Quality of Care: The Role of Medicaid and Competition in the Nursing Home Industry**

HACKMANN M. B.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24133. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24133>

This paper develops a model of the nursing home industry to investigate the quality effects of policies that either raise regulated reimbursement rates or increase local competition. Using data from Pennsylvania, I estimate the parameters of the model. The findings indicate that nursing homes increase the quality of care, measured by the number of skilled nurses per resident, by 8.8% following a universal 10% increase in Medicaid reimbursement rates. In contrast, I find that pro-competitive policies lead to only small increases in skilled nurse staffing ratios, suggesting that Medicaid increases are more cost effective in raising the quality of care.

► **Fit for the Labour Market? An Effort to Reduce Inactivity Traps in the Transition from Benefit to Work in the Belgian Sickness and Disability System**

HUFKENS T., *et al.*

2017

Working Paper, 17.11. Antwerpen University of Antwerp

<http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/index.php?q=node/6254>

In the context of social investment, European welfare states underline increasingly the importance for the long-term development of human capital and labour market integration. The emphasis is put on individual empowerment and making work pay. In Belgium this evolution has been translated into several measures that aim to increase labour market participation and to tackle inactivity traps. In this article we study the financial added value of the transition from a full sickness benefit to (part time) work. Besides, we look at the adequacy of this new situation compared to the poverty threshold. In an effort to strengthen the financial work incentive, we construct an alternative re-integration system for sickness and disability beneficiaries and look at its impact on inactivity traps and poverty risks.

We use a simulation model for hypothetical families that allows to calculate the impact of socio-economic transitions on the net disposable household income. We find that the financial returns of working are substantial when people start working at the same average income level as before the period of sickness, but not if people start working at a lower wage. For single-earners or single parents that start working at a minimum-wage we find strong inactivity traps.

► **La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres**

PERRONNIN M. ET LOUVEL A.

2018

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(229)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/229-la-complementaire-sante-en-2014.pdf>

En 2012 et 2014, près de 5 % des personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé. Malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires, l'absence de couverture complémentaire reste souvent liée au revenu. Elle est plus fréquente chez les chômeurs, les inactifs en âge de travailler et les jeunes adultes. Parmi les salariés du secteur privé, près de sept sur dix bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur employeur. Certaines catégories de salariés, les personnes en contrat à durée déterminée (CDD), les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés sont nettement moins souvent couverts par ce biais. Ayant des taux de couverture élevés, les indépendants, les fonctionnaires et les retraités sont, eux, très majoritairement couverts par des contrats individuels et se déclarent moins souvent bien couverts pour leurs soins que les salariés du secteur privé titulaires d'un contrat collectif.

► **La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale**

POLTON D.

2017

Regards(52): 175-185.

<http://www.cairn.info/revue-regards-2017-2.htm>

De nombreux rapports ont dénoncé, dans les dernières années, la complexité de la gouvernance du système

de santé et d'assurance maladie français et ses difficultés de pilotage, liées notamment à la répartition des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie. Cette complexité du pilotage est-elle une spécificité française? Nos voisins ont-ils des gouvernances plus simples, plus lisibles et globalement plus efficaces pour piloter le système? Sans avoir l'ambition de répondre à cette question de manière exhaustive et approfondie, cet article vise à donner un aperçu d'autres schémas de gouvernance et à montrer les débats et les difficultés qu'ils soulèvent dans leurs pays respectifs (tiré du texte)

► **The Effect of the Risk Corridors Program on Marketplace Premiums and Participation**

SACKS D. W., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24129. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24129>

We investigate the effect of the Risk Corridors (RC) program on premiums and insurer participation in the Affordable Care Act (ACA)'s Health Insurance Marketplaces. The RC program, which was defunded ahead of coverage year 2016, and ended in 2017, is a risk sharing mechanism: it makes payments to insurers whose costs are high relative to their revenue, and collects payments from insurers whose costs are relatively low. We show theoretically that the RC program creates strong incentives to lower premiums for some insurers. Empirically, we find that insurers who claimed RC payments in 2015, before defunding, had greater premium increases in 2017, after the program ended. Insurance markets in which more insurers made RC claims experienced larger premium increases after the program ended, reflecting equilibrium effects. We do not find any evidence that insurers with larger RC claims in 2015 were less likely to participate in the ACA Marketplaces in 2016 and 2017. Overall we find that the end of the RC

► **Choice Model for Individuals' Healthcare Decisions: Endogeneity of Insurance Choice and Selection Issues Due to Utilization Choice in Insurance Study**

SHUKAI L., *et al.*

2017

New York University Mailman, School of Public Health

<https://ssrn.com/abstract = 3073434>

This paper contributes to health insurance literature by taking into account the interrelationship within outpatient and inpatient decisions, the endogeneity of insurance choice, and the selection issues due to utilization when making economic evaluation of the impact of health insurance. We build a "triple decision model", which assesses the interrelationship among three healthcare decisions: the insurance choice, healthcare utilization, and expenditure level. Specially, we use this model to examine the impact of New Cooperative Medical Scheme (NCMS) enrollment on individuals' utilization and out-of-pocket expenditure for outpatient and inpatient care using a national sample from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) 2011. A total sample of 12,561 individuals are included in the analysis. In addition to the triple decision model, a set of multiple estimation strategies are used. The estimation results confirmed the interrelationship of the NCMS with outpatient decisions was different from that with inpatient decisions, especially in the endogeneity that insurance choice behaved. Major finding indicated that the NCMS increased medical care utilization for outpatient care among people aged 45 or older, but had no significant impacts on inpatient utilization or the out-of-pocket spending on either outpatient or inpatient care. Although we study the special case of NCMS, the model is generalizable for other health insurance that is not mandatory.

► **A Reminder to Pay Less for Healthcare : Take-Up of Increased Reimbursement in a Large-Scale Randomized Field Experiment**

VAN GESTEL R., *et al.*

2017

Working Paper; 17.11. Antwerpen University of Antwerp

<http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/index.php?q = node/6254>

We evaluate how a simple letter and flyer sent to a low-income group stimulates the participation in a beneficial health insurance plan. Using a large-scale randomized field experiment we study the effect of contacting potential beneficiaries on the take-up of the Increased Reimbursement (IR) for healthcare in Belgium. We find a fourfold increase in the take-up of IR, with large differences across geographic areas. The group that remains without IR is, on average, less vulnerable than the group that takes up IR in response to the letter. As such, the mailing arguably succeeds in reaching out to the target population.

► **Ex Ante Moral Hazard in Health Insurance: Lessons from the ACA and Risky Sex**

WILLAGE B.

2017

Ithaca Cornell University

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3088679

Given the \$3 trillion spent on health care in 2015 and the political contention surrounding insurance expansions, the impact of health insurance on health

behaviors, medical utilization, and health outcomes continues to be of the utmost importance. How insurance influences investment in good health and risky behavior (ex ante moral hazard) has received much less attention than the effect of insurance on the out-of-pocket cost of care (ex post moral hazard). Since many risky health behaviors take decades to result in illness, these behaviors likely respond to expectations about future insurance but could be unaffected by current insurance status. I examine the effect of moral hazard in the context of risky sex, a health behavior that results in quick and economically meaningful consequences – fertility and sexually transmitted infections. I isolate the effect of ex ante moral hazard by exploiting a policy in the Affordable Care Act, the 2012 zero cost-sharing for prescription contraception mandate. Leveraging pre-policy insured rates as a measure of policy intensity, I use dose-response event studies that estimate both a time-varying treatment effect as well as a one-time jump in outcomes in the treatment year. I find evidence ex ante moral hazard from health insurance decreases prevention and increases STIs. I then exploit the 2010 dependent coverage mandate to determine the overall effect of health insurance. Based on this policy I find that the protective effect of insurance on STIs more than compensates for the reduction in prevention.

E-santé – Technologies médicales

► **Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser**

COUR DES COMPTES

2018

Le rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes. Tome 2., Paris : Cour des comptes: 215-239.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf>

On entend par services numériques en santé un ensemble composé principalement des services de santé en ligne – ou téléservices, permettant aux usagers de réaliser une ou plusieurs démarches de manière dématérialisée – et des outils numériques de coordination des soins et d'échange ou de partage principalement destinés aux professionnels de santé. La Cour avait constaté, dans son rapport public

annuel 2013, la forte dynamique des téléservices en santé, mais relevé de nombreux retards et faiblesses qui nuisaient fortement à leur contribution aux progrès qui pouvaient en être attendus : une plus grande efficacité, une meilleure qualité de la prise en charge et une optimisation des parcours de soins. L'échec du dossier médical personnel était à cet égard particulièrement révélateur de difficultés majeures qui avaient conduit la Cour à recommander notamment aux pouvoirs publics de mieux piloter leur développement. À l'occasion d'une récente enquête sur la télémédecine, elle a souligné également les perspectives très prometteuses ouvertes en matière de soins par le développement des échanges par voie numérique, mais mis en évidence qu'une mobilisation effective des gains d'efficacité et de qualité des soins qu'elle pouvait permettre demeurait tributaire d'une stratégie plus cohérente. Dans le prolongement de ces différentes enquêtes ainsi que

de la communication plus large qu'elle a remise, en janvier 2016, à l'Assemblée nationale sur le développement des services numériques au sein de l'État, la Cour a cherché à mesurer les évolutions intervenues au cours des années récentes en matière de services publics numériques en santé. Elle a constaté en ce domaine des progrès, réels mais inégaux, porteurs de résultats d'ores et déjà appréciables (I). Mais faire pleinement des services numériques le levier de modernisation en profondeur du système de soins qu'ils doivent être exige de lever différents obstacles et d'inscrire ces services dans un cadre plus cohérent (II).

► **Rapport d'information portant observation sur le projet de loi relatif à la protection des données personnelles**

HENNION C.

2018

Paris Assemblée Nationale

Après de longues années de négociations, l'Union européenne s'apprête à définir un cadre juridique global pour la protection des données personnelles de l'ensemble des citoyens européens. Ce rapport réalisé par la commission des affaires européennes de l'Assemblée nationale présente le projet numérique européen, qui sera mis en place en mars 2018, puis analyse son articulation avec le cadre réglementaire national français.

► **Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle**

LUCAS J. ET UZAN S.

2018

Paris Conseil National de l'Ordre des médecins

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2563>

Ce livre blanc explore notamment l'impact actuel et futur des nouvelles technologies pour l'exercice de la

médecine, pour la formation initiale et continue des médecins, pour la recherche médicale, et pour la place des patients dans le système de santé. Plus généralement, il appelle à identifier dès maintenant les risques que la société numérique comporte afin de les combattre tout en soutenant tous les bénéfices qu'elle peut apporter au service de la personne. Cette publication rassemble 33 recommandations, pour accompagner l'ensemble de la profession dans la diversité de ses exercices, renforcer sa collaboration avec les patients et assurer que les nouvelles technologies soient réellement mises au service de la personne et de la société.

► **La santé à l'heure de l'intelligence artificielle**

PIERRON L. ET EVENNOU A.

2017

Paris Terra Nova:

<http://tnova.fr/notes/la-sante-a-l-heure-de-l-intelligence-artificielle>

Le monde de la santé est sûrement l'un des secteurs où les enjeux de l'intelligence artificielle sont les plus importants. Jusqu'où une machine sera-t-elle capable d'analyser, de diagnostiquer et d'apprendre continuellement? Quelles formes prendront la collaboration ou le partenariat entre l'homme et la machine? Pourra-t-elle remplacer le professionnel, et si oui dans quelle mesure? Quelle délégation de compétences? Quelle division du travail? Et quelles activités ou spécialités médicales seront prioritairement concernées? La présente note explore ces questions, sans faire de la futurologie. Elle part des systèmes, programmes et algorithmes déjà existants dans le champ de la santé en vue d'esquisser des perspectives pour l'avenir. L'idée est aussi de proposer une réflexion sur les politiques publiques à mettre en œuvre pour faire émerger une véritable stratégie française de santé en intelligence artificielle, et ainsi permettre la transformation du secteur médical à moyen et long terme dans les meilleures conditions.

Economie de la santé

► **Revue de dépenses 2016 : les soins à l'étranger des assurés sociaux**

CAUSSAT L., MARTIN SAINT-LÉON V., VACHEY L.
2016

Paris Igas ; Paris IGF

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article555>

Ce rapport procède à une analyse de la dépense de remboursement des soins prodigués à l'étranger à des assurés français. Il présente les travaux de la mission autour de trois thèmes distincts : les facteurs concourant à la progression des soins des assurés français à l'étranger, notamment la mobilité transfrontières croissante des individus; l'évaluation financière et comptable de cette dépense; l'impact des changements apportés à la gestion des dettes et des créances internationales, les axes de progrès restant identifiés dans les processus de remboursement et de suivi de la dépense de soins des assurés français à l'étranger, et plus largement dans l'organisation de la fonction internationale dans les régimes d'assurance maladie.

► **La lutte contre la fraude aux cotisations sociales : une politique à relancer**

COUR DES COMPTES
2018

Le rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes. Tome 2. Paris : Cour des comptes: 242-276.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/09-lutte-contre-fraude-aux-cotisations-sociales-Tome-2.pdf>

La Cour avait consacré, dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2014, un chapitre à la lutte contre la fraude aux cotisations sociales. Elle avait mis en évidence la modestie des redressements notifiés et recommandé de renforcer les moyens d'action des organismes compétents en matière d'investigation, de sanction et de recouvrement des redressements et pénalités. Elle avait aussi souligné la nécessité d'une action de contrôle plus résolue, s'agissant en particulier des travailleurs indépendants et du secteur agricole. Plus de trois ans après, les progrès constatés dans la mise à niveau des moyens juridiques pour combattre la fraude restent insuffisants et leur utilisation par les organismes sociaux s'avère des plus limitée (I). Les résultats en demi-teinte des actions de contrôle nécessitent une relance active d'une politique qui donne des

signes préoccupants d'essoufflement (II). Plus largement s'impose leur élargissement à des pans entiers de prélèvements sociaux qui y échappent, totalement ou dans une grande mesure (III).

► **Lutte contre la fraude aux finances publiques**

DÉLÉGATION NATIONALE À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

2017

Bilan 2016. Paris : DNLF

https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dnlf/bilan2016-dnlf.pdf

Les résultats 2016 confirment la hausse substantielle des années précédentes, le total de la fraude sociale détectée dépassant désormais 1 Mds d'€ : la fraude aux cotisations s'élève à 601M€ en 2016 (+ 20,88 % par rapport à 2015) et celle aux prestations sociales se situe à 664 M€ en 2016 contre 617 M€ en 2015 (+ 7,62 % par rapport à 2015). Au cours de l'année 2016, l'Assurance maladie a détecté et stoppé des fraudes et des activités fautives pour un montant de 244,8 M€, soit une augmentation de 5,8 % par rapport à 2015 (231,5 M€).

► **Les connaissances et opinions sur le financement de la protection sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

2018

Paris HCFI-PS

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/connaissances-opinions-financement-de-protection-sociale-0>

Ce rapport du Haut Conseil, fondé sur le travail commun des trois institutions, expose dans une première partie les raisons d'une telle enquête, ses modalités d'élaboration et le questionnaire. La seconde partie est consacrée à l'analyse des résultats, qui sont présentés par thèmes (les prélèvements concourant au financement de la protection sociale, la distinction entre ressources affectées ou générales, les propriétés des assiettes de prélèvements, les spécificités des modalités de prélèvements selon les risques sociaux). Pour chacun d'eux, ont été regroupées les réponses

relatives à la perception qu'ont les personnes des modalités actuelles de financement de la protection sociale (première partie du questionnaire) et aux souhaits qu'elles formulent en la matière pour l'avenir (deuxième partie). Une dernière partie propose des enseignements pour des futurs travaux statistiques et d'études qui pourraient être poursuivis sur ces sujets.

► **Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE
2017

Paris HCFI-PS

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/perspectives-de-financement-moyen-long-terme-regimes-de-protection-sociale>

Le Haut conseil du financement de la protection sociale a travaillé, durant toute l'année 2013, sur les conditions de l'équilibre financier à moyen - long terme de la protection sociale. Ce rapport, fruit de ses travaux, décrit la méthodologie des projections réalisées. Il présente ensuite les résultats de ces projections « à législation inchangée », pour les grandes catégories de risques sociaux et les sous-secteurs des administrations publiques, sur la période 2011-2060. En complément à la présentation des dépenses, des recettes et des soldes techniques sur la durée de projection, il se penche spécifiquement sur la question de la dette que pourraient induire ces soldes techniques pour les différents régimes sociaux, des frais financiers qui en découlent, et de leurs conséquences sur les conditions d'équilibre à long terme de la protection sociale. Enfin, le troisième chapitre discute six enjeux de débats soulevés par ces projections.

► **How Much Do OECD Countries Spend on Prevention?**

GMEINDER M., et al.
2017

OECD Health Working Paper; 101. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/diet-physical-activity-and-sedentary-behaviours_54464f80-en

Les pays de l'OCDE doivent relever de nombreux défis liés au vieillissement accéléré de la population, accompagné d'une montée des maladies chroniques, et à la menace permanente des maladies contagieuses (qui apparaissent ou qui évoluent). Or, parallèlement, le secteur de la santé vise un rapport qualité-prix toujours meilleur. Les preuves s'accumulent sur l'efficacité de nombreuses mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies à un coût relativement bas. En revanche, il existe peu de données permettant une comparaison entre pays en ce qui concerne les investissements dans ces domaines et les déterminants de l'évolution des dépenses de prévention au fil des années. Or, cet aspect est particulièrement important face à la question de la viabilité des finances publiques et des contraintes budgétaires. Grâce à de nouvelles données provenant des pays de l'OCDE, ce rapport étudie les différences en matière de dépenses consacrées à la prévention au niveau global et en détail. Cette analyse adopte un point de vue novateur et soulève des questions sur l'allocation optimale des ressources dans le secteur. Les données chronologiques sont également examinées en même temps que l'évolution des politiques et de la santé publique dans différents pays afin de déceler les facteurs derrière les tendances en matière de dépenses de prévention. Il est ainsi possible de discuter des orientations susceptibles de contribuer à améliorer la collecte des données et les retombées des politiques.

► **Reves de dépenses 2017 : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières**

KNECHT D., et al.
2017

Paris Igas ; Paris IGF

Les revues de dépenses constituent un dispositif d'évaluation des dépenses publiques, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019. Réalisées par les corps d'inspection et de contrôle, elles ont pour objectif de documenter des mesures structurelles de maîtrise des comptes publics. Elles obéissent à une procédure spécifique, qui associe étroitement gouvernement et parlement. Dans ce cadre, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ont été chargées de réaliser une mission relative à l'évolution des dépenses d'indemnités journalières. Il s'agissait de mieux identifier les déterminants des dépenses d'indemnités journalières consécutifs aux arrêts de travail,

et de proposer des mesures permettant de limiter leur croissance en volume via une meilleure responsabilisation des différents acteurs (prescripteurs, assurés sociaux, employeurs.). Ce rapport rassemble les résultats de leur analyse.

► **La gouvernance de la sécurité sociale**

LIBAULT D., *et al.*
2017

Regards(52): 9-185.

<http://www.cairn.info/revue-regards-2017-2.htm>

« Gouverner le social » : l'expression a fait couler beaucoup d'encre depuis le début des années 2000. De nombreux auteurs, praticiens ou universitaires, ont fait état des profondes évolutions qu'avait connu la gestion de la Sécurité sociale en France. Au-delà de la seule institution Sécurité sociale, la question de la gouvernance concerne tous les pans de la protection sociale. Ce dossier propose, d'abord, un détour historique sur les évolutions qui ont marqué la gouvernance initiale du système, en s'arrêtant en particulier sur le paritarisme. La revue se penche, ensuite, sur la gouvernance globale du système et sur ses perspectives dans un contexte de transformation des attentes, des moyens et des méthodes. Les articles traitent, également, des gouvernances locales, dans un contexte de mutation des organisations territoriales. Enfin, car la gouvernance s'apprécie dans des comparaisons internationales, quelques regards sur ce qui se fait ailleurs complètent le dossier (résumé de l'éditeur).

► **Targeting with In-Kind Transfers: Evidence from Medicaid Home Care**

LIEBER E. M. J. ET LOCKWOOD L. M.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24267. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24267>

Many of the most important government programs make transfers in kind as opposed to in cash. Making transfers in kind has the obvious cost that recipients would often prefer cost-equivalent cash transfers. But making transfers in kind can have benefits as well, including better targeting transfers to desired recipients or states of the world. In this paper, we develop a framework for evaluating this tradeoff and apply

it to home care. Exploiting large-scale randomized experiments run by three state Medicaid programs, we find that in-kind provision of formal home care significantly reduces the value of benefits to recipients while targeting benefits to a small fraction of the eligible population that has greater demand for formal home care, is sicker, and has worse informal care options than the average eligible. Under a wide range of assumptions within a standard model, the targeting benefit of in-kind provision exceeds the distortion cost. This highlights an important cost of recent reforms that move toward more flexible, cash-like benefits

► **Compte provisoire de la protection sociale : le déficit continuerait à se résorber en 2016**

PILORGE C. ET GLOTAÏN M.
2017

Études Et Résultats (Drees)(1040)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/compte-provisoire-de-la-protection-sociale-le-deficit-continuerait-de-se>

En France, l'année 2016 est marquée par le ralentissement du PIB en valeur (+1,6 % après +2,2 %), accompagné d'une très faible inflation (+0,2 %) et d'une moindre hausse du nombre de chômeurs indemnisés. Dans ce contexte économique, les dépenses de protection sociale augmenteraient à un rythme proche du PIB, tandis que les ressources seraient légèrement plus dynamiques. De fait, le déficit de la protection sociale continuerait de se résorber. Le montant servi au titre des prestations de protection sociale s'élèverait à 714 milliards d'euros en 2016. Les prestations de santé et de vieillesse-survie progresseraient pratiquement au même rythme qu'en 2015 tandis que la croissance des prestations des autres risques sociaux serait un peu plus soutenue en 2016 qu'en 2015.

► **Les lois de financement de la Sécurité sociale en France : synthèse documentaire**

SAFON M. O.
2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse un historique des lois de financement de la sécurité sociale, instaurées en France suite au plan Juppé par la

loi constitutionnelle du 22 février 1996. Elle aborde les lois de financement de la Sécurité sociale sous l'angle exclusif des mesures relatives à l'assurance maladie.

Etat de santé

► **Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017**

JEHANNIN-LIGIER K., *et al.*

2018

Rapport technique. Saint-Maurice Santé Publique France

http://www.e-cancer.fr/content/download/220859/3008146/file/Projection_de_l_incidence_et_de_la_mortalite_en_France_metropolitaine_en_2017_mel_20180108.pdf

Les projections d'incidence et de mortalité par cancer permettent d'estimer pour l'année en cours les nombres attendus de nouveaux cas et de décès par cancer au niveau national. Cette publication bisannuelle permet d'appréhender de façon réactive les besoins de la population en matière de prise en charge des cancers. Ce travail s'inscrit dans l'objectif 15 du Plan Cancer 2014-2019 « Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées ». Les projections sont issues d'une modélisation statistique à partir des données d'incidence collectées par les registres des cancers du réseau Francim et des données de mortalité fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès/Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc, Inserm) sur la période 1975-2013.

► **Impact of Acute Health Shocks on Cigarette Consumption**

MARSAUDON A. ET ROCHAIX L.

2017

PSE Working Paper ; halshs-01626024. Paris Paris School of Economics

<https://hal-pse.archives-ouvertes.fr/halshs-01626024/document>

Cet article étudie l'impact d'un « choc de santé », c'est-à-dire la survenue brutale d'un accident ayant entraîné un recours aux soins, sur la consommation hebdomadaire de tabac, à partir de la cohorte Gazel qui permet de suivre l'évolution de la santé de près de 20 000 volontaires d'EDF-GDF sur longue période. Elle documente l'instabilité temporelle des préférences des individus, le choc de santé les conduisant à adopter durablement des comportements moins risqués. Une information de prévention personnalisée semble avoir davantage d'impact sur le comportement de l'individu, dans la mesure où elle le touche plus directement. De futures expériences en laboratoire de sciences sociales pourraient être menées, mimant un choc de santé, via des techniques de réalité augmentée ou de réalité virtuelle. Ceci permettrait d'observer de manière plus fine d'éventuels changements de comportement en matière de consommation de tabac et de documenter l'intérêt de nouvelles campagnes de prévention basées sur une sensibilisation active et personnalisée des individus.

Géographie de la santé

► Les déserts médicaux : avis

CASTAIGNE S. ET LASNIER Y.

2017

Paris Cese

<http://www.lecese.fr/content/le-cese-adopte-son-avis-sur-les-deserts-medicaux>

La question des « déserts médicaux » est de plus en plus prégnante dans le débat public, comme l'illustre la multiplication des analyses, témoignages et déclarations dans les médias et les réseaux sociaux, émanant des citoyens, des praticiens de la santé comme des acteurs de la société civile et des responsables politiques. Le CESE, en réalisant une veille des pétitions en ligne, avait repéré l'acuité grandissante de

cet enjeu d'accès aux soins. Pour la première fois, il a souhaité saisir l'occasion de cette mobilisation citoyenne pour écouter les parties prenantes (patients, professionnels de santé, mais aussi administrations et pouvoirs publics) et présenter ses préconisations. Le présent avis s'inscrit dans l'agenda du gouvernement, lequel a demandé, par la voix du Premier ministre lors de sa venue au CESE le 11 juillet 2017, que celui-ci puisse nourrir le plan d'action du ministère de la santé « Renforcer l'accès territorial aux soins ». Il formule ainsi 10 recommandations qui ont vocation soit à compléter le plan ministériel par des mesures nouvelles, soit à décliner opérationnellement des mesures qui y figurent.

Handicap

► La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés

ABALLEA P., et al.

2018

Paris Igas

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000029/index.shtml>

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.

► Remontées d'expériences sur les pratiques favorisant la fluidité des parcours

ASSOCIATION NATIONALE DES CREAI

2017

Synthèse nationale. Paris ANCREAI

http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/synthese_nationale_rapt_dec2017.pdf

En termes d'appui à la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) », l'ANCREAI s'est vue confier fin 2016, par la CNSA et la DGCS, la mission d'organiser une remontée d'expériences sur les pratiques « innovantes » favorisant la fluidité des parcours.

Chaque CREAL a ainsi recensé, sur leur région respective, les réponses proposées aux besoins et attentes des personnes handicapées permettant l'ambition d'un « zéro sans solution » et spécifiquement celles présentant une alternative aux modes de prise en charge habituelles. Malgré le caractère non exhaustif de ce recensement et l'hétérogénéité des remontées selon les territoires, l'analyse du matériau recueilli témoigne de la richesse des expériences conduites localement, et d'une façon plus globale, d'une « mise en mouvement » du secteur médico-social depuis les lois 2000, et plus récemment avec la démarche « Réponse accompagnée pour tous ». Dans l'attente que les nombreux chantiers en cours (en termes de réglementation, tarification, autorisation, système d'information, etc.) aboutissent et lèvent ainsi les nombreux freins au développement de solutions modulaires et/ou intersectorielles, l'intérêt majeur de ce recensement national, aussi partiel et imparfait qu'il soit, est de rendre visible nombre d'expériences probantes mais encore trop confidentielles.

► **Synthèse des rapports d'activité des MDPH 2016**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2017

Paris CNSA

http://www.cnsa.fr/documentation/synthesera_mdph.pdf

En 2016, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) continuent de faire face à une augmentation de leur activité (plus de demandes, plus de décisions), sans augmenter le taux de recours et en contenant les délais de traitement. Pour y parvenir et mettre en œuvre les réformes en cours, elles modernisent leurs processus et leurs équipements, s'appuient sur leurs partenaires. En 2016, 4,4 millions de demandes ont été adressées aux MDPH, contre 4,25 millions en 2015, soit + 4,5 %. Huit MDPH sur dix ont enregistré une augmentation. Si le nombre de demandes continue de progresser, le rythme de l'augmentation est moins soutenu qu'en 2015 et la part des premières demandes a diminué. La répartition des demandes déposées en 2016 est similaire aux années précédentes. Une part importante des demandes concerne : - les cartes (invalidité, priorité, stationnement) : 31,4 % ; - l'emploi : 23,1 % ; - l'allocation aux adultes handicapés : 14 %...

► **Décision du Défenseur des droits n° 2017-257. Étude sur la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées**

DÉFENSEUR DES DROITS

2017

Paris Défenseur des droits

<https://defenseurdesdroits.fr/fr/a-la-une/2017/11/pour-ameliorer-la-collecte-des-statistiques-afin-de-mieux-connaître-la-situation-et>

Cette décision-cadre porte des recommandations générales destinées à améliorer la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées. L'évaluation des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) implique de disposer de données statistiques accessibles et comparables. Or, en France, la mise à disposition et la valorisation des informations statistiques et des études sur le handicap ne font pas l'objet d'une coordination ou d'un pilotage national, d'où un manque de visibilité des données produites. Les diverses sources de données disponibles n'ont pas adopté une définition harmonisée du handicap. Certaines informations concernent le nombre et le type de prestations proposées, d'autres concernent les individus. Les données administratives souffrent d'un défaut de centralisation. Les sources de statistiques et les périodes de références diffèrent également souvent d'une étude à l'autre. Perdure aussi un manque de données sur le nombre d'enfants et d'adultes handicapés, leur situation, leurs besoins et le niveau de satisfaction de ces besoins. De fait, la mesure de l'effectivité des droits est difficile à réaliser. Le Défenseur des droits assure, au sein d'un dispositif national de suivi, une mission de protection, de promotion et de suivi de l'application de la CIDPH. À ce titre, il publie une étude relative à la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées et émet diverses recommandations destinées à améliorer cette connaissance et sa diffusion.

► **Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine**

ETCHEGARAY A., et al.
2018

Marseille CREAI PACA et Corse

Ce travail, co-financé par la CNSA, le LPED et le CREAI PACA et Corse consiste à identifier des déterminants de la répartition spatiale de la population en situation de handicap, et à proposer une méthode d'estimation de cette population pour chaque département. L'hypothèse proposée est que, comme nombre de faits de santé, la répartition de la population handicapée n'est pas homogène sur le territoire, et qu'elle peut être influencée par des facteurs sociétaux et environnementaux. La répartition sur le territoire national de cette population est actuellement mal appréhendée, au moyen de données qui ne permettent que des estimations approchantes basées par exemple sur la reconnaissance officielle du handicap ou la répartition d'allocataires, et connaissant de fortes variations entre départements. L'objectif est de comprendre de quelles façons les données existantes peuvent être, en évaluant leur convergence, indicatrices de la répartition de la population handicapée sur le territoire. Cela permet d'estimer cette population dans les départements, et de repérer des indicateurs, afin d'orienter au mieux les ressources publiques.

► **Le non-recours : Étude exploratoire à partir d'entretiens auprès de personnes non inscrites sur liste d'attente mais détentrices d'une notification d'orientation en établissements et services médico-sociaux (ESMS)**

MARIVAL C.
2017

Marseille CREAI Paca Corse

www.creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/164/164_17_doc.pdf

Ce travail met d'abord en évidence la pluralité des facteurs de non-recours. En effet, le non-recours résulte souvent d'une imbrication de causes (même si une cause domine souvent). Le non-recours peut en outre être difficile à qualifier. Il révèle également la difficulté de disposer de données fiables et complètes sur le suivi des orientations, d'où l'importance des chantiers actuels, menés au niveau national, visant à mettre en place un système informatisé de suivi des orientations.

Toutefois, les entretiens réalisés ont permis d'identifier certaines causes de non-recours tout en identifiant les stratégies alternatives à l'ESMS mises en place, dévoilant ainsi la rationalité des choix des personnes ou de leur proche.

► **Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux**

RAPEGNO N.
2017

Dossiers de La Drees (Les)(22)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/dispositifs-et-modalites-d-accompagnement-des-personnes-handicapees-dans-les>

La CNSA, la DREES et l'IRSP ont conduit, entre novembre 2016 et janvier 2017, un séminaire de réflexion sur les dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées afin de préparer un appel à projet de recherche sur cette thématique. L'objectif du séminaire était d'organiser la rencontre d'acteurs de terrain et de décideurs publics, d'une part, et de chercheurs, d'autre part, afin de transformer les questions opérationnelles des premiers en questions de recherche. Ce travail de concertation visait également à alimenter, par des travaux de recherche, la réflexion des acteurs publics autour de l'accompagnement des personnes handicapées.

Hôpital

► **Divided by Choice? Private Providers, Patient Choice and Hospital Sorting in the English National Health Service**

BECKERT W. ET KELLY E.

2017

Londres IFS

<https://www.ifs.org.uk/publications/9683>

A common reform used to increase consumer choice and competition in public services has been to allow private providers to compete with public incumbents. However, there remains a concern that not all consumers are able to benefit equally from wider choice. We consider the case of publicly funded elective surgery in England, where reforms in the 2000s enabled privately owned hospitals to enter the market. We show that, post-reform, poor and ethnic minority patients were much less likely to choose private hospitals; and that dominant drivers of sorting between public and private providers are health based criteria for treatment by private providers and the geographic distribution of hospitals. Counterfactual simulations suggest differences in health explain 18% of the difference in the use of private providers between rich and poor patients, while the geographic distribution of hospitals explains 61% once other sorting mechanisms - ethnicity, patient preferences, physician referral patterns - are accounted for. Although much of the observed sorting does not appear to be the result of market frictions, limited variation in payments made to hospitals according to patient health means that sorting is estimated to cost public hospitals in excess of \$426,426 (\$625,000) per year.

► **Hospital Pricing and Public Payments**

DARDEN M., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24304. Cambridge NBER: 31 ,

<http://papers.nber.org/papers/W24304>

A longstanding debate in health economics and health policy concerns how hospitals adjust prices with private insurers following reductions in public funding. A common argument is that hospitals engage in some degree of "cost-shifting," wherein hospitals increase prices with private insurers in response to a reduc-

tion in public payments; however, evidence of significant cost-shifting is mixed, and the rationale for such behavior is unclear. We enter this debate by examining plausibly exogenous variation in Medicare payment rates generated by two policies under the Affordable Care Act: the Hospital Readmission Reduction Program (HRRP) and the Hospital Value Based Purchasing (HVBP) program. We merge rich hospital-level information to actual private-payer payment data from a large, multi-payer database. Our data include roughly 50% of inpatient prospective payment hospitals in the United States from 2010 to 2015. We find that hospitals that faced net payment reductions from HRRP and HVBP were able to negotiate 1.5% higher average private payments - approximately \$155 extra for the average acute care claim, or \$82,000 per hospital, based on an average hospital penalty of nearly \$146,000. We find the largest increases in payments for circulatory system (2.7%) and nervous system (3.2%) claims. We also find significant heterogeneity by payer mix, where cost-shifting is largest for hospitals with higher shares of private insurance patients.

► **Les maternités en 2016 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale**

FRESSON J., *et al.*

2017

Études Et Résultats (Drees)(1031): 8.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-maternites-en-2016-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale>

L'enquête nationale périnatale réalisée dans toute la France, en mars 2016, décrit les maternités et leur environnement, l'organisation des soins et des équipements. Le mouvement de concentration des maternités se poursuit : le nombre de maternités recule depuis 1995. Les équipements et la présence permanente de médecins spécialistes se sont renforcés. Les refus d'accueil des femmes par manque de place sont moins fréquents en 2016 qu'en 2010. Les attributions des sages-femmes se sont élargies. Ils/elles réalisent 87 % des accouchements par voie basse non instrumentale et sont très impliqués dans le suivi prénatal. Les maternités s'organisent pour mieux prendre en compte les besoins des femmes et l'accompagnement par un/e sage-femme à la sortie de la maternité s'est généralisé.

► **Physician Practice Style and Healthcare Costs: Evidence from Emergency Departments**

GOWRISANKARAN G., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24155. Cambridge NBER: 50 ,

<http://papers.nber.org/papers/W24155>

We examine the variation across emergency department (ED) physicians in their resource use and health outcomes, and the relationship between ED resource use and future healthcare costs and outcomes. Our data record the initial treating hospital, ED physician, ED billed expenditures, and all interactions with the provincial health system within the subsequent 90 days for EDs in Montreal, Canada. Physicians in Montreal rotate across shifts between simple and difficult cases, implying a quasi-random assignment of patients to physicians conditional on the choice of ED. We consider three medical conditions that present frequently in the ED and for which mistreatment can result in dramatic consequences: angina, appendicitis, and transient ischemic attacks. To control for variation across physicians in their diagnostic acumen, for each condition, our sample consists of patients with a broader set of symptoms and signs that could be indicative of the condition. We regress measures of healthcare costs on indicators for the hospital and ED physician separately by condition. We then evaluate the correlations between different measures of skill and resource use. We find strong positive correlations of physician resource use and skills across the three conditions. However, physicians with costly practice styles are often associated with worse outcomes, in terms of more ED revisits and more hospitalizations. One exception is that for patients in the angina sample, ED physicians with more spending have fewer hospitalizations. Comparisons of physician effects for the base and broader sets of conditions show that both diagnosis and disposition skills are important.

► **Le forfait hospitalier en France : synthèse documentaire**

SAFON M. O.

2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-forfait-hospitalier-en-france.pdf>

Cette synthèse documentaire dresse un tableau historique et réglementaire du forfait journalier hospitalier en France.

► **Education Effects on Days Hospitalized and Days Out of Work by Gender: Evidence from Turkey**

TANSEL A. ET KESKIN H. I.

2017

IZA Discussion Paper; 11210. Bonn IZA: 40 , ,

<http://ftp.iza.org/dp11210.pdf>

The strong relationship between various health indicators and education is widely documented. However, the studies that investigate the nature of causality between these variables became available only recently and provide evidence mostly from developed countries. We add to this literature by studying the causal effect of education on days hospitalized and days out of work for health reasons. We consider two educational reforms. One is the educational expansion of the early 1960s and the other is the 1997 increase in compulsory level of schooling from five to eight years. However, due to the possibility of weak instruments we do not further pursue this avenue. We focus on individuals in two cohorts namely, 1945-1965 which is an older cohort and 1980-1980 which is a younger cohort. We estimate Tobit models as well as Double Hurdle models. The results suggest that an increase in years of education causes to reduce the number of days hospitalized for both men and women unambiguously and the number of days out of work only for men while an increase in education increases the number of days out of work for a randomly selected women.

Inégalités de santé

► **Rôle du système de soins et inégalités sociales de santé : constats, hypothèses et pistes pour la recherche**

BOURGUEIL Y., *et al.*
2017

Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. Paris : DREES: 252-264.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees>

Les progrès d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité en grande partie attribuables au système de soins doivent conduire à reconsidérer la contribution de ce dernier à l'amélioration de la santé et par voie de conséquence à la réduction des inégalités de santé. C'est principalement au travers de la réduction des inégalités d'accès primaires et secondaires aux soins, que l'organisation du système de soins et les interventions qui peuvent s'y déployer, contribuent sinon à les réduire, tout au moins à éviter d'accentuer les inégalités de santé. Après un bref rappel des niveaux d'action identifiés pour réduire les inégalités d'accès aux soins, Cette communication propose des pistes d'actions et de recherches

► **The Effect of Education on Health and Mortality: A Review of Experimental and Quasi-Experimental Evidence**

GALAMA T. J., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24225. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24225>

Education is strongly associated with better health and longer lives. However, the extent to which education causes health and longevity is widely debated. We develop a human capital framework to structure the interpretation of the empirical evidence. We then review evidence on the causal effects of education on mortality and its two most common preventable causes: smoking and obesity. We focus attention on evidence from Randomized Controlled Trials, twin

studies, and quasi-experiments. There is no convincing evidence of an effect of education on obesity, and the effects on smoking are only apparent when schooling reforms affect individuals' track or their peer group, but not when they simply increase the duration of schooling. An effect of education on mortality exists in some contexts but not in others, and seems to depend on (i) gender; (ii) the labor market returns to education; (iii) the quality of education; and (iv) whether education affects the quality of individuals' peers.

► **Intergenerational Health Mobility in the US**

HALLIDAY T., *et al.*
2018

IZA Discussion Paper; 11304. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11304.pdf>

Studies of intergenerational mobility have largely ignored health despite the central importance of health to welfare. We present the first estimates of intergenerational health mobility in the US by using repeated measures of self-reported health status (SRH) during adulthood from the PSID. Our main finding is that there is substantially greater health mobility than income mobility in the US. A possible explanation is that social institutions and policies are more effective at disrupting intergenerational health transmission than income transmission. We further show that health and income each capture a distinct dimension of social mobility. We also characterize heterogeneity in health mobility by child gender, parent gender, race, education, geography and health insurance coverage in childhood. We find some important differences in the patterns of health mobility compared with income mobility and also find some evidence that there has been a notable decline in health mobility for more recent cohorts. We use a rich set of background characteristics to highlight potential mechanisms leading to intergenerational health persistence.

► **Inclusive Growth and Health.**

JAMES C., *et al.*

2017

Oecd Health Working Paper 103. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/inclusive-growth-and-health_93d52bcd-en

En réponse aux inégalités croissantes des revenus et d'autres dimensions du bien-être, y compris la santé, l'OCDE lance une initiative sur la croissance inclusive en 2012. L'objectif est d'aider les gouvernements à trouver des moyens de rendre la croissance économique plus inclusive, de sorte que cela se traduit par des gains significatifs dans les normes de vie à travers les dimensions clés du bien-être et les différents groupes socio-économiques. Ce document lie la santé à l'ensemble du programme de croissance inclusive. Il évalue la relation à double sens entre la santé et les facteurs socio-économiques. Une analyse empirique a étudié une fonction de production de santé, utilisant les données de 35 pays de l'OCDE pour la période 1990-2015. Cette analyse est complétée par un examen de la littérature empirique et des politiques efficaces dans les pays de l'OCDE.

► **Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and the Measurement of Inequalities in Health**

JUSOT F., *et al.*

2018

Perceived Health and Adaptation in Chronic Disease. Londres : Routledge: 175-195.

<https://www.routledge.com/Perceived-Health-and-Adaptation-in-Chronic-Disease/Guillemain-Leplege-Briancon-Spitz-Coste/p/book/9781498778985>

This study aims to analyse the impact of the measurement of health status on socioeconomic inequalities in health. A MIMIC model with structural equations is used to create a latent variable of health status from four health indicators: self-assessed health, report of chronic diseases, report of activity limitations and mental health. Then, we disentangle the impact of sociodemographic characteristics on latent health from their direct impact on each health indicator and discuss their effects on the assessment of socioeconomic inequalities in health. This study emphasises differences in inequalities in health according to latent health. In addition, it suggests the existence of reporting heterogeneity biases. For a given latent health status, women

and old people are more likely to report chronic diseases. Mental health problems are over-reported by women and isolated people and under-reported by the oldest people. Active and retired people as well as non manual workers in the top of the social hierarchy more often report activity limitations. Finally, highly educated and socially advantaged people more often report chronic diseases whereas less educated people under-report a poor self-assessed health. To conclude, the four health indicators suffer from reporting heterogeneity biases and the report of chronic diseases is the indicator which biases the most the measurement of socioeconomic inequalities in health.

► **Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016**

LANG T. ET ULRICH V.

2017

Paris DREES

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees>

La Direction de la Recherche - des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé a conduit, entre juin 2015 et juin 2016, un séminaire de réflexion et de discussion sur les inégalités sociales de santé (ISS), animé par le professeur Thierry Lang de l'université de Toulouse et président du groupe de travail du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur ce même thème. Ce séminaire a regroupé, autour de cette question, des chercheurs, des professionnels de santé, des acteurs associatifs, des élus, des représentants de différents ministères au niveau national et régional, des agences de santé et des collectivités locales. Les deux premières séances du séminaire ont eu pour objectif de recueillir l'expression des besoins de connaissances et d'outils des décideurs et acteurs de terrain pour la définition de politiques et d'actions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Les quatre suivantes ont regroupé des interventions de chercheurs de différentes disciplines, autour des thèmes suivants : les inégalités sociales et territoriales de santé, la construction des inégalités au cours de la vie, les concepts et méthodes en évaluation, les interventions pour réduire les inégalités sociales de santé.

► **La santé des migrants : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2018

Paris : Irdes

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

L'étude de la santé des migrants est intéressante à plusieurs titres. En épidémiologie descriptive, elle relève d'une démarche d'investigation utilisée autrefois pour apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies chroniques. En santé publique, elle entre dans le champ de l'examen des populations vulnérables. Mais il s'avère très difficile d'avoir une vision globale de l'état de santé des migrants, d'une part pour des raisons idéologiques, d'autre part du fait de la diversité des populations, des biais de déclaration dans les enquêtes ou de la sous-estimation des données de mortalité, car les migrants gravement malades retournent souvent dans leur pays d'origine. Quel est aujourd'hui l'état de santé des personnes résidant en France ou à l'étranger ayant vécu une migration ? Quels sont leurs modes d'accès aux soins et à la prévention, quel est leur comportement de santé ? L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur l'ensemble de cette problématique. Le périmètre géographique

étudié concerne la France, les pays de l'Union européenne, les États-Unis, le Canada et l'Australie.

► **Les enquêtes auprès des migrants : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2018

Paris : Irdes

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-enquetes-aupres-des-migrants.pdf

L'objectif de cette bibliographie est de recenser les enquêtes menées auprès des populations immigrées et migrantes. L'identification de ces enquêtes a été réalisée à partir d'une recherche bibliographique conduite sur différentes bases de données : base documentaire de l'Irdes, banque de données en santé publique (BDSP), Medline... sur la période : 2000-2017. Trois catégories d'enquêtes ont été distinguées : les enquêtes menées spécifiquement auprès des migrants ou immigrés, les enquêtes en population générale ayant des modules et des questionnaires sur les populations étrangères, les études basées sur des cohortes ou registres de population. Pour chaque enquête, les études les plus récentes ont été retenues dans la bibliographie. Une liste des principaux projets européens et internationaux ainsi qu'une sélection de revues de littérature portant sur la thématique des migrants termine cette bibliographie.

Médicaments

► **La consommation d'antibiotiques en France en 2016**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ
2017

St Denis ANSM

http://ansm.sante.fr/content/download/113089/1432671/version/1/file/Rapport+antibio_nov2017.pdf

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) analyse, chaque année, les données relatives à la consommation des antibiotiques en France. Les résultats présentés dans la nouvelle édition de son rapport montrent notamment qu'après cinq années de baisse entre 2000 et 2005 et une stagna-

tion pendant les cinq années suivantes, la prescription d'antibiotiques en France a augmenté de 5,6 % entre 2011 et 2016, avec une croissance de 1,3 % entre 2015 et 2016.

► **Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé : L'exemple du médicament**

BEGAUD B., et al.
2017

Paris La documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/174000870-les-donnees-de-vie-reelle-un-enjeu-majeur-pour-la-qualite-des-soins-et-la-regulation?>

Ce rapport sur le suivi en vie réelle des médicaments est basé sur des données issues de la prescription, de la délivrance et de la consommation des médicaments par les patients. Il est le fruit de réflexions menées avec un groupe de travail associant toutes les parties prenantes : autorités de santé, assurance maladie obligatoire et complémentaire, usagers, professionnels de santé, industriels, chercheurs. Le rapport souligne qu'avec la révolution numérique et les possibilités croissantes de collecte et d'analyse d'informations qu'elle permet, la production et l'utilisation de données observationnelles deviennent un objectif stratégique pour tous les systèmes de santé et renouvellent l'approche traditionnelle des études sur les médicaments, historiquement centrées sur les essais cliniques. Agnès Buzyn a décidé de constituer un groupe de travail entre les services du ministère, la Cnamts et la HAS pour travailler sur les modalités d'évaluation des médicaments. Celui-ci devra préparer la mise en œuvre des propositions formulées par Bernard Bégaud, Dominique Polton et Franck von Lenep. Il devra également travailler à d'autres pistes de réforme en ce domaine, en rouvrant notamment le chantier lancé par le rapport sur l'évaluation du médicament remis par Dominique Polton en novembre 2015.

► **An Evaluation of the CPI Indexes for Prescription Drugs**

BOSWORTH B., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24210. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24210>

The prescription drug component of the Consumer Price Index (CPI) measures recent and past drug price changes, and provides the basis for projecting future price trends and health care expenditures. However, there are concerns about the adequacy of the price data because of recent changes in the structure of the market for prescription drugs. We compare the prescription drug data of the CPI with a large alterna-

tive data set from the IQVIA Institute for Human Data Science. We analyze the overall consistency if the data from the two sources, and examine the influence of the large shift from brand to generic drug sales and the increased reliance on third party insurance plans that are excluded from the CPI sampling frame.

► **Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées**

HERR M., *et al.*

2018

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(230)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/230-fragilite-des-personnes-agees-et-consommation-de-medicaments.pdf>

Le vieillissement n'est pas un processus homogène. Certaines personnes sont plus fragiles que d'autres : elles ont une moindre capacité à faire face à des événements stressants à cause d'une réserve physiologique insuffisante (dénutrition, perte de masse musculaire, etc.) et subissent des conséquences néfastes en matière de santé et de consommation de soins (hospitalisation, institutionnalisation, décès, etc.). Depuis quelques années, la Haute Autorité de santé (HAS) met en avant la détection et la prise en charge de la fragilité comme un moyen d'améliorer les parcours de soins des personnes âgées. Les interventions proposées incluent l'ajustement et la simplification du traitement médicamenteux des patients. L'originalité de cette étude consiste à aborder la relation entre l'usage de médicaments et la fragilité en tenant compte à la fois de la quantité de médicaments prescrits et de la qualité de la prescription chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'étude a été réalisée à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale de l'Irdes en 2012, appariée aux données de remboursement de soins de l'Assurance maladie qui permettent d'identifier la consommation de médicaments. Elle souligne que la polymédication et l'usage de certains médicaments potentiellement inappropriés – les médicaments anticholinergiques – sont associés à la fragilité chez les personnes âgées.

Politique de santé

► **Plan cancer 2014-2019 : quatrième rapport au président de la République**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2018

Paris Institut National du Cancer

www.e-cancer.fr/content/download/223223/3043246/file/Rapport%20au%20PR%202018_%20FINAL_COMPIL%C3%89.pdf

À deux ans de l'échéance de ce troisième Plan cancer, ce quatrième rapport fait un bilan de l'ensemble des actions menées. La mobilisation des partenaires du secteur, communauté des soignants, chercheurs, acteurs de la prévention, des grandes associations et fondations dans la lutte contre les cancers a permis de réaliser plus de 64 % des jalons identifiés (1 369 au total) répondant aux attentes des malades et de leurs proches

Prévention

► **The Effect of Organized Breast Cancer Screening on Mammography Use: Evidence from France**

BUCHMUELLER T. C. ET GOLDZAHL L.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24316. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24316>

In 2004, France introduced a national program of organized breast cancer screening. The national program built on pre-existing local programs in some, but not all, départements. Using data from multiple waves of a nationally representative biennial survey of the French population, we estimate the effect of organized screening on the percentage of women obtaining a mammogram. The analysis uses difference-in-differences methods to exploit the fact that the program was targeted at women in a specific age group: 50 to 74 years old. We find that organized screening significantly raised mammography rates among women in the target age range. Just above the lower age threshold, the percentage of women reporting that they had a mammogram in the past two years increased by over 10 percentage points after the national program went into effect. Mammography rates increased even more among women in their sixties. Estimated effects are particularly large for women with less education and lower incomes, suggesting that France's organized screening program has reduced socioeconomic disparities in access to mammography.

► **Alimentation et activité physique des jeunes : bilan des actions réalisées et pistes d'amélioration**

DUCROT P.
2017

Saint-Maurice Santé Publique France

http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/nutrition/rapport2017_alimentation-activite-physique/interventions-alimentation-activite-physique-jeunes.pdf

L'action 11.6 du Plan Cancer vise à développer l'éducation sur l'alimentation et l'activité physique dès la maternelle et le primaire notamment pendant le temps périscolaire dans le cadre de la réforme sur les rythmes scolaires. Dans le cadre de cette action pilotée par Santé publique France, un recensement des actions de prévention et/ou de promotion de la santé menées sur le territoire en 2013-2014 a été réalisé à l'aide de la base OSCARS (Outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé), celle de la Mutualité française et d'un questionnaire en ligne sur le site de l'Inpes. Les critères de sélection étaient : 1) Thèmes : alimentation et/ou activité physique; 2) Population cible : 3-18 ans; 3) Années : 2013 et 2014; 4) Milieux : scolaire, périscolaire, sportif, associatif, universitaire. Les données issues de ce recensement ont ensuite été comparées aux critères d'efficacité identifiés dans la littérature en vue de formuler des propositions pour la mise en place d'interventions efficaces.

► **Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2017

Avis et rapports. Paris HCSP

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>

Le Haut Conseil de la santé publique présente des recommandations afin qu'une stratégie de prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA) puisse être mise en œuvre en France. Le HCSP recommande 4 axes d'actions pour la prévention : Sensibiliser la communauté et les professionnels de la santé aux MAMA et aux possibilités de prévention, promouvoir des actions de prévention des MAMA à des moments cibles et pour des publics cibles, intégrer la démence dans la Stratégie nationale de santé et le futur plan national de santé publique, promouvoir

la surveillance épidémiologique et la recherche sur la prévention de ces maladies. Le HCSP a analysé les données concernant les facteurs modifiables de risque ou de protection de ces maladies à partir d'études d'observation et d'intervention françaises et étrangères, ainsi que d'auditions d'experts des principaux facteurs identifiés. Il a évalué les bénéfices - risques de ces différents facteurs, comme le niveau d'éducation, l'alimentation et l'activité physique, le diabète, l'hypertension artérielle, la prise de certains médicaments. Ont également été étudiées les politiques publiques d'autres pays développés pour lutter contre le déclin cognitif et les démences. Les programmes de prévention : objectifs, populations cibles, mesures et outils déployés, évaluation ont été plus particulièrement analysés. En complément, le HCSP a auditionné des acteurs impliqués dans le champ de ces maladies (associations de patients, personnalités intervenant dans les politiques).

Préviation-Evaluation

► **Scoping Review on Social Care Economic Evaluation Methods**

WEATHERLY H., *et al.*
2017

CHE Research Paper Series ;149. York University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP150_social_care_evaluation_methods.pdf

In the UK and internationally there is widespread acceptance of the value and general methods of economic evaluations to inform decisions about health care interventions. By contrast, approaches to social care economic evaluation are substantially less well

developed. The project aimed to inform NICE on the methods available for use in undertaking economic evaluation of social care interventions, the methods in development, the methods challenges faced and the methods gaps. A systematic review of the published literature and a survey of experts were undertaken to fulfil the study aims. Data were extracted on key requirements for economic evaluation: the perspective of the analysis, the interventions compared, the evidence used on costs and effects, opportunity cost, uncertainty, and equity. Thirty social care economic evaluations were identified for review. Experts provided feedback on the findings of the key requirements for economic evaluation.

Psychiatrie

► **Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960**

LOPEZ A. ET TURAN-PELLETIER G.
2017

Paris Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

► **Les soins psychiatriques sans consentement : aide-mémoire**

THERON S. ET ARBUS C. P.
2017

Paris : Dunod

En 2015, 92 000 personnes étaient prises en charge en psychiatrie sans y avoir consenti. Les soins sans consentement – par définition dérogatoires – ont fait l'objet d'une attention particulière du législateur ces dernières années. La loi du 5 juillet 2011 a créé une alternative à l'hospitalisation complète par le biais des programmes de soins. Elle a aussi instauré un contrôle systématique du juge judiciaire sur les hospitalisations complètes. La loi du 27 septembre 2013 a tenté de renforcer les droits du patient ou du moins de minimiser le plus possible les atteintes susceptibles d'y être portées lors de la mise en œuvre des procédures.

Cet ouvrage analyse les règles juridiques du dispositif des soins psychiatriques sans consentement, de son déclenchement à sa levée, en mettant l'accent sur les droits et libertés du patient.

► **France. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-Based Services and Practices Across Europe**

TUMPENNY A., et al.
2017

Bruxelles. Mental Health Institute: 91-102.

<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

Since 2015, France no longer has a national mental health plan, as policy on mental health and psychiatry is to be managed and mainstreamed at an inter-ministerial level, together with action at the level of regional "health territories" with more direct responsibility and plans. In 2016, the existence and role of the "Local Mental Health Councils" was strengthened, however, the representation of mental health users/survivors in both these local councils and national bodies is still limited. There are large regional disparities both in terms of resources and provision of mental health and social care in France. Since the law reform in 2011/2013 introducing for the first time judicial supervision of the forced hospitalisation and treatment system, general concerns include the high rate of long-term hospitalisation, increasing use of involuntary admission and forced treatments, compulsory treatment in the community and guardianship practices. The cross-border treatment and institutionalisation of French nationals with mental health problems in Belgium is also problematic.

► **Mapping & Understanding Exclusion in Europe**

TUMPENNY A., et al.
2017

Bruxelles Mental Health Institute

<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

This report entitled “Mapping and Understanding Exclusion- Institutional, coercive and community based services and practices across Europe” is a new and expanded edition of Mental Health Europe’s 2012 Mapping Exclusion report. The report was put together by the University of Kent and Mental Health Europe (MHE), with the help of MHE members and partner organisations, and with support from the Open Society Mental Health Initiative and the European Union’s Rights Equality and Citizenship Programme. The report aims to capture updated and more comprehensive information on European countries ‘mental health

laws, the use of involuntary or forced placements and treatments, the practice of seclusion and restraint, as well as emerging issues in the mental health field in Europe. In mapping mental health systems across Europe, the report also sheds light on the situation of human rights for people who use mental health services and people with psychosocial disabilities. This time around there is a special focus on the stories of people who have experienced institutionalisation and coercion in mental health services which we hope will contribute to a more profound understanding of the exclusion these individuals face in society.

Soins de santé primaires

► Difficultés de rendez-vous et modalités d’échanges avec les médecins spécialistes de second recours : opinions et pratiques des médecins généralistes des Pays de la Loire

ANTHONY N., *et al.*
2017

Panel en médecine générale - 2014-2016 - Pays de la Loire; 16. Nantes ORS Pays de la Loire

http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2017_16_second_recours_panel3mgpdl.pdf

Interrogés début 2017 dans le cadre du Panel des médecins généralistes libéraux, plus des deux tiers des praticiens ligériens disent avoir toujours ou souvent des difficultés pour obtenir rapidement un rendez-vous auprès de leurs confrères libéraux rhumatologues, psychiatres, ophtalmologues et neurologues. Des difficultés sont plus fréquemment déclarées qu’en 2012 pour les rhumatologues, neurologues et gastroentérologues. Ces spécialités ont toutes connu un recul de leur densité en Pays de la Loire entre 2012 et 2017, mais de nombreux autres facteurs sont susceptibles de contribuer à l’augmentation de ces difficultés. Pour résoudre ce problème, 70 % des généralistes souhaiteraient la mise en place d’un numéro de téléphone qui leur serait réservé, 38 % seraient en faveur de plages de rendez-vous dédiées, et 21 % d’un site internet de rendez-vous réservé aux généralistes. Des organisations de ce type leur sembleraient particulièrement profitables pour leur articulation avec les rhumatologues, les cardiologues et les ophtalmologues. Par

ailleurs, les courriers donnés aux patients restent le moyen de communication écrit le plus utilisé par les médecins généralistes pour transmettre des informations aux médecins spécialistes libéraux de second recours : plus de 90 % des praticiens déclarent y avoir toujours ou souvent recours.

► The Impact of Nurse Practitioner Scope-Of-Practice Regulations in Primary Care

ARIFKHANOVA A.
2018

Dissertations. Santa Monica Rand Corporation

https://www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/RGSD396.html

The costs of primary care have been rising and access to it may become limited because of a possible shortage in primary care physicians. Some state governments have addressed this issue by allowing Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) to serve the population without the supervision of physicians. About half of the states permit nurse practitioners (NPs) to practice and/or prescribe drugs without physician supervision or collaboration. NPs in primary care charge lower prices than physicians and provide satisfactory quality of care, supported by existent literature. Moreover, increasing the number of NPs could alleviate access problems from a low supply of physicians. NP scope-of-practice (SOP) regulations have been changing in many states. The dissertation focuses on access to health care and addresses three research questions: what is the impact of NP SOP regulations on NP employment, access to primary health care in areas characterized

by a relatively low supply of primary care physicians, and how does the Center for Medicaid and Medicare Innovation's Comprehensive Primary Care Initiative affect the use of NPs given state SOP regulations?

► **Unmet Health Care and Health Care Utilization**

BARHAM V., et al.
2017

Working Paper; 1716E. Ottawa University of Ottawa
<https://ideas.repec.org/p/ott/wpaper/1716e.html>

The aim of this study is to examine the causal effect of health care utilization on unmet health care needs. An instrumental variables approach deals with the endogeneity between the use of health care services and unmet health care. The presence of drug insurance and the number of physicians in each health region are used to identify the causal effect. The reasons for unmet health care needs are grouped into system and personal ones. We use four biennial confidential master files (2001-2010) of the Canadian Community Health Survey. We find a clear and robustly negative relationship between health care use and unmet health care needs; a higher probability of unmet health care needs is attributable to a low use of health care services. One more visit to a medical doctor on average decreases the probability of having unmet health care needs by 0.028 points. If the unmet need is due to accessibility related reasons, this effect is 0.02 compared to only 0.015 point for personal related reasons. Health care use reduces the likelihood of reporting unmet health care. That the link between health care utilization and unmet health care needs is stronger for accessibility related reasons than for personal reasons, suggests that policies like increasing the coverage of public drug insurance, and increasing the number of physicians can reduce the likelihood of unmet health care.

► **Spatial Competition and Quality: Evidence from the English Family Doctor Market**

GRAVELLE H., et al.
2018

CHE Research Paper Series ;151. York University of York
https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP151_spatial_competition_quality_family_doctor_market.pdf

We examine whether family doctor firms in England respond to local competition by increasing their quality. We measure quality in terms of clinical performance and patient-reported satisfaction to capture its multi-dimensional nature. We use a panel covering 8 years for over 8000 English general practices, allowing us to control for unobserved local area effects. We measure competition by the number of rival doctors within a small distance. We find that increases in local competition are associated with increases in clinical quality and patient satisfaction, particularly for firms with lower quality. However, the magnitude of the effect is small.

► **Médecine de ville : le pari de la jeunesse**

JAGER W.
2018

Paris Terra Nova

http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/506/original/Terra-Nova_Note-Medecine-de-ville-jeunesse_080118.pdf

Bientôt majoritaires dans le corps médical, les jeunes médecins ne bénéficient pas aujourd'hui d'une véritable représentation dans les lieux de négociation et de décision sur la politique de santé. En effet, le processus électoral qui définit les interlocuteurs légitimes des pouvoirs publics tend à les exclure de la représentation collective. Les futurs médecins (étudiants, internes, chefs de clinique) sont de facto écartés des négociations conventionnelles car leurs débuts de carrière ne ressemblent pas à ceux de leurs aînés. Pourtant, certains s'installeront avant la signature d'une nouvelle convention, qui s'appliquera à leur activité, sans que les nouveaux arrivants aient pu se prononcer à son sujet. Quant aux nouveaux inscrits à l'Ordre, ils en sont écartés, faute pour eux, dans leur immense majorité, d'exercer une activité libérale à titre principal ou, si tel est le cas, de l'être sous le statut de remplaçants. Or ce sont bien les jeunes que l'on mobilise dès qu'il s'agit d'instituer un rapport de force avec les pouvoirs publics; eux à qui l'on pense lorsque sont imaginées des solutions pour apaiser les maux du système de santé français (déserts médicaux notamment). La présente note ouvre des perspectives pour donner aux nouvelles générations de médecins les moyens d'agir. C'est indispensable si l'on tient à enrayer la baisse du temps médical disponible dans un contexte où les besoins de santé ne cessent d'augmenter (tiré du texte).

► **Les revenus des pharmaciens d'officine : de fortes disparités selon le statut du titulaire**

PLA A. ET TREVIEN C.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1039)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-revenus-des-pharmaciens-d-officine-de-fortes-disparites-selon-le-statut-du>

Les revenus moyens de pharmaciens titulaires non-salariés déclarés en 2014 vont du simple au double selon le type d'imposition de leur officine. À catégorie juridique et régime d'imposition donnés, la rémunération des pharmaciens augmente avec le chiffre d'affaires de l'officine et est plus élevée en moyenne dans les départements du nord de la France que dans ceux du Sud. Elle varie également selon l'âge et le sexe du titulaire : elle est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Après avoir nettement progressé en 2010 et 2011, le revenu des titulaires a évolué en moyenne moins favorablement de 2012 à 2014 - il a même diminué pour la moitié des pharmaciens entre 2013 et 2014. Les revenus des adjoints d'officine, pharmaciens salariés, sont nettement inférieurs à ceux des titulaires et varient beaucoup moins d'une pharmacie à l'autre.

► **Multimorbidity and Medication Management in General Practice a Challenge for GPs**

SINNIGE E. J.

2017

Nijmegen Radboud University Medical Center

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/dissertatie_JudithSinnige.pdf

GPs increasingly manage older patients diagnosed with multiple chronic conditions (i.e. multimorbidity) who use several medications (i.e. polypharmacy). Affiliated with IQ Healthcare (Radboud university medical center) and NIVEL, Judith Sinnige's study shows that there is great diversity in the combinations of chronic conditions prevalent in this patient group. This makes management complex; not only concerning the oldest patient group but also patients aged 55-70 years. This complexity in care is stressed by the proven variation in the number of medication prescriptions per general practice. During group sessions, GPs pointed out that they would like to discuss the medication regime together with several GPs and pharmacists. For example, by using clinical medication reviews. This requires a clear determination of the target population and adequate organisation. Sinnige suggests that GPs and pharmacists should deal with this issue together and involve the patient in this development. Structural meetings and/or training sessions could contribute to a clear shared vision of this complex medication management for patients with multiple chronic conditions by also paying attention to the patient's individual wishes and preferences.

Systèmes de santé

► **La santé dans les pays de l'Union européenne. Profils de santé par pays : France**

ANDRIUKATIS V.

2017

Luxembourg Office des publications de l'Union européenne

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf

Ce chapitre des profils européens de santé concerne le système de santé français. Les données proviennent de l'enquête santé européenne par interview (EHIS).

► **France: Improving the Efficiency of the Health-Care System**

GOUJARD A.

2018

OECD Economics Department Working Papers ; 1455

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:oecc:ecoa:1455-en&r=age>

France's health-care system offers high-quality care. Average health outcomes are good, public satisfaction with the health-care system is high, and average household out-of-pocket expenditures are low. As in other OECD countries, technology is expanding possibilities for life extension and quality, and spending is rising steadily, while an ageing population requires substantially more and different services. The main challenges are to promote prevention and cost-efficient behaviour by care providers, tackle the high spending on pharmaceuticals, strengthen the role of health insurers as purchasing agents and secure cost containment. Good-quality information and appropriate financing schemes would ensure stronger efficiency incentives. Disparities of coverage across social groups and health services suggest paying greater attention to co-ordination between statutory and complementary insurance provision. Ongoing reforms to improve prevention and co-ordination among care providers are steps in the right direction. However, progress in the development of capitation-based payment schemes, which can reduce the incentives to increase the number of medical acts and encourage health professionals to spend more time with their patients, and performance-based payment schemes in primary care need to be stepped up to respond to the increasing prevalence of chronic diseases and curb supplier-induced demand and social disparities in access to care

► **Measuring Patient Experiences (PREMS): Progress Made by the OECD and Its Member Countries Between 2006 and 2016**

KLAZINGA N. S. ET FUJISAWA R.

2017

OECD Health Working Paper, 102. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-patient-experiences-prems_893a07d2-en

L'OCDE pilote le travail sur les comparaisons internationales des mesures du vécu du point de vue des patients (PREMS) de ses états membres depuis plus d'une décennie. Ce document résume les développements nationaux en matière de mesure et de surveillance des PREMS de 2006 à 2016 des pays participant au groupe d'experts de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé. Ce rapport montre que la majorité des pays de l'OCDE mesure l'expérience du

patient au niveau national. Il souligne le fait que les collectes des mesures du vécu du point de vue des patients, auparavant menées de manière ad hoc, sont standardisées et institutionnalisées dans de plus en plus de pays. Ces progrès au niveau national ont permis un reporting des expériences des patients en soins ambulatoires pour 17 pays de l'OCDE dans la publication phare de l'OCDE « Panorama de la santé 2017 ». L'étendue du répertoire des indicateurs est actuellement limitée, mais de récents progrès nationaux suggèrent qu'il y aurait une opportunité d'extension de la collecte des données dans différents domaines à un niveau international. L'OCDE compte poursuivre le développement des PREMS qui seraient utiles pour les décideurs politiques et aideraient à améliorer la performance des systèmes de santé pour les usagers, en tirant profit du travail entrepris à ce jour sur les PREMS en consultation avec les pays.

► **Public Health and Economic Implications of the United Kingdom Exiting the EU and the Single Market**

MAIGNEN F., *et al.*

2017

Londres OHE

<https://www.ohe.org/system/files/private/publications/Executive%20report%20-%20final.pdf>

This report explores the consequences of the exit of the United Kingdom (UK) from the European Union (EU) on public health in the UK and in the EU. It also provides an estimate of the economic impact for pharmaceutical companies. The impact of Brexit will be highly dependent on the nature of any agreement resulting from the negotiations between the UK and the remaining countries of the EU, and the extent that the UK is involved in future EU public health activities. As such, the sensitivity of the various public health and economic impacts is assessed according to a number of different possible combinations of trade and regulatory agreements. We find that the public health implications of Brexit will become more severe as public health cooperation and trade relationships lessen between the EU and the UK. Importantly, the public health impacts may not just occur in the UK, but may also be significant in the remaining countries of the EU and the European Economic Area.

► **Brexit: The Implications for Health and Social Care**

MCKENNA H.
2017

Londres King's Fund Institute

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-implications-health-social-care>

Although the European Union has limited legal jurisdiction over how health and care services are organised and provided in member states (European Union undated), the UK's vote to leave the EU will have major implications for health and social care in England. First,

because the government has been clear that Brexit will mean the United Kingdom leaving the European single market and the customs union – arrangements that currently play an important role in facilitating the delivery of health services, via access to workforce as well as goods and services. Second, because EU directives affect many areas of UK law that impact on the delivery of health and care services. Third, because the vote has ushered in a period of significant economic and political uncertainty at a time when the NHS and social care are already facing huge financial and operational pressures.

Travail et santé

► **Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels**

ASSURANCE MALADIE - RISQUES PROFESSIONNELS.
2018

Paris Cnamts

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Enjeux%20et%20actions%202018_affections%20psychiques%20travail.pdf

Selon cette étude, plus de 10 000 affections psychiques ont été reconnues en 2016 au titre des accidents du travail. Rapportés aux quelques 626 000 accidents du travail, cela représente environ 1,6 % des accidents du travail avec arrêt. Si l'on retient également tous les accidents dont les circonstances décrites dans les déclarations d'accident du travail rédigées par l'employeur s'apparentent à celles de ces 10 000 cas sans pour autant se solder par des TPS, ce sont quelques 10 000 cas supplémentaires qu'il faut rajouter à ce décompte, soit au total près de 20 000 AT représentant 3,2 % des accidents du travail. Une affection psychique peut également être reconnue au titre d'une maladie professionnelle et le nombre de cas reconnus a été multiplié par 7 en 5 ans. Ce rapport estime le coût pour la branche AT/MP à environ 230 M€ en 2016.

► **Sicherheit Und Gesundheit Bei Der Arbeit - Berichtsjahr 2016**

BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN
2018

Berlin BAUA

<https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2016.pdf>

Ce rapport rassemble les données chiffrées sur la santé au travail en Allemagne. Le nombre de maladies professionnelles (MP) reconnues a augmenté de 23,7 % par rapport à 2015, pour s'établir à 22 320 en 2016. Cette hausse est liée à l'inscription de nouvelles pathologies sur la liste des MP en 2015. En revanche, le nombre de déclarations de MP a diminué de 2 % pour s'établir à 80 000. Au cours de l'année 2016, 2 576 personnes sont mortes des suites d'une maladie professionnelle. Deux tiers de ces décès sont imputables à l'utilisation de matériaux renfermant de l'amiante. Les TMS sont toujours à l'origine du plus grand nombre de jours de travail perdus pour arrêt maladie, avec 22,8 %. Viennent ensuite les pathologies psychiques avec 16,2 %. Les maladies respiratoires arrivent en troisième position, avec 13,5 % (ce qui correspond à plus d'1 jour de travail perdu sur 7). Le nombre des accidents du travail a augmenté et atteint 960 000, en raison d'une reprise de l'activité, mais le taux de fréquence des accidents pour 1000 travailleurs temps plein a légèrement diminué pour s'établir à 23,2 (contre 23,3 en 2015). Au total, 873 personnes ont perdu la vie au travail ou sur le chemin du travail en 2016, soit 9 % de moins qu'en 2015. Avec

174 000 cas en 2016, les départs en retraite pour diminution de la capacité de travail sont restés stables dans l'ensemble. Les départs en retraite pour cause de TMS ont nettement augmenté (1500 cas supplémentaires, + 7,2 %). Les pathologies psychiques (42,8 %) restent de loin les causes les plus fréquentes de retraite anticipée.

► **Does Sick Pay Affect Workplace Absence?**

BRYSON A. ET DALE-OLSEN H.

2017

IZA Discussion Paper ; 11222. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11222.pdf>

Higher replacement rates often imply higher levels of absenteeism, yet even in generous welfare economies, private sick pay is provided in addition to the public sick pay. Why? Using comparative workplace data for the UK and Norway we show that the higher level of absenteeism in Norway compared to UK is related to the threshold in the Norwegian public sick pay legislation. This threshold's importance is confirmed in a Regression Kinked Design (RKD) analysis on the Norwegian micro-data. Private sick pay is provided as an employer provided non-wage benefit and when training costs are high.

► **Intergenerational Spillovers in Disability Insurance**

DAHL G. B. ET GIELEN A. C.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24296. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24296>

Does participation in a social assistance program by parents have spillovers on their children's own participation, future labor market attachment, and human capital investments? While intergenerational concerns have figured prominently in policy debates for decades, causal evidence is scarce due to nonrandom participation and data limitations. In this paper we exploit a 1993 policy reform in the Netherlands which tightened disability insurance (DI) criteria for existing claimants, and use rich panel data to link parents to children's long-run outcomes. The key to our regression discontinuity design is that the reform applied to younger cohorts, while older cohorts were exempted from the new rules. We find that children of

parents who were pushed out of DI or had their benefits reduced are 11% less likely to participate in DI themselves, do not alter their use of other government safety net programs, and earn 2% more in the labor market as adults. The combination of reduced government transfers and increased tax revenue results in a fiscal gain of 5,900 euros per treated parent due to child spillovers by 2014. Moreover, children of treated parents complete an extra 0.12 years of schooling on average, an investment consistent with an anticipated future with less reliance on DI. Our findings have important implications for the evaluation of this and other policy reforms: ignoring parent-to-child spillovers understates the long-run cost savings of the Dutch reform by between 21 and 40% in present discounted value terms.

► **The Effect of Self-Employment on Health: Evidence from Longitudinal Social Security Data**

GONCALVES J. ET MARTINS P. S.

2018

IZA Discussion Paper; 11305. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11305.pdf>

The growth of novel flexible work formats raises a number of questions about their effects upon health and the potential required changes in public policy. However, answering these questions is hampered by lack of suitable data. This is the first paper that draws on comprehensive longitudinal administrative data to examine the impact of self-employment in terms of health – hospital admissions – that is not subject to recall or other biases that may affect previous studies. Our findings, based on a representative sample of over 100,000 individuals followed monthly from 2005 to 2011 in Portugal, indicate that the likelihood of hospital admission of self-employed individuals is about half that of wage workers. This finding holds even when accounting for a potential self-selection of the healthy into self-employment. Similar results are found for mortality rates.

► **Quelle vulnérabilité des travailleurs européens face aux conditions de travail dégradées ?**

GREENAN N. ET SEGHIR M.

2018

Connaissance de l'Emploi : Le 4 Pages du Ceet(138)

http://www.cee-recherche.fr/sites/default/files/webfm/MEDIA/compresse/communiqu%C3%A9_cde_138.pdf

Les mutations organisationnelles et technologiques engendrent des risques de dégradation des conditions de travail susceptibles d'affecter le bien-être et la santé des travailleurs. Le projet InGRID, financé dans le cadre du programme européen Horizon 2020 pour la recherche et l'innovation, développe de nouvelles méthodes pour mieux identifier les travailleurs qui font face à ces risques. À partir de données recueillies entre 1995 et 2015 pour les quinze pays fondateurs de l'Union européenne, ce 4 pages dresse le portrait des travailleurs les plus vulnérables au cumul de conditions de travail dégradées et illustre les différences entre pays européens. Si, dans l'ensemble, ces pays se caractérisent par des niveaux de vulnérabilité stables, certains, dont la France et la Belgique, observent une hausse constante de la vulnérabilité. De plus, les CDD, le travail indépendant et les petites entreprises (1 à 9 salariés) sont associés à une plus grande vulnérabilité des travailleurs.

► **World Commodity Prices, Job Security and Health: Evidence from the Mining Industry**

JOHNSTON D. W., et al.

2017

Iza Discussion Paper ; 11251. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11251.pdf>

A lack of job security is an increasingly prevalent characteristic of modern labour markets, and there is evidence that recent financial crises have exacerbated this issue. In this paper, we assess how exogenous changes in the macroeconomic environment affect workers' perceived job security, and the impact of job security on measures of mental and physical health. To identify these effects, we exploit variation in world commodity prices over the period 2001–15, and analyse 15 waves of individual-level panel data that includes unusually detailed classifications of mining workers. We find that commodity price movements drive changes in perceived job security, which in

turn significantly and substantively affects the mental health of workers. In contrast, we find no effects on physical health. Our results imply that the estimated welfare costs of recessions are substantially larger when the effects of job insecurity on the health of workers is considered.

► **Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ?**

MINISTÈRE DU TRAVAIL

2017

DARES Analyses(082)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/quelles-sont-les-evolutions-recentes-des-conditions-de-travail-et-des-risques>

Les premiers résultats de la dernière enquête « Conditions de travail » conduite en 2016 font état d'une stabilisation des contraintes de rythme de travail et d'une baisse de certaines contraintes psychosociales (charge mentale en diminution, horaires moins contraignants, soutien social fort et stabilisation de la demande émotionnelle) qui s'accompagnent d'un recul des comportements hostiles. En revanche l'autonomie des salariés poursuit son recul. Les contraintes physiques sont globalement stabilisées à un niveau qui reste élevé.

► **The Causal Effect of Multitasking on Work-Related Mental Health: The More You Do, The Worse You Feel**

PIKOS A. K.

2017

Hanovre Leibniz Universität

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:han:dpaper:dp-609&r=hea>

This paper analyses whether there is a causal relationship between work-related mental health problems and multitasking, the number of tasks performed at work. The data comes from two cross sectional surveys on the German working population. The empirical strategies uses technological change as an instrument for multitasking. In the first stage, the introduction of new production and information technologies is associated with increases in multitasking. Production technology adoption has larger associations to manual

multitasking and informational technology adoption to cognitive multitasking. There is evidence for a causal effect of multitasking on emotional strain, emotional exhaustion and burnout.

► **The Task Composition and Work-Related Mental Health: A Descriptive Study**

PIKOS A. K.
2017

Hanovre Leibniz Universität

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:han:dpaper:dp-610&r=hea>

This paper analyzes the relationship between work-related mental health problems and multitasking (the number of different tasks at work) in two cross sections from the German working population in 2006 and 2012. The analysis is exploratory and hence, descriptive. For an additional task, medium severe and severe work-related mental health problems increase by 0.02 standard deviations. Absenteeism and presenteeism due to work-related mental health problems rise by one percentage point. This is driven by tasks that require interaction with other human beings but not by the simultaneity of tasks. The estimates appear small at first sight but multitasking increased by nearly one task from 2006 to 2012. The loss in gross value added due to the rise in absenteeism and presenteeism amounts to roughly 1 billion euro.

► **Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions**

POLLAK C. ET RICOCH L.
2017

Études Et Résultats (Drees)(1038)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/arrets-maladie-dans-le-secteur-hospitalier-les-conditions-de-travail-expliquent>

En France, les établissements de santé sont l'un des secteurs d'activité où les salariés ont le plus recours aux arrêts maladie, avec 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an en moyenne, contre 7,9 dans l'ensemble des secteurs. Dans les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, le nombre de jours d'absence pour maladie équivaut à celui des hôpitaux publics, y compris à structure de main-d'œuvre, et conditions de travail comparables. Selon les profes-

sions, les écarts sont importants. Ils s'expliquent par des différences de conditions de travail, notamment l'exposition aux contraintes physiques. Les contraintes psycho-sociales et les exigences émotionnelles en particulier constituent aussi des déterminants importants de recours aux arrêts maladie.

► **Deaths of Despair or Drug Problems?**

RUHM C. J.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24188. Cambridge NBER: 69

<http://papers.nber.org/papers/W24188>

The United States is in the midst of a fatal drug epidemic. This study uses data from the Multiple Cause of Death Files to examine the extent to which increases in county-level drug mortality rates from 1999-2015 are due to "deaths of despair", measured here by deterioration in medium-run economic conditions, or if they instead are more likely to reflect changes in the "drug environment" in ways that present differential risks to population subgroups. A primary finding is that counties experiencing relative economic decline did experience higher growth in drug mortality than those with more robust growth, but the relationship is weak and mostly explained by confounding factors. In the preferred estimates, changes in economic conditions account for less than one-tenth of the rise in drug and opioid-involved mortality rates. The contribution of economic factors is even less when accounting for plausible selection on unobservables, with even a small amount of remaining confounding factors being sufficient to entirely eliminate the relationship. These results suggest that the "deaths of despair".

Vieillesse

► Retirement and Unexpected Health Shocks

APOUEY B. H., *et al.*

2017

PSE Working Papers ; 2017-59. Paris PSE

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01670486/document>

Do people form correct expectations about the impact of retirement on their health? This paper looks at unexpected health shocks that hit people after they retire. Using data from the Household, Income and Labour Dynamics in Australia survey (waves 2001-2014), we construct measures of unexpected health shocks for each year, using information on respondents' views about the expected and past evolution of their health status. By definition, unexpected health shocks are immune to the problem of reverse causality (running from health condition to retirement). Our findings indicate that retirement increases the likelihood of positive health shocks and decreases the probability of negative shocks for men, with no clear results for women. These shocks are mirrored by variations in life satisfaction of the same nature (e.g. increased life satisfaction in case of unexpected positive health shocks). Other indicators of mental and physical health taken from the SF-36 vary in the same way, i.e. improve unexpectedly after retirement for men. These findings suggest that, at least in the case of men, people's desire to retire may not be based on perfectly correct expectations about the impact of this move, but is aligned with its actual consequence: retirement exerts a positive causal impact on health.

► Retired, at Last? The Short-Term Impact of Retirement on Health Status in France

BARNAY T. ET DEFEBVRE E.

2018

TEPP Working Paper ; 2018-01. Paris TEPP

www.tepp.eu/doc/users/268/bib/retirement_3073.pdf

Reforms of the French pay-as-you-go pension system relies on increases in the contribution period, gradually postponing legal retirement ages. Several works analyse the effect of these reforms on employment rate or the financial equilibrium of pension schemes. The effect of retirement on health status has not received the same attention. In order to assess the role of retire-

ment on physical and mental health status, we use data coming from the French Health and Professional Path survey (SIP, "Santé et itinéraire professionnel") and address the methodological issues (endogeneity biases such as reverse causality and unobserved characteristics) by setting up an instrumental variables method relying on discontinuities induced by legal ages of retirement. Unaccounting for endogeneity biases, we do not find any significant effect of retirement on health status as a whole. When instrumenting by legal ages of retirement, we find consistent and large short-term effects on activity limitations, anxiety disorders and depressive episodes. We also find that these effects are heterogeneous according to gender, education levels and past exposures to detrimental working conditions during the entire career. Finally, mechanisms such as social activities, sport and health-related risky behaviours may be able to explain such a positive effect on health status.

► Accompagnement des proches aidants. Guide d'appui méthodologique à la mobilisation des crédits de la section IV du budget de la CNSA

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ À L'AUTONOMIE
2017

Paris : CNSA

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a renforcé le cadre d'intervention de la CNSA en faveur des aidants. L'appropriation, par l'ensemble des acteurs, des outils et des moyens prévus dans le cadre de cette loi est un enjeu important pour être en mesure de répondre à la réalité quotidienne de plus de huit millions de citoyens aidant un proche. La complexité et, parfois, le manque de visibilité sur le déploiement des actions dédiées aux aidants et sur leurs résultats montrent la nécessité de mettre à la disposition de tous les acteurs intervenant dans le champ des proches aidants un guide d'appui méthodologique. Son objectif est de favoriser la pertinence, l'efficacité et l'efficience des actions proposées. L'enjeu est de faciliter une mobilisation efficace des leviers qui existent d'ores et déjà au service d'une stratégie plus globale dédiée aux aidants. Ce guide vise également à renforcer une culture commune autour des concepts et de repères opérationnels définis,

dans le respect des recommandations produites par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) et la Haute Autorité de santé (HAS) sur le champ spécifique du soutien aux aidants.

► **La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ À L'AUTONOMIE
2017

Paris CNSA

http://www.cnsa.fr/sites/default/files/rapport_ehpad_2016.zip

Ce rapport présente la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016, en analysant le coût global de la prise en charge des résidents des EHPAD. Les données traitées sont présentées par grand thème : la description des EHPAD, celle des résidents, l'analyse de l'activité des EHPAD et le coût de ces accompagnements pour l'assurance maladie. La réforme du financement des EHPAD étant effective depuis le lancement de la campagne budgétaire 2017, une première analyse de son impact financier y est également proposée, intégrant les simulations effectuées sur le volet dépendance de la réforme.

► **L'épargne en vue de la retraite**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2018

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article506.html>

Selon les dernières projections du COR, le niveau de vie relatif des retraités et les taux de remplacement seraient susceptibles de diminuer au fil des générations à l'horizon 2070. Dans quelle mesure les comportements d'épargne des ménages pourraient s'adapter à ces évolutions du système de retraite par répartition ? Ce dossier, qui actualise et enrichit le dossier du COR de juillet 2015, rappelle les caractéristiques réglementaires et fiscales des dispositifs d'épargne retraite supplémentaire en France, leurs évolutions récentes et les masses financières en jeu, avec un éclairage particulier sur le PERCO. Toutefois, ces dispositifs ne sont pas les seuls à pouvoir couvrir le risque de longévité : d'autres instruments d'épargne, notamment

l'assurance vie voire l'immobilier, sont considérés par les ménages comme de proches substituts à l'épargne retraite, alors qu'ils n'offrent pas nécessairement la meilleure mutualisation du risque de longévité dans le temps, ce que montrent à la fois l'analyse économique et les expériences étrangères.

► **Les modes de calcul des droits et la transition d'un système à l'autre**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2018

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article508.html>

Ce dossier s'inscrit dans le cadre de la réflexion sur la réforme des retraites annoncée qui vise à mettre en place un système universel de retraite par répartition. La première partie du dossier revient sur les trois méthodes de calcul des droits à retraite : les annuités, les points ou les comptes notionnels. Les conditions d'équivalences entre ces trois modes de calcul des droits sont également décrites. Dans la seconde partie, des éléments de comparaison des techniques sont présentés au regard des différents paramètres pour piloter un régime de retraite : taux de cotisation, âge de départ, durée d'assurance, prise en compte de la carrière et revalorisation des pensions. Leurs effets sur les assurés et l'équilibre du régime sont également étudiés. Enfin, la troisième partie présente les différents modes de transition vers un nouveau régime ainsi que les questions techniques et juridiques qu'une telle transition pose.

► **Les opinions sur la retraite**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2017

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article505.html>

Dans le contexte de réforme annoncée, le présent dossier fait le point sur les enseignements qu'il est possible de tirer de trois enquêtes récentes permettant de recueillir les opinions des Français sur la retraite : le baromètre annuel de la DREES (résultats de 2015-2016), l'enquête « Attentes et perception des Français à l'égard de la retraite » réalisée par la Caisse des Dépôts en 2012 et la quatrième vague de l'enquête « Motivations de départ à la retraite » réali-

sée auprès des nouveaux retraités en 2017. La première partie revient sur les opinions vis-à-vis du système de retraite actuel. Au-delà de ces premiers résultats, elle cherche à savoir comment ces opinions se forment et comment elles évoluent dans le temps. La seconde partie du dossier présente les souhaits en matière de réforme tandis que la troisième partie analyse les opinions des individus sur leur propre départ à la retraite, notamment sur les motivations des nouveaux retraités et les appréciations sur l'information individuelle en matière de retraite.

► **Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**

FIRMIN LEBODO A. ET LECOCQ C.

2017

Rapport d'information ; 438. Paris Assemblée nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0438.asp>

Près de deux ans après sa promulgation, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) est pleinement effective. La quasi-totalité des décrets d'application ont été publiés mais seuls cinq des neuf rapports demandés par la loi au gouvernement ont été effectivement publiés à ce jour. Parmi ceux encore en attente figure notamment celui sur l'impact des seuils pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH). Le rapport pointe une application disparate et hétérogène d'un territoire à l'autre, tant du point de vue des délais que du contenu et de l'accompagnement. Plus grave, il constate qu'en dépit de son caractère contraignant, la loi n'est parfois pas appliquée. Certains volets du texte ont ainsi pâti de difficultés d'application ou d'appropriation. Pour les rapporteurs, la mobilisation du droit au répit, le financement des aides techniques individuelles ou le fonctionnement du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie dans une approche transverse sont reconnus comme décevants. Globalement, le rapport estime que le volet préventif - qui irrigue l'ensemble de la loi ASV - reste fragilisé par la complexité des nouveaux circuits de pilotage et de financement. Les auteurs jugent indispensable de réaliser une évaluation plus concrète et qualitative de la loi ASV et formulent une douzaine de propositions.

► **The Mortality Effects of Retirement: Evidence from Social Security Eligibility at Age 62**

FITZPATRICK M. D. ET MOORE T. J.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24127. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24127>

Social Security eligibility begins at age 62, and approximately one third of Americans immediately claim at that age. We examine whether age 62 is associated with a discontinuous change in aggregate mortality, a key measure of population health. Using mortality data that covers the entire U.S. population and includes exact dates of birth and death, we document a robust two percent increase in male mortality immediately after age 62. The change in female mortality is smaller and imprecisely estimated. Additional analysis suggests that the increase in male mortality is connected to retirement from the labor force and associated lifestyle changes.

► **Qu'attendre du relèvement des plafonds légaux de l'allocation personnalisée d'autonomie : les enseignements d'une base de facturation d'un SAAD**

FONTAINE R. ET GRAMAIN A.

2017

Note MODAPA

<https://hal-paris1.archives-ouvertes.fr/hal-01673124/document>

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV), votée le 28 décembre 2015, comporte une réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes qui vivent à domicile. À travers plusieurs mesures, cette réforme vise à réduire, pour les bénéficiaires les plus dépendants, leur participation financière aux dépenses d'aide à domicile. L'une de ces mesures prévoit le relèvement du montant des plafonds légaux, c'est-à-dire du montant maximal des dépenses pouvant donner lieu à un financement par l'APA. L'impact de cette mesure sur la quantité d'aide à domicile subventionnée par l'APA est difficile à anticiper. Il dépend en effet de la réponse à deux questions. Dans quelle mesure les plans d'aide butaient-ils sur les plafonds légaux ? Quelle part de l'aide à domicile était consommée au-delà des plans d'aide ? À partir de données sur la clientèle d'un ser-

vice d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), cette note met en perspective le mécanisme d'action des plafonds légaux en analysant les écarts entre la quantité d'aide consommée par les clients du service, le niveau des plans d'aide qui leur sont prescrits et celui des plafonds fixés par le législateur.

► **Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE

2017

Paris HCFA

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/disposer-de-temps-de-droits-soccuper-de-enfants-de-famille-de-proches-perte-autonomie>

Ce rapport fait un tour d'horizon des dispositifs permettant de disposer de temps pour raisons familiales et analyse l'indemnisation des temps de congé ou de moindre activité. Les parents et les proches aidants actifs sont soumis à une double contrainte forte : ils doivent trouver le temps et les moyens d'articuler leur vie professionnelle et leur vie familiale. Le rapport commence donc par analyser les dispositifs existants qui visent à les y aider (congés, aménagements du temps ou de l'organisation du travail et les éventuelles indemnisations qui y sont attachées). Le HCFA formule des propositions pour une meilleure prise en compte des impératifs de responsabilités familiales et met en évidence des pistes d'amélioration des congés, des indemnisations et des droits à la retraite associés et celles offertes par les dispositifs et formules souples de travail. Les propositions, volontairement nombreuses, sont formulées dans l'objectif d'alimenter le débat dans les sphères institutionnelles et académiques. Certaines d'entre elles feront l'objet d'approfondissements et de chiffrages plus précis en 2018 au sein du HCFA et devront être réfléchies en lien avec les politiques d'accueil du jeune enfant et d'aides aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

► **La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE

2017

Paris HCFA: 44.

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

Ce rapport aborde 3 grands thèmes : le maintien à domicile, l'aide aux aidants et les mesures touchant spécifiquement les établissements. Un rapport annexe se penche sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie.

► **Sick of Retirement?**

NIELSEN N. F.

2018

Copenhagen University of Copenhagen

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3096512

This paper examines the causal effect of retirement on health and healthcare utilization using two identification strategies on Danish full population data. First, I use a reform of the statutory retirement age in an IV design. Second, I use a large discontinuity in retirement take-up at the earliest age of retirement (60) in a regression discontinuity design. The results show that early retirement leads to decreases in GP visits and hospitalizations of 8-10% in the short run. The reduction in GP visits is driven by a drop in female GP utilization, while both genders contribute equally to the decline in hospitalizations. Early retirement has no effect on health measured by comorbidities or mortality. Statutory retirement has no effect on health or healthcare utilization. The results suggest that gender, age at retirement and complier composition are important sources of heterogeneity

► **Paying for the Ageing Crisis : Who, How and When?**

WESTERHOUT E.

2018

CentER Discussion Paper; Vol. 2018-001. Le Tilburg Center for Economic Research

<https://ideas.repec.org/p/tiu/tiucen/417903d2-6318-4744-891e-143a377514cb.html>

In many countries population ageing creates an implicit public debt. That is, if policies remain unchanged, the public debt will ultimately become unsustainable. This paper explores the optimal way to achieve debt sustainability. In particular, it asks when policy reforms should be made, how policies should be changed and which generations should make which contributions. As regards timing, we find that policy reform should anticipate future demographic change. As regards policy instruments, we find that optimal policy reform features changes in all available instruments. This implies less consumption of all types of goods; only pure public goods consumption may escape a reduction. The labour supply functions of the young and the old determine the allocation over policy instruments. In particular, the more elastic is the labour supply of the young, the smaller should be the increase in the tax rate on labour income; the more elastic is the labour supply of the old, the larger should be the reduction in transfers to the elderly. As regards generations, we find that the old share relatively little in the fiscal burden; future generations share more or less than the young, depending on future population size. In addition, we find that the change of the public debt is not a given, but a feature of optimal policies.

Watch on Health Economics Literature

April 2018

IRDES Information Centre

Health Insurance	Health Policy
E-Health – Medical Technologies	Prevention
Health Economics	Prevision-Evaluation
Health Status	Psychiatry
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

- 53 **Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide**
Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
- 53 **Medicaid Benefit Generosity and Labor Market Outcomes: Evidence from Medicaid Adult Vision Benefits**
Boudreaux M. et Lipton B.
- 53 **Évaluation de la généralisation du tiers payant**
Fauchier-Magnan E., et al.
- 53 **Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report**
Flores G., et al.
- 54 **Incentivizing Better Quality of Care: The Role of Medicaid and Competition in the Nursing Home Industry**
Hackmann M. B.
- 54 **Fit for the Labour Market? An Effort to Reduce Inactivity Traps in the Transition from Benefit to Work in the Belgian Sickness and Disability System**
Hufkens T., et al.
- 54 **La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres**
Perronnin M. et Louvel A.
- 54 **La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale**
Polton D.
- 55 **The Effect of the Risk Corridors Program on Marketplace Premiums and Participation**
Sacks D. W., et al.
- 55 **Choice Model for Individuals' Healthcare Decisions: Endogeneity of Insurance Choice and Selection Issues Due to Utilization Choice in Insurance Study**
Shukai L., et al.

- 55 **A Reminder to Pay Less for Healthcare : Take-Up of Increased Reimbursement in a Large-Scale Randomized Field Experiment**
Van Gestel R., et al.
- 56 **Ex Ante Moral Hazard in Health Insurance: Lessons from the ACA and Risky Sex**
Willage B.

E-Health – Medical Technologies

- 56 **Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser**
Cour des Comptes
- 57 **Rapport d'information portant observation sur le projet de loi relatif à la protection des données personnelles**
Hennion C.
- 57 **Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle**
Lucas J. et Uzan S.
- 57 **La santé à l'heure de l'intelligence artificielle**
Pierron L. et Evennou A.

Health Economics

- 58 **Revue de dépenses 2016 : les soins à l'étranger des assurés sociaux**
Caussat L., Martin Saint-Léon V., Vachey L.
- 58 **La lutte contre la fraude aux cotisations sociales : une politique à relancer**
Cour des comptes
- 58 **Lutte contre la fraude aux finances publiques**
Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude
- 58 **Les connaissances et opinions sur le financement de la protection sociale**
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale

- 59 **Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale**
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale
- 59 **How Much Do OECD Countries Spend on Prevention?**
Gmeinder M., et al.
- 59 **Revues de dépenses 2017 : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières**
Knecht D., et al.
- 60 **La gouvernance de la sécurité sociale**
Libault D., et al.
- 60 **Targeting with In-Kind Transfers: Evidence from Medicaid Home Care**
Lieber E. M. J. et Lockwood L. M.
- 60 **Compte provisoire de la protection sociale : le déficit continuerait à se résorber en 2016**
Pilorge C. et Glotain M.
- 60 **Les lois de financement de la Sécurité sociale en France : synthèse documentaire**
Safon M. O.

Health Status

- 61 **Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017**
Jehannin-Ligier K., et al.
- 61 **Impact of Acute Health Shocks on Cigarette Consumption**
Marsaudon A. et Rochaix L.

Geography of Health

- 62 **Les déserts médicaux : avis**
Castaigne S. et Lasnier Y.

Disability

- 62 **La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés**
Aballea P., et al.

- 62 **Remontées d'expériences sur les pratiques favorisant la fluidité des parcours**
Association Nationale des CREA
- 63 **Synthèse des rapports d'activité des MDPH 2016**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 63 **Décision du Défenseur des droits n° 2017-257. Étude sur la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées**
Défenseur des Droits
- 64 **Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine**
Etchegaray A., et al.
- 64 **Le non-recours : Étude exploratoire à partir d'entretiens auprès de personnes non inscrites sur liste d'attente mais détentrices d'une notification d'orientation en établissements et services médico-sociaux (ESMS)**
Marival C.
- 64 **Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux**
Rapegno N.

Hospital

- 65 **Divided by Choice? Private Providers, Patient Choice and Hospital Sorting in the English National Health Service**
Beckert W. et Kelly E.
- 65 **Hospital Pricing and Public Payments**
Darden M., et al.
- 65 **Les maternités en 2016 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale**
Fresson J., et al.
- 66 **Physician Practice Style and Healthcare Costs: Evidence from Emergency Departments**
Gowrisankaran G., et al.
- 66 **Le forfait hospitalier en France : synthèse documentaire**
Safon M. O.
- 66 **Education Effects on Days Hospitalized and Days Out of Work by Gender: Evidence from Turkey**
Tansel A. et Keskin H. I.

Health Inequalities

- 67 **Rôle du système de soins et inégalités sociales de santé : constats, hypothèses et pistes pour la recherche**
Bourgueil Y., *et al.*
- 67 **The Effect of Education on Health and Mortality: A Review of Experimental and Quasi-Experimental Evidence**
Galama T. J., *et al.*
- 67 **Intergenerational Health Mobility in the US**
Halliday T., *et al.*
- 68 **Inclusive Growth and Health.**
James C., *et al.*
- 68 **Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and the Measurement of Inequalities in Health**
Jusot F., *et al.*
- 68 **Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016**
Lang T. et Ulrich V.
- 69 **La santé des migrants : bibliographie thématique**
Safon M. O.
- 69 **Les enquêtes auprès des migrants : bibliographie thématique**
Safon M. O.

Pharmaceuticals

- 69 **La consommation d'antibiotiques en France en 2016**
Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- 69 **Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé : L'exemple du médicament**
Begaud B., *et al.*
- 70 **An Evaluation of the CPI Indexes for Prescription Drugs**
Bosworth B., *et al.*

- 70 **Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées**
Herr M., *et al.*

Health Policy

- 71 **Plan cancer 2014-2019 : quatrième rapport au président de la République**
Institut national du cancer

Prevention

- 71 **The Effect of Organized Breast Cancer Screening on Mammography Use: Evidence from France**
Buchmueller T. C. et Goldzahl L.
- 71 **Alimentation et activité physique des jeunes : bilan des actions réalisées et pistes d'amélioration**
Ducrot P.
- 72 **Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées**
Haut Conseil de la Santé Publique

Prevision-Evaluation

- 72 **Scoping Review on Social Care Economic Evaluation Methods**
Weatherly H., *et al.*

Psychiatry

- 73 **Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960**
Lopez A. et Turan-Pelletier G.
- 73 **Les soins psychiatriques sans consentement : aide-mémoire**
Theron S. et Arbus C. p.
- 73 **France. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-Based Services and Practices Across Europe**
Tumpenny A., *et al.*

73 Mapping & Understanding Exclusion in Europe

Tumpenny A., et al.

Primary Health Care

74 Difficultés de rendez-vous et modalités d'échanges avec les médecins spécialistes de second recours : opinions et pratiques des médecins généralistes des Pays de la Loire

Anthony N., et al.

74 The Impact of Nurse Practitioner Scope-Of-Practice Regulations in Primary Care

Arifkhanova A.

75 Unmet Health Care and Health Care Utilization

Barham V., et al.

75 Spatial Competition and Quality: Evidence from the English Family Doctor Market

Gravelle H., et al.

75 Médecine de ville : le pari de la jeunesse

Jager W.

76 Les revenus des pharmaciens d'officine : de fortes disparités selon le statut du titulaire

Pla A. et Trevien C.

76 Multimorbidity and Medication Management in General Practice a Challenge for GPs

Sinnige E. J.

health Systems

76 La santé dans les pays de l'Union européenne. Profils de santé par pays : France

Andriukatis V.

76 France: Improving the Efficiency of the Health-Care System

Goujard A.

77 Measuring Patient Experiences (PREMS): Progress Made by the OECD and Its Member Countries Between 2006 and 2016

Klazinga N. S. et Fujisawa R.

77 Public Health and Economic Implications of the United Kingdom Exiting the EU and the Single Market

Maignen F., et al.

78 Brexit: The Implications for Health and Social Care

McKenna H.

Occupational Health

78 Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels

Assurance Maladie - Risques professionnels.

78 Sicherheit Und Gesundheit Bei Der Arbeit - Berichtsjahr 2016

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

79 Does Sick Pay Affect Workplace Absence?

Bryson A. et Dale-Olsen H.

79 Intergenerational Spillovers in Disability Insurance

Dahl G. B. et Gielen A. C.

79 The Effect of Self-Employment on Health: Evidence from Longitudinal Social Security Data

Goncalves J. et Martins P. S.

80 Quelle vulnérabilité des travailleurs européens face aux conditions de travail dégradées ?

Greenan N. et Seghir M.

80 World Commodity Prices, Job Security and Health: Evidence from the Mining Industry

Johnston D. W., et al.

80 Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ?

Ministère du Travail

80 The Causal Effect of Multitasking on Work-Related Mental Health: The More You Do, The Worse You Feel

Pikos A. K.

81 The Task Composition and Work-Related Mental Health: A Descriptive Study

Pikos A. K.

- 81 **Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions**
Pollak C. et Ricroch L.
- 81 **Deaths of Despair or Drug Problems?**
Ruhm C. J.
-
- Aging**
- 82 **Retirement and Unexpected Health Shocks**
Apouey B. H., et al.
- 82 **Retired, at Last? The Short-Term Impact of Retirement on Health Status in France**
Barnay T. et Defebvre E.
- 82 **Accompagnement des proches aidants. Guide d'appui méthodologique à la mobilisation des crédits de la section IV du budget de la CNSA**
Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie
- 83 **La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016**
Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie
- 83 **L'épargne en vue de la retraite**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 83 **Les modes de calcul des droits et la transition d'un système à l'autre**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 83 **Les opinions sur la retraite**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 84 **Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**
Firmin Lebodo A. et Lecocq C.
- 84 **The Mortality Effects of Retirement: Evidence from Social Security Eligibility at Age 62**
Fitzpatrick M. D. et Moore T. J.
- 84 **Qu'attendre du relèvement des plafonds légaux de l'allocation personnalisée d'autonomie : les enseignements d'une base de facturation d'un SAAD**
Fontaine R. et Gramain A.
- 85 **Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie**
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age
- 85 **La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants**
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age
- 85 **Sick of Retirement?**
Nielsen N. F.
- 86 **Paying for the Ageing Crisis : Who, How and When?**
Westerhout E.

Health Insurance

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

FONDS DE FINANCEMENT DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DU RISQUE MALADIE

2017

Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_ACS_2016-2017.pdf

Le gouvernement a réformé le dispositif d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) afin d'en faciliter l'accès au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence visant à offrir une plus grande lisibilité des offres de contrats et de meilleures garanties à des prix plus bas. Alors que l'étude précédente dressait un premier bilan positif de la réforme, le présent rapport confirme ce constat après deux ans de mise en œuvre. Il apporte aussi de nombreux éléments inédits sur les dépenses de santé des bénéficiaires et leurs restes à charge, qui constituent des enseignements précieux pour la préparation de la prochaine mise en concurrence des contrats ACS.

► **Medicaid Benefit Generosity and Labor Market Outcomes: Evidence from Medicaid Adult Vision Benefits**

BOUDREAUX M. ET LIPTON B.

2018

Munich MPRA

<https://mpr.ub.uni-muenchen.de/83916>

Previous work suggests that Medicaid eligibility expansions may lead to declines in labor market activity. This paper explores the related, but novel question of whether variation in Medicaid benefit generosity alters employment outcomes. We consider adult vision benefits as a case study. Our findings suggest that vision benefits have a net positive effect on intensive margin measures including hours worked and occupational skill requirements, but no significant effect on the likelihood of being employed. These results indicate that Medicaid's effect on labor market activity is sensitive to the set of covered services.

► **Évaluation de la généralisation du tiers payant**

FAUCHIER-MAGNAN E., *et al.*

2017

Paris Ministère chargé de la Santé

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article628>

Réalisé à la demande de la ministre de la santé dans un délai court (de juillet à septembre 2017), cette évaluation de l'Igas dresse un état des lieux de l'extension du tiers payant en France. Il souligne l'insuffisance actuelle des outils de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire, frein au déploiement généralisé du tiers payant.

► **Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report**

FLORES G., *et al.*

2017

Copenhague OMS ; Washington Banque Mondiale

http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017_global_monitoring_report.pdf

L'objectif de la couverture sanitaire universelle est de permettre à tous d'accéder aux soins de santé sans être exposé à des dépenses catastrophiques. Dans ce nouveau rapport, l'Organisation mondiale de la Santé fait l'état des lieux de la couverture sanitaire universelle pour 2017. Le rapport estime qu'encore la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé essentiels. Il expose également que 800 millions de personnes consacrent au moins 10 % du budget de leur ménage à des dépenses occasionnées de santé pour elles-mêmes ou un autre membre de leur famille. De plus, les dépenses de santé font basculer 100 millions de personnes dans une situation d'extrême pauvreté. Outre l'analyse des avancées de la couverture sanitaire dans les pays, le rapport examine les inégalités sociales d'accès aux services de santé essentielle à l'intérieur des pays. Il ressort notamment de cette analyse que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, seulement 17 % des mères et des enfants des ménages les plus pauvres bénéficient de six au moins des sept interventions fondamentales de santé de la mère et de l'enfant, contre 74 % dans les ménages les plus favorisés.

► **Incentivizing Better Quality of Care: The Role of Medicaid and Competition in the Nursing Home Industry**

HACKMANN M. B.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24133. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24133>

This paper develops a model of the nursing home industry to investigate the quality effects of policies that either raise regulated reimbursement rates or increase local competition. Using data from Pennsylvania, I estimate the parameters of the model. The findings indicate that nursing homes increase the quality of care, measured by the number of skilled nurses per resident, by 8.8% following a universal 10% increase in Medicaid reimbursement rates. In contrast, I find that pro-competitive policies lead to only small increases in skilled nurse staffing ratios, suggesting that Medicaid increases are more cost effective in raising the quality of care.

► **Fit for the Labour Market? An Effort to Reduce Inactivity Traps in the Transition from Benefit to Work in the Belgian Sickness and Disability System**

HUFKENS T., *et al.*

2017

Working Paper, 17.11. Antwerpen University of Antwerp

<http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/index.php?q=node/6254>

In the context of social investment, European welfare states underline increasingly the importance for the long-term development of human capital and labour market integration. The emphasis is put on individual empowerment and making work pay. In Belgium this evolution has been translated into several measures that aim to increase labour market participation and to tackle inactivity traps. In this article we study the financial added value of the transition from a full sickness benefit to (part time) work. Besides, we look at the adequacy of this new situation compared to the poverty threshold. In an effort to strengthen the financial work incentive, we construct an alternative re-integration system for sickness and disability beneficiaries and look at its impact on inactivity traps and poverty risks.

We use a simulation model for hypothetical families that allows to calculate the impact of socio-economic transitions on the net disposable household income. We find that the financial returns of working are substantial when people start working at the same average income level as before the period of sickness, but not if people start working at a lower wage. For single-earners or single parents that start working at a minimum-wage we find strong inactivity traps.

► **La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres**

PERRONNIN M. ET LOUVEL A.

2018

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(229)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/229-la-complementaire-sante-en-2014.pdf>

En 2012 et 2014, près de 5 % des personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé. Malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires, l'absence de couverture complémentaire reste souvent liée au revenu. Elle est plus fréquente chez les chômeurs, les inactifs en âge de travailler et les jeunes adultes. Parmi les salariés du secteur privé, près de sept sur dix bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur employeur. Certaines catégories de salariés, les personnes en contrat à durée déterminée (CDD), les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés sont nettement moins souvent couverts par ce biais. Ayant des taux de couverture élevés, les indépendants, les fonctionnaires et les retraités sont, eux, très majoritairement couverts par des contrats individuels et se déclarent moins souvent bien couverts pour leurs soins que les salariés du secteur privé titulaires d'un contrat collectif.

► **La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale**

POLTON D.

2017

Regards(52): 175-185.

<http://www.cairn.info/revue-regards-2017-2.htm>

De nombreux rapports ont dénoncé, dans les dernières années, la complexité de la gouvernance du système

de santé et d'assurance maladie français et ses difficultés de pilotage, liées notamment à la répartition des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie. Cette complexité du pilotage est-elle une spécificité française? Nos voisins ont-ils des gouvernances plus simples, plus lisibles et globalement plus efficaces pour piloter le système? Sans avoir l'ambition de répondre à cette question de manière exhaustive et approfondie, cet article vise à donner un aperçu d'autres schémas de gouvernance et à montrer les débats et les difficultés qu'ils soulèvent dans leurs pays respectifs (tiré du texte)

► **The Effect of the Risk Corridors Program on Marketplace Premiums and Participation**

SACKS D. W., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24129. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24129>

We investigate the effect of the Risk Corridors (RC) program on premiums and insurer participation in the Affordable Care Act (ACA)'s Health Insurance Marketplaces. The RC program, which was defunded ahead of coverage year 2016, and ended in 2017, is a risk sharing mechanism: it makes payments to insurers whose costs are high relative to their revenue, and collects payments from insurers whose costs are relatively low. We show theoretically that the RC program creates strong incentives to lower premiums for some insurers. Empirically, we find that insurers who claimed RC payments in 2015, before defunding, had greater premium increases in 2017, after the program ended. Insurance markets in which more insurers made RC claims experienced larger premium increases after the program ended, reflecting equilibrium effects. We do not find any evidence that insurers with larger RC claims in 2015 were less likely to participate in the ACA Marketplaces in 2016 and 2017. Overall we find that the end of the RC

► **Choice Model for Individuals' Healthcare Decisions: Endogeneity of Insurance Choice and Selection Issues Due to Utilization Choice in Insurance Study**

SHUKAI L., *et al.*

2017

New York University Mailman, School of Public Health

<https://ssrn.com/abstract = 3073434>

This paper contributes to health insurance literature by taking into account the interrelationship within outpatient and inpatient decisions, the endogeneity of insurance choice, and the selection issues due to utilization when making economic evaluation of the impact of health insurance. We build a "triple decision model", which assesses the interrelationship among three healthcare decisions: the insurance choice, healthcare utilization, and expenditure level. Specially, we use this model to examine the impact of New Cooperative Medical Scheme (NCMS) enrollment on individuals' utilization and out-of-pocket expenditure for outpatient and inpatient care using a national sample from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) 2011. A total sample of 12,561 individuals are included in the analysis. In addition to the triple decision model, a set of multiple estimation strategies are used. The estimation results confirmed the interrelationship of the NCMS with outpatient decisions was different from that with inpatient decisions, especially in the endogeneity that insurance choice behaved. Major finding indicated that the NCMS increased medical care utilization for outpatient care among people aged 45 or older, but had no significant impacts on inpatient utilization or the out-of-pocket spending on either outpatient or inpatient care. Although we study the special case of NCMS, the model is generalizable for other health insurance that is not mandatory.

► **A Reminder to Pay Less for Healthcare : Take-Up of Increased Reimbursement in a Large-Scale Randomized Field Experiment**

VAN GESTEL R., *et al.*

2017

Working Paper; 17.11. Antwerpen University of Antwerp

<http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/index.php?q = node/6254>

We evaluate how a simple letter and flyer sent to a low-income group stimulates the participation in a beneficial health insurance plan. Using a large-scale randomized field experiment we study the effect of contacting potential beneficiaries on the take-up of the Increased Reimbursement (IR) for healthcare in Belgium. We find a fourfold increase in the take-up of IR, with large differences across geographic areas. The group that remains without IR is, on average, less vulnerable than the group that takes up IR in response to the letter. As such, the mailing arguably succeeds in reaching out to the target population.

► **Ex Ante Moral Hazard in Health Insurance: Lessons from the ACA and Risky Sex**

WILLAGE B.

2017

Ithaca Cornell University

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3088679

Given the \$3 trillion spent on health care in 2015 and the political contention surrounding insurance expansions, the impact of health insurance on health

behaviors, medical utilization, and health outcomes continues to be of the utmost importance. How insurance influences investment in good health and risky behavior (ex ante moral hazard) has received much less attention than the effect of insurance on the out-of-pocket cost of care (ex post moral hazard). Since many risky health behaviors take decades to result in illness, these behaviors likely respond to expectations about future insurance but could be unaffected by current insurance status. I examine the effect of moral hazard in the context of risky sex, a health behavior that results in quick and economically meaningful consequences – fertility and sexually transmitted infections. I isolate the effect of ex ante moral hazard by exploiting a policy in the Affordable Care Act, the 2012 zero cost-sharing for prescription contraception mandate. Leveraging pre-policy insured rates as a measure of policy intensity, I use dose-response event studies that estimate both a time-varying treatment effect as well as a one-time jump in outcomes in the treatment year. I find evidence ex ante moral hazard from health insurance decreases prevention and increases STIs. I then exploit the 2010 dependent coverage mandate to determine the overall effect of health insurance. Based on this policy I find that the protective effect of insurance on STIs more than compensates for the reduction in prevention.

E-Health – Medical Technologies

► **Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser**

COUR DES COMPTES

2018

Le rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes. Tome 2., Paris : Cour des comptes: 215-239.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/08-services-publics-numeriques-en-sante-Tome-2.pdf>

On entend par services numériques en santé un ensemble composé principalement des services de santé en ligne – ou téléservices, permettant aux usagers de réaliser une ou plusieurs démarches de manière dématérialisée – et des outils numériques de coordination des soins et d'échange ou de partage principalement destinés aux professionnels de santé. La Cour avait constaté, dans son rapport public

annuel 2013, la forte dynamique des téléservices en santé, mais relevé de nombreux retards et faiblesses qui nuisaient fortement à leur contribution aux progrès qui pouvaient en être attendus : une plus grande efficacité, une meilleure qualité de la prise en charge et une optimisation des parcours de soins. L'échec du dossier médical personnel était à cet égard particulièrement révélateur de difficultés majeures qui avaient conduit la Cour à recommander notamment aux pouvoirs publics de mieux piloter leur développement. À l'occasion d'une récente enquête sur la télémédecine, elle a souligné également les perspectives très prometteuses ouvertes en matière de soins par le développement des échanges par voie numérique, mais mis en évidence qu'une mobilisation effective des gains d'efficacité et de qualité des soins qu'elle pouvait permettre demeurait tributaire d'une stratégie plus cohérente. Dans le prolongement de ces différentes enquêtes ainsi que

de la communication plus large qu'elle a remise, en janvier 2016, à l'Assemblée nationale sur le développement des services numériques au sein de l'État, la Cour a cherché à mesurer les évolutions intervenues au cours des années récentes en matière de services publics numériques en santé. Elle a constaté en ce domaine des progrès, réels mais inégaux, porteurs de résultats d'ores et déjà appréciables (I). Mais faire pleinement des services numériques le levier de modernisation en profondeur du système de soins qu'ils doivent être exige de lever différents obstacles et d'inscrire ces services dans un cadre plus cohérent (II).

► **Rapport d'information portant observation sur le projet de loi relatif à la protection des données personnelles**

HENNION C.

2018

Paris Assemblée Nationale

Après de longues années de négociations, l'Union européenne s'apprête à définir un cadre juridique global pour la protection des données personnelles de l'ensemble des citoyens européens. Ce rapport réalisé par la commission des affaires européennes de l'Assemblée nationale présente le projet numérique européen, qui sera mis en place en mars 2018, puis analyse son articulation avec le cadre réglementaire national français.

► **Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle**

LUCAS J. ET UZAN S.

2018

Paris Conseil National de l'Ordre des médecins

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2563>

Ce livre blanc explore notamment l'impact actuel et futur des nouvelles technologies pour l'exercice de la

médecine, pour la formation initiale et continue des médecins, pour la recherche médicale, et pour la place des patients dans le système de santé. Plus généralement, il appelle à identifier dès maintenant les risques que la société numérique comporte afin de les combattre tout en soutenant tous les bénéfices qu'elle peut apporter au service de la personne. Cette publication rassemble 33 recommandations, pour accompagner l'ensemble de la profession dans la diversité de ses exercices, renforcer sa collaboration avec les patients et assurer que les nouvelles technologies soient réellement mises au service de la personne et de la société.

► **La santé à l'heure de l'intelligence artificielle**

PIERRON L. ET EVENNOU A.

2017

Paris Terra Nova:

<http://tnova.fr/notes/la-sante-a-l-heure-de-l-intelligence-artificielle>

Le monde de la santé est sûrement l'un des secteurs où les enjeux de l'intelligence artificielle sont les plus importants. Jusqu'où une machine sera-t-elle capable d'analyser, de diagnostiquer et d'apprendre continuellement? Quelles formes prendront la collaboration ou le partenariat entre l'homme et la machine? Pourra-t-elle remplacer le professionnel, et si oui dans quelle mesure? Quelle délégation de compétences? Quelle division du travail? Et quelles activités ou spécialités médicales seront prioritairement concernées? La présente note explore ces questions, sans faire de la futurologie. Elle part des systèmes, programmes et algorithmes déjà existants dans le champ de la santé en vue d'esquisser des perspectives pour l'avenir. L'idée est aussi de proposer une réflexion sur les politiques publiques à mettre en œuvre pour faire émerger une véritable stratégie française de santé en intelligence artificielle, et ainsi permettre la transformation du secteur médical à moyen et long terme dans les meilleures conditions.

Health Economics

► **Revue de dépenses 2016 : les soins à l'étranger des assurés sociaux**

CAUSSAT L., MARTIN SAINT-LÉON V., VACHEY L.
2016

Paris Igas ; Paris IGF

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article555>

Ce rapport procède à une analyse de la dépense de remboursement des soins prodigués à l'étranger à des assurés français. Il présente les travaux de la mission autour de trois thèmes distincts : les facteurs concourant à la progression des soins des assurés français à l'étranger, notamment la mobilité transfrontières croissante des individus; l'évaluation financière et comptable de cette dépense; l'impact des changements apportés à la gestion des dettes et des créances internationales, les axes de progrès restant identifiés dans les processus de remboursement et de suivi de la dépense de soins des assurés français à l'étranger, et plus largement dans l'organisation de la fonction internationale dans les régimes d'assurance maladie.

► **La lutte contre la fraude aux cotisations sociales : une politique à relancer**

COUR DES COMPTES
2018

Le rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes. Tome 2. Paris : Cour des comptes: 242-276.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/09-lutte-contre-fraude-aux-cotisations-sociales-Tome-2.pdf>

La Cour avait consacré, dans son rapport sur la sécurité sociale pour 2014, un chapitre à la lutte contre la fraude aux cotisations sociales. Elle avait mis en évidence la modestie des redressements notifiés et recommandé de renforcer les moyens d'action des organismes compétents en matière d'investigation, de sanction et de recouvrement des redressements et pénalités. Elle avait aussi souligné la nécessité d'une action de contrôle plus résolue, s'agissant en particulier des travailleurs indépendants et du secteur agricole. Plus de trois ans après, les progrès constatés dans la mise à niveau des moyens juridiques pour combattre la fraude restent insuffisants et leur utilisation par les organismes sociaux s'avère des plus limitée (I). Les résultats en demi-teinte des actions de contrôle nécessitent une relance active d'une politique qui donne des

signes préoccupants d'essoufflement (II). Plus largement s'impose leur élargissement à des pans entiers de prélèvements sociaux qui y échappent, totalement ou dans une grande mesure (III).

► **Lutte contre la fraude aux finances publiques**

DÉLÉGATION NATIONALE À LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

2017

Bilan 2016. Paris : DNLF

https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dnlf/bilan2016-dnlf.pdf

Les résultats 2016 confirment la hausse substantielle des années précédentes, le total de la fraude sociale détectée dépassant désormais 1 Mds d'€ : la fraude aux cotisations s'élève à 601M€ en 2016 (+ 20,88 % par rapport à 2015) et celle aux prestations sociales se situe à 664 M€ en 2016 contre 617 M€ en 2015 (+ 7,62 % par rapport à 2015). Au cours de l'année 2016, l'Assurance maladie a détecté et stoppé des fraudes et des activités fautives pour un montant de 244,8 M€, soit une augmentation de 5,8 % par rapport à 2015 (231,5 M€).

► **Les connaissances et opinions sur le financement de la protection sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

2018

Paris HCFi-PS

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/connaissances-opinions-financement-de-protection-sociale-0>

Ce rapport du Haut Conseil, fondé sur le travail commun des trois institutions, expose dans une première partie les raisons d'une telle enquête, ses modalités d'élaboration et le questionnaire. La seconde partie est consacrée à l'analyse des résultats, qui sont présentés par thèmes (les prélèvements concourant au financement de la protection sociale, la distinction entre ressources affectées ou générales, les propriétés des assiettes de prélèvements, les spécificités des modalités de prélèvements selon les risques sociaux). Pour chacun d'eux, ont été regroupées les réponses

relatives à la perception qu'ont les personnes des modalités actuelles de financement de la protection sociale (première partie du questionnaire) et aux souhaits qu'elles formulent en la matière pour l'avenir (deuxième partie). Une dernière partie propose des enseignements pour des futurs travaux statistiques et d'études qui pourraient être poursuivis sur ces sujets.

► **Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE
2017

Paris HCFI-PS

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/perspectives-de-financement-moyen-long-terme-regimes-de-protection-sociale>

Le Haut conseil du financement de la protection sociale a travaillé, durant toute l'année 2013, sur les conditions de l'équilibre financier à moyen - long terme de la protection sociale. Ce rapport, fruit de ses travaux, décrit la méthodologie des projections réalisées. Il présente ensuite les résultats de ces projections « à législation inchangée », pour les grandes catégories de risques sociaux et les sous-secteurs des administrations publiques, sur la période 2011-2060. En complément à la présentation des dépenses, des recettes et des soldes techniques sur la durée de projection, il se penche spécifiquement sur la question de la dette que pourraient induire ces soldes techniques pour les différents régimes sociaux, des frais financiers qui en découlent, et de leurs conséquences sur les conditions d'équilibre à long terme de la protection sociale. Enfin, le troisième chapitre discute six enjeux de débats soulevés par ces projections.

► **How Much Do OECD Countries Spend on Prevention?**

GMEINDER M., et al.
2017

OECD Health Working Paper; 101. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/diet-physical-activity-and-sedentary-behaviours_54464f80-en

Les pays de l'OCDE doivent relever de nombreux défis liés au vieillissement accéléré de la population, accompagné d'une montée des maladies chroniques, et à la menace permanente des maladies contagieuses (qui apparaissent ou qui évoluent). Or, parallèlement, le secteur de la santé vise un rapport qualité-prix toujours meilleur. Les preuves s'accumulent sur l'efficacité de nombreuses mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies à un coût relativement bas. En revanche, il existe peu de données permettant une comparaison entre pays en ce qui concerne les investissements dans ces domaines et les déterminants de l'évolution des dépenses de prévention au fil des années. Or, cet aspect est particulièrement important face à la question de la viabilité des finances publiques et des contraintes budgétaires. Grâce à de nouvelles données provenant des pays de l'OCDE, ce rapport étudie les différences en matière de dépenses consacrées à la prévention au niveau global et en détail. Cette analyse adopte un point de vue novateur et soulève des questions sur l'allocation optimale des ressources dans le secteur. Les données chronologiques sont également examinées en même temps que l'évolution des politiques et de la santé publique dans différents pays afin de déceler les facteurs derrière les tendances en matière de dépenses de prévention. Il est ainsi possible de discuter des orientations susceptibles de contribuer à améliorer la collecte des données et les retombées des politiques.

► **Revue de dépenses 2017 : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières**

KNECHT D., et al.
2017

Paris Igas ; Paris IGF

Les revues de dépenses constituent un dispositif d'évaluation des dépenses publiques, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019. Réalisées par les corps d'inspection et de contrôle, elles ont pour objectif de documenter des mesures structurelles de maîtrise des comptes publics. Elles obéissent à une procédure spécifique, qui associe étroitement gouvernement et parlement. Dans ce cadre, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ont été chargées de réaliser une mission relative à l'évolution des dépenses d'indemnités journalières. Il s'agissait de mieux identifier les déterminants des dépenses d'indemnités journalières consécutives aux arrêts de travail,

et de proposer des mesures permettant de limiter leur croissance en volume via une meilleure responsabilisation des différents acteurs (prescripteurs, assurés sociaux, employeurs.). Ce rapport rassemble les résultats de leur analyse.

► **La gouvernance de la sécurité sociale**

LIBAULT D., *et al.*

2017

Regards(52): 9-185.

<http://www.cairn.info/revue-regards-2017-2.htm>

« Gouverner le social » : l'expression a fait couler beaucoup d'encre depuis le début des années 2000. De nombreux auteurs, praticiens ou universitaires, ont fait état des profondes évolutions qu'avait connu la gestion de la Sécurité sociale en France. Au-delà de la seule institution Sécurité sociale, la question de la gouvernance concerne tous les pans de la protection sociale. Ce dossier propose, d'abord, un détour historique sur les évolutions qui ont marqué la gouvernance initiale du système, en s'arrêtant en particulier sur le paritarisme. La revue se penche, ensuite, sur la gouvernance globale du système et sur ses perspectives dans un contexte de transformation des attentes, des moyens et des méthodes. Les articles traitent, également, des gouvernances locales, dans un contexte de mutation des organisations territoriales. Enfin, car la gouvernance s'apprécie dans des comparaisons internationales, quelques regards sur ce qui se fait ailleurs complètent le dossier (résumé de l'éditeur).

► **Targeting with In-Kind Transfers: Evidence from Medicaid Home Care**

LIEBER E. M. J. ET LOCKWOOD L. M.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24267. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24267>

Many of the most important government programs make transfers in kind as opposed to in cash. Making transfers in kind has the obvious cost that recipients would often prefer cost-equivalent cash transfers. But making transfers in kind can have benefits as well, including better targeting transfers to desired recipients or states of the world. In this paper, we develop a framework for evaluating this tradeoff and apply

it to home care. Exploiting large-scale randomized experiments run by three state Medicaid programs, we find that in-kind provision of formal home care significantly reduces the value of benefits to recipients while targeting benefits to a small fraction of the eligible population that has greater demand for formal home care, is sicker, and has worse informal care options than the average eligible. Under a wide range of assumptions within a standard model, the targeting benefit of in-kind provision exceeds the distortion cost. This highlights an important cost of recent reforms that move toward more flexible, cash-like benefits

► **Compte provisoire de la protection sociale : le déficit continuerait à se résorber en 2016**

PILORGE C. ET GLOTAÏN M.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1040)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/compte-provisoire-de-la-protection-sociale-le-deficit-continuerait-de-se>

En France, l'année 2016 est marquée par le ralentissement du PIB en valeur (+1,6 % après +2,2 %), accompagné d'une très faible inflation (+0,2 %) et d'une moindre hausse du nombre de chômeurs indemnisés. Dans ce contexte économique, les dépenses de protection sociale augmenteraient à un rythme proche du PIB, tandis que les ressources seraient légèrement plus dynamiques. De fait, le déficit de la protection sociale continuerait de se résorber. Le montant servi au titre des prestations de protection sociale s'élèverait à 714 milliards d'euros en 2016. Les prestations de santé et de vieillesse-survie progresseraient pratiquement au même rythme qu'en 2015 tandis que la croissance des prestations des autres risques sociaux serait un peu plus soutenue en 2016 qu'en 2015.

► **Les lois de financement de la Sécurité sociale en France : synthèse documentaire**

SAFON M. O.

2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse un historique des lois de financement de la sécurité sociale, instaurées en France suite au plan Juppé par la

loi constitutionnelle du 22 février 1996. Elle aborde les lois de financement de la Sécurité sociale sous l'angle exclusif des mesures relatives à l'assurance maladie.

Health Status

► **Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017**

JEHANNIN-LIGIER K., *et al.*

2018

Rapport technique. Saint-Maurice Santé Publique France

http://www.e-cancer.fr/content/download/220859/3008146/file/Projection_de_l_incidence_et_de_la_mortalite_en_France_metropolitaine_en_2017_mel_20180108.pdf

Les projections d'incidence et de mortalité par cancer permettent d'estimer pour l'année en cours les nombres attendus de nouveaux cas et de décès par cancer au niveau national. Cette publication bisannuelle permet d'appréhender de façon réactive les besoins de la population en matière de prise en charge des cancers. Ce travail s'inscrit dans l'objectif 15 du Plan Cancer 2014-2019 « Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées ». Les projections sont issues d'une modélisation statistique à partir des données d'incidence collectées par les registres des cancers du réseau Francim et des données de mortalité fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès/Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc, Inserm) sur la période 1975-2013.

► **Impact of Acute Health Shocks on Cigarette Consumption**

MARSAUDON A. ET ROCHAIX L.

2017

PSE Working Paper ; halshs-01626024. Paris Paris School of Economics

<https://hal-pse.archives-ouvertes.fr/halshs-01626024/document>

Cet article étudie l'impact d'un « choc de santé », c'est-à-dire la survenue brutale d'un accident ayant entraîné un recours aux soins, sur la consommation hebdomadaire de tabac, à partir de la cohorte Gazel qui permet de suivre l'évolution de la santé de près de 20 000 volontaires d'EDF- GDF sur longue période. Elle documente l'instabilité temporelle des préférences des individus, le choc de santé les conduisant à adopter durablement des comportements moins risqués. Une information de prévention personnalisée semble avoir davantage d'impact sur le comportement de l'individu, dans la mesure où elle le touche plus directement. De futures expériences en laboratoire de sciences sociales pourraient être menées, mimant un choc de santé, via des techniques de réalité augmentée ou de réalité virtuelle. Ceci permettrait d'observer de manière plus fine d'éventuels changements de comportement en matière de consommation de tabac et de documenter l'intérêt de nouvelles campagnes de prévention basées sur une sensibilisation active et personnalisée des individus.

Geography of Health

► Les déserts médicaux : avis

CASTAIGNE S. ET LASNIER Y.

2017

Paris Cese

<http://www.lecese.fr/content/le-cese-adopte-son-avis-sur-les-deserts-medicaux>

La question des « déserts médicaux » est de plus en plus prégnante dans le débat public, comme l'illustre la multiplication des analyses, témoignages et déclarations dans les médias et les réseaux sociaux, émanant des citoyens, des praticiens de la santé comme des acteurs de la société civile et des responsables politiques. Le CESE, en réalisant une veille des pétitions en ligne, avait repéré l'acuité grandissante de

cet enjeu d'accès aux soins. Pour la première fois, il a souhaité saisir l'occasion de cette mobilisation citoyenne pour écouter les parties prenantes (patients, professionnels de santé, mais aussi administrations et pouvoirs publics) et présenter ses préconisations. Le présent avis s'inscrit dans l'agenda du gouvernement, lequel a demandé, par la voix du Premier ministre lors de sa venue au CESE le 11 juillet 2017, que celui-ci puisse nourrir le plan d'action du ministère de la santé « Renforcer l'accès territorial aux soins ». Il formule ainsi 10 recommandations qui ont vocation soit à compléter le plan ministériel par des mesures nouvelles, soit à décliner opérationnellement des mesures qui y figurent.

Disability

► La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés

ABALLEA P., et al.

2018

Paris Igas

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000029/index.shtml>

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.

► Remontées d'expériences sur les pratiques favorisant la fluidité des parcours

ASSOCIATION NATIONALE DES CREAI

2017

Synthèse nationale. Paris ANCREAI

http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/synthese_nationale_rapt_dec2017.pdf

En termes d'appui à la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) », l'ANCREAI s'est vue confier fin 2016, par la CNSA et la DGCS, la mission d'organiser une remontée d'expériences sur les pratiques « innovantes » favorisant la fluidité des parcours.

Chaque CREAL a ainsi recensé, sur leur région respective, les réponses proposées aux besoins et attentes des personnes handicapées permettant l'ambition d'un « zéro sans solution » et spécifiquement celles présentant une alternative aux modes de prise en charge habituelles. Malgré le caractère non exhaustif de ce recensement et l'hétérogénéité des remontées selon les territoires, l'analyse du matériau recueilli témoigne de la richesse des expériences conduites localement, et d'une façon plus globale, d'une « mise en mouvement » du secteur médico-social depuis les lois 2000, et plus récemment avec la démarche « Réponse accompagnée pour tous ». Dans l'attente que les nombreux chantiers en cours (en termes de réglementation, tarification, autorisation, système d'information, etc.) aboutissent et lèvent ainsi les nombreux freins au développement de solutions modulaires et/ou intersectorielles, l'intérêt majeur de ce recensement national, aussi partiel et imparfait qu'il soit, est de rendre visible nombre d'expériences probantes mais encore trop confidentielles.

► **Synthèse des rapports d'activité des MDPH 2016**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2017

Paris CNSA

http://www.cnsa.fr/documentation/synthesera_mdph.pdf

En 2016, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) continuent de faire face à une augmentation de leur activité (plus de demandes, plus de décisions), sans augmenter le taux de recours et en contenant les délais de traitement. Pour y parvenir et mettre en œuvre les réformes en cours, elles modernisent leurs processus et leurs équipements, s'appuient sur leurs partenaires. En 2016, 4,4 millions de demandes ont été adressées aux MDPH, contre 4,25 millions en 2015, soit + 4,5 %. Huit MDPH sur dix ont enregistré une augmentation. Si le nombre de demandes continue de progresser, le rythme de l'augmentation est moins soutenu qu'en 2015 et la part des premières demandes a diminué. La répartition des demandes déposées en 2016 est similaire aux années précédentes. Une part importante des demandes concerne : - les cartes (invalidité, priorité, stationnement) : 31,4 % ; - l'emploi : 23,1 % ; - l'allocation aux adultes handicapés : 14 %...

► **Décision du Défenseur des droits n° 2017-257. Étude sur la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées**

DÉFENSEUR DES DROITS

2017

Paris Défenseur des droits

<https://defenseurdesdroits.fr/fr/a-la-une/2017/11/pour-ameliorer-la-collecte-des-statistiques-afin-de-mieux-connaître-la-situation-et>

Cette décision-cadre porte des recommandations générales destinées à améliorer la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées. L'évaluation des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) implique de disposer de données statistiques accessibles et comparables. Or, en France, la mise à disposition et la valorisation des informations statistiques et des études sur le handicap ne font pas l'objet d'une coordination ou d'un pilotage national, d'où un manque de visibilité des données produites. Les diverses sources de données disponibles n'ont pas adopté une définition harmonisée du handicap. Certaines informations concernent le nombre et le type de prestations proposées, d'autres concernent les individus. Les données administratives souffrent d'un défaut de centralisation. Les sources de statistiques et les périodes de références diffèrent également souvent d'une étude à l'autre. Perdure aussi un manque de données sur le nombre d'enfants et d'adultes handicapés, leur situation, leurs besoins et le niveau de satisfaction de ces besoins. De fait, la mesure de l'effectivité des droits est difficile à réaliser. Le Défenseur des droits assure, au sein d'un dispositif national de suivi, une mission de protection, de promotion et de suivi de l'application de la CIDPH. À ce titre, il publie une étude relative à la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées et émet diverses recommandations destinées à améliorer cette connaissance et sa diffusion.

► **Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine**

ETCHEGARAY A., et al.
2018

Marseille CREAI PACA et Corse

Ce travail, co-financé par la CNSA, le LPED et le CREAI PACA et Corse consiste à identifier des déterminants de la répartition spatiale de la population en situation de handicap, et à proposer une méthode d'estimation de cette population pour chaque département. L'hypothèse proposée est que, comme nombre de faits de santé, la répartition de la population handicapée n'est pas homogène sur le territoire, et qu'elle peut être influencée par des facteurs sociétaux et environnementaux. La répartition sur le territoire national de cette population est actuellement mal appréhendée, au moyen de données qui ne permettent que des estimations approchantes basées par exemple sur la reconnaissance officielle du handicap ou la répartition d'allocataires, et connaissant de fortes variations entre départements. L'objectif est de comprendre de quelles façons les données existantes peuvent être, en évaluant leur convergence, indicatrices de la répartition de la population handicapée sur le territoire. Cela permet d'estimer cette population dans les départements, et de repérer des indicateurs, afin d'orienter au mieux les ressources publiques.

► **Le non-recours : Étude exploratoire à partir d'entretiens auprès de personnes non inscrites sur liste d'attente mais détentrices d'une notification d'orientation en établissements et services médico-sociaux (ESMS)**

MARIVAL C.
2017

Marseille CREAI Paca Corse

www.creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/164/164_17_doc.pdf

Ce travail met d'abord en évidence la pluralité des facteurs de non-recours. En effet, le non-recours résulte souvent d'une imbrication de causes (même si une cause domine souvent). Le non-recours peut en outre être difficile à qualifier. Il révèle également la difficulté de disposer de données fiables et complètes sur le suivi des orientations, d'où l'importance des chantiers actuels, menés au niveau national, visant à mettre en place un système informatisé de suivi des orientations.

Toutefois, les entretiens réalisés ont permis d'identifier certaines causes de non-recours tout en identifiant les stratégies alternatives à l'ESMS mises en place, dévoilant ainsi la rationalité des choix des personnes ou de leur proche.

► **Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux**

RAPEGNO N.
2017

Dossiers de La Drees (Les)(22)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/dispositifs-et-modalites-d-accompagnement-des-personnes-handicapees-dans-les>

La CNSA, la DREES et l'IRéSP ont conduit, entre novembre 2016 et janvier 2017, un séminaire de réflexion sur les dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées afin de préparer un appel à projet de recherche sur cette thématique. L'objectif du séminaire était d'organiser la rencontre d'acteurs de terrain et de décideurs publics, d'une part, et de chercheurs, d'autre part, afin de transformer les questions opérationnelles des premiers en questions de recherche. Ce travail de concertation visait également à alimenter, par des travaux de recherche, la réflexion des acteurs publics autour de l'accompagnement des personnes handicapées.

Hospital

► **Divided by Choice? Private Providers, Patient Choice and Hospital Sorting in the English National Health Service**

BECKERT W. ET KELLY E.

2017

Londres IFS

<https://www.ifs.org.uk/publications/9683>

A common reform used to increase consumer choice and competition in public services has been to allow private providers to compete with public incumbents. However, there remains a concern that not all consumers are able to benefit equally from wider choice. We consider the case of publicly funded elective surgery in England, where reforms in the 2000s enabled privately owned hospitals to enter the market. We show that, post-reform, poor and ethnic minority patients were much less likely to choose private hospitals; and that dominant drivers of sorting between public and private providers are health based criteria for treatment by private providers and the geographic distribution of hospitals. Counterfactual simulations suggest differences in health explain 18% of the difference in the use of private providers between rich and poor patients, while the geographic distribution of hospitals explains 61% once other sorting mechanisms - ethnicity, patient preferences, physician referral patterns - are accounted for. Although much of the observed sorting does not appear to be the result of market frictions, limited variation in payments made to hospitals according to patient health means that sorting is estimated to cost public hospitals in excess of \$426,426 (\$625,000) per year.

► **Hospital Pricing and Public Payments**

DARDEN M., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24304. Cambridge NBER: 31 ,

<http://papers.nber.org/papers/W24304>

A longstanding debate in health economics and health policy concerns how hospitals adjust prices with private insurers following reductions in public funding. A common argument is that hospitals engage in some degree of "cost-shifting," wherein hospitals increase prices with private insurers in response to a reduc-

tion in public payments; however, evidence of significant cost-shifting is mixed, and the rationale for such behavior is unclear. We enter this debate by examining plausibly exogenous variation in Medicare payment rates generated by two policies under the Affordable Care Act: the Hospital Readmission Reduction Program (HRRP) and the Hospital Value Based Purchasing (HVBP) program. We merge rich hospital-level information to actual private-payer payment data from a large, multi-payer database. Our data include roughly 50% of inpatient prospective payment hospitals in the United States from 2010 to 2015. We find that hospitals that faced net payment reductions from HRRP and HVBP were able to negotiate 1.5% higher average private payments - approximately \$155 extra for the average acute care claim, or \$82,000 per hospital, based on an average hospital penalty of nearly \$146,000. We find the largest increases in payments for circulatory system (2.7%) and nervous system (3.2%) claims. We also find significant heterogeneity by payer mix, where cost-shifting is largest for hospitals with higher shares of private insurance patients.

► **Les maternités en 2016 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale**

FRESSON J., *et al.*

2017

Études Et Résultats (Drees)(1031): 8.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-maternites-en-2016-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale>

L'enquête nationale périnatale réalisée dans toute la France, en mars 2016, décrit les maternités et leur environnement, l'organisation des soins et des équipements. Le mouvement de concentration des maternités se poursuit : le nombre de maternités recule depuis 1995. Les équipements et la présence permanente de médecins spécialistes se sont renforcés. Les refus d'accueil des femmes par manque de place sont moins fréquents en 2016 qu'en 2010. Les attributions des sages-femmes se sont élargies. Ils/elles réalisent 87 % des accouchements par voie basse non instrumentale et sont très impliqués dans le suivi prénatal. Les maternités s'organisent pour mieux prendre en compte les besoins des femmes et l'accompagnement par un/e sage-femme à la sortie de la maternité s'est généralisé.

► **Physician Practice Style and Healthcare Costs: Evidence from Emergency Departments**

GOWRISANKARAN G., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24155. Cambridge NBER: 50 ,

<http://papers.nber.org/papers/W24155>

We examine the variation across emergency department (ED) physicians in their resource use and health outcomes, and the relationship between ED resource use and future healthcare costs and outcomes. Our data record the initial treating hospital, ED physician, ED billed expenditures, and all interactions with the provincial health system within the subsequent 90 days for EDs in Montreal, Canada. Physicians in Montreal rotate across shifts between simple and difficult cases, implying a quasi-random assignment of patients to physicians conditional on the choice of ED. We consider three medical conditions that present frequently in the ED and for which mistreatment can result in dramatic consequences: angina, appendicitis, and transient ischemic attacks. To control for variation across physicians in their diagnostic acumen, for each condition, our sample consists of patients with a broader set of symptoms and signs that could be indicative of the condition. We regress measures of healthcare costs on indicators for the hospital and ED physician separately by condition. We then evaluate the correlations between different measures of skill and resource use. We find strong positive correlations of physician resource use and skills across the three conditions. However, physicians with costly practice styles are often associated with worse outcomes, in terms of more ED revisits and more hospitalizations. One exception is that for patients in the angina sample, ED physicians with more spending have fewer hospitalizations. Comparisons of physician effects for the base and broader sets of conditions show that both diagnosis and disposition skills are important.

► **Le forfait hospitalier en France : synthèse documentaire**

SAFON M. O.

2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-forfait-hospitalier-en-france.pdf>

Cette synthèse documentaire dresse un tableau historique et réglementaire du forfait journalier hospitalier en France.

► **Education Effects on Days Hospitalized and Days Out of Work by Gender: Evidence from Turkey**

TANSEL A. ET KESKIN H. I.

2017

IZA Discussion Paper; 11210. Bonn IZA: 40 , ,

<http://ftp.iza.org/dp11210.pdf>

The strong relationship between various health indicators and education is widely documented. However, the studies that investigate the nature of causality between these variables became available only recently and provide evidence mostly from developed countries. We add to this literature by studying the causal effect of education on days hospitalized and days out of work for health reasons. We consider two educational reforms. One is the educational expansion of the early 1960s and the other is the 1997 increase in compulsory level of schooling from five to eight years. However, due to the possibility of weak instruments we do not further pursue this avenue. We focus on individuals in two cohorts namely, 1945-1965 which is an older cohort and 1980-1980 which is a younger cohort. We estimate Tobit models as well as Double Hurdle models. The results suggest that an increase in years of education causes to reduce the number of days hospitalized for both men and women unambiguously and the number of days out of work only for men while an increase in education increases the number of days out of work for a randomly selected women.

Health Inequalities

► **Rôle du système de soins et inégalités sociales de santé : constats, hypothèses et pistes pour la recherche**

BOURGUEIL Y., *et al.*
2017

Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. Paris : DREES: 252-264.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees>

Les progrès d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité en grande partie attribuables au système de soins doivent conduire à reconsidérer la contribution de ce dernier à l'amélioration de la santé et par voie de conséquence à la réduction des inégalités de santé. C'est principalement au travers de la réduction des inégalités d'accès primaires et secondaires aux soins, que l'organisation du système de soins et les interventions qui peuvent s'y déployer, contribuent sinon à les réduire, tout au moins à éviter d'accentuer les inégalités de santé. Après un bref rappel des niveaux d'action identifiés pour réduire les inégalités d'accès aux soins, Cette communication propose des pistes d'actions et de recherches

► **The Effect of Education on Health and Mortality: A Review of Experimental and Quasi-Experimental Evidence**

GALAMA T. J., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24225. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24225>

Education is strongly associated with better health and longer lives. However, the extent to which education causes health and longevity is widely debated. We develop a human capital framework to structure the interpretation of the empirical evidence. We then review evidence on the causal effects of education on mortality and its two most common preventable causes: smoking and obesity. We focus attention on evidence from Randomized Controlled Trials, twin

studies, and quasi-experiments. There is no convincing evidence of an effect of education on obesity, and the effects on smoking are only apparent when schooling reforms affect individuals' track or their peer group, but not when they simply increase the duration of schooling. An effect of education on mortality exists in some contexts but not in others, and seems to depend on (i) gender; (ii) the labor market returns to education; (iii) the quality of education; and (iv) whether education affects the quality of individuals' peers.

► **Intergenerational Health Mobility in the US**

HALLIDAY T., *et al.*
2018

IZA Discussion Paper; 11304. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11304.pdf>

Studies of intergenerational mobility have largely ignored health despite the central importance of health to welfare. We present the first estimates of intergenerational health mobility in the US by using repeated measures of self-reported health status (SRH) during adulthood from the PSID. Our main finding is that there is substantially greater health mobility than income mobility in the US. A possible explanation is that social institutions and policies are more effective at disrupting intergenerational health transmission than income transmission. We further show that health and income each capture a distinct dimension of social mobility. We also characterize heterogeneity in health mobility by child gender, parent gender, race, education, geography and health insurance coverage in childhood. We find some important differences in the patterns of health mobility compared with income mobility and also find some evidence that there has been a notable decline in health mobility for more recent cohorts. We use a rich set of background characteristics to highlight potential mechanisms leading to intergenerational health persistence.

► **Inclusive Growth and Health.**

JAMES C., *et al.*

2017

Oecd Health Working Paper 103. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/inclusive-growth-and-health_93d52bcd-en

En réponse aux inégalités croissantes des revenus et d'autres dimensions du bien-être, y compris la santé, l'OCDE lance une initiative sur la croissance inclusive en 2012. L'objectif est d'aider les gouvernements à trouver des moyens de rendre la croissance économique plus inclusive, de sorte que cela se traduit par des gains significatifs dans les normes de vie à travers les dimensions clés du bien-être et les différents groupes socio-économiques. Ce document lie la santé à l'ensemble du programme de croissance inclusive. Il évalue la relation à double sens entre la santé et les facteurs socio-économiques. Une analyse empirique a étudié une fonction de production de santé, utilisant les données de 35 pays de l'OCDE pour la période 1990-2015. Cette analyse est complétée par un examen de la littérature empirique et des politiques efficaces dans les pays de l'OCDE.

► **Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and the Measurement of Inequalities in Health**

JUSOT F., *et al.*

2018

Perceived Health and Adaptation in Chronic Disease. Londres : Routledge: 175-195.

<https://www.routledge.com/Perceived-Health-and-Adaptation-in-Chronic-Disease/Guillemain-Leplege-Briancon-Spitz-Coste/p/book/9781498778985>

This study aims to analyse the impact of the measurement of health status on socioeconomic inequalities in health. A MIMIC model with structural equations is used to create a latent variable of health status from four health indicators: self-assessed health, report of chronic diseases, report of activity limitations and mental health. Then, we disentangle the impact of sociodemographic characteristics on latent health from their direct impact on each health indicator and discuss their effects on the assessment of socioeconomic inequalities in health. This study emphasises differences in inequalities in health according to latent health. In addition, it suggests the existence of reporting heterogeneity biases. For a given latent health status, women

and old people are more likely to report chronic diseases. Mental health problems are over-reported by women and isolated people and under-reported by the oldest people. Active and retired people as well as non manual workers in the top of the social hierarchy more often report activity limitations. Finally, highly educated and socially advantaged people more often report chronic diseases whereas less educated people under-report a poor self-assessed health. To conclude, the four health indicators suffer from reporting heterogeneity biases and the report of chronic diseases is the indicator which biases the most the measurement of socioeconomic inequalities in health.

► **Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016**

LANG T. ET ULRICH V.

2017

Paris DREES

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees>

La Direction de la Recherche - des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé a conduit, entre juin 2015 et juin 2016, un séminaire de réflexion et de discussion sur les inégalités sociales de santé (ISS), animé par le professeur Thierry Lang de l'université de Toulouse et président du groupe de travail du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur ce même thème. Ce séminaire a regroupé, autour de cette question, des chercheurs, des professionnels de santé, des acteurs associatifs, des élus, des représentants de différents ministères au niveau national et régional, des agences de santé et des collectivités locales. Les deux premières séances du séminaire ont eu pour objectif de recueillir l'expression des besoins de connaissances et d'outils des décideurs et acteurs de terrain pour la définition de politiques et d'actions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Les quatre suivantes ont regroupé des interventions de chercheurs de différentes disciplines, autour des thèmes suivants : les inégalités sociales et territoriales de santé, la construction des inégalités au cours de la vie, les concepts et méthodes en évaluation, les interventions pour réduire les inégalités sociales de santé.

► **La santé des migrants : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2018

Paris : Irdes

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

L'étude de la santé des migrants est intéressante à plusieurs titres. En épidémiologie descriptive, elle relève d'une démarche d'investigation utilisée autrefois pour apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies chroniques. En santé publique, elle entre dans le champ de l'examen des populations vulnérables. Mais il s'avère très difficile d'avoir une vision globale de l'état de santé des migrants, d'une part pour des raisons idéologiques, d'autre part du fait de la diversité des populations, des biais de déclaration dans les enquêtes ou de la sous-estimation des données de mortalité, car les migrants gravement malades retournent souvent dans leur pays d'origine. Quel est aujourd'hui l'état de santé des personnes résidant en France ou à l'étranger ayant vécu une migration ? Quels sont leurs modes d'accès aux soins et à la prévention, quel est leur comportement de santé ? L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur l'ensemble de cette problématique. Le périmètre géographique

étudié concerne la France, les pays de l'Union européenne, les États-Unis, le Canada et l'Australie.

► **Les enquêtes auprès des migrants : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2018

Paris : Irdes

www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-enquetes-aupres-des-migrants.pdf

L'objectif de cette bibliographie est de recenser les enquêtes menées auprès des populations immigrées et migrantes. L'identification de ces enquêtes a été réalisée à partir d'une recherche bibliographique conduite sur différentes bases de données : base documentaire de l'Irdes, banque de données en santé publique (BDSP), Medline... sur la période : 2000-2017. Trois catégories d'enquêtes ont été distinguées : les enquêtes menées spécifiquement auprès des migrants ou immigrés, les enquêtes en population générale ayant des modules et des questionnaires sur les populations étrangères, les études basées sur des cohortes ou registres de population. Pour chaque enquête, les études les plus récentes ont été retenues dans la bibliographie. Une liste des principaux projets européens et internationaux ainsi qu'une sélection de revues de littérature portant sur la thématique des migrants termine cette bibliographie.

Pharmaceuticals

► **La consommation d'antibiotiques en France en 2016**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ
2017

St Denis ANSM

http://ansm.sante.fr/content/download/113089/1432671/version/1/file/Rapport+antibio_nov2017.pdf

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) analyse, chaque année, les données relatives à la consommation des antibiotiques en France. Les résultats présentés dans la nouvelle édition de son rapport montrent notamment qu'après cinq années de baisse entre 2000 et 2005 et une stagna-

tion pendant les cinq années suivantes, la prescription d'antibiotiques en France a augmenté de 5,6 % entre 2011 et 2016, avec une croissance de 1,3 % entre 2015 et 2016.

► **Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé : L'exemple du médicament**

BEGAUD B., et al.
2017

Paris La documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/174000870-les-donnees-de-vie-reelle-un-enjeu-majeur-pour-la-qualite-des-soins-et-la-regulation?>

Ce rapport sur le suivi en vie réelle des médicaments est basé sur des données issues de la prescription, de la délivrance et de la consommation des médicaments par les patients. Il est le fruit de réflexions menées avec un groupe de travail associant toutes les parties prenantes : autorités de santé, assurance maladie obligatoire et complémentaire, usagers, professionnels de santé, industriels, chercheurs. Le rapport souligne qu'avec la révolution numérique et les possibilités croissantes de collecte et d'analyse d'informations qu'elle permet, la production et l'utilisation de données observationnelles deviennent un objectif stratégique pour tous les systèmes de santé et renouvellent l'approche traditionnelle des études sur les médicaments, historiquement centrées sur les essais cliniques. Agnès Buzyn a décidé de constituer un groupe de travail entre les services du ministère, la Cnamts et la HAS pour travailler sur les modalités d'évaluation des médicaments. Celui-ci devra préparer la mise en œuvre des propositions formulées par Bernard Bégaud, Dominique Polton et Franck von Lenep. Il devra également travailler à d'autres pistes de réforme en ce domaine, en rouvrant notamment le chantier lancé par le rapport sur l'évaluation du médicament remis par Dominique Polton en novembre 2015.

► **An Evaluation of the CPI Indexes for Prescription Drugs**

BOSWORTH B., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24210. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24210>

The prescription drug component of the Consumer Price Index (CPI) measures recent and past drug price changes, and provides the basis for projecting future price trends and health care expenditures. However, there are concerns about the adequacy of the price data because of recent changes in the structure of the market for prescription drugs. We compare the prescription drug data of the CPI with a large alterna-

tive data set from the IQVIA Institute for Human Data Science. We analyze the overall consistency if the data from the two sources, and examine the influence of the large shift from brand to generic drug sales and the increased reliance on third party insurance plans that are excluded from the CPI sampling frame.

► **Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées**

HERR M., *et al.*

2018

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(230)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/230-fragilite-des-personnes-agees-et-consommation-de-medicaments.pdf>

Le vieillissement n'est pas un processus homogène. Certaines personnes sont plus fragiles que d'autres : elles ont une moindre capacité à faire face à des événements stressants à cause d'une réserve physiologique insuffisante (dénutrition, perte de masse musculaire, etc.) et subissent des conséquences néfastes en matière de santé et de consommation de soins (hospitalisation, institutionnalisation, décès, etc.). Depuis quelques années, la Haute Autorité de santé (HAS) met en avant la détection et la prise en charge de la fragilité comme un moyen d'améliorer les parcours de soins des personnes âgées. Les interventions proposées incluent l'ajustement et la simplification du traitement médicamenteux des patients. L'originalité de cette étude consiste à aborder la relation entre l'usage de médicaments et la fragilité en tenant compte à la fois de la quantité de médicaments prescrits et de la qualité de la prescription chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'étude a été réalisée à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale de l'Irdes en 2012, appariée aux données de remboursement de soins de l'Assurance maladie qui permettent d'identifier la consommation de médicaments. Elle souligne que la polymédication et l'usage de certains médicaments potentiellement inappropriés – les médicaments anticholinergiques – sont associés à la fragilité chez les personnes âgées.

Health Policy

► **Plan cancer 2014-2019 : quatrième rapport au président de la République**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER
2018

Paris Institut National du Cancer

www.e-cancer.fr/content/download/223223/3043246/file/Rapport%20au%20PR%202018_%20FINAL_COMPIL%C3%89.pdf

À deux ans de l'échéance de ce troisième Plan cancer, ce quatrième rapport fait un bilan de l'ensemble des actions menées. La mobilisation des partenaires du secteur, communauté des soignants, chercheurs, acteurs de la prévention, des grandes associations et fondations dans la lutte contre les cancers a permis de réaliser plus de 64 % des jalons identifiés (1 369 au total) répondant aux attentes des malades et de leurs proches

Prevention

► **The Effect of Organized Breast Cancer Screening on Mammography Use: Evidence from France**

BUCHMUELLER T. C. ET GOLDZAHL L.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24316. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24316>

In 2004, France introduced a national program of organized breast cancer screening. The national program built on pre-existing local programs in some, but not all, départements. Using data from multiple waves of a nationally representative biennial survey of the French population, we estimate the effect of organized screening on the percentage of women obtaining a mammogram. The analysis uses difference-in-differences methods to exploit the fact that the program was targeted at women in a specific age group: 50 to 74 years old. We find that organized screening significantly raised mammography rates among women in the target age range. Just above the lower age threshold, the percentage of women reporting that they had a mammogram in the past two years increased by over 10 percentage points after the national program went into effect. Mammography rates increased even more among women in their sixties. Estimated effects are particularly large for women with less education and lower incomes, suggesting that France's organized screening program has reduced socioeconomic disparities in access to mammography.

► **Alimentation et activité physique des jeunes : bilan des actions réalisées et pistes d'amélioration**

DUCROT P.
2017

Saint-Maurice Santé Publique France

http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/nutrition/rapport2017_alimentation-activite-physique/interventions-alimentation-activite-physique-jeunes.pdf

L'action 11.6 du Plan Cancer vise à développer l'éducation sur l'alimentation et l'activité physique dès la maternelle et le primaire notamment pendant le temps périscolaire dans le cadre de la réforme sur les rythmes scolaires. Dans le cadre de cette action pilotée par Santé publique France, un recensement des actions de prévention et/ou de promotion de la santé menées sur le territoire en 2013-2014 a été réalisé à l'aide de la base OSCARS (Outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé), celle de la Mutualité française et d'un questionnaire en ligne sur le site de l'Inpes. Les critères de sélection étaient : 1) Thèmes : alimentation et/ou activité physique; 2) Population cible : 3-18 ans; 3) Années : 2013 et 2014; 4) Milieux : scolaire, périscolaire, sportif, associatif, universitaire. Les données issues de ce recensement ont ensuite été comparées aux critères d'efficacité identifiés dans la littérature en vue de formuler des propositions pour la mise en place d'interventions efficaces.

► **Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
2017

Avis et rapports. Paris HCSP

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>

Le Haut Conseil de la santé publique présente des recommandations afin qu'une stratégie de prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA) puisse être mise en œuvre en France. Le HCSP recommande 4 axes d'actions pour la prévention : Sensibiliser la communauté et les professionnels de la santé aux MAMA et aux possibilités de prévention, promouvoir des actions de prévention des MAMA à des moments cibles et pour des publics cibles, intégrer la démence dans la Stratégie nationale de santé et le futur plan national de santé publique, promouvoir

la surveillance épidémiologique et la recherche sur la prévention de ces maladies. Le HCSP a analysé les données concernant les facteurs modifiables de risque ou de protection de ces maladies à partir d'études d'observation et d'intervention françaises et étrangères, ainsi que d'auditions d'experts des principaux facteurs identifiés. Il a évalué les bénéfices - risques de ces différents facteurs, comme le niveau d'éducation, l'alimentation et l'activité physique, le diabète, l'hypertension artérielle, la prise de certains médicaments. Ont également été étudiées les politiques publiques d'autres pays développés pour lutter contre le déclin cognitif et les démences. Les programmes de prévention : objectifs, populations cibles, mesures et outils déployés, évaluation ont été plus particulièrement analysés. En complément, le HCSP a auditionné des acteurs impliqués dans le champ de ces maladies (associations de patients, personnalités intervenant dans les politiques).

Prevision-Evaluation

► **Scoping Review on Social Care Economic Evaluation Methods**

WEATHERLY H., *et al.*
2017

CHE Research Paper Series ;149. York University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP150_social_care_evaluation_methods.pdf

In the UK and internationally there is widespread acceptance of the value and general methods of economic evaluations to inform decisions about health care interventions. By contrast, approaches to social care economic evaluation are substantially less well

developed. The project aimed to inform NICE on the methods available for use in undertaking economic evaluation of social care interventions, the methods in development, the methods challenges faced and the methods gaps. A systematic review of the published literature and a survey of experts were undertaken to fulfil the study aims. Data were extracted on key requirements for economic evaluation: the perspective of the analysis, the interventions compared, the evidence used on costs and effects, opportunity cost, uncertainty, and equity. Thirty social care economic evaluations were identified for review. Experts provided feedback on the findings of the key requirements for economic evaluation.

Psychiatry

► **Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960**

LOPEZ A. ET TURAN-PELLETIER G.

2017

Paris Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

► **Les soins psychiatriques sans consentement : aide-mémoire**

THERON S. ET ARBUS C. P.

2017

Paris : Dunod

En 2015, 92 000 personnes étaient prises en charge en psychiatrie sans y avoir consenti. Les soins sans consentement – par définition dérogatoires – ont fait l'objet d'une attention particulière du législateur ces dernières années. La loi du 5 juillet 2011 a créé une alternative à l'hospitalisation complète par le biais des programmes de soins. Elle a aussi instauré un contrôle systématique du juge judiciaire sur les hospitalisations complètes. La loi du 27 septembre 2013 a tenté de renforcer les droits du patient ou du moins de minimiser le plus possible les atteintes susceptibles d'y être portées lors de la mise en œuvre des procédures.

Cet ouvrage analyse les règles juridiques du dispositif des soins psychiatriques sans consentement, de son déclenchement à sa levée, en mettant l'accent sur les droits et libertés du patient.

► **France. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-Based Services and Practices Across Europe**

TUMPENNY A., et al.

2017

Bruxelles. Mental Health Institute: 91-102.

<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

Since 2015, France no longer has a national mental health plan, as policy on mental health and psychiatry is to be managed and mainstreamed at an inter-ministerial level, together with action at the level of regional "health territories" with more direct responsibility and plans. In 2016, the existence and role of the "Local Mental Health Councils" was strengthened, however, the representation of mental health users/survivors in both these local councils and national bodies is still limited. There are large regional disparities both in terms of resources and provision of mental health and social care in France. Since the law reform in 2011/2013 introducing for the first time judicial supervision of the forced hospitalisation and treatment system, general concerns include the high rate of long-term hospitalisation, increasing use of involuntary admission and forced treatments, compulsory treatment in the community and guardianship practices. The cross-border treatment and institutionalisation of French nationals with mental health problems in Belgium is also problematic.

► **Mapping & Understanding Exclusion in Europe**

TUMPENNY A., et al.

2017

Bruxelles Mental Health Institute

<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

This report entitled “Mapping and Understanding Exclusion- Institutional, coercive and community based services and practices across Europe” is a new and expanded edition of Mental Health Europe’s 2012 Mapping Exclusion report. The report was put together by the University of Kent and Mental Health Europe (MHE), with the help of MHE members and partner organisations, and with support from the Open Society Mental Health Initiative and the European Union’s Rights Equality and Citizenship Programme. The report aims to capture updated and more comprehensive information on European countries ‘mental health

laws, the use of involuntary or forced placements and treatments, the practice of seclusion and restraint, as well as emerging issues in the mental health field in Europe. In mapping mental health systems across Europe, the report also sheds light on the situation of human rights for people who use mental health services and people with psychosocial disabilities. This time around there is a special focus on the stories of people who have experienced institutionalisation and coercion in mental health services which we hope will contribute to a more profound understanding of the exclusion these individuals face in society.

Primary Health Care

► **Difficultés de rendez-vous et modalités d’échanges avec les médecins spécialistes de second recours : opinions et pratiques des médecins généralistes des Pays de la Loire**

ANTHONY N., *et al.*

2017

Panel en médecine générale - 2014-2016 - Pays de la Loire; 16. Nantes ORS Pays de la Loire

http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2017_16_second_recours_panel3mgpdl.pdf

Interrogés début 2017 dans le cadre du Panel des médecins généralistes libéraux, plus des deux tiers des praticiens ligériens disent avoir toujours ou souvent des difficultés pour obtenir rapidement un rendez-vous auprès de leurs confrères libéraux rhumatologues, psychiatres, ophtalmologues et neurologues. Des difficultés sont plus fréquemment déclarées qu’en 2012 pour les rhumatologues, neurologues et gastroentérologues. Ces spécialités ont toutes connu un recul de leur densité en Pays de la Loire entre 2012 et 2017, mais de nombreux autres facteurs sont susceptibles de contribuer à l’augmentation de ces difficultés. Pour résoudre ce problème, 70 % des généralistes souhaiteraient la mise en place d’un numéro de téléphone qui leur serait réservé, 38 % seraient en faveur de plages de rendez-vous dédiées, et 21 % d’un site internet de rendez-vous réservé aux généralistes. Des organisations de ce type leur sembleraient particulièrement profitables pour leur articulation avec les rhumatologues, les cardiologues et les ophtalmologues. Par

ailleurs, les courriers donnés aux patients restent le moyen de communication écrit le plus utilisé par les médecins généralistes pour transmettre des informations aux médecins spécialistes libéraux de second recours : plus de 90 % des praticiens déclarent y avoir toujours ou souvent recours.

► **The Impact of Nurse Practitioner Scope-Of-Practice Regulations in Primary Care**

ARIFKHANOVA A.

2018

Dissertations. Santa Monica Rand Corporation

https://www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/RGSD396.html

The costs of primary care have been rising and access to it may become limited because of a possible shortage in primary care physicians. Some state governments have addressed this issue by allowing Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) to serve the population without the supervision of physicians. About half of the states permit nurse practitioners (NPs) to practice and/or prescribe drugs without physician supervision or collaboration. NPs in primary care charge lower prices than physicians and provide satisfactory quality of care, supported by existent literature. Moreover, increasing the number of NPs could alleviate access problems from a low supply of physicians. NP scope-of-practice (SOP) regulations have been changing in many states. The dissertation focuses on access to health care and addresses three research questions: what is the impact of NP SOP regulations on NP employment, access to primary health care in areas characterized

by a relatively low supply of primary care physicians, and how does the Center for Medicaid and Medicare Innovation's Comprehensive Primary Care Initiative affect the use of NPs given state SOP regulations?

► **Unmet Health Care and Health Care Utilization**

BARHAM V., et al.
2017

Working Paper; 1716E. Ottawa University of Ottawa
<https://ideas.repec.org/p/ott/wpaper/1716e.html>

The aim of this study is to examine the causal effect of health care utilization on unmet health care needs. An instrumental variables approach deals with the endogeneity between the use of health care services and unmet health care. The presence of drug insurance and the number of physicians in each health region are used to identify the causal effect. The reasons for unmet health care needs are grouped into system and personal ones. We use four biennial confidential master files (2001-2010) of the Canadian Community Health Survey. We find a clear and robustly negative relationship between health care use and unmet health care needs; a higher probability of unmet health care needs is attributable to a low use of health care services. One more visit to a medical doctor on average decreases the probability of having unmet health care needs by 0.028 points. If the unmet need is due to accessibility related reasons, this effect is 0.02 compared to only 0.015 point for personal related reasons. Health care use reduces the likelihood of reporting unmet health care. That the link between health care utilization and unmet health care needs is stronger for accessibility related reasons than for personal reasons, suggests that policies like increasing the coverage of public drug insurance, and increasing the number of physicians can reduce the likelihood of unmet health care.

► **Spatial Competition and Quality: Evidence from the English Family Doctor Market**

GRAVELLE H., et al.
2018

CHE Research Paper Series ;151. York University of York
https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP151_spatial_competition_quality_family_doctor_market.pdf

We examine whether family doctor firms in England respond to local competition by increasing their quality. We measure quality in terms of clinical performance and patient-reported satisfaction to capture its multi-dimensional nature. We use a panel covering 8 years for over 8000 English general practices, allowing us to control for unobserved local area effects. We measure competition by the number of rival doctors within a small distance. We find that increases in local competition are associated with increases in clinical quality and patient satisfaction, particularly for firms with lower quality. However, the magnitude of the effect is small.

► **Médecine de ville : le pari de la jeunesse**

JAGER W.
2018

Paris Terra Nova

http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/506/original/Terra-Nova_Note-Medecine-de-ville-jeunesse_080118.pdf

Bientôt majoritaires dans le corps médical, les jeunes médecins ne bénéficient pas aujourd'hui d'une véritable représentation dans les lieux de négociation et de décision sur la politique de santé. En effet, le processus électoral qui définit les interlocuteurs légitimes des pouvoirs publics tend à les exclure de la représentation collective. Les futurs médecins (étudiants, internes, chefs de clinique) sont de facto écartés des négociations conventionnelles car leurs débuts de carrière ne ressemblent pas à ceux de leurs aînés. Pourtant, certains s'installeront avant la signature d'une nouvelle convention, qui s'appliquera à leur activité, sans que les nouveaux arrivants aient pu se prononcer à son sujet. Quant aux nouveaux inscrits à l'Ordre, ils en sont écartés, faute pour eux, dans leur immense majorité, d'exercer une activité libérale à titre principal ou, si tel est le cas, de l'être sous le statut de remplaçants. Or ce sont bien les jeunes que l'on mobilise dès qu'il s'agit d'instituer un rapport de force avec les pouvoirs publics; eux à qui l'on pense lorsque sont imaginées des solutions pour apaiser les maux du système de santé français (déserts médicaux notamment). La présente note ouvre des perspectives pour donner aux nouvelles générations de médecins les moyens d'agir. C'est indispensable si l'on tient à enrayer la baisse du temps médical disponible dans un contexte où les besoins de santé ne cessent d'augmenter (tiré du texte).

► **Les revenus des pharmaciens d'officine : de fortes disparités selon le statut du titulaire**

PLA A. ET TREVIEN C.
2017

Études Et Résultats (Drees)(1039)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-revenus-des-pharmaciens-d-officine-de-fortes-disparites-selon-le-statut-du>

Les revenus moyens de pharmaciens titulaires non-salariés déclarés en 2014 vont du simple au double selon le type d'imposition de leur officine. À catégorie juridique et régime d'imposition donnés, la rémunération des pharmaciens augmente avec le chiffre d'affaires de l'officine et est plus élevée en moyenne dans les départements du nord de la France que dans ceux du Sud. Elle varie également selon l'âge et le sexe du titulaire : elle est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Après avoir nettement progressé en 2010 et 2011, le revenu des titulaires a évolué en moyenne moins favorablement de 2012 à 2014 - il a même diminué pour la moitié des pharmaciens entre 2013 et 2014. Les revenus des adjoints d'officine, pharmaciens salariés, sont nettement inférieurs à ceux des titulaires et varient beaucoup moins d'une pharmacie à l'autre.

► **Multimorbidity and Medication Management in General Practice a Challenge for GPs**

SINNIGE E. J.
2017

Nijmegen Radboud University Medical Center

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/dissertatie_JudithSinnige.pdf

GPs increasingly manage older patients diagnosed with multiple chronic conditions (i.e. multimorbidity) who use several medications (i.e. polypharmacy). Affiliated with IQ Healthcare (Radboud university medical center) and NIVEL, Judith Sinnige's study shows that there is great diversity in the combinations of chronic conditions prevalent in this patient group. This makes management complex; not only concerning the oldest patient group but also patients aged 55-70 years. This complexity in care is stressed by the proven variation in the number of medication prescriptions per general practice. During group sessions, GPs pointed out that they would like to discuss the medication regime together with several GPs and pharmacists. For example, by using clinical medication reviews. This requires a clear determination of the target population and adequate organisation. Sinnige suggests that GPs and pharmacists should deal with this issue together and involve the patient in this development. Structural meetings and/or training sessions could contribute to a clear shared vision of this complex medication management for patients with multiple chronic conditions by also paying attention to the patient's individual wishes and preferences.

health Systems

► **La santé dans les pays de l'Union européenne. Profils de santé par pays : France**

ANDRIUKATIS V.
2017

Luxembourg Office des publications de l'Union européenne

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf

Ce chapitre des profils européens de santé concerne le système de santé français. Les données proviennent de l'enquête santé européenne par interview (EHIS).

► **France: Improving the Efficiency of the Health-Care System**

GOUJARD A.
2018

OECD Economics Department Working Papers ; 1455

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:oecc:ecoa:1455-en&r=age>

France's health-care system offers high-quality care. Average health outcomes are good, public satisfaction with the health-care system is high, and average household out-of-pocket expenditures are low. As in other OECD countries, technology is expanding possibilities for life extension and quality, and spending is rising steadily, while an ageing population requires substantially more and different services. The main challenges are to promote prevention and cost-efficient behaviour by care providers, tackle the high spending on pharmaceuticals, strengthen the role of health insurers as purchasing agents and secure cost containment. Good-quality information and appropriate financing schemes would ensure stronger efficiency incentives. Disparities of coverage across social groups and health services suggest paying greater attention to co-ordination between statutory and complementary insurance provision. Ongoing reforms to improve prevention and co-ordination among care providers are steps in the right direction. However, progress in the development of capitation-based payment schemes, which can reduce the incentives to increase the number of medical acts and encourage health professionals to spend more time with their patients, and performance-based payment schemes in primary care need to be stepped up to respond to the increasing prevalence of chronic diseases and curb supplier-induced demand and social disparities in access to care

► **Measuring Patient Experiences (PREMS): Progress Made by the OECD and Its Member Countries Between 2006 and 2016**

KLAZINGA N. S. ET FUJISAWA R.

2017

OECD Health Working Paper; 102. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-patient-experiences-prems_893a07d2-en

L'OCDE pilote le travail sur les comparaisons internationales des mesures du vécu du point de vue des patients (PREMS) de ses états membres depuis plus d'une décennie. Ce document résume les développements nationaux en matière de mesure et de surveillance des PREMS de 2006 à 2016 des pays participant au groupe d'experts de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé. Ce rapport montre que la majorité des pays de l'OCDE mesure l'expérience du

patient au niveau national. Il souligne le fait que les collectes des mesures du vécu du point de vue des patients, auparavant menées de manière ad hoc, sont standardisées et institutionnalisées dans de plus en plus de pays. Ces progrès au niveau national ont permis un reporting des expériences des patients en soins ambulatoires pour 17 pays de l'OCDE dans la publication phare de l'OCDE « Panorama de la santé 2017 ». L'étendue du répertoire des indicateurs est actuellement limitée, mais de récents progrès nationaux suggèrent qu'il y aurait une opportunité d'extension de la collecte des données dans différents domaines à un niveau international. L'OCDE compte poursuivre le développement des PREMS qui seraient utiles pour les décideurs politiques et aideraient à améliorer la performance des systèmes de santé pour les usagers, en tirant profit du travail entrepris à ce jour sur les PREMS en consultation avec les pays.

► **Public Health and Economic Implications of the United Kingdom Exiting the EU and the Single Market**

MAIGNEN F., *et al.*

2017

Londres OHE

<https://www.ohe.org/system/files/private/publications/Executive%20report%20-%20final.pdf>

This report explores the consequences of the exit of the United Kingdom (UK) from the European Union (EU) on public health in the UK and in the EU. It also provides an estimate of the economic impact for pharmaceutical companies. The impact of Brexit will be highly dependent on the nature of any agreement resulting from the negotiations between the UK and the remaining countries of the EU, and the extent that the UK is involved in future EU public health activities. As such, the sensitivity of the various public health and economic impacts is assessed according to a number of different possible combinations of trade and regulatory agreements. We find that the public health implications of Brexit will become more severe as public health cooperation and trade relationships lessen between the EU and the UK. Importantly, the public health impacts may not just occur in the UK, but may also be significant in the remaining countries of the EU and the European Economic Area.

► **Brexit: The Implications for Health and Social Care**

MCKENNA H.
2017

Londres King's Fund Institute

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-implications-health-social-care>

Although the European Union has limited legal jurisdiction over how health and care services are organised and provided in member states (European Union undated), the UK's vote to leave the EU will have major implications for health and social care in England. First,

because the government has been clear that Brexit will mean the United Kingdom leaving the European single market and the customs union – arrangements that currently play an important role in facilitating the delivery of health services, via access to workforce as well as goods and services. Second, because EU directives affect many areas of UK law that impact on the delivery of health and care services. Third, because the vote has ushered in a period of significant economic and political uncertainty at a time when the NHS and social care are already facing huge financial and operational pressures.

Occupational Health

► **Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels**

ASSURANCE MALADIE - RISQUES PROFESSIONNELS.
2018

Paris Cnamts

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Enjeux%20et%20actions%202018_affections%20psychiques%20travail.pdf

Selon cette étude, plus de 10 000 affections psychiques ont été reconnues en 2016 au titre des accidents du travail. Rapportés aux quelques 626 000 accidents du travail, cela représente environ 1,6 % des accidents du travail avec arrêt. Si l'on retient également tous les accidents dont les circonstances décrites dans les déclarations d'accident du travail rédigées par l'employeur s'apparentent à celles de ces 10 000 cas sans pour autant se solder par des TPS, ce sont quelques 10 000 cas supplémentaires qu'il faut rajouter à ce décompte, soit au total près de 20 000 AT représentant 3,2 % des accidents du travail. Une affection psychique peut également être reconnue au titre d'une maladie professionnelle et le nombre de cas reconnus a été multiplié par 7 en 5 ans. Ce rapport estime le coût pour la branche AT/MP à environ 230 M€ en 2016.

► **Sicherheit Und Gesundheit Bei Der Arbeit - Berichtsjahr 2016**

BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN
2018

Berlin BAUA

<https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2016.pdf>

Ce rapport rassemble les données chiffrées sur la santé au travail en Allemagne. Le nombre de maladies professionnelles (MP) reconnues a augmenté de 23,7 % par rapport à 2015, pour s'établir à 22 320 en 2016. Cette hausse est liée à l'inscription de nouvelles pathologies sur la liste des MP en 2015. En revanche, le nombre de déclarations de MP a diminué de 2 % pour s'établir à 80 000. Au cours de l'année 2016, 2 576 personnes sont mortes des suites d'une maladie professionnelle. Deux tiers de ces décès sont imputables à l'utilisation de matériaux renfermant de l'amiante. Les TMS sont toujours à l'origine du plus grand nombre de jours de travail perdus pour arrêt maladie, avec 22,8 %. Viennent ensuite les pathologies psychiques avec 16,2 %. Les maladies respiratoires arrivent en troisième position, avec 13,5 % (ce qui correspond à plus d'1 jour de travail perdu sur 7). Le nombre des accidents du travail a augmenté et atteint 960 000, en raison d'une reprise de l'activité, mais le taux de fréquence des accidents pour 1000 travailleurs temps plein a légèrement diminué pour s'établir à 23,2 (contre 23,3 en 2015). Au total, 873 personnes ont perdu la vie au travail ou sur le chemin du travail en 2016, soit 9 % de moins qu'en 2015. Avec

174 000 cas en 2016, les départs en retraite pour diminution de la capacité de travail sont restés stables dans l'ensemble. Les départs en retraite pour cause de TMS ont nettement augmenté (1500 cas supplémentaires, + 7,2 %). Les pathologies psychiques (42,8 %) restent de loin les causes les plus fréquentes de retraite anticipée.

► **Does Sick Pay Affect Workplace Absence?**

BRYSON A. ET DALE-OLSEN H.

2017

IZA Discussion Paper ; 11222. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11222.pdf>

Higher replacement rates often imply higher levels of absenteeism, yet even in generous welfare economies, private sick pay is provided in addition to the public sick pay. Why? Using comparative workplace data for the UK and Norway we show that the higher level of absenteeism in Norway compared to UK is related to the threshold in the Norwegian public sick pay legislation. This threshold's importance is confirmed in a Regression Kinked Design (RKD) analysis on the Norwegian micro-data. Private sick pay is provided as an employer provided non-wage benefit and when training costs are high.

► **Intergenerational Spillovers in Disability Insurance**

DAHL G. B. ET GIELEN A. C.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24296. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24296>

Does participation in a social assistance program by parents have spillovers on their children's own participation, future labor market attachment, and human capital investments? While intergenerational concerns have figured prominently in policy debates for decades, causal evidence is scarce due to nonrandom participation and data limitations. In this paper we exploit a 1993 policy reform in the Netherlands which tightened disability insurance (DI) criteria for existing claimants, and use rich panel data to link parents to children's long-run outcomes. The key to our regression discontinuity design is that the reform applied to younger cohorts, while older cohorts were exempted from the new rules. We find that children of

parents who were pushed out of DI or had their benefits reduced are 11% less likely to participate in DI themselves, do not alter their use of other government safety net programs, and earn 2% more in the labor market as adults. The combination of reduced government transfers and increased tax revenue results in a fiscal gain of 5,900 euros per treated parent due to child spillovers by 2014. Moreover, children of treated parents complete an extra 0.12 years of schooling on average, an investment consistent with an anticipated future with less reliance on DI. Our findings have important implications for the evaluation of this and other policy reforms: ignoring parent-to-child spillovers understates the long-run cost savings of the Dutch reform by between 21 and 40% in present discounted value terms.

► **The Effect of Self-Employment on Health: Evidence from Longitudinal Social Security Data**

GONCALVES J. ET MARTINS P. S.

2018

IZA Discussion Paper; 11305. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11305.pdf>

The growth of novel flexible work formats raises a number of questions about their effects upon health and the potential required changes in public policy. However, answering these questions is hampered by lack of suitable data. This is the first paper that draws on comprehensive longitudinal administrative data to examine the impact of self-employment in terms of health – hospital admissions – that is not subject to recall or other biases that may affect previous studies. Our findings, based on a representative sample of over 100,000 individuals followed monthly from 2005 to 2011 in Portugal, indicate that the likelihood of hospital admission of self-employed individuals is about half that of wage workers. This finding holds even when accounting for a potential self-selection of the healthy into self-employment. Similar results are found for mortality rates.

► **Quelle vulnérabilité des travailleurs européens face aux conditions de travail dégradées ?**

GREENAN N. ET SEGHIR M.
2018

Connaissance de l'Emploi : Le 4 Pages du Ceet(138)

http://www.cee-recherche.fr/sites/default/files/webfm/MEDIA/compresse/communiqu%C3%A9_cde_138.pdf

Les mutations organisationnelles et technologiques engendrent des risques de dégradation des conditions de travail susceptibles d'affecter le bien-être et la santé des travailleurs. Le projet InGRID, financé dans le cadre du programme européen Horizon 2020 pour la recherche et l'innovation, développe de nouvelles méthodes pour mieux identifier les travailleurs qui font face à ces risques. À partir de données recueillies entre 1995 et 2015 pour les quinze pays fondateurs de l'Union européenne, ce 4 pages dresse le portrait des travailleurs les plus vulnérables au cumul de conditions de travail dégradées et illustre les différences entre pays européens. Si, dans l'ensemble, ces pays se caractérisent par des niveaux de vulnérabilité stables, certains, dont la France et la Belgique, observent une hausse constante de la vulnérabilité. De plus, les CDD, le travail indépendant et les petites entreprises (1 à 9 salariés) sont associés à une plus grande vulnérabilité des travailleurs.

► **World Commodity Prices, Job Security and Health: Evidence from the Mining Industry**

JOHNSTON D. W., et al.
2017

Iza Discussion Paper ; 11251. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11251.pdf>

A lack of job security is an increasingly prevalent characteristic of modern labour markets, and there is evidence that recent financial crises have exacerbated this issue. In this paper, we assess how exogenous changes in the macroeconomic environment affect workers' perceived job security, and the impact of job security on measures of mental and physical health. To identify these effects, we exploit variation in world commodity prices over the period 2001–15, and analyse 15 waves of individual-level panel data that includes unusually detailed classifications of mining workers. We find that commodity price movements drive changes in perceived job security, which in

turn significantly and substantively affects the mental health of workers. In contrast, we find no effects on physical health. Our results imply that the estimated welfare costs of recessions are substantially larger when the effects of job insecurity on the health of workers is considered.

► **Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ?**

MINISTÈRE DU TRAVAIL

2017

DARES Analyses(082)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-da-res-indicateurs-da-res-resultats/article/quelles-sont-les-evolutions-recentes-des-conditions-de-travail-et-des-risques>

Les premiers résultats de la dernière enquête « Conditions de travail » conduite en 2016 font état d'une stabilisation des contraintes de rythme de travail et d'une baisse de certaines contraintes psychosociales (charge mentale en diminution, horaires moins contraignants, soutien social fort et stabilisation de la demande émotionnelle) qui s'accompagnent d'un recul des comportements hostiles. En revanche l'autonomie des salariés poursuit son recul. Les contraintes physiques sont globalement stabilisées à un niveau qui reste élevé.

► **The Causal Effect of Multitasking on Work-Related Mental Health: The More You Do, The Worse You Feel**

PIKOS A. K.

2017

Hanovre Leibniz Universität

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:han:dpaper:dp-609&r=hea>

This paper analyses whether there is a causal relationship between work-related mental health problems and multitasking, the number of tasks performed at work. The data comes from two cross sectional surveys on the German working population. The empirical strategies uses technological change as an instrument for multitasking. In the first stage, the introduction of new production and information technologies is associated with increases in multitasking. Production technology adoption has larger associations to manual

multitasking and informational technology adoption to cognitive multitasking. There is evidence for a causal effect of multitasking on emotional strain, emotional exhaustion and burnout.

► **The Task Composition and Work-Related Mental Health: A Descriptive Study**

PIKOS A. K.
2017

Hanovre Leibniz Universität

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:han:dpaper:dp-610&r=hea>

This paper analyzes the relationship between work-related mental health problems and multitasking (the number of different tasks at work) in two cross sections from the German working population in 2006 and 2012. The analysis is exploratory and hence, descriptive. For an additional task, medium severe and severe work-related mental health problems increase by 0.02 standard deviations. Absenteeism and presenteeism due to work-related mental health problems rise by one percentage point. This is driven by tasks that require interaction with other human beings but not by the simultaneity of tasks. The estimates appear small at first sight but multitasking increased by nearly one task from 2006 to 2012. The loss in gross value added due to the rise in absenteeism and presenteeism amounts to roughly 1 billion euro.

► **Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions**

POLLAK C. ET RICOCH L.
2017

Études Et Résultats (Drees)(1038)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/arrets-maladie-dans-le-secteur-hospitalier-les-conditions-de-travail-expliquent>

En France, les établissements de santé sont l'un des secteurs d'activité où les salariés ont le plus recours aux arrêts maladie, avec 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an en moyenne, contre 7,9 dans l'ensemble des secteurs. Dans les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, le nombre de jours d'absence pour maladie équivaut à celui des hôpitaux publics, y compris à structure de main-d'œuvre, et conditions de travail comparables. Selon les profes-

sions, les écarts sont importants. Ils s'expliquent par des différences de conditions de travail, notamment l'exposition aux contraintes physiques. Les contraintes psycho-sociales et les exigences émotionnelles en particulier constituent aussi des déterminants importants de recours aux arrêts maladie.

► **Deaths of Despair or Drug Problems?**

RUHM C. J.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24188. Cambridge NBER: 69

<http://papers.nber.org/papers/W24188>

The United States is in the midst of a fatal drug epidemic. This study uses data from the Multiple Cause of Death Files to examine the extent to which increases in county-level drug mortality rates from 1999-2015 are due to "deaths of despair", measured here by deterioration in medium-run economic conditions, or if they instead are more likely to reflect changes in the "drug environment" in ways that present differential risks to population subgroups. A primary finding is that counties experiencing relative economic decline did experience higher growth in drug mortality than those with more robust growth, but the relationship is weak and mostly explained by confounding factors. In the preferred estimates, changes in economic conditions account for less than one-tenth of the rise in drug and opioid-involved mortality rates. The contribution of economic factors is even less when accounting for plausible selection on unobservables, with even a small amount of remaining confounding factors being sufficient to entirely eliminate the relationship. These results suggest that the "deaths of despair".

Aging

► Retirement and Unexpected Health Shocks

APOUEY B. H., *et al.*

2017

PSE Working Papers ; 2017-59. Paris PSE

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01670486/document>

Do people form correct expectations about the impact of retirement on their health? This paper looks at unexpected health shocks that hit people after they retire. Using data from the Household, Income and Labour Dynamics in Australia survey (waves 2001-2014), we construct measures of unexpected health shocks for each year, using information on respondents' views about the expected and past evolution of their health status. By definition, unexpected health shocks are immune to the problem of reverse causality (running from health condition to retirement). Our findings indicate that retirement increases the likelihood of positive health shocks and decreases the probability of negative shocks for men, with no clear results for women. These shocks are mirrored by variations in life satisfaction of the same nature (e.g. increased life satisfaction in case of unexpected positive health shocks). Other indicators of mental and physical health taken from the SF-36 vary in the same way, i.e. improve unexpectedly after retirement for men. These findings suggest that, at least in the case of men, people's desire to retire may not be based on perfectly correct expectations about the impact of this move, but is aligned with its actual consequence: retirement exerts a positive causal impact on health.

► Retired, at Last? The Short-Term Impact of Retirement on Health Status in France

BARNAY T. ET DEFEBVRE E.

2018

TEPP Working Paper ; 2018-01. Paris TEPP

www.tepp.eu/doc/users/268/bib/retirement_3073.pdf

Reforms of the French pay-as-you-go pension system relies on increases in the contribution period, gradually postponing legal retirement ages. Several works analyse the effect of these reforms on employment rate or the financial equilibrium of pension schemes. The effect of retirement on health status has not received the same attention. In order to assess the role of retire-

ment on physical and mental health status, we use data coming from the French Health and Professional Path survey (SIP, "Santé et itinéraire professionnel") and address the methodological issues (endogeneity biases such as reverse causality and unobserved characteristics) by setting up an instrumental variables method relying on discontinuities induced by legal ages of retirement. Unaccounting for endogeneity biases, we do not find any significant effect of retirement on health status as a whole. When instrumenting by legal ages of retirement, we find consistent and large short-term effects on activity limitations, anxiety disorders and depressive episodes. We also find that these effects are heterogeneous according to gender, education levels and past exposures to detrimental working conditions during the entire career. Finally, mechanisms such as social activities, sport and health-related risky behaviours may be able to explain such a positive effect on health status.

► Accompagnement des proches aidants. Guide d'appui méthodologique à la mobilisation des crédits de la section IV du budget de la CNSA

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ À L'AUTONOMIE
2017

Paris : CNSA

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a renforcé le cadre d'intervention de la CNSA en faveur des aidants. L'appropriation, par l'ensemble des acteurs, des outils et des moyens prévus dans le cadre de cette loi est un enjeu important pour être en mesure de répondre à la réalité quotidienne de plus de huit millions de citoyens aidant un proche. La complexité et, parfois, le manque de visibilité sur le déploiement des actions dédiées aux aidants et sur leurs résultats montrent la nécessité de mettre à la disposition de tous les acteurs intervenant dans le champ des proches aidants un guide d'appui méthodologique. Son objectif est de favoriser la pertinence, l'efficacité et l'efficience des actions proposées. L'enjeu est de faciliter une mobilisation efficace des leviers qui existent d'ores et déjà au service d'une stratégie plus globale dédiée aux aidants. Ce guide vise également à renforcer une culture commune autour des concepts et de repères opérationnels définis,

dans le respect des recommandations produites par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) et la Haute Autorité de santé (HAS) sur le champ spécifique du soutien aux aidants.

► **La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ À L'AUTONOMIE
2017

Paris CNSA

http://www.cnsa.fr/sites/default/files/rapport_ehpad_2016.zip

Ce rapport présente la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016, en analysant le coût global de la prise en charge des résidents des EHPAD. Les données traitées sont présentées par grand thème : la description des EHPAD, celle des résidents, l'analyse de l'activité des EHPAD et le coût de ces accompagnements pour l'assurance maladie. La réforme du financement des EHPAD étant effective depuis le lancement de la campagne budgétaire 2017, une première analyse de son impact financier y est également proposée, intégrant les simulations effectuées sur le volet dépendance de la réforme.

► **L'épargne en vue de la retraite**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2018

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article506.html>

Selon les dernières projections du COR, le niveau de vie relatif des retraités et les taux de remplacement seraient susceptibles de diminuer au fil des générations à l'horizon 2070. Dans quelle mesure les comportements d'épargne des ménages pourraient s'adapter à ces évolutions du système de retraite par répartition ? Ce dossier, qui actualise et enrichit le dossier du COR de juillet 2015, rappelle les caractéristiques réglementaires et fiscales des dispositifs d'épargne retraite supplémentaire en France, leurs évolutions récentes et les masses financières en jeu, avec un éclairage particulier sur le PERCO. Toutefois, ces dispositifs ne sont pas les seuls à pouvoir couvrir le risque de longévité : d'autres instruments d'épargne, notamment

l'assurance vie voire l'immobilier, sont considérés par les ménages comme de proches substituts à l'épargne retraite, alors qu'ils n'offrent pas nécessairement la meilleure mutualisation du risque de longévité dans le temps, ce que montrent à la fois l'analyse économique et les expériences étrangères.

► **Les modes de calcul des droits et la transition d'un système à l'autre**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2018

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article508.html>

Ce dossier s'inscrit dans le cadre de la réflexion sur la réforme des retraites annoncée qui vise à mettre en place un système universel de retraite par répartition. La première partie du dossier revient sur les trois méthodes de calcul des droits à retraite : les annuités, les points ou les comptes notionnels. Les conditions d'équivalences entre ces trois modes de calcul des droits sont également décrites. Dans la seconde partie, des éléments de comparaison des techniques sont présentés au regard des différents paramètres pour piloter un régime de retraite : taux de cotisation, âge de départ, durée d'assurance, prise en compte de la carrière et revalorisation des pensions. Leurs effets sur les assurés et l'équilibre du régime sont également étudiés. Enfin, la troisième partie présente les différents modes de transition vers un nouveau régime ainsi que les questions techniques et juridiques qu'une telle transition pose.

► **Les opinions sur la retraite**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2017

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article505.html>

Dans le contexte de réforme annoncée, le présent dossier fait le point sur les enseignements qu'il est possible de tirer de trois enquêtes récentes permettant de recueillir les opinions des Français sur la retraite : le baromètre annuel de la DREES (résultats de 2015-2016), l'enquête « Attentes et perception des Français à l'égard de la retraite » réalisée par la Caisse des Dépôts en 2012 et la quatrième vague de l'enquête « Motivations de départ à la retraite » réali-

sée auprès des nouveaux retraités en 2017. La première partie revient sur les opinions vis-à-vis du système de retraite actuel. Au-delà de ces premiers résultats, elle cherche à savoir comment ces opinions se forment et comment elles évoluent dans le temps. La seconde partie du dossier présente les souhaits en matière de réforme tandis que la troisième partie analyse les opinions des individus sur leur propre départ à la retraite, notamment sur les motivations des nouveaux retraités et les appréciations sur l'information individuelle en matière de retraite.

► **Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**

FIRMIN LEBODO A. ET LECOCQ C.

2017

Rapport d'information ; 438. Paris Assemblée nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0438.asp>

Près de deux ans après sa promulgation, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) est pleinement effective. La quasi-totalité des décrets d'application ont été publiés mais seuls cinq des neuf rapports demandés par la loi au gouvernement ont été effectivement publiés à ce jour. Parmi ceux encore en attente figure notamment celui sur l'impact des seuils pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH). Le rapport pointe une application disparate et hétérogène d'un territoire à l'autre, tant du point de vue des délais que du contenu et de l'accompagnement. Plus grave, il constate qu'en dépit de son caractère contraignant, la loi n'est parfois pas appliquée. Certains volets du texte ont ainsi pâti de difficultés d'application ou d'appropriation. Pour les rapporteurs, la mobilisation du droit au répit, le financement des aides techniques individuelles ou le fonctionnement du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie dans une approche transverse sont reconnus comme décevants. Globalement, le rapport estime que le volet préventif - qui irrigue l'ensemble de la loi ASV - reste fragilisé par la complexité des nouveaux circuits de pilotage et de financement. Les auteurs jugent indispensable de réaliser une évaluation plus concrète et qualitative de la loi ASV et formulent une douzaine de propositions.

► **The Mortality Effects of Retirement: Evidence from Social Security Eligibility at Age 62**

FITZPATRICK M. D. ET MOORE T. J.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24127. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24127>

Social Security eligibility begins at age 62, and approximately one third of Americans immediately claim at that age. We examine whether age 62 is associated with a discontinuous change in aggregate mortality, a key measure of population health. Using mortality data that covers the entire U.S. population and includes exact dates of birth and death, we document a robust two percent increase in male mortality immediately after age 62. The change in female mortality is smaller and imprecisely estimated. Additional analysis suggests that the increase in male mortality is connected to retirement from the labor force and associated lifestyle changes.

► **Qu'attendre du relèvement des plafonds légaux de l'allocation personnalisée d'autonomie : les enseignements d'une base de facturation d'un SAAD**

FONTAINE R. ET GRAMAIN A.

2017

Note MODAPA

<https://hal-paris1.archives-ouvertes.fr/hal-01673124/document>

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV), votée le 28 décembre 2015, comporte une réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes qui vivent à domicile. À travers plusieurs mesures, cette réforme vise à réduire, pour les bénéficiaires les plus dépendants, leur participation financière aux dépenses d'aide à domicile. L'une de ces mesures prévoit le relèvement du montant des plafonds légaux, c'est-à-dire du montant maximal des dépenses pouvant donner lieu à un financement par l'APA. L'impact de cette mesure sur la quantité d'aide à domicile subventionnée par l'APA est difficile à anticiper. Il dépend en effet de la réponse à deux questions. Dans quelle mesure les plans d'aide butaient-ils sur les plafonds légaux ? Quelle part de l'aide à domicile était consommée au-delà des plans d'aide ? À partir de données sur la clientèle d'un ser-

vice d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), cette note met en perspective le mécanisme d'action des plafonds légaux en analysant les écarts entre la quantité d'aide consommée par les clients du service, le niveau des plans d'aide qui leur sont prescrits et celui des plafonds fixés par le législateur.

► **Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE

2017

Paris HCFA

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/disposer-de-temps-de-droits-soccuper-de-enfants-de-famille-de-proches-perte-autonomie>

Ce rapport fait un tour d'horizon des dispositifs permettant de disposer de temps pour raisons familiales et analyse l'indemnisation des temps de congé ou de moindre activité. Les parents et les proches aidants actifs sont soumis à une double contrainte forte : ils doivent trouver le temps et les moyens d'articuler leur vie professionnelle et leur vie familiale. Le rapport commence donc par analyser les dispositifs existants qui visent à les y aider (congés, aménagements du temps ou de l'organisation du travail et les éventuelles indemnisations qui y sont attachées). Le HCFA formule des propositions pour une meilleure prise en compte des impératifs de responsabilités familiales et met en évidence des pistes d'amélioration des congés, des indemnisations et des droits à la retraite associés et celles offertes par les dispositifs et formules souples de travail. Les propositions, volontairement nombreuses, sont formulées dans l'objectif d'alimenter le débat dans les sphères institutionnelles et académiques. Certaines d'entre elles feront l'objet d'approfondissements et de chiffrages plus précis en 2018 au sein du HCFA et devront être réfléchies en lien avec les politiques d'accueil du jeune enfant et d'aides aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

► **La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'AGE

2017

Paris HCFA: 44.

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

Ce rapport aborde 3 grands thèmes : le maintien à domicile, l'aide aux aidants et les mesures touchant spécifiquement les établissements. Un rapport annexe se penche sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie.

► **Sick of Retirement?**

NIELSEN N. F.

2018

Copenhagen University of Copenhagen

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3096512

This paper examines the causal effect of retirement on health and healthcare utilization using two identification strategies on Danish full population data. First, I use a reform of the statutory retirement age in an IV design. Second, I use a large discontinuity in retirement take-up at the earliest age of retirement (60) in a regression discontinuity design. The results show that early retirement leads to decreases in GP visits and hospitalizations of 8-10% in the short run. The reduction in GP visits is driven by a drop in female GP utilization, while both genders contribute equally to the decline in hospitalizations. Early retirement has no effect on health measured by comorbidities or mortality. Statutory retirement has no effect on health or healthcare utilization. The results suggest that gender, age at retirement and complier composition are important sources of heterogeneity

► **Paying for the Ageing Crisis : Who, How and When?**

WESTERHOUT E.

2018

CentER Discussion Paper; Vol. 2018-001. Le Tilburg Center for Economic Research

<https://ideas.repec.org/p/tiu/tiucen/417903d2-6318-4744-891e-143a377514cb.html>

In many countries population ageing creates an implicit public debt. That is, if policies remain unchanged, the public debt will ultimately become unsustainable. This paper explores the optimal way to achieve debt sustainability. In particular, it asks when policy reforms should be made, how policies should be changed and which generations should make which contributions. As regards timing, we find that policy reform should anticipate future demographic change. As regards policy instruments, we find that optimal policy reform features changes in all available instruments. This implies less consumption of all types of goods; only pure public goods consumption may escape a reduction. The labour supply functions of the young and the old determine the allocation over policy instruments. In particular, the more elastic is the labour supply of the young, the smaller should be the increase in the tax rate on labour income; the more elastic is the labour supply of the old, the larger should be the reduction in transfers to the elderly. As regards generations, we find that the old share relatively little in the fiscal burden; future generations share more or less than the young, depending on future population size. In addition, we find that the change of the public debt is not a given, but a feature of optimal policies.