

Veille scientifique en économie de la santé

Décembre 2017

[Sommaire en français](#)

Watch on Health Economics Literature

December 2017

[Contents list in English](#)

Veille scientifique en économie de la santé

Décembre 2017

Centre de documentation de l'Irdes

Assurance maladie	Politique de santé
Économie de la santé	Politique publique
État de santé	Prévention
E-santé - Technologies médicales	Prévision – Évaluation
Géographie de la santé	Psychiatrie
Handicap	Soins primaires
Hôpital	Systèmes de santé
Inégalités sociales de santé	Travail et santé
Médicaments	Vieillesse
Méthodologie – Statistique	

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 **Multi-Generational Impacts of Childhood Access to the Safety Net: Early Life Exposure to Medicaid and the Next Generation's Health**
East C. N., et al.
- 11 **Subsidizing Health Insurance for Low-Income Adults: Evidence from Massachusetts**
Finkelstein A., et al.
- 11 **What Does (Formal) Health Insurance Do, and for Whom?**
Finkelstein A., et al.
- 12 **Selection in Health Insurance Markets and Its Policy Remedies**
Geruso M. et Layton T.
- 12 **La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens : La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse**
Lafon A. et Montaut A.
- 12 **Public Insurance and Psychotropic Prescription Medications for Mental Illness**
Maclean J. C., et al.

Économie de la santé

- 13 **Understanding the Dynamics of Drug Expenditure**
Aitken M. P.
- 13 **The Medical Care Costs of Youth Obesity: An Instrumental Variables Approach**
Biener A. I., et al.
- 13 **Smoking, Health Capital, and Longevity: Evaluation of Personalized Cessation Treatments in a Lifecycle Model with Heterogeneous Agents**
Chen L. S., et al.
- 13 **Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes.

- 14 **Paying Out-Of-Pocket: The Healthcare Spending of 2 Million US Families**
Farrel A. et Greig F. E.
- 14 **Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 ?**
Grangier J., et al.
- 14 **Comptes d'épargne santé : vers un nouveau mode de financement des soins**
Hirtzlin I.
- 15 **How Much Does Out-Of-Pocket Medical Spending Eat Away at Retirement Income?**
McInerney M., et al.
- 15 **Les dépenses de santé en 2016 : résultats des comptes de la santé. Edition 2017**
Ministère chargé de la santé.
- 15 **Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017**
Veran O. et Hurton G.

État de santé

- 16 **Do Humans Suffer a Psychological Low in Midlife? Two Approaches (With and Without Controls) in Seven Data Sets**
Blanchflower D. G. et Oswald A.
- 16 **L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014**
Célant N. et Rochereau T.
- 16 **Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicine in Europe Revisited**
Jonsson B., et al.
- 17 **Crise économique et santé**
Lang T., et al.

E-santé - Technologies médicales

- 17 **La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes.

Géographie de la santé

- 17 **Atlas de la démographie médicale - Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion : situation au 1er janvier 2017**
Bouet P.
- 18 **Études longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France : perspectives des flux migratoires et trajectoires**
Bouet P.
- 18 **Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français**
Eliot E., et al.

Handicap

- 18 **Rapport de capitalisation : déployer la démarche**
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- 19 **Evolution de la prestation de compensation du handicap (PCH)**
Daude M., et al.
- 19 **Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap**
Haute Autorité de santé.
- 19 **Les attentes et besoins des personnes polyhandicapées, de leurs familles et des professionnels qui les accompagnent**
Podevin M.
- 19 **Accompagnement des personnes handicapées. Dispositifs et modalités dans les établissements et services médico-sociaux**
Rapegno N. et Ulrich V.

Hôpital

- 20 **Analyse de l'activité hospitalière 2016**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.
- 20 **Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale**
Cour des Comptes.
- 20 **Reducing Excess Hospital Readmissions: Does Destination Matter**
Chen M. M.
- 21 **Uncompensated Care and the Collapse of Hospital Payment Regulation: An Illustration of the Tinbergen Rule**
Clemens J. et Ippolito B.
- 21 **Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé**
Cohen L., et al.
- 21 **Politics, Hospital Behavior, and Health Care Spending**
Cooper Z., et al.
- 22 **Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation**
Or Z. et Penneau A.
- 22 **An Emergencing Approach to Payment Reform: All-Payer Global Budgets for Large Safety-Net Hospital Systems**
Sharfstein J. F., et al.

Inégalités sociales de santé

- 22 **The Healthy Immigrant Paradox and Health Convergence**
Constant A. F.
- 23 **L'accès aux soins des migrants : Contrepoint**
Grelley P.
- 23 **Pathways between Minimum Wages and Health: The Role of Health Care Access and Health Behaviors**
Lenhart O.

- 23 **En quoi les retombées sociales sont-elles liées à l'éducation ?**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.

- 24 **Why Do Immigrants Report Lower Life Satisfaction?**
Yaman F. i-Molla P.

Médicaments

- 24 **Études post-AMM : détournement à grande échelle**

- 24 **La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer**
Cour des Comptes.

- 25 **Médicamentation de la société, l'affaire de tous : le point de vue de la pharmacologie sociale. Dossier**

- 25 **Consumer Learning and the Entry of Generic Pharmaceuticals**
Bairoliya N., *et al.*

- 25 **Returns to Pharmaceutical Innovation in the Market for Oral Chemotherapy in Response to Insurance Coverage Expansion**
Bennette C. S., *et al.*

- 26 **Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficacité nécessaires**
Cour des Comptes.

- 26 **A Dose of Managed Care: Controlling Drug Spending in Medicaid**
Dranove D., *et al.*

- 26 **Fragilité et consommation de médicaments en population âgée**
Herr M., *et al.*

- 26 **Private Patents and Public Health: Changing intellectual property rules for access to medicines**
Hoen E. T.

- 27 **Measuring the Potential Health Impact of Personalized Medicine: Evidence from MS Treatments**
Hult K. J.

- 27 **Regional Purchasing Groups and Hospital Medicine Prices: Evidence from Group Creations**
Toulemon L.

Méthodologie – Statistique

- 27 **A New Valuation Method: Directly Eliciting Personal Utility Functions**
Devlin N., *et al.*

- 28 **Handbook of the Economics of Risk and Uncertainty. Volume 1**
Machina M. J. et Viscusi W. K.

- 28 **An Econometric Analysis of the Impact of Telecare**
Monanyi K.

- 28 **Systematic Review Adherence to Methodological or Reporting Quality**
Pussegoda K., *et al.*

Politique de santé

- 29 **Stratégie nationale de santé publique : contribution du Haut Conseil de la santé publique**
Chauvin F. et Mansour Z.

- 29 **The Impact of Tobacco Control Policies on Smoking Initiation in Europe**
Palali A. et Van Ours J. C.

Politique publique

- 30 **Rapport d'information sur la lutte contre les fraudes sociales**
Canayer A. y-Dumas A.

- 30 **Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?**
Le Défenseur des droits.

Prévention

- 30 **L'ETP au fil des mots : glossaire en éducation thérapeutique du patient**
Baumann L., *et al.*

- 30 **Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness**
McDaid D., et al.
- 31 **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017: Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies**
Organisation Mondiale de la Santé.
- 31 **Alcohol Labelling: A Discussion Document on Policy Options**
Organisation Mondiale de la Santé.

Prévision – Évaluation

- 31 **Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013**
De Batz C., et al.
- 32 **Les réseaux de soins**
Durand N. et Emmanuelli J.
- 32 **Évaluation qualitative PAERPA : rapport final**
Gand S., et al.

Psychiatrie

- 32 **Loi santé 2015 de liquidation du secteur : vers une déshumanisation à marche forcée de la psychiatrie**
Klopp S.
- 32 **Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont**
Nestrigue C., et al.
- 33 **La recherche participative en santé mentale : bibliographie thématique**
Safon M. O.

Soins primaires

- 33 **Does Multispecialty Practice Enhance Physician Market Power?**
Baker L. C., et al.

- 34 **Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées**
Cardoux J. N. et Daudigny Y.
- 34 **Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes**
Carrier H., et al.
- 34 **La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes.
- 35 **Comment les médecins généralistes décrivent la dimension éducative de leurs pratiques ?**
Fournier C., et al.
- 35 **Témoignages, récits et parcours de vie**
Fournier C.
- 35 **The Impact of Primary Care Practice Transformation on Cost, Quality, and Utilization: A Systematic Review of Research Published in 2016**
Jabbarpou Y., et al.
- 35 **Price Effects of a Merger: Evidence from a Physicians' Market**
Koch T. G. et Ulrick S. W.
- 35 **Primary Care Home: Evaluating a New Model of Primary Care**
Kumpunen S., et al.
- 36 **Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital**
Rey D., et al.
- 36 **Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?**
Vergier N. et Chaput H.

Systèmes de santé

- 36 **Strengthening Health System Governance: Better Policies, Better Performance**
Greer S. L., et al.

- 36 **Améliorer l'efficacité du système de santé**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.
- 37 **Études économiques de l'OCDE : France**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.

Travail et santé

- 37 **Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ?**
- 38 **Incidence of Social Security Contributions: Evidence from France**
Bozio A., et al.
- 38 **Mental Health, Human Capital and Labor Market Outcomes**
Cronin C. J., et al.
- 38 **The Socioeconomic and Gender Impacts of Health Events on Employment Transitions in France: A Panel Data Study**
Duguet E. et Le Clainche C.
- 39 **Partial Employment Protection and Perceived Job Security: Evidence from France**
Georgieff A. et Lepinteur A.
- 39 **Measuring Vulnerability to Adverse Working Conditions: Evidence from European Countries**
Greenan N. et Seghir M.
- 39 **Activation Against Absenteeism: Evidence from a Sickness Insurance Reform in Norway**
Hernaes O.
- 39 **Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail**
Lengagne P.
- 40 **L'insécurité au travail et son impact sur la santé**
Safon M. O et Suhard V.
- 40 **Mental Health and Employment Transitions: A Slippery Slope**
Webber D. J., et al.

Vieillesse

- 40 **Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie**
- 40 **Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile**
Bensadon A. C., et al.
- 41 **Long-Term Care Insurance: Knowledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection**
Boyer M., et al.
- 41 **Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE «Ménages »**
Brunel M. et Carrère A.
- 42 **Access to Long-Term Care After a Wealth Shock: Evidence from the Housing Bubble and Burst**
Costa-Font J., et al.
- 42 **Vers une diminution programmée de l'aide familiale aux personnes âgées en perte d'autonomie ? État des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les familles et de leurs effets attendus sur l'aide filiale**
Fontaine R. et Arnault L.
- 42 **Long-Term Care Reform and the Labor Supply of Informal Caregivers – Evidence from a Quasi-Experiment**
Geyer J. et Korfhage T.
- 42 **Labour Supply and Informal Care Supply: The Impacts of Financial Support for Long-Term Elderly Care**
Hollingsworth B., et al.
- 43 **728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015**
Muller M.
- 43 **Preventing Ageing Unequally**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.
- 43 **Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers**
Roland, M.
- 44 **Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060**
Roussel R.

Assurance maladie

► **Multi-Generational Impacts of Childhood Access to the Safety Net: Early Life Exposure to Medicaid and the Next Generation's Health**

EAST C. N., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23810. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23810>

We examine multi-generational impacts of positive in utero and early life health interventions. We focus on the 1980s Medicaid expansions, which targeted low-income pregnant women, and were adopted differently across states and over time. We use Vital Statistics Natality files to create unique data linking individuals' in utero Medicaid exposure to the next generation's health outcomes at birth. We find strong evidence that the health benefits associated with treated generations' in utero access to Medicaid extend to later offspring in the form of higher average birth weight and decreased incidence of very low birth weight. Later childhood exposure to Medicaid does not lead to persistent health effects across generations. The return on investment is substantially larger than suggested by evaluations of the program that focus only on treated cohorts.

► **Subsidizing Health Insurance for Low-Income Adults: Evidence from Massachusetts**

FINKELSTEIN A., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23668. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23668>

How much are low-income individuals willing to pay for health insurance, and what are the implications for insurance markets? Using administrative data from Massachusetts' subsidized insurance exchange, we exploit discontinuities in the subsidy schedule to estimate willingness to pay and costs of insurance among low-income adults. As subsidies decline, insurance take-up falls rapidly, dropping about 25% for each \$40 increase in monthly enrollee premiums. Marginal enrollees tend to be lower-cost, consistent

with adverse selection into insurance. But across the entire distribution we can observe – approximately the bottom 70% of the willingness to pay distribution – enrollee willingness to pay is always less than half of own expected costs. As a result, we estimate that take-up will be highly incomplete even with generous subsidies: if enrollee premiums were 25% of insurers' average costs, at most half of potential enrollees would buy insurance; even premiums subsidized to 10% of average costs would still leave at least 20% uninsured. We suggest an important role for uncompensated care for the uninsured in explaining these findings and explore normative implications.

► **What Does (Formal) Health Insurance Do, and for Whom?**

FINKELSTEIN A., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23718. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23718>

Health insurance confers benefits to the previously uninsured, including improvements in health, reductions in out-of-pocket spending, and reduced medical debt. But because the nominally uninsured pay only a small share of their medical expenses, health insurance also provides substantial transfers to non-recipient parties who would otherwise bear the costs of providing uncompensated care to the uninsured. The prevalence of uncompensated care helps explain the limited take-up of heavily-subsidized public health insurance and the evidence that many recipients value formal health insurance at substantially less than the cost to insurers of providing that coverage. The distributional implications of public subsidies for health insurance depend critically on the ultimate economic incidence of the transfers they deliver to providers of uncompensated care.

► **Selection in Health Insurance Markets and Its Policy Remedies**

GERUSO M. ET LAYTON T.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23876. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23876>

In this essay, we review the theory and evidence concerning selection in competitive health insurance markets and discuss the common policy tools used to address the problems it creates. We begin by outlining some important but often misunderstood differences between two types of conceptual frameworks related to selection. The first, which we call the fixed contracts approach, takes insurance contract provisions as given and views selection as influencing only insurance prices in equilibrium. The second, the endogenous contracts approach, treats selection as also influencing the design of the contract itself, including the overall level of coverage and coverage for services that are differentially demanded by sicker consumers. After outlining the selection problems, we discuss four commonly employed policy instruments that affect the extent and impact of selection: 1) premium rating regulation, including community rating; 2) consumer subsidies or penalties to influence the take-up of insurance; 3) risk adjustment; and 4) contract regulation. We discuss these policies with reference to two markets that seem especially likely to be targets of reform in the short and medium term: Medicare Advantage and the individual insurance markets reformed by the Affordable Care Act of 2010.

► **La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens : La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse**

LAFON A. ET MONTAUT A.

2017

Dossiers De La Drees (Les)(19): 32.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/la-place-de-l-assurance-maladie-privée-dans-six-pays-europeens-la-france-l>

Ce dossier décrit la place des organismes privés d'assurance dans la couverture maladie en Europe, à travers l'exemple de six pays : la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse, l'Espagne et le Royaume-Uni.

Au sein de ces pays existe une couverture maladie de base et obligatoire instaurée par les pouvoirs publics. Toutefois, en Suisse, aux Pays-Bas et dans une moindre mesure en Allemagne, la gestion de cette couverture de base est confiée aux assureurs privés, mis en concurrence. Dans l'ensemble des pays étudiés, des organismes privés proposent aussi en sus une offre d'assurance maladie facultative qui vient améliorer la couverture de base.

► **Public Insurance and Psychotropic Prescription Medications for Mental Illness**

MACLEAN J. C., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23760. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23760>

Mental illnesses are prevalent in the United States and globally, and cost is a critical barrier to treatment receipt for many afflicted individuals. Affordable insurance coverage can permit access to effective health-care services and treatment of mental illnesses. We study the effects of recent and major eligibility expansions within Medicaid, a public insurance system in the U.S. that finances healthcare services for the poor, on psychotropic medications prescribed in outpatient settings. To this end, we estimate differences-in-differences models using administrative data on medications prescribed in outpatient settings for which Medicaid was a third-party payer between 2011 and 2016. Our findings suggest that these expansions increased psychotropic prescriptions by 22% with substantial heterogeneity across psychotropic class and state characteristics that proxy for patient need, expansion scope, and system capacity. We provide further evidence that Medicaid, and not patients, primarily financed these prescriptions. These findings suggest that public insurance expansions have the potential to improve access to evidence-based treatments among low-income populations suffering from mental illnesses.

Économie de la santé

► Understanding the Dynamics of Drug Expenditure

AITKEN M. P.
2017

Paris IMS Health

http://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Reports/Understanding_the_Dynamic_Composition_of_Drug_Expenditure/QIHI_Understanding_the_Dynamics_of_Drug_Expenditure_Shares_Levels_Compositions_Drivers.pdf

Bien que le niveau de dépense des médicaments soit étroitement surveillé et souvent commenté, la composition de cette dépense et sa dynamique sont moins bien comprises. Ce rapport décrit l'ampleur de l'évolution des dépenses en médicaments au cours de la période 1995 à 2015 dans cinq pays développés (Allemagne, États-Unis, France, Japon et Royaume-Uni) et examine les facteurs de changement dans le temps.

► The Medical Care Costs of Youth Obesity: An Instrumental Variables Approach

BIENER A. I., *et al.*
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23682. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23682>

This paper is the first to use the method of instrumental variables to estimate the causal impact of youth obesity on U.S. medical care costs. We examine data from the Medical Expenditure Panel Survey for 2001-2013 and instrument for child BMI using the BMI of the child's biological mother. IV estimates indicate that obesity raises annual medical care costs by \$1,354 (in 2013 dollars) or 159%, which is considerably higher than previous estimates of the association of youth obesity with medical costs; thus, the cost-effectiveness of anti-obesity interventions have likely been underestimated. The costs of youth obesity are borne almost entirely by third party-payers, which is consistent with substantial externalities of youth obesity, which in turn represents an economic rationale for government intervention.

► Smoking, Health Capital, and Longevity: Evaluation of Personalized Cessation Treatments in a Lifecycle Model with Heterogeneous Agents

CHEN L. S., *et al.*
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23820. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23820>

Cigarette smoking leads to large healthcare and morbidity costs, and mortality losses, and smoking cessation plays a key role in reducing health risk and economic costs. While medical evidence suggests that some smokers are more likely to respond to medication treatment than others depending on genetic markers, it remains unexplored whether pharmacogenetic testing is cost-effective in treating potential quitters of smoking. We address this knowledge gap by developing a lifecycle model in which individuals make smoking, health investment and consumption-savings decisions. Depending on an individual's genotype, smoking may bring enjoyment but deteriorates one's health, and the dynamic evolution of health capital determines life expectancy. In addition to heterogeneous genotypes, individuals also differ in demographics. We calibrate this model to fit key economic and medical observations in the U.S. We then propose three smoking cessation policies, two with standard treatments and one personalized depending on genetic markers, all under the same program costs. We construct two unified measures of effectiveness and subsequently compute the cost-effectiveness ratio. We find that personalized treatment is the most cost-effective: for each dollar of program cost, it generates \$8.94 value in effectiveness, which is 22-45% higher than those under standard treatments.

► Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

COUR DES COMPTES.
2017

Paris Cour des Comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Dans cette édition 2017, la Cour des comptes estime que le déficit de la sécurité sociale a reculé l'an dernier au prix, en partie, d'artifices comptables. La Cour recommande ainsi au gouvernement à ne pas relâcher l'effort et à aller encore plus loin. Concernant l'assurance maladie, qui reste l'homme malade de la Sécu avec un déficit stable en 2016, à 5,5 milliards d'euros, hors produit exceptionnel de CSG, la Cour dénonce également de nombreux biais qui affectent la sincérité des comptes, dont de fausses économies, des transferts opaques entre branches, des prélèvements trompeurs sur les réserves. Le rapport plaide ainsi pour le développement de la chirurgie ambulatoire et de la télémédecine. Il préconise également un meilleur contrôle des dépassements d'honoraires des spécialistes libéraux.

► **Paying Out-Of-Pocket: The Healthcare Spending of 2 Million US Families**

FARREL A. ET GREIG F. E.
2017

New York JPMorgan Chase Institute

The JPMorgan Chase Institute set out to better understand out-of-pocket healthcare spending among US households. Building off a sample of 2.3 million de-identified core Chase customers aged 18 to 64 between 2013 and 2016, we assembled the JPMorgan Chase Institute Healthcare Out-of-pocket Spending Panel (JPMCI HOSP) data asset in order to explore the levels, concentration, and growth of out-of-pocket healthcare spending and the implications for household financial health. The JPMCI HOSP provides a first-ever look into out-of-pocket healthcare spending for households on a month-to-month basis, at the state, metro, and county level, and as recent as 2016.

► **Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 ?**

GRANGIER J., et al.
2017

Études Et Résultats (Drees)(1025)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1025.pdf>

Entre 2011 et 2015, la dépense de santé, tous financeurs confondus, telle que retracée par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), a progressé de 8,9 %. Plus de la moitié de cette croissance s'explique par des facteurs démographiques : l'accroissement de la population pour un quart, et son vieillissement pour un autre quart. Le reste de la croissance tient à l'ensemble des autres facteurs influant sur la dépense de santé : modifications de comportement des assurés et des professionnels de santé, avancées techniques et innovations, évolution de la réglementation, etc. Le reste à charge des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire a progressivement diminué en proportion de la CSBM entre 2011 et 2015, de 1 point au total. La moitié de cette baisse tient au vieillissement de la population, à l'accroissement de la prévalence des affections de longue durée (ALD) à âge donné et, pour les personnes touchées par une ALD, à l'augmentation de la part de leur consommation de soins en lien avec cette ALD.

► **Comptes d'épargne santé : vers un nouveau mode de financement des soins**

HIRTZLIN I.
2017

Risques(110): 150-157.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01575611/>

Dans les pays européens, le financement des dépenses de santé repose sur des ressources instantanées. Les enjeux démographiques remettent cependant en cause la soutenabilité de ce modèle à moyen terme. Le recours à des comptes épargne santé dans certains pays (États-Unis et Singapour notamment) peut constituer une piste de réflexion intéressante pour la France, notamment au niveau des restes à charge supportés par les patients. Les comptes épargne présentent en effet l'avantage de permettre un financement intertemporel des soins, d'assurer la portabilité des droits même en cas de changement d'employeur, et de limiter le renoncement aux soins. Des études et travaux de recherche restent à mener avant leur mise en place dans les pays européens, en restant vigilant en matière d'équité d'accès à ce type de dispositif.

► **How Much Does Out-Of-Pocket Medical Spending Eat Away at Retirement Income?**

MCINERNEY M., *et al.*

2017

Working Paper, 2017-13. Ann Arbor Michigan Retirement Research Center

<http://crr.bc.edu/working-papers/how-much-does-out-of-pocket-medical-spending-eat-away-at-retirement-income>

The adequacy of retirement income – from Social Security benefits and other sources – is substantially reduced by Medicare’s high out-of-pocket (OOP) costs. This project uses the 2002-2014 Health and Retirement Study to calculate post-OOP benefit ratios, defined as the share of either Social Security benefits or total income available for non-medical spending. The project decomposes the share of income that is going toward premium payments and services delivered, and examines how these post-OOP benefit ratios differ by age, gender, income, supplemental insurance coverage, and health status. The project also updates previous studies’ estimates to document how OOP spending and the post-OOP income ratios changed following the introduction of Medicare Part D prescription drug coverage in 2006 and the closing of the “donut hole” coverage gap in 2010, which decreased OOP costs under Part D for those spending moderate amounts on prescriptions.

► **Les dépenses de santé en 2016 : résultats des comptes de la santé. Edition 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ.

2017

Panorama de la Drees Santé. Paris Ministère chargé de la Santé

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2016-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2017>

Élaborés par la Drees, les comptes de la santé constituent l’un des satellites des comptes nationaux de l’Insee, dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l’élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système SHA de l’OCDE, d’Eurostat et de l’OMS) et permettent ainsi d’établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées. Cet ouvrage est composé d’une vue d’ensemble, synthétisant les éléments marquants de 2016, et de trois chapitres de fiches. Le

premier chapitre traite de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qu’il examine en détail pour chaque volet de dépense et de son financement. Le deuxième est centré sur l’agrégat comptable le plus englobant du système de soins, la dépense courante de santé (DCS), sur les acteurs associés et l’opinion des ménages en matière de santé. Enfin, le dernier est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et du reste à charge des ménages. Cet ouvrage comprend également un éclairage consacré aux indices de prix de la santé.

► **Rapport d’information sur la mise en application de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017**

VERAN O. ET HURTON G.

2017

Rapport d’information ; 965. Paris Assemblée nationale ; Paris La documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/174000628-rapport-d-information-depose-par-la-commission-des-affaires-sociales-sur-la-mise?xtor=EPR-526>

Le rapport d’évaluation sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 souligne une amélioration sensible du nombre de textes réglementaires publiés par rapport à l’année précédente : sur les 70 textes d’application, 28 ont été publiés, soit 40 %. Parmi les textes attendus : 17 décrets en Conseil d’État, 18 décrets simples, et 7 arrêtés. Une grande partie devrait être concrétisée au cours du dernier trimestre ou début 2018 (portant sur le recouvrement des créances alimentaires impayées par les CAF, la rénovation du financement des établissements de santé, le financement des activités de médecine ou de SSR des hôpitaux de proximité, ...).

État de santé

► **Do Humans Suffer a Psychological Low in Midlife? Two Approaches (With and Without Controls) in Seven Data Sets**

BLANCHFLOWER D. G. ET OSWALD A.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23724. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23724>

Using seven recent data sets, covering 51 countries and 1.3 million randomly sampled people, the paper examines the pattern of psychological well-being from approximately age 20 to age 90. Two conceptual approaches to this issue are possible. Despite what has been argued in the literature, neither is the 'correct' one, because they measure different things. One studies raw numbers on well-being and age. This is the descriptive approach. The second studies the patterns in regression equations for well-being (that is, adjusting for other influences). This is the *ceteris-paribus* analytical approach. The paper applies each to large cross-sections and compares the patterns of life-satisfaction and happiness. Using the first method, there is evidence of a midlife low in five of the seven data sets. Using the second method, all seven data sets produce evidence consistent with a midlife low. The scientific explanation for the approximate U-shape currently remains unknown.

► **L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014**

CÉLANT N. ET ROCHEREAU T.

2017

Paris : Irdes

L'enquête santé et protection sociale (ESPS) est une enquête en population générale par sondage, qui est réalisée depuis 1988 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). En 2014, en collaboration avec la Drees, l'enquête ESPS est le support de l'enquête santé européenne (European Health Interview Survey- EHIS) qui devient, pour la France, la seule enquête santé généraliste représentative en population générale. L'année 2014 constitue ainsi la dernière vague du terrain de l'enquête ESPS dont les données de consommation de soins seront collectées

et appariées au panel ESPS jusqu'en 2016. Pour la vague 2019 et les suivantes, la version française de l'enquête EHIS intégrera tous les six ans des questions spécifiques sur la couverture complémentaire santé. L'enquête a pour objectifs d'étudier les liens existant entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance santé publique et privée et les caractéristiques individuelles, en particulier le statut socio-économique. Le croisement de ces informations offre la possibilité de mener des analyses sur l'équité du système de santé et d'éclairer l'action publique en participant à l'évaluation des politiques publiques comme les questions sur la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les franchises médicales, le médecin traitant.

► **Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicine in Europe Revisited**

JONSSON B., *et al.*

2016

Lund IHE

<http://ihe.se/en/publicering/cancer-medicines-in-europe-2/>

This new report compares the cancer situation in EU28 plus Norway and Switzerland. The report builds on a previous comparative study conducted in 2005 and provides a comprehensive view of the development of cancer in Europe over the past two decades. The report shows that the number of people diagnosed with cancer continue to increase in Europe, up by 30 percent between 1995 and 2012 due to a growing and aging population. Despite this growth and an increased spending on cancer medicines the overall spending on cancer care has remained stable at around six percent of total health expenditure largely due to a shift towards outpatient care. The report also concludes that there is great difference in access to medicines, in particular between richer and poorer countries but also between countries with similar purchasing power. The access problem requires collaboration between policy makers, payers, regulators, HTA bodies and manufacturers. Local solutions seem most feasible to balance the risk and reward of new treatment options between payers and manufacturers and reflect the affordability levels of different countries.

► **Crise économique et santé**

LANG T., et al.

2017

Actualité et Dossier En Santé Publique(99): 9-52.

Les crises économiques affectent particulièrement les populations démunies et leur santé : dégradation de la

santé mentale, augmentation des suicides mais baisse des accidents de transports. Elles entraînent une diminution des budgets consacrés à la protection sociale, à l'éducation et au logement, ce qui a des conséquences sur certains déterminants de santé et renforce les inégalités sociales de santé.

E-santé - Technologies médicales

► **La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**

COUR DES COMPTES.

2017

Paris : Cour des Comptes: 297-.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

À l'occasion de plusieurs de ses travaux récents, portant notamment sur la santé des personnes détenues, la santé dans les outre-mer, l'hospitalisation à domicile et l'imagerie médicale, la Cour avait relevé l'atout que pourrait représenter la télémédecine pour certains

segments de l'offre de soins. Elle a cherché à apprécier plus complètement par une enquête spécifique l'adéquation de l'action conduite par les pouvoirs publics aux enjeux et conditions du développement de la télémédecine. La télémédecine constitue, en effet, un levier potentiellement majeur de modernisation de système de santé français. Le caractère fragmentaire et désordonné des actions menées par les pouvoirs publics en maintient cependant le développement à un stade embryonnaire. Une stratégie d'ensemble cohérente, qui achève de lever les préalables techniques et juridiques et mette en place un cadre tarifaire adapté à son expansion, est indispensable à la concrétisation de ses apports à l'efficacité des soins.

Géographie de la santé

► **Atlas de la démographie médicale - Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion : situation au 1er janvier 2017**

BOUET P.

2017

Paris : CNOM.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

10 ans après le 1^{er} Atlas, publié en 2007, l'Atlas 2017 offre une première vision décennale de l'évolution démographique des médecins dans chacun des territoires français. Les enseignements issus de cette comparaison sont nombreux : baisse du nombre de médecins en activité régulière, féminisation de la pro-

fession, renouvellement générationnel... L'Atlas 2017 a également été l'occasion de croiser des données publiques. Alors que la santé reste l'un des premiers symptômes des fragilités territoriales, cette étude comparée démontre que les territoires souffrant de difficultés d'accès aux soins sont aussi touchés par d'autres fragilités (contexte socio-économique, aménagement du territoire et couverture numérique, déterminants de santé des populations...).

► **Études longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France : perspectives des flux migratoires et trajectoires**

BOUET P.

2017

Paris : CNOM.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/perspectives_flux_migratoires_et_trajectoires_2017_0.pdf

Cette étude sur les flux migratoires de médecins à diplômes étrangers en France constate une augmentation constante des médecins étrangers en activité régulière depuis 10 ans. En 2017, on dénombre 22 619 médecins à diplôme étranger en activité régulière. Cela représente 11 % de l'activité régulière en France en 2017. Parmi ces médecins titulaires d'un diplôme délivré dans un autre pays, 45 % sont originaires de l'Union européenne. Contrairement à une idée largement répandue, cette population n'est pas une réponse aux difficultés territoriales d'accès aux soins. Cette étude montre que ces médecins étrangers, quelle que soit leur nationalité, et à l'instar de leurs confrères français, ne s'installent pas dans les zones définies comme déficitaires par les ARS. Par ailleurs et de manière générale, on observe que la part de l'exercice salarié est dominante (62 %) chez les médecins titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen. Cela est vérifié partout en France : l'exercice salarié est privilégié par les médecins à diplôme étranger

dans toutes les régions de France, par les médecins à diplôme européen comme par les médecins à diplôme extra-européen.

► **Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français**

ELIOT E., et al.

2017

Revue Francophone Sur La Santé Et Les Territoires: 1-11.

https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2017/06/Eliot_Lucas_Mangeney_rfst_2017.pdf

Ces dernières décennies, les transformations des systèmes de santé dans le monde se traduisent par des processus de territorialisation, sous-tendus par trois tendances principales : la régulation financière, le développement des partenariats et le transfert des compétences. Dans ce papier, nous resituons tout d'abord le processus de territorialisation dans le cadre plus général des questions de décentralisation, de gouvernance et de gouvernement. En se focalisant sur le cas français, nous analysons ensuite l'articulation entre la décentralisation dite fonctionnelle en santé et les processus plus généraux de décentralisation des institutions. Pour conclure, nous questionnons les enjeux opérationnels et organisationnels qui en découlent.

Handicap

► **Rapport de capitalisation : déployer la démarche**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE.

2017

Une réponse accompagnée pour tous » - Premiers enseignements et retours d'expérience. » Paris CNSA

http://www.cnsa.fr/documentation/reponse_accompagnee_-_rapport_de_capitalisation_-_juillet_17.pdf

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est avant tout une ambition à atteindre pour les personnes en situation de handicap et leurs familles, un

état d'esprit pour tous les acteurs impliqués : ambition et état d'esprit qui doivent sous-tendre en permanence la méthode mise en place par les départements pionniers. Réalisé dans le cadre de la politique d'appui aux territoires engagés dans la démarche, cette publication de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dresse un premier constat de l'expérimentation menée dans 24 sites pionniers en 2015 et identifie des bonnes pratiques et des points de vigilance qui seront utiles aux 66 territoires engagés tout au long de l'année 2017. Les conseils et points d'attention portent sur les 4 axes de la démarche et sur son pilotage.

► **Evolution de la prestation de compensation du handicap (PCH)**

DAUDE M., et al.
2016

Paris Igas

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R_tome_1_.pdf
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R_-_tome_2.pdf

Après un bilan chiffré de la prestation de compensation du handicap, ce rapport pointe les difficultés d'accès à la PCH pour certains types de handicaps (notamment le handicap psychique), la « non-inclusion » de l'aide-ménagère dans la PCH, et le manque de moyens des maisons départementales des personnes handicapées. Il exprime 35 recommandations destinées à soutenir la parentalité, à assouplir les barrières d'âge, préciser et clarifier le rôle des FDC, à encourager les expériences d'habitat partagé, à améliorer les contrôles d'effectivité et les rendre plus transparents, ou encore à mieux connaître les causes du handicap pour éviter les cumuls d'indemnisation.

► **Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.
2017

St Denis La Plaine HAS

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2772619/fr/accueil-accompagnement-et-organisation-des-soins-en-etablissement-de-sante-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap

En établissement de santé, les personnes en situation de handicap font face à de nombreux obstacles pour être accueillies et accompagnées de manière adaptée. Le guide, proposé aux professionnels exerçant en établissement de santé, inclut un résumé, des préconisations et deux outils de mise en œuvre : une check list des actions à entreprendre (destinée à l'équipe dirigeante) et une grille patient traceur (destinée à l'équipe impliquée dans l'accueil et la prise en charge de la personne en situation de handicap).

► **Les attentes et besoins des personnes polyhandicapées, de leurs familles et des professionnels qui les accompagnent**

PODEVIN M.
2016

Laroque des Albères ADEPO

www.adepo.fr/sites/adepo.fr/files/upload/adepo_enquete_polyhandicap_2016.pdf

Ce rapport rend compte d'une étude qualitative sur les difficultés et les besoins des personnes polyhandicapées et de leur famille en matière de prise en charge, d'accueil et d'accompagnement. Le recueil qualitatif de l'étude a été complété d'un volet quantitatif afin de tenter de quantifier les difficultés mises en lumière par les familles et les professionnels.

► **Accompagnement des personnes handicapées. Dispositifs et modalités dans les établissements et services médico-sociaux**

RAPEGNO N. ET ULRICH V.
2017

Questions de Santé Publique(32)

<http://www.iresp.net/files/2017/08/IReSP-n--32.web-BD-1.pdf>

La CNSA, la Drees et l'IReSP ont organisé, en 2016-2017, un séminaire de réflexion sur les dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées afin de préparer un appel à projets de recherche sur cette thématique. Ce séminaire a permis de faire le point sur l'évolution de l'offre d'accompagnement dans le secteur médico-social, sur les logiques à l'œuvre et l'état de la recherche dans ce domaine. L'offre médico-sociale comprend les établissements et services à destination des enfants et adultes handicapés. Elle est actuellement en cours de transformation, notamment dans le but de s'adapter au mieux aux besoins des personnes handicapées, quels que soit leur âge et leur parcours. À cette fin, une meilleure connaissance des aspirations des personnes et des expériences qu'elles vivent en matière d'accompagnement est nécessaire. Sur les territoires, la configuration de l'offre d'établissements et de services est le fruit d'histoires institutionnelles singulières et de spécificités géographiques. Sous l'impulsion des pouvoirs publics mais aussi de collectifs constitués par les personnes handicapées et leurs familles, cette offre évolue, avec notamment le développement des ser-

vices d'accompagnement à domicile et l'émergence de nouvelles formes d'habitat qui se veulent être une alternative aux établissements et au domicile.

Ces mutations offrent des perspectives de recherche diverses et stimulantes.

Hôpital

► **Analyse de l'activité hospitalière 2016**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION.

2017

Synthèse. Lyon ATIH

<http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2016>

Le recueil de l'information dans les établissements de santé, cœur de métier de l'ATIH, permet d'effectuer l'analyse annuelle de l'activité hospitalière et de proposer une vision globale des hospitalisations en France. Cette analyse se présente sous la forme d'une synthèse de l'activité hospitalière, réalisée par champ : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Chaque champ d'activité s'articule autour de chiffres clés présentant le panorama de l'activité, d'un descriptif des patients pris en charge, des motifs de recours et des lieux de prise en charge. En 2016, plus de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,6 millions de patients soit un taux d'hospitalisation de 191 patients pour 1 000 habitants.

► **Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale**

COUR DES COMPTES.

2017

Paris : Cour des Comptes: 254-296.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Pratique médicale d'excellence qui contribue au rayonnement du système de santé en France, la chirurgie représente un enjeu majeur. Malgré son importance structurante, ce secteur n'a pas fait l'objet de travaux

d'ensemble depuis le rapport d'information du Sénat sur l'avenir de la chirurgie de 2008. Dans le prolongement des chapitres qu'elle a consacrés précédemment à la chirurgie ambulatoire et à la recomposition territoriale de l'offre de soins, la Cour a cherché à analyser la dynamique des activités chirurgicales au cours de la période récente, au regard en particulier des innovations considérables qui vont les affecter dans un avenir proche et soulèvent la question de leurs conditions d'exercice en des termes renouvelés. La Cour a constaté que les activités chirurgicales connaissent une croissance sensible, restent marquées par de fortes disparités territoriales et s'exercent toujours dans un nombre élevé de sites malgré les réorganisations intervenues. L'offre de soins chirurgicaux, dispersée, peu régulée, confrontée à des difficultés démographiques et à un manque d'attractivité de certains types d'exercice, apparaît insuffisamment adaptée aux enjeux de sécurité, d'efficacité et d'innovation. Une amplification et une accélération de sa restructuration s'imposent ainsi pour une meilleure qualité des prises en charge.

► **Reducing Excess Hospital Readmissions: Does Destination Matter**

CHEN M. M.

2017

Miami Florida International University

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3034478

Reducing excess hospital readmissions has become a high policy priority to lower health care spending and improve quality. The Affordable Care Act (ACA) penalizes hospitals with higher-than-expected readmission rates. This study tracks patient-level admissions and readmissions to Florida hospitals from 2006 to 2014 to examine whether the ACA has reduced readmission effectively. We compare not only the change in readmissions in targeted conditions to that in non-targeted conditions, but also changes in sites of readmis-

sion over time and differences in outcomes based on destination of readmission. We find that the drop in readmissions is largely owing to the decline in readmissions to the original hospital where they received operations or treatments (i.e., the index hospital). Patients readmitted into a different hospital experienced longer hospital stays. The results suggest that the reduction in readmission is likely achieved via both quality improvement and strategic admission behavior.

► **Uncompensated Care and the Collapse of Hospital Payment Regulation: An Illustration of the Tinbergen Rule**

CLEMENS J. ET IPPOLITO B.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23758. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23758>

Hospital payment regulation has historically been introduced to meet multiple policy objectives. The primary objective of “all-payer” rate setting regimes was to control costs through consistent, centrally regulated payments. These regimes were often linked, however, to an ancillary goal of financing care for the uninsured. We show that this secondary objective made states’ all-payer regimes economically and legally unstable. Their economic instability reflected a feedback loop from surcharge rates to insurance coverage rates and back to the quantities of uncompensated care in need of being financed. The erosion of all-payer regimes’ surcharge bases was particularly pronounced when health maintenance organizations were exempted from surcharge collections, creating a regulatory arbitrage opportunity. The economic and legal instability we highlight could largely have been avoided by financing the cost of uncompensated care provision through taxation of income or other standard revenue bases. These developments thus illustrate the wisdom of the Tinbergen Rule, which recommends that independent policy objectives be met with independent policy instruments.

► **Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé**

COHEN L., et al.

2017

Paris Sénat: 109.

<http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

Face aux difficultés que rencontrent les services d’urgence hospitalière, ce rapport formule vingt propositions concrètes, ancrées dans l’exercice quotidien des personnels, dans la perspective d’une mise en œuvre à court terme. Les rapporteurs proposent notamment, une amélioration du fonctionnement concret de ces services par une réforme de la tarification (modulation du montant du financement à l’activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, création d’un forfait de réorientation vers les structures de ville). Les autres propositions concernent les conditions de travail des équipes, les mesures incitatives pour la prise en charge des urgences légères par les médecins libéraux et la régulation médicale.

► **Politics, Hospital Behavior, and Health Care Spending**

COOPER Z., et al.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23748. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23748>

This paper examines the link between legislative politics, hospital behavior, and health care spending. When trying to pass sweeping legislation, congressional leaders can attract votes by adding targeted provisions that steer money toward the districts of reluctant legislators. This targeted spending provides tangible local benefits that legislators can highlight when fundraising or running for reelection. We study a provision - Section 508 - that was added to the 2003 Medicare Modernization Act (MMA). Section 508 created a pathway for hospitals to apply to get their Medicare payment rates increased. We find that hospitals represented by members of the House of Representatives who voted ‘Yea’ on the MMA were significantly more likely to receive a 508 waiver than hospitals represented by members who voted ‘Nay.’ Following the payment increase generated by the 508 program, recipient hospitals treated more patients, increased payroll, hired nurses, added new technology, raised

CEO pay, and ultimately increased their spending by over \$100 million annually. Section 508 recipient hospitals formed the Section 508 Hospital Coalition, which spent millions of dollars lobbying Congress to extend the program. After the vote on the MMA and before the vote to reauthorize the 508 program, members of Congress with a 508 hospital in their district received a 22% increase in total campaign contributions and a 65% increase in contributions from individuals working in the health care industry in the members' home states. Our work demonstrates a pathway through which the link between politics and Medicare policy can dramatically affect US health spending.

► **Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation**

OR Z. ET PENNEAU A.

2017/09

Paris : Irdes.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf>

Les services d'urgence sont essentiels au système de santé afin de traiter rapidement les situations d'urgences médicales. Ils sont cependant souvent utilisés pour des prises en charge non urgentes pouvant être réalisées dans le secteur ambulatoire. La rapide augmentation du volume de passages aux urgences, particulièrement chez les sujets âgés, est une source de pression pour les hôpitaux et le système de soins. Cette étude a pour objectif d'identifier les déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus.

► **An Emergencing Approach to Payment Reform: All-Payer Global Budgets for Large Safety-Net Hospital Systems**

SHARFSTEIN J. F., *et al.*

2017

Washington The Commonwealth Fund

<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/aug/payment-reform-all-payer-global-budgets-hospital>

In 2010, Maryland launched a pilot program in which 10 rural hospitals were each guaranteed a set amount of revenue for the coming year, regardless of the number of inpatient admissions or emergency department visits. After 30 months, potentially preventable complications fell by nearly half, readmission rates dropped even further, and the hospitals had generated hundreds of millions in Medicare savings. The emergence of all-payer global hospital budgeting may represent a solution to the challenge safety-net health care systems face in meeting their communities' needs for expanded primary care, behavioral health, and social services. Unlike fee-for-service reimbursement, global budgeting creates an incentive for hospitals to reorganize care delivery and invest in services to address preventable health conditions. This report assesses the potential of all-payer global hospital budgeting to further the mission of safety-net health systems. The authors detail the steps to implementing global budgets while also weighing the pros and cons of pursuing global budgeting over alternative value-based payment arrangements.

Inégalités sociales de santé

► **The Healthy Immigrant Paradox and Health Convergence**

CONSTANT A. F.

2017

Maastricht UNU-MERIT

<https://www.merit.unu.edu/publications/wppdf/2017/wp2017-044.pdf>

The health status of people is a precious commodity and central to economic, socio-political, and environmental dimensions of any country. Yet it is often the missing statistic in all general statistics, demographics, and presentations about the portrait of immigrants and natives. In this paper we are concerned with international migration and health outcomes in the host countries. Through a general literature review and exam-

ination of specific immigration countries, we provide insights into the Healthy Immigrant Paradox and the health assimilation of immigrants as we also elucidate selection and measurement challenges. While health is part of human capital, health assimilation is the mirror image of earnings assimilation. Namely, immigrants arrive with better health compared to natives and their health deteriorates with longer residence in the host country, converging to the health of natives or becoming even worse. A deeper understanding of immigrant health trajectories, and disparities with natives and other immigrants is of great value to societies and policymakers, who can design appropriate policy frameworks that address public health challenges, and prevent the health deterioration of immigrants.

► **L'accès aux soins des migrants : Contrepoint**

GRELLEY P.
2016

Informations Sociales(194).

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2016-3-page-95.htm>

La garantie d'accès aux soins de santé qui est édictée par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne s'impose à tous les États membres de l'Union dans le ressort de leur juridiction et s'applique à toute personne, y compris aux migrants en situation irrégulière. L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) a voulu connaître le cadre juridique et les conditions réelles d'application de ces recommandations. Elle a organisé à cette fin une recherche portant sur dix pays de l'Union sélectionnés en fonction du mode de financement (assurance ou impôts ou mixte) de leur système de santé. Dans le premier groupe figurent l'Allemagne, la Belgique, la France, la Hongrie et la Pologne; dans le deuxième, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie et la Suède; la Grèce est le seul pays à avoir adopté un système mixte. Trois types de prestations ont été distinguées, qui concernent les soins médicaux d'urgence, les services médicaux primaires et, enfin, les services médicaux secondaires, une catégorie qui recouvre les consultations de spécialistes et les soins hospitaliers. Les conclusions de l'enquête montrent que, quel que soit le type de système de santé, il existe partout un écart assez sensible entre les principes et les réalités de terrain.

► **Pathways between Minimum Wages and Health: The Role of Health Care Access and Health Behaviors**

LENHART O.
2017

Rochester Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3030190

While the majority of early research on minimum wages focused on employment and monetary effects, a small number of recent studies have examined potential effects on health outcomes. This study contributes to this literature by examining the role of health care access and health behaviors as potential pathways underlying the relationship between minimum wages and health for low-educated individuals. The analysis uses data from the Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS) for the years 1989 to 2015, a period with more than 370 state-level minimum wage increases. The study provides evidence that increases in minimum wages are associated with improved access to health care and reductions in the likelihood of not being able to afford seeing a doctor. Additionally, the study shows that low-educated individuals reduce smoking and drinking, and report lower body weight following increases in the minimum wage. When examining the effects on subgroups of the population, I provide evidence that the effects are strongest for low-educated people between the ages 18 and 29, a group that is shown to most likely earn minimum wages.

► **En quoi les retombées sociales sont-elles liées à l'éducation ?**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.
2017

Regards sur l'éducation 2017 : Les indicateurs de l'OCDE., Paris : OCDE: 142-157

http://www.oecd-ilibrary.org/education/regards-sur-l-education-2017_eag-2017-fr

L'éducation est liée à maints égards à la santé – cette relation est depuis longtemps bien documentée dans de nombreux pays. Un aspect important de cette relation réside dans le fait que les individus plus instruits tendent à se distinguer par des taux moindres de morbidité et une plus longue espérance de vie. Les systèmes d'éducation peuvent aussi contribuer à réduire la dépression, car les individus plus instruits sont dans

l'ensemble mieux lotis sur le marché du travail puisque les taux de chômage les concernant sont moins élevés et leurs salaires plus élevés, des facteurs qui réduisent la prévalence de l'anxiété et de la dépression. Selon cette étude, les individus plus instruits font moins état de dépression dans tous les pays qui ont participé en 2014 à l'Enquête européenne par entretien sur la santé (European Health Interview Survey, EHIS). Le pourcentage de femmes s'estimant dépressives est supérieur au pourcentage d'hommes, mais il diminue plus fortement que celui des hommes sous l'effet de l'élévation du niveau de formation. L'éducation peut, avec l'emploi, jouer un rôle dans la prévention de la dépression; la variation de la prévalence de la dépression entre les niveaux de formation est nettement moins forte chez les actifs occupés que chez les chômeurs ou les inactifs.

► **Why Do Immigrants Report Lower Life Satisfaction?**

YAMAN F. I-MOLLA P.
2017

Research Paper ; 17-05. Londres OHE

<https://www.ohe.org/publications/why-do-immigrants-report-lower-life-satisfaction>

This study explores changes in the reporting behaviour of immigrants in Germany 1984-2010, in questions related to life satisfaction. Previous literature suggests that immigrants' happiness tends to decrease over time compared to the natives'. The authors firstly explore the robustness and origin of this finding, and then propose a model that has the potential to decompose the effect of the number of years since migration into a true change in life satisfaction and a simple change in reporting behaviour. The model suggests that the existence and size of the reporting bias depend on how accurately individuals remember their past life satisfaction.

Médicaments

► **Études post-AMM : détournement à grande échelle**

2017

Revue Prescrire 37(407): 697.

Depuis des années, les agences du médicament ont tendance à réduire l'évaluation clinique des médicaments avant autorisation de mise sur le marché (AMM), en affirmant que l'évaluation peut être complétée après AMM. L'expérience de l'Allemagne montre qu'il s'agit là d'une allégation trompeuse.

► **La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer**

COUR DES COMPTES.

2017

Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes: 335-395.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Dans le prolongement de précédents travaux, la Cour a souhaité revenir sur la fixation du prix des médicaments, en analysant le cadre juridique, les orientations et les résultats de cette politique publique dans un contexte marqué à la fois par une tension croissante sur les ressources pouvant être consacrées par la collectivité au financement des dépenses de santé, l'arrivée sur le marché de traitements innovants et onéreux et le maintien ou l'introduction sur ce dernier d'un grand nombre de produits dont l'apport thérapeutique est faible, voire inexistant. Depuis les précédentes enquêtes de la Cour, le régime de la fixation du prix des médicaments, tout en continuant à privilégier la négociation avec les entreprises, a évolué dans le sens d'une précision accrue de son cadre juridique et d'une affirmation de leurs impératifs financiers par les pouvoirs publics, avec des résultats significatifs sur les dépenses. Malgré les baisses obtenues par rapport aux demandes des entreprises, les marges d'efficience médico-économique dans la fixation du prix des médicaments demeurent néanmoins importantes et très largement inexploitées. Alors que l'arrivée de

produits innovants de nouvelle génération va faire peser sur l'assurance maladie une contrainte accrue, il est indispensable d'établir un cadre de négociation à la mesure des enjeux.

► **Médicamentation de la société, l'affaire de tous : le point de vue de la pharmacologie sociale. Dossier**

2017

Revue Prescrire 37(406): 597-638.

Les Rencontres Prescrire 2017 se sont tenues, les 23 et 24 juin 2017, dans les locaux de la Faculté de Médecine de Toulouse Purpan, sur le thème de la médicamentation de la société. Le médicament fait partie, en effet, du quotidien, souvent avant même la naissance, et tout au long de la vie. Le médicament concerne de nombreux acteurs : professionnels de santé, patients, parents, etc. Face à la place occupée par les médicaments, la manière dont nous les utilisons doit être constamment questionnée et réfléchie : quelles représentations et croyances attachons-nous au médicament ? Quelles multiples influences biaisent les choix ? Comment l'utiliser à bon escient, c'est-à-dire sans prise de risque excessive ou inconsidérée, et seulement dans les situations où il paraît utile ? Des leviers existent pour faire des choix pertinents : concevoir le médicament comme un outil parmi d'autres, réfléchir à ce que représente la prescription, ne pas toujours prescrire, oser déprescrire, avoir conscience des facteurs irrationnels qui influencent le rapport au médicament, savoir argumenter face à une prescription ou une « autoprescription » plus dangereuse qu'utile, développer l'esprit critique face à la « nouveauté », etc... La société incite à la performance, dans tous les domaines, et laisse de moins en moins de place à l'acceptation des émotions et des vicissitudes de la vie. Rester critique face au culte de la performance, à la pression sociétale et au formatage de la société et résister à l'usage de médicaments dans ces situations est essentiel. Ce dossier spécial de Prescrire rassemble les communications de ces rencontres.

► **Consumer Learning and the Entry of Generic Pharmaceuticals**

BAIROLIYA N., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23662. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23662>

Generic pharmaceuticals provide low-cost access to treatment. Despite their chemical equivalence to branded products, many mechanisms may hinder generic substitution. Consumers may be unaware of their equivalence. Firms may influence consumers through advertising or product line extensions. We estimate a structural model of pharmaceutical demand where consumers learn about stochastic match qualities with specific drugs. Naïve models, without consumer heterogeneity and learning, grossly underestimate demand elasticities. Consumer bias against generics critically depends on experience. Advertising and line extensions yield modest increases in branded market shares. These effects are dominated by consumers' initial perception bias against generics.

► **Returns to Pharmaceutical Innovation in the Market for Oral Chemotherapy in Response to Insurance Coverage Expansion**

BENNETTE C. S., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23842. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23842>

We estimated the average returns, in terms of patient survival, to the marginal innovations in oral chemotherapy market induced by Part D expansion of oral chemotherapy coverage for elderly individuals by mandating inclusion of "all or substantially all" oral anti-cancer medications on plans' formularies. We exploited exogenous variation in the age of diagnosis for different cancer sites - and therefore the relative expansion in market size for different cancers under the Medicare's prescription drug coverage - to isolate the effect of Part D on innovation and the health benefits that these innovative technologies provide.

► **Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficacité nécessaires**

COUR DES COMPTES.

2017

Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Dans le cadre de ce chapitre, la Cour dresse plus largement le bilan des évolutions que connaît l'ensemble du secteur de la distribution des médicaments sous l'effet des politiques de maîtrise des dépenses mises en œuvre par les pouvoirs publics, de leurs actions visant à modifier l'organisation et la rémunération de ses acteurs et des stratégies déployées dans ce contexte par ces derniers afin de préserver, voire d'augmenter, leurs revenus. Le circuit de la distribution du médicament, dont l'organisation et le financement sont étroitement réglementés, reste caractérisé par la persistance d'un réseau surdimensionné de pharmacies d'officine au regard de la population à desservir. En préservant leur rentabilité moyenne, les revenus procurés aux pharmacies par leur rémunération réglementée, mais aussi par les rétributions liées à des pratiques de marché qui s'y surajoutent, placent le coût de la distribution des médicaments à un niveau très élevé, notamment pour les génériques. Il convient de réduire ce coût, qui pèse sur l'assurance maladie, en révisant la rémunération réglementée des différents acteurs et en favorisant la rationalisation du secteur officinal, tout en veillant à préserver l'accès au médicament.

► **A Dose of Managed Care: Controlling Drug Spending in Medicaid**

DRANOVE D., et al.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23956. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23956>

Effectively designed market mechanisms may reduce growth in health care spending. In this paper, we study the impact of privatizing the delivery of Medicaid drug benefits on drug spending. Exploiting granular data that allow us to examine drug utilization, we find that drug spending would fall by 22.4 percent if the drug benefit was fully administered by Medicaid Managed

Care Organizations (MCOs), largely through lower point-of-sale prices and greater generic usage. The effects are driven by MCOs' ability to design drug benefits and steer consumers toward lower cost drugs and pharmacies. MCOs do not appear to skimp on performance, either by reducing overall drug consumption as measured by prescriptions per enrollee or reducing utilization of drugs that offset other medical spending.

► **Fragilité et consommation de médicaments en population âgée**

HERR M., et al.

2017

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(16-17): 311-316.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/pdf/2017_16-17_3.pdf

À partir des données de l'Enquête santé et protection sociale 2012 enrichies des dépenses de santé de l'Assurance maladie, cette étude analyse la consommation de médicaments en valeur (dépense ambulatoire de pharmacie) et en volume (nombre de boîtes de médicaments délivrées sur l'année) en fonction du phénotype fragile (robuste, pré-fragile, fragile). L'analyse a été réalisée parmi 1 890 sujets âgés de 65 ans et plus ayant eu au moins un remboursement de médicaments en 2012, en tenant compte de leurs caractéristiques sociodémographiques et de santé dans des modèles GLM (Generalized Linear Model).

► **Private Patents and Public Health: Changing intellectual property rules for access to medicines**

HOEN E. T.

2017

Amsterdam Health Action International

<http://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/07/Private-Patents-Public-Health.pdf>

Millions of people around the world do not have access to the medicines they need to treat disease or alleviate suffering. Strict patent regimes interfere with widespread access to medicines by creating monopolies that maintain medicines prices well beyond the reach of those who need them. The magnitude of the AIDS crisis in the late nineties brought this to the public's attention when millions of people in developing coun-

tries died from an illness for which medicines existed, but were not available or affordable. Faced with an unprecedented health crisis — 8,000 people dying daily — the public health community launched an unprecedented global effort that eventually resulted in the large-scale availability of quality generic HIV medicines and a steady scale-up in access to those medicines. This has allowed nearly 13 million people to lead longer, healthier lives. However, trends in international intellectual property law could impact many of the policy tools used to scale up HIV treatment. Developments in global health and specifically access to medicines policies are now at an important juncture. Impressive progress has been made in access to medicines for HIV and many lessons can be learned from that experience. But it is important to examine whether those lessons can be applied for other diseases. Today's pharmaceutical patent regime affects almost all medicines developed since 1995 in most countries.

► **Measuring the Potential Health Impact of Personalized Medicine: Evidence from MS Treatments**

HULT K. J.
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23900. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23900>

Individuals respond to pharmaceutical treatments differently due to the heterogeneity of patient populations. This heterogeneity can make it difficult to determine how efficacious or burdensome a treatment is for an individual patient. Personalized medicine involves using patient characteristics, therapeutics, or diagnostic testing to understand how individual patients respond to a given treatment. Personalized medicine

increases the health impact of existing treatments by improving the matching process between patients and treatments and by improving a patient's understanding of the risk of serious side effects. In this paper, I compare the health impact of new treatment innovations with the potential health impact of personalized medicine. I find that the impact of personalized medicine depends on the number of treatments, the correlation between treatment effects, and the amount of noise in a patient's individual treatment effect signal. For multiple sclerosis treatments, I find that personalized medicine has the potential to increase the health impact of existing treatments by roughly 50 percent by informing patients of their individual treatment effect and risk of serious side effects.

► **Regional Purchasing Groups and Hospital Medicine Prices: Evidence from Group Creations**

TOULEMON L.
2017

HEDG Working Paper; 17/21. Londre, University of York

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1721.pdf>

This paper estimates the impact of group purchasing on medicine prices in French hospitals, taking advantage of the entry of hospitals into regional purchasing groups between 2009 and 2014. I use a new database providing the average annual prices paid for all innovative and costly medicines in public hospitals. Using a fixed effects model that controls for hospitals medicine-specific bargaining abilities and medicine-specific price trends, I find that group purchasing reduces prices of medicines in oligopoly markets, but has no impact on the prices of medicines with no competitors.

Méthodologie – Statistique

► **A New Valuation Method: Directly Eliciting Personal Utility Functions**

DEVLIN N., *et al.*
2017

Research Paper ; 17-06. Londres OHE

<https://www.ohe.org/publications/new-valuation-method-directly-eliciting-personal-utility-functions#>

Standard methods for eliciting the preference data upon which value sets are based (e.g. time trade-off, standard gamble) generally have in common an aim to 'uncover' the preferences of survey respondents

by asking them to evaluate a sub-set of health states. The responses are then used to infer their preferences over all possible dimensions and levels. An alternative approach is to ask respondents directly about the relative importance to them of the dimensions, levels and interactions between them. This paper describes a new stated preference approach for directly eliciting personal utility functions (PUFs) from members of the general public. The approach focuses on helping respondents to reflect and deliberate on their preferences. The Research Paper reports the methods and findings of piloting work to test the feasibility and acceptability of the PUF approach for valuing a simplified version of the EQ-5D-5L, a measure of patient-reported outcomes. The PUF approach appears to be feasible. The authors conclude that it has the potential to: (a) yield meaningful, well-informed preference data from respondents; and (b) provide individual preference data that can be aggregated to yield a social value set for the EQ-5D. The paper concludes by describing the research and testing needed to further refine some elements of the approach.

► **Handbook of the Economics of Risk and Uncertainty. Volume 1**

MACHINA M. J. ET VISCUSI W. K.

2014

Amsterdam : North-Holland

The need to understand the theories and applications of economic and finance risk has been clear to everyone since the financial crisis, and this collection of original essays proffers broad, high-level explanations of risk and uncertainty. The economics of risk and uncertainty is unlike most branches of economics in spanning from the individual decision-maker to the market (and indeed, social decisions), and ranging from purely theoretical analysis through individual experimentation, empirical analysis, and applied and policy decisions. It also has close and sometimes conflicting relationships with theoretical and applied statistics, and psychology. The aim of this volume is to provide an overview of diverse aspects of this field, ranging from classical and foundational work through current developments. It presents coherent summaries of risk and uncertainty that inform major areas in economics and finance; Divides coverage between theoretical, empirical, and experimental findings; Makes the economics of risk and uncertainty accessible to scholars in fields outside economics.

► **An Econometric Analysis of the Impact of Telecare**

MONANYI K.

2017

Aberdeen University of Aberdeen

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3017182

This paper presents some preliminary results of a study investigating the effect of telecare on the length of stay in hospital using linked administrative health and social care data in Scotland. We make various assumptions about the probability distribution of the outcome measure and formulate three Negative Binomial Models to that effect i.e. a basic Negative Binomial Model, a zero-inflated Negative Binomial Model and a zero-truncated Negative Binomial Model. We then bring the models to data and estimate them using a strategy that controls for the effects of confounding variables and unobservable factors. These models provide an alternative to the Propensity Score Matching technique used by the previous studies. The empirical results show that telecare users are expected to spend a shorter time in hospital than non-users, holding other factors constant. The results also show that older individuals, females, rural residents and individuals with comorbidities have a longer length of stay in hospital, on average, than their counterparts, all things equal. Future research will involve conducting a sub-group analysis, investigating the effectiveness of various telecare devices and determining the impact of telecare on admission to hospital.

► **Systematic Review Adherence to Methodological or Reporting Quality**

PUSSEGODA K., *et al.*

2017

Systematic Reviews 6(1): 14.

<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-017-0527-2?site=systematicreviewsjournal.biomedcentral.com>

Guidelines for assessing methodological and reporting quality of systematic reviews (SRs) were developed to contribute to implementing evidence-based health care and the reduction of research waste. As SRs assessing a cohort of SRs is becoming more prevalent in the literature and with the increased uptake of SR evidence for decision-making, methodological quality and standard of reporting of SRs is of interest. The objec-

tive of this study is to evaluate SR adherence to the Quality of Reporting of Meta-analyses (QUOROM) and PRISMA reporting guidelines and the A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR) and

Overview Quality Assessment Questionnaire (OQAQ) quality assessment tools as evaluated in methodological overviews.

Politique de santé

► **Stratégie nationale de santé publique : contribution du Haut Conseil de la santé publique**

CHAUVIN F. ET MANSOUR Z
2017

Avis et rapports. Paris HCSP

www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20170908_strategienatlesantecontribhcsp.pdf

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi pour réaliser l'analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants, des stratégies d'action afin de déterminer les domaines d'action et des objectifs de la Stratégie nationale de santé (SNS). Il a ainsi identifié quatre problèmes à prendre en compte : les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ; l'augmentation des risques d'exposition de la population aux risques infectieux ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences ; l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux. Quatre principes d'action : la santé comme objectif dans toutes les politiques ; une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé ; une approche territorialisée de la SNS ; la nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens. Et cinq axes d'actions : une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue ; des orientations pour un système de santé adapté aux enjeux ; le développement de l'innovation en santé ; le développement et le soutien à la forma-

tion et à la recherche en santé publique ; une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents. Le HCSP préconise, enfin, une approche par déterminants de santé, plutôt qu'une approche par pathologie. Pour améliorer la gouvernance, il recommande que soit élaboré et mis en œuvre un Plan national de santé publique.

► **The Impact of Tobacco Control Policies on Smoking Initiation in Europe**

PALALI A. ET VAN OURS J. C.

2017

Tinbergen Institute Discussion Paper ; 1704. Amsterdam Tinbergen Institute

<https://papers.tinbergen.nl/17074.pdf>

Our paper investigates the effect of tobacco control policies on smoking initiation in eleven European countries. We analyze longitudinal data of individuals by using information about their age of onset of smoking. We apply hazard rate models to study smoking initiation. Thus, we are able to take into account observed and unobserved personal characteristics as well as the effect of the introduction of a variety of tobacco control policies including bans on tobacco advertisements, smoke-free air regulation, health warnings on packages of cigarettes and treatment programs to help smokers quitting. We find that none of these tobacco control policies influence smoking initiation.

Politique publique

► **Rapport d'information sur la lutte contre les fraudes sociales**

CANAYER A. Y-DUMAS A.
2017

Paris Sénat

<https://www.senat.fr/rap/r16-599/r16-5991.pdf>

Ce rapport dresse un bilan du droit applicable en matière de travail dissimulé, de son appropriation par les entreprises et de son adaptation aux nouveaux enjeux. La deuxième partie est consacrée à la fraude aux prestations sociales. Tant en matière de travail dissimulé que de fraude aux prestations sociales, la fraude se nourrit de la complexité. Le système déclaratif étant devenu très complexe, une approche orientée vers le service aux allocataires et aux entreprises, via la récupération des informations auprès des administrations qui en disposent, représenterait un gain d'efficacité considérable. Les ressources publiques se font rares, ce qui justifie la recherche de leur meilleure allocation possible. Au-delà même de cet objectif, la légitimité même des prestations exige de les servir à bon compte. La lutte contre la fraude est donc un impératif pour les finances sociales comme pour le juste droit.

► **Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?**

LE DÉFENSEUR DES DROITS.
2017

Paris Défenseur des Droits

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapportfraudessociales-v6-06.09.17_0.pdf

Ce rapport identifie et évalue les effets des dispositifs de lutte contre la fraude aux prestations sociales sur les droits des usagers des services publics. Il fait suite à une augmentation significative depuis 2014 du nombre de réclamations d'allocataires, notamment auprès des délégués territoriaux du Défenseur des droits, liées au durcissement de la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Il relève que l'utilisateur est pris en tenaille entre une procédure déclarative d'accès aux prestations sociales, simplifiée mais propice aux erreurs et un dispositif de lutte contre la fraude de plus en plus étoffé, véhiculant la suspicion d'une fraude massive de la part des bénéficiaires.

Prévention

► **L'ETP au fil des mots : glossaire en éducation thérapeutique du patient**

BAUMANN L., *et al.*
2017

Nancy : Pôle lorrain de compétences en ETP

<http://www.etp-lorraine.fr/wordpress/wp-content/uploads/glossaire.pdf>

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) au fil des mots est un projet lorrain de constitution d'une ressource terminologique en éducation thérapeutique du patient (ETP) réunissant l'Inist-CNRS, le CHRU de Nancy, l'école de santé publique de l'Université de Lorraine (ESP), l'ARS Grand Est, le Pôle lorrain de compétences en ETP et le réseau Régional LORDIAMN. Son objectif est de servir au partage des savoirs disciplinaires et des compétences au sein de la communauté des professionnels de l'ETP. L'idée est de proposer

chaque mois plusieurs concepts cœur, avec des définitions issues des grandes instances de santé et/ou de publications scientifiques en ETP.

► **Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness**

MCDALD D., *et al.*
2017

OECD Health Working Paper, 97. Paris OCDE

The health, social and economic consequences of poor mental health are substantial. More attention is focusing now on the development of actions to promote better mental health and wellbeing and prevent

mental ill-health. If effective and well-implemented, such actions may potentially help avoid some of these substantial adverse individual, social and economic impacts of poor mental health. This paper provides an overview of the development of approaches to promoting mental wellbeing and preventing mental ill-health in OECD countries, together with an assessment of what is known on their effectiveness and cost effectiveness. The paper finds that there is a sound and quite extensive evidence base for effective and cost effective actions which can promote mental wellbeing and prevent mental ill-health. However, the existence of actions and programmes in mental health promotion and prevention is uneven both between countries, and across different points of the life course. Many countries could stand to scale-up their promotion and prevention efforts in the mental health field, and further efforts are particularly needed to introduce interventions targeted at unemployed and older populations.

► **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017: Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.
2017

Genève OMS

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf>

This report finds that more countries have implemented tobacco control policies, ranging from graphic pack warnings and advertising bans to no smoking areas. About 4.7 billion people – 63 per cent of the world's population – are covered by at least one comprehensive tobacco control measure, which has quadrupled since 2007 when only 1 billion people and 15 per cent of the world's population were covered. Strategies to implement such policies have saved millions of people from early death. However, the report criticises the tobacco industry for hampering government efforts to fully implement life- and cost-saving interventions.

► **Alcohol Labelling: A Discussion Document on Policy Options**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.
2017

Copenhague OMS

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/343806/WH07_Alcohol_Labelling_full_v3.pdf

This discussion document presents an analysis of the policy options available for introducing warning and product labelling on alcoholic beverage containers. It outlines the existing legal and policy frameworks and the current level of implementation in the WHO European Region. Some components that could be considered when developing effective health warning labels are described.

Prévision – Évaluation

► **Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013**

DE BATZ C., et al.
2016

Paris Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article622>

L'évaluation réalisée par l'Igas du 3^e Programme national nutrition santé (PNNS 3) et du Plan obésité a souligné la contribution de ces plans à la prise de conscience du rôle fondamental de la nutrition et de la sédentarité dans l'émergence de certaines pathologies, mais elle en reconnaît les limites, aujourd'hui

manifestes. La mission invite donc à une refonte complète du programme pour en faire une action grand public de promotion de la santé, centrée sur quelques messages clés et sur les populations vulnérables (enfants et jeunes, populations précaires, personnes âgées isolées). Le prochain Plan devra donner une priorité effective à la réduction des inégalités sociales de santé et prendre en compte les apports des sciences sociales ainsi que le savoir-faire des acteurs locaux.

► **Les réseaux de soins**

DURAND N. ET EMMANUELLI J.

2017

Paris Igas.

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

L'Igas a été saisie en 2016 d'une mission d'évaluation des réseaux de soins, conformément à la Loi 'Le Roux' du 27 janvier 2014. Ces réseaux de soins reposent sur des conventions conclues entre des organismes d'assurance maladie complémentaire et des professionnels de santé. Ces derniers s'engagent contractuellement à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits/prestations, avec des garanties de qualité ou de service associées. Ces réseaux de soins n'ont véritablement pris leur essor qu'au milieu des années 2000, avec la création de « plateformes de gestion » : CarteBlanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair et Sévéane. En 2016, 45 millions d'assurés avaient potentiellement accès à ces réseaux, qui regroupent, chacun, plusieurs milliers de professionnels de santé (optique, aides auditives, dentaire notamment). Au cours de ses investigations, la mission a rencontré l'ensemble des acteurs concernés au niveau national et en régions (près de 200 personnes). Ce rapport établit ainsi, pour la première

fois, un bilan approfondi des réseaux de soins : parts de marché; conséquences pour les patients en termes d'accès aux soins et de reste à charge; impacts sur les prix pratiqués par les professionnels, etc...

► **Évaluation qualitative PAERPA : rapport final**

GAND S., et al.

2017

Série Études Et Recherches - Document De Travail - Drees(135): 72.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/evaluation-qualitative-paerpa-rapport-final>

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en France une personne sur dix, et 85 % d'entre elles ont au moins une pathologie. Ainsi, les parcours de santé pilotes PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie), expérimenté dès 2013, ont pour objectif que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût.

Psychiatrie

► **Loi santé 2015 de liquidation du secteur : vers une déshumanisation à marche forcée de la psychiatrie**

KLOPP S.

2017

Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les)(25): 13-15.

La loi santé votée en 2015 a rassuré un certain nombre d'organisations dont le syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH), parce qu'elle a réaffirmé formellement le secteur psychiatrique. Cet article démontre que ce n'est pas forcément le cas à la relecture du rapport Laforcade qui devait préparer le volet « psychiatrie » de la loi, mais qui n'a été publié qu'après l'adoption de la loi.

► **Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont**

NESTRIGUE C., et al.

2017

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(228)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf>

Selon l'Enquête santé européenne (EHIS- ESPS), la prévalence estimée de la dépression en France est de 7 %, soit près de 4 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus. En 2012- 2013, 200 000 primo- hospitalisations pour un épisode dépressif ont été recensées dans les établissements de santé (Sniiram apparié aux données hospitalières). Ces épisodes hospitaliers sont décrits à travers une typologie en 9 classes. Celles- ci mettent en évidence l'hétérogénéité des prises en charge, la fréquence des hospitalisations en service de médecine

plutôt qu'en psychiatrie et leur caractère souvent « non programmé ». Ainsi, 1 primo-hospitalisé sur 10 n'a pas eu de suivi en ambulatoire avant cet épisode hospitalier, surtout parmi les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les jeunes et les personnes très âgées. Un psychiatre a été consulté par 3 patients hospitalisés sur 10 et plus de la moitié des patients a eu une délivrance d'anti-dépresseurs en amont de l'hospitalisation. L'analyse se concentre ensuite sur 5 classes afin d'étudier le parcours de soins des patients à travers les recours en ambulatoire aux médecins généralistes et aux psychiatres le semestre précédant l'hospitalisation.

► **La recherche participative en santé mentale : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2017

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-recherche-participative-en-sante-mentale.pdf>

De nos jours, la participation du patient à la recherche, mais aussi à l'évaluation de l'acte thérapeutique ou de son parcours de soins est parfaitement reconnue par la communauté scientifique travaillant en milieu sanitaire et le réel impact de cette pratique est en cours d'analyse. Dans le domaine de la santé mentale, l'étude de cas la plus connue est le projet Emilia (2005-2010) : Empowerment et Éducation tout au long de la vie des personnes vivant avec des troubles psychiatriques. Dans le cadre de ce projet, trois modules de formation à la recherche et à l'intervention ont été proposés à des usagers des services psychiatriques. L'objectif de cette bibliographie est de recenser les études publiées sur la participation des usagers dans le champ de la santé mentale.

Soins primaires

► **Does Multispecialty Practice Enhance Physician Market Power?**

BAKER L. C., *et al.*
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23871. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23871>

In markets for health services, vertical integration – common ownership of producers of complementary services – may have both pro- and anti-competitive effects. Despite this, no empirical research has examined the consequences of multispecialty physician practice – a common and increasing form of vertical integration – for physician prices. We use data on 40 million commercially insured individuals from the Health Care Cost Institute to construct indices of the price of a standard office visit to general-practice and specialist physicians for the years 2008-2012. We match this to measures of the characteristics of physician practices and physician markets based on Medicare Part B claims, aggregating physicians into

practices based on their receipt of payments under a common Taxpayer Identification Number. Holding fixed the degree of competition in their own specialty, we find that generalist physicians charge higher prices when they are integrated with specialist physicians, and that the effect of integration is larger in uncompetitive specialist markets. We find the same thing in the reciprocal setting – specialist prices are higher when they are integrated with generalists, and the effect is stronger in uncompetitive generalist markets. Our results suggest that multispecialty practice has anti-competitive effects.

► **Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées**

CARDOUX J. N. ET DAUDIGNY Y.

2017

Paris Sénat

<http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>

La France ne manque pas de professionnels de santé mais leur répartition sur le territoire est très inégale. En outre, les tensions devraient s'accroître à court terme du fait des perspectives de la démographie médicale. La question de l'accès géographique aux soins cristallise un sentiment d'abandon d'une partie de la population et des élus, dans un domaine où l'attachement à une prise en charge solidaire est fort. Elle est toutefois le symptôme de fragilités territoriales dont les enjeux dépassent la politique de santé et appellent une réponse cohérente des différentes politiques publiques. Les nombreux dispositifs mis en place pour favoriser le développement ou le maintien de l'offre de soins primaires dans les zones fragiles (aides à l'installation, mesures fiscales, aides à l'investissement, bourses d'étude, etc.) poursuivent des ambitions louables. Cependant, mis en place en ordre dispersé, leur articulation est imparfaite; par ailleurs, ils se sont superposés sans évaluation, dans des zones aux contours fluctuants. Pour les rapporteurs de ce rapport sénatorial, il est nécessaire de bâtir des réponses concertées avec les acteurs de terrain pour agir plus efficacement.

► **Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes**

CARRIER H., *et al.*

2017

Études Et Résultats (Drees)(1036)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/polymedication-et-pathologies-chroniques-multiples-opinions-et-pratiques-des>

Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques reçoivent en général des médicaments pour traiter chacune d'elles. Cette situation, dite de polymédication, place les médecins généralistes face aux enjeux complexes de la gestion de l'ordonnance et face à la question de la déprescription (arrêt de médicament). Une grande majorité des généralistes assument leur

rôle central dans la gestion de l'ordonnance de ces patients et se sentent à l'aise pour proposer de déprescrire les médicaments qu'ils jugent inappropriés.

► **La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**

COUR DES COMPTES.

2017

Paris : Cour des Comptes: 213-253.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

La médecine de spécialité recouvre près de 40 disciplines distinctes et au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 121 272 médecins spécialistes, toutes spécialités confondues. Les dépenses de santé afférentes aux soins de spécialistes progressent beaucoup plus vite que celles relatives aux soins de médecins généralistes. Lors d'une précédente enquête menée en 2007, la Cour avait souligné la très grande faiblesse des outils de régulation à même de maîtriser les dépenses dans ce secteur et de remédier aux disparités territoriales d'accès aux soins. Plus récemment, en analysant le système conventionnel qui lie notamment la profession médicale et l'assurance maladie, elle avait mis en évidence l'incapacité des conventions médicales successives à améliorer l'organisation des soins en ville, à assurer l'égalité d'accès des patients à ces derniers et à rééquilibrer la hiérarchie des rémunérations entre professionnels de santé. Dans le prolongement de ces travaux, la Cour a cherché à examiner plus particulièrement les évolutions qui ont affecté, dans la période récente, la médecine de spécialité sous plusieurs angles complémentaires : la progression des dépenses, les mécanismes de tarification des actes et de régulation de l'offre et de la demande de soins, les disparités d'honoraires et de revenus entre spécialités et les obstacles géographiques et financiers à l'accès aux soins. Elle a constaté que ses précédentes analyses conservaient, pour l'essentiel, leur actualité.

► **Comment les médecins généralistes décrivent la dimension éducative de leurs pratiques ?**

FOURNIER C., *et al.*

2017

Santé Éducation : Journal de L'Afdet 27(1): 7-9.

Cet article analyse la dimension éducative de la pratique des médecins généralistes au cours des consultations menées avec des personnes atteintes de maladies chroniques.

► **Témoignages, récits et parcours de vie**

FOURNIER C.

2017

Santé Éducation : Journal de L'Afdet 27(1): 32-33.

Les situations permettant aux patients d'exprimer leur vécu sont d'une grande richesse à la fois pour eux-mêmes, car elles les engagent dans une démarche réflexive sur leur parcours de vie avec une maladie, et pour les soignants qui les accompagnent. Les récits de vie permettent également une expression détaillée des difficultés rencontrées et des ressources mobilisées au fil de leur parcours de vie. Ils ouvrent des possibilités aux soignants pour accompagner le développement du pouvoir d'agir des personnes, afin de mieux répondre tant aux besoins de soins qu'aux besoins de développement de la personne malade et de son entourage.

► **The Impact of Primary Care Practice Transformation on Cost, Quality, and Utilization: A Systematic Review of Research Published in 2016**

JABBARPOU Y., *et al.*

2017

Washington PCPCC: 40

https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2017/08/pcmh_evidence_report_08-1-17-FINAL.pdf

Ce rapport de la Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC) présente les résultats de 45 nouveaux rapports revus par les pairs et d'autres évaluations gouvernementales et étatiques sur la transformation des pratiques de soins de santé primaires. Il trouve que dans de nombreuses études, le « patient-centred medical home » et d'autres formes avancées de soins primaires démontrent des impacts importants.

► **Price Effects of a Merger: Evidence from a Physicians' Market**

KOCH T. G. ET ULRICK S. W.

2017

working paper; 333. Washington FTC

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3026344

Physicians' practices vary widely, as do their effectiveness and reimbursement. Using a merger of six orthopaedic groups in southeastern Pennsylvania, we find that such groups can generate large, anti-competitive price increases without any demonstrated increases in quality (indirectly measured by way of revealed preference) or efficiency. Further, we find that these price increases were targeted at certain beneficiaries, payors and codes, so any research design that omits care and billing along any of these dimensions is likely to be biased.

► **Primary Care Home: Evaluating a New Model of Primary Care**

KUMPUNEN S., *et al.*

2017

Londres Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-08/pch-report-final.pdf>

Established in 2016, the primary care home (PCH) model seeks to link staff from general practice, community-based services, hospitals, mental health services, social care and voluntary organisations to deliver joined-up care. This formative evaluation was based on reviews in 2016/17 of 13 rapid test sites' plans and priorities for building the PCH model, and an in-depth look at the progress and early successes in three case study areas. The report looks at how sites can make early progress with implementing and evaluating their local PCH models, examines what might stand in the way of change and offers a number of broader lessons for the NHS as a whole.

► **Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital**

REY D., *et al.*

2017

Études et Résultats (Drees)(1034)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1034.pdf>

Le nombre de patients atteints d'un cancer progresse et les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour assurer leur prise en charge. Cependant, un tiers des généralistes n'ont suivi aucune formation complémentaire en lien avec la cancérologie.

► **Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?**

VERGIER N. ET CHAPUT H.

2017

Dossiers de la Drees (Les)(17): 63.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

Les vifs débats actuels sur l'accès aux soins, cristallisés autour de la notion de « déserts médicaux », posent une question centrale de mesure et de définition de termes communs. Ce dossier rassemble les éléments chiffrés disponibles et vise à poser quelques jalons dans la recherche de définitions partagées rendant possible l'objectivation.

Systèmes de santé

► **Strengthening Health System Governance: Better Policies, Better Performance**

GREER S. L., *et al.*

2016

Maidenhead : Open University Press

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf

Governance is the systematic, patterned way in which decisions are made and implemented. The governance of a health system therefore shapes its ability to respond to the various well documented challenges that health systems face today, and its capacity to cope with both everyday challenges and new policies and problems. This book provides a robust framework that identifies five key aspects of governance, distilled from a large body of literature, that are important in explaining the ability of health systems to provide accessible, high-quality, sustainable health: transparency, accountability, participation, organizational integrity and policy capacity. The first part of this book explains the significance of this framework, drawing out strategies for health policy success and lessons for more effective governance. The second part explores eight case studies in a number of different parts of the WHO (World Health Organisation) European Region, applying the framework to a range of themes including communicable diseases, public-private partnerships,

governing competitive insurance market reform, the role of governance in the pharmaceutical sector, and many more.

► **Améliorer l'efficacité du système de santé**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.

2017

Études économiques de l'OCDE : France., Paris : OCDE: 111-159.

Le système de santé français offre des soins de haute qualité. Les résultats moyens sur le plan de la santé sont bons, le public est très satisfait du système de santé et les restes à charge sont en moyenne faibles. Comme dans d'autres pays de l'OCDE, le progrès technologique accroît l'espérance et la qualité de vie, alors que la population vieillissante nécessite des services toujours plus nombreux et diversifiés. Les principales difficultés consistent à inciter les professionnels de la santé à adopter un comportement efficient, à enrayer la hausse des dépenses pharmaceutiques, à renforcer le rôle des assureurs en tant qu'agents acheteurs et à assurer la maîtrise des coûts. Une information de bonne qualité et des mécanismes de financement appropriés renforceraient les incitations à l'efficacité. Les différences de couverture selon les maladies et les groupes

sociaux montrent la nécessité de prêter davantage attention à la coordination entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire. Les réformes en cours visant à améliorer la coordination entre les professionnels de santé et à renforcer le rôle de la prévention vont dans le bon sens. Cependant, le développement de mécanismes de rémunération à la capitation qui permettent d'avoir moins d'incitations à multiplier les actes et d'encourager les professionnels de santé à s'occuper plus longtemps des patients, tout comme les paiements en fonction des résultats dans les soins primaires doivent être renforcés, afin de faire face à la prévalence croissante des maladies chroniques et de réduire la demande induite par l'offre et les disparités sociales en termes d'accès aux soins.

► **Études économiques de l'OCDE : France**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.

2017

Paris OCDE

La croissance annuelle du PIB devrait être assez forte en 2017-18, tirée par la consommation et l'investissement. Le marché du travail s'améliore, mais les gains

de productivité sont trop modestes pour maintenir à long terme le niveau de protection sociale, des services publics de qualité et des revenus individuels en hausse. Des réformes récentes ont renforcé la concurrence dans certains secteurs de services, mais celle-ci reste faible dans d'autres secteurs. Combiné avec des impôts complexes et élevés, ceci pèse sur l'emploi et la croissance de la productivité. Dans l'ensemble, la pauvreté est faible. Cependant, les jeunes et les travailleurs peu qualifiés sont souvent exclus du marché du travail, notamment dans les quartiers défavorisés. La qualité des soins de santé est louable, mais une prévention perfectible, une coordination incomplète entre les prestataires de soins et le haut niveau de couverture pour la plupart des ménages contribuent à une consommation des soins et des dépenses importantes. Une stratégie de long terme est nécessaire pour réduire les dépenses publiques sans mettre en péril la protection sociale afin de baisser les impôts tout en assurant la soutenabilité des finances publiques. Mieux cibler les dépenses d'infrastructure et d'éducation sur les populations pauvres permettrait d'améliorer l'équité. Cette Étude formule également des recommandations pour favoriser un développement inclusif des compétences et de l'emploi, qui conduira à une croissance plus forte de la productivité et un niveau de vie plus élevé.

Travail et santé

► **Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ?**

2017

Dares Analyses(061)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/document-d-etudes/article/insecurite-du-travail-changements-organisationnels-et-participation-des>

Les changements organisationnels ont concerné quatre salariés sur dix en 2013. Ils peuvent être un facteur d'insécurité pour les salariés, du public comme du privé, et contribuer à dégrader leur santé mentale. Les effets de ces changements dépendent beaucoup de la qualité de l'information des salariés et de leur consultation sur ces changements : 56 % des salariés ayant vécu un changement disent avoir reçu une information satisfaisante, et 17 % estiment avoir eu une influence

sur les changements. Les salariés bien informés présentent moins souvent un symptôme dépressif que ceux qui ne l'ont pas été; c'est encore plus vrai pour les salariés qui jugent avoir influencé les modalités du changement.

► **L'essentiel 2016 : santé et sécurité au travail**

2017

Paris : Cnamts

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/espace_presse/DP/2016-11-15%20Dossier%20de%20presse.pdf

Cette publication de la branche Risques professionnels rassemble les chiffres clés sur la santé au travail et

dresse le bilan de ses actions et son bilan financier. Plus d'un million de sinistres (accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles) ont été reconnus et pris en charge en 2016, dont près de 764 000 ayant entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente. La fréquence globale des AT poursuit sa baisse pour atteindre son plus bas niveau historique (33,8 accidents du travail pour 1000 salariés contre 33,9 l'an passé). Dans le champ des maladies professionnelles, l'inversion de tendance, survenue en 2012, se poursuit en 2016, puisque le nombre de pathologies prises en charge est en diminution (-4,3 %). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) reculent de manière importante (-4,1 %) de même que les maladies liées à l'amiante (-9,5 %), alors que le nombre de reconnaissances de cancers professionnels (hors amiante) ainsi que les affections psychiques sont en hausse, respectivement +10 % et +40 %. Par ailleurs, la branche RP affiche en 2016 un résultat annuel positif pour la quatrième année consécutive.

► **Incidence of Social Security Contributions: Evidence from France**

BOZIO A., *et al.*

2017

PSE Working paper. Paris : PSE

http://www.parisschoolofeconomics.com/bozio-antoine/fr/documents/Bozio_Breda_Grenet_March2017.pdf

Lorsque les cotisations sociales patronales augmentent, l'effet immédiat est une augmentation du coût du travail et la hausse des cotisations est supportée par l'employeur. Pour autant, cette charge peut être progressivement transférée vers les salariés; c'est le cas si l'élasticité de la demande de travail aux coûts est plus forte que celle de l'offre de travail aux salaires et si une augmentation des cotisations patronales, dès lors qu'elle est perçue comme entraînant des gains différés pour les salariés, est assimilable à une hausse salariale et entraîne une hausse de l'offre de travail. Cette étude analyse trois épisodes d'augmentation des cotisations patronales au-delà du plafond de la sécurité sociale.

► **Mental Health, Human Capital and Labor Market Outcomes**

CRONIN C. J., *et al.*

2017

Working paper ; 17/25. Londres University of York

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1725.pdf>

There are two primary treatment alternatives available to those with mild to moderate depression or anxiety: psychotherapy and medication. The medical literature and our analysis suggests that in many cases psychotherapy, or a combination of therapy and medication, is more curative than medication alone. However, few individuals choose to use psychotherapy. We develop and estimate a dynamic model in which individuals make sequential medical treatment and labor supply decisions while jointly managing mental health and human capital. The results shed light on the relative importance of several drawbacks to psychotherapy that explain patients' reluctance to use it: (1) therapy has high time costs, which vary with an individual's opportunity cost of time and flexibility of the work schedule; (2) therapy is less standardized than medication, which results in uncertainty about its productivity for a given individual; and (3) therapy is expensive. The estimated model is used to simulate the impacts of counterfactual policies that alter the costs associated with psychotherapy.

► **The Socioeconomic and Gender Impacts of Health Events on Employment Transitions in France: A Panel Data Study**

DUGUET E. ET LE CLAINCHE C.

2017

Rochester Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3037013

This article explores the effect of accidents and chronic diseases on participation in the French labour market, while accounting for socioeconomic and gender effects. We use a dynamic definition of the control group and the difference-in-differences exact matching estimator, which controls for unobserved heterogeneity. We find that accidents and chronic illnesses have comparable negative effects on employment. Women and the less educated workers are the most at a disadvantage, especially in the case of accidents. Almost all the transitions go from employment to inactivity.

► **Partial Employment Protection and Perceived Job Security: Evidence from France**

GEORGIEFF A. ET LEPINTEUR A.

2017

PSE Working Papers n°2017-18. 2017.

<https://hal-pse.archives-ouvertes.fr/halshs-01519772v1>

This paper assesses the causal effect of partial employment protection on workers' subjective job security via the perceived probability of layoff. We consider the rise in the French Delalande tax, which is paid by private firms if they lay off older workers. This reform was restricted to large firms and therefore allows us to use a difference-indifference strategy. In ECHP data, we find that the change in the perceived probability of layoffs induced by the higher Delalande tax improved the subjective job security of older (protected) workers, but at the cost of a negative externality on younger (unprotected) workers. While the fall in perceived job security of younger workers is mirrored by actual increase in their layoff rate, the rise in perceived job security of older workers is more puzzling because we do not observe a reduction in their layoff rate.

► **Measuring Vulnerability to Adverse Working Conditions: Evidence from European Countries**

GREENAN N. ET SEGHIR M.

2017

Document de travail ; 193 Noisy le Grand :CEE

<http://www.cee-recherche.fr/sites/default/files/webfm/publications/docdetravail/193-measuring-vulnerability-to-adverse-working-conditions-evidence.pdf>

Workforce vulnerability has recently come to the forefront in European policy debate as countries searched for the potential engine of inclusive growth with an aim of protecting workers against adverse working conditions. This paper presents a methodology to measure vulnerability at the workplace relying on a definition of vulnerable workers as carrying the burden of working under the threat of adverse physical and psychosocial working conditions. Vulnerability is thus a forward looking concept that allows identifying workers that are the most exposed to work resource deprivations and more generally to ill-being at the workplace. Using a pseudo-panel derived from repeated cross-sectional data, second-order moments can be used to identify and estimate the variance of

shocks on working conditions and, therefore, the probability of being exposed to adverse working conditions in the future. Estimates from the last editions of the European Working Conditions Survey (EWCS) provide a vulnerability measure both at the cohort level and at the aggregate one allowing for comparisons across European countries.

► **Activation Against Absenteeism: Evidence from a Sickness Insurance Reform in Norway**

HERNAES O.

2017

IZA Document Paper ; 10991. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp10991.pdf>

This paper evaluates a program aimed at strictly enforcing a requirement that people on long-term sick leave be partly back at work unless explicitly defined as an exception. Employing the synthetic control method, this study finds that the reform reduced work-hours lost due to absenteeism by 12% in the reform region compared to a comparison unit created by a weighted average of similar regions. The effect is driven by both increased part-time presence of temporary disabled workers and accelerated recovery. Musculoskeletal disorders was the diagnosis group declining the most. The findings imply large savings in social security expenditures.

► **Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail**

LENGAGNE P.

2017

Regards(51): 51-61.

Dans différents pays, des dispositifs visant à inciter financièrement les entreprises à améliorer la santé au travail sont mis en œuvre. En France, les contributions que les entreprises versent au titre de l'assurance des risques professionnels du Régime Général sont modulées selon leurs propres coûts; ce mode de tarification devrait sensibiliser les employeurs à mettre en œuvre davantage de démarches de prévention des risques professionnels. Quelle est l'efficacité de ce mode de tarification en termes d'incitation des entreprises à la prévention? Cet article propose un éclairage sur cette question en présentant, dans un premier temps, les

spécificités de dispositifs qui existent dans plusieurs pays, afin d'appréhender les mécanismes incitatifs différents qui peuvent en résulter. Il présente ensuite une synthèse des résultats de travaux d'évaluation qui étudient l'influence de ces dispositifs en termes d'amélioration de la santé au travail. Ces travaux mettent en lumière les effets bénéfiques de ces dispositifs, tout en pointant dans le même temps l'existence d'effets potentiels non désirés.

► **L'insécurité au travail et son impact sur la santé**

SAFON M. O ET SUHARD V.

2017

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-insecurite-au-travail-et-son-impact-sur-la-sante.pdf>

L'impact des récessions économiques et de l'insécurité au travail sur la santé des populations a suscité, dans la littérature, des interprétations contradictoires. L'objectif de cette bibliographie est de recenser la littérature française et internationale (articles, ouvrages, rapports, documents de travail ...) sur la relation entre l'insécurité au travail (chômage, licenciements massifs, restructurations des entreprises...) et la santé des individus et de leur famille.

► **Mental Health and Employment Transitions: A Slippery Slope**

WEBBER D. J., et al.

2017

Economics Working Paper Series ; 1702. Bristol University of the West of England

<https://ideas.repec.org/p/uwe/wpaper/20171702.html>

Mental health status is associated with labour market outcomes. Existing literature illustrates that permanent workers with poor mental health select into temporary employment. However, it is unclear whether people with poor mental health stay in temporary employment or take a further step down the employment ladder. This paper examines the influence of poor mental health across the full set of employment transitions and reveals that women with poor mental health descend into unemployment, whereas men with poor mental health sink into inactivity. Given that one in four people will experience poor mental health at some point in their lives, we argue that more attention needs to be focused on supporting people in work rather than catching them as they slide into ever more precarious employment.

Vieillessement

► **Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie**

2017

Insee Analyses Ile-de-France(68)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3126682>

Avec l'âge, les capacités fonctionnelles déclinent et peuvent engendrer des situations de perte d'autonomie. Sur les 2,2 millions de Franciliens de 60 ans ou plus, près de 522 000 déclarent des problèmes fonctionnels sévères. Parmi ces derniers, environ 170 000 sont identifiés comme dépendants. Les Franciliens de 60 ans ou plus se déclarent moins souvent en situation d'incapacité et de dépendance que les personnes âgées des autres régions. Toutefois, d'importantes dis-

parités départementales existent, notamment entre Paris et la Seine-Saint-Denis, département le plus exposé. Ces inégalités sont encore plus marquées chez les femmes : les situations d'incapacité semblent moins fréquentes dans les départements où l'espérance de vie est la plus élevée.

► **Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile**

BENSADON A. C., et al.

2016

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article624>

Cette mission d'évaluation du volet « domicile » de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV), avait été confiée par les ministres à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de l'administration (IGA). La loi ASV comporte plusieurs dispositions visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et l'accessibilité des services nécessaires pour cela. Mais leur application se révèle souvent très complexe, tant pour les bénéficiaires que pour les financeurs et organisateurs. Les constats réalisés sur le terrain (dans 17 départements) illustrent le caractère progressif et hétérogène de cette mise en œuvre selon les départements, qui ont eu relativement peu de temps pour s'adapter à leurs nouvelles obligations. La mission formule plusieurs recommandations de simplification concernant notamment la compensation des charges nouvelles des départements et les obligations de procédures (redondantes) imposées aux services d'aide et d'accompagnement à domicile en matière d'évaluation. Est aussi recommandé un plan en faveur des aidants, en lien avec la stratégie nationale relative aux personnes en situation de handicap.

► **Long-Term Care Insurance: Knowledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection**

BOYER M., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23918. Cambridge NBER: 57.

<http://www.nber.org/papers/w23918>

We conduct a stated-choice experiment where respondents are asked to rate various insurance products aimed to protect against financial risks associated with long-term care needs. Using exogenous variation in prices from the survey design, and objective risks computed from a dynamic microsimulation model, these stated-choice probabilities are used to predict market equilibrium for long-term care insurance using the framework developed by Einav et al. (2010). We investigate in turn causes for the low observed take-up of long-term care insurance in Canada despite substantial residual out-of-pocket financial risk. We first find that awareness and knowledge of the product is low in the population: 44% of respondents who do not have long-term care insurance were never offered this type of insurance while overall 31% report no knowledge

of the product. Although we find evidence of adverse selection, results suggest it plays a minimal role in limiting take-up. On the demand side, once respondents have been made aware of the risks, we find that demand remains low, in part because of misperceptions of risk, lack of bequest motive and home ownership which may act as a substitute.

► **Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE «Ménages »**

BRUNEL M. ET CARRÈRE A.

2017

Études et Résultats (Drees)(1029)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1029.pdf>

En 2015, 4 % à 10 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile sont dépendantes au sens du groupe iso-ressources (GIR), selon que l'on retienne une définition restreinte ou large. Par ailleurs, 3 % des personnes sont estimées dépendantes au sens de l'indicateur de Katz et également 3 % au sens de l'indicateur de Colvez. Ces trois mesures renvoient à différentes facettes de la dépendance et seules 15 % des personnes dépendantes au sens de l'une de ces mesures le sont au titre des trois. Selon ces indicateurs, la France métropolitaine compterait entre 0,4 et 1,5 million de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Ces estimations sont les premiers résultats de l'enquête « Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages », volet seniors, réalisée par la Drees en 2015. Parmi les personnes âgées vivant à domicile, les femmes sont, à âge égal, plus fréquemment en perte d'autonomie que les hommes. Les écarts de prévalence entre les femmes et les hommes peuvent aller jusqu'à 6 points de pourcentage pour la tranche d'âge des 75 ans ou plus. Enfin, les seniors vivant à domicile sont moins en perte d'autonomie (- 3 points de pourcentage) qu'en 2008, alors même que la proportion de résidents en institution, davantage confrontés à des pertes d'autonomie, a baissé au cours de la période.

► **Access to Long-Term Care After a Wealth Shock: Evidence from the Housing Bubble and Burst**

COSTA-FONT J., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23781. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23781>

Home equity is the primary self-funding mechanism for long term services and supports (LTSS). Using data from the relevant waves of the Health and Retirement Study (1996-2010), we exploit the exogenous variation in the form of wealth shocks resulting from the value of housing assets, to examine the effect of wealth on use of home health, unpaid help and nursing home care by older adults. We find a significant increase in the use of paid home health care and unpaid informal care but no effect on nursing home care access. We conduct a placebo test on individuals who do not own property; their use of LTSS was not affected by the housing wealth changes. The findings suggest that a wealth shock exerts a positive and significant effect on the uptake of home health and some effect on unpaid care but no significant effect on nursing home care.

► **Vers une diminution programmée de l'aide familiale aux personnes âgées en perte d'autonomie ? État des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les familles et de leurs effets attendus sur l'aide filiale**

FONTAINE R. ET ARNAULT L.

2016

Paris Fondation Médéric Alzheimer

http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/content/download/22483/100179/file/2016_08_18%20Rapport%20Evolution%20Aide%20Informelle%20FINAL.pdf

Ce rapport présente un état des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques susceptibles d'impacter l'aide informelle dans les prochaines années. Cette dernière est aujourd'hui une ressource largement mobilisée dans la prise en charge des personnes âgées ne pouvant plus réaliser seules certaines des activités de la vie quotidienne. La pérennité de l'aide informelle pose cependant question. Différentes évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les structures familiales et les aidants potentiels risquent en effet de fragiliser le soutien familial dont

bénéficient actuellement les personnes âgées en perte d'autonomie. Après une analyse de ces évolutions, cette étude propose des scénarios possibles pour maintenir cette offre de service informelle.

► **Long-Term Care Reform and the Labor Supply of Informal Caregivers – Evidence from a Quasi-Experiment**

GEYER J. ET KORFHAGE T.

2017

Working paper ; 17/20. Londres University of York

<https://ideas.repec.org/p/zbw/vfsc15/113152.html>

Germany introduced a new mandatory insurance for long-term care in 1995. It replaced a system based on means-tested transfers. The new scheme made it easier for households to draw benefits and to organize informal care. We exploit this reform as a natural experiment and examine its effect on the labor supply of caregivers who live in the same household as the care recipient. We find strong negative results for male labor supply but not for women. We conduct a set of robustness tests and our results prove to be stable.

► **Labour Supply and Informal Care Supply: The Impacts of Financial Support for Long-Term Elderly Care**

HOLLINGSWORTH B., *et al.*

2017

GLO Discussion Paper, No. 118. sl Global Labor Organization

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/168427/1/GLO-DP-0118.pdf>

We investigate the impact of a policy reform, which introduced free formal personal care for all those aged 65 and above, on caregiving behaviour. Using a difference-indifferences estimator, we estimate that the free formal care reduced the probability of co-residential informal caregiving by 12.9%. Conditional on giving co-residential care, the mean reduction in the number of informal care hours is estimated to be 1:2 hours per week. The effect is particularly strong among older and less educated caregivers. In contrast to co-residential informal care, we find no change in extrarresidential caregiving behaviour. We also observe that the average labour market participation and the

number of hours worked increased in response to the policy introduction.

► **728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015**

MULLER M.
2017

Etudes Et Résultats (Drees)(1015)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/728-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2015>

En France, fin 2015, 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Huit sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'hébergement temporaire ou l'accueil de jour concernent 4 % des personnes âgées accompagnées. La population des établissements d'hébergement pour personnes âgées est en renouvellement permanent. Ainsi, un quart des personnes accueillies au 31 décembre 2015 sont arrivées dans l'établissement au cours de l'année; 55 % viennent de leur domicile ou de celui d'un proche. Un tiers des personnes ayant rejoint un établissement en 2015 l'ont quitté la même année.

► **Preventing Ageing Unequally**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.

2017

Paris OCDE

<http://www.oecd.org/social/preventing-ageing-unequally-9789264279087-en.htm>

Comment les futurs retraités se porteront-ils? Le rapport de l'OCDE « Prévenir le développement des inégalités avec l'âge » examine comment les deux grandes tendances du vieillissement de la population et des inégalités croissantes se développent et interagissent, au sein d'une même et entre les générations. Dans une perspective de parcours de vie, le rapport montre comment les inégalités d'éducation, de santé, d'emploi et de revenu interagissent et entraînent de grandes différences sur l'ensemble de la vie entre les

différents groupes. S'appuyant sur les bonnes pratiques des pays de l'OCDE, un agenda politique est proposé pour prévenir les inégalités avant qu'elles ne s'accroissent; atténuer les inégalités profondément enracinées; et prendre en charge les inégalités à des âges plus avancés. Le rapport met en avant des complémentarités et des synergies solides entre les politiques et, par conséquent, une approche interministérielle est susceptible d'être beaucoup plus efficace qu'une série de politiques distinctes de réduction des inégalités. En particulier, afin d'assurer une meilleure retraite pour tous, les mesures doivent être coordonnées entre les ministères en charge des politiques de la famille, de l'éducation, de l'emploi, des affaires sociales et les différentes agences.

► **Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers**

ROLAND, M.
2017

New York Commonwealth Fund

http://www.commonwealthfund.org/-/media/files/publications/fund-report/2017/aug/roland_10_recommendations_for_complex_patients_revisedexpanded.pdf

Health care costs are heavily concentrated among people with multiple health problems. Often, these are older adults living with frailty, advanced illness, or other complex conditions. In 2014, the New York-based Commonwealth Fund established the International Experts Working Group on Patients with Complex Needs through a grant to the London School of Economics and Political Science. The group's purpose was to outline the prerequisites of a high-performing health care system for "high-need, high-cost" patients and to identify promising international innovations in health care delivery for meeting needs of these patients. Drawing on international experience, quantitative and qualitative evidence, and its members' collective expertise in policy and program design, implementation, and evaluation, the international working group sought to articulate the principles that underpin high performance for this complex population in health systems around the world. What follows are the group's top recommendations based on these principles. All 10 present challenges, with some requiring profound paradigm shifts — for instance, away from disease-specific care delivery and toward

more patient-centered approaches, or away from the single-provider model and toward cooperation and teamwork. Their implementation, however, has the potential to transform care and quality of life for millions. The selected international models that follow the recommendations represent some of the promising frontline care innovations that illustrate the principles laid out here.

► **Personnes âgées dépendantes :
les dépenses de prise en charge pourraient
doubler en part de PIB d'ici à 2060**

ROUSSEL R.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1032)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>

Tous financeurs confondus, les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes représentent 30,0 milliards d'euros en 2014, soit 1,40 point de PIB. Plus des trois quarts de ce montant (23,7 milliards d'euros, soit 1,11 point de PIB) sont financés par les pouvoirs publics. Évaluée dans une optique de surcoût de la dépendance, cette somme recouvre les dépenses de santé, de prise en charge de la perte d'autonomie et d'hébergement. Selon le scénario de référence choisi pour cette étude, la dépense publique en faveur des personnes dépendantes augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB, et la dépense totale doublerait presque à 2,78 points de PIB. Les plus fortes évolutions seraient observées de 2030 à 2045, pour des raisons démographiques.

Watch on Health Economics Literature

December 2017

IRDES Information Centre

Health Insurance	Health Policy
Health Economics	Public Policy
Health Status	Prevention
E-health – Medical Technologies	Prevision - Evaluation
Geography of Health	Psychiatry
Disability	Primary Health Care
Hospitals	Health Systems
Health Inequalities	Occupational Health
Pharmaceuticals	Ageing
Methodology - Statistics	

Presentation

Produced by the IRDES Information Centre, this publication presents each month a theme-sorted selection of recently published peer-reviewed journal articles, grey literature, books and reports related to Health Policy, Health Systems and Health Economics.

Some documents are available online for free. Paid documents can be consulted at the [IRDES Information centre](#) or be ordered from their respective publishers. Copies of journal articles can also be obtained from university libraries (see [Sudoc](#)), the Inist Agency (see [Refdoc](#)) or the [British Library](#).

Please note that requests for photocopies or scans of documents will not be answered.

All past issues of **Watch on Health Economics Literature** (previously titled **Doc Veille**) are available online for consultation or download:

www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html

Watch on Health Economics Literature

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

ISSN 2556-2827

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



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

Contents

Health Insurance

- 11 **Multi-Generational Impacts of Childhood Access to the Safety Net: Early Life Exposure to Medicaid and the Next Generation's Health**
East C. N., et al.
- 11 **Subsidizing Health Insurance for Low-Income Adults: Evidence from Massachusetts**
Finkelstein A., et al.
- 11 **What Does (Formal) Health Insurance Do, and for Whom?**
Finkelstein A., et al.
- 12 **Selection in Health Insurance Markets and Its Policy Remedies**
Geruso M. et Layton T.
- 12 **La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens : La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse**
Lafon A. et Montaut A.
- 12 **Public Insurance and Psychotropic Prescription Medications for Mental Illness**
Maclean J. C., et al.

Health Economics

- 13 **Understanding the Dynamics of Drug Expenditure**
Aitken M. P.
- 13 **The Medical Care Costs of Youth Obesity: An Instrumental Variables Approach**
Biener A. I., et al.
- 13 **Smoking, Health Capital, and Longevity: Evaluation of Personalized Cessation Treatments in a Lifecycle Model with Heterogeneous Agents**
Chen L. S., et al.
- 13 **Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes.

- 14 **Paying Out-Of-Pocket: The Healthcare Spending of 2 Million US Families**
Farrel A. et Greig F. E.
- 14 **Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 ?**
Grangier J., et al.
- 14 **Comptes d'épargne santé : vers un nouveau mode de financement des soins**
Hirtzlin I.
- 15 **How Much Does Out-Of-Pocket Medical Spending Eat Away at Retirement Income?**
McInerney M., et al.
- 15 **Les dépenses de santé en 2016 : résultats des comptes de la santé. Edition 2017**
Ministère chargé de la santé.
- 15 **Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017**
Veran O. et Hurton G.

Health Status

- 16 **Do Humans Suffer a Psychological Low in Midlife? Two Approaches (With and Without Controls) in Seven Data Sets**
Blanchflower D. G. et Oswald A.
- 16 **L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014**
Célant N. et Rochereau T.
- 16 **Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicine in Europe Revisited**
Jonsson B., et al.
- 17 **Crise économique et santé**
Lang T., et al.

E-health – Medical Technologies

- 17 **La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes.

Geography of Health

- 17 **Atlas de la démographie médicale - Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion : situation au 1er janvier 2017**
Bouet P.
- 18 **Études longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France : perspectives des flux migratoires et trajectoires**
Bouet P.
- 18 **Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français**
Eliot E., et al.

Disability

- 18 **Rapport de capitalisation : déployer la démarche**
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- 19 **Evolution de la prestation de compensation du handicap (PCH)**
Daude M., et al.
- 19 **Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap**
Haute Autorité de santé.
- 19 **Les attentes et besoins des personnes polyhandicapées, de leurs familles et des professionnels qui les accompagnent**
Podevin M.
- 19 **Accompagnement des personnes handicapées. Dispositifs et modalités dans les établissements et services médico-sociaux**
Rapegno N. et Ulrich V.

Hospitals

- 20 **Analyse de l'activité hospitalière 2016**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.
- 20 **Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale**
Cour des Comptes.
- 20 **Reducing Excess Hospital Readmissions: Does Destination Matter**
Chen M. M.
- 21 **Uncompensated Care and the Collapse of Hospital Payment Regulation: An Illustration of the Tinbergen Rule**
Clemens J. et Ippolito B.
- 21 **Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé**
Cohen L., et al.
- 21 **Politics, Hospital Behavior, and Health Care Spending**
Cooper Z., et al.
- 22 **Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation**
Or Z. et Penneau A.
- 22 **An Emergencing Approach to Payment Reform: All-Payer Global Budgets for Large Safety-Net Hospital Systems**
Sharfstein J. F., et al.

Health Inequalities

- 22 **The Healthy Immigrant Paradox and Health Convergence**
Constant A. F.
- 23 **L'accès aux soins des migrants : Contrepoint**
Grelley P.
- 23 **Pathways between Minimum Wages and Health: The Role of Health Care Access and Health Behaviors**
Lenhart O.

- 23 **En quoi les retombées sociales sont-elles liées à l'éducation ?**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.

- 24 **Why Do Immigrants Report Lower Life Satisfaction?**
Yaman F. i-Molla P.

Pharmaceuticals

- 24 **Études post-AMM : détournement à grande échelle**

- 24 **La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer**
Cour des Comptes.

- 25 **Médicamentation de la société, l'affaire de tous : le point de vue de la pharmacologie sociale. Dossier**

- 25 **Consumer Learning and the Entry of Generic Pharmaceuticals**
Bairoliya N., *et al.*

- 25 **Returns to Pharmaceutical Innovation in the Market for Oral Chemotherapy in Response to Insurance Coverage Expansion**
Bennette C. S., *et al.*

- 26 **Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficacité nécessaires**
Cour des Comptes.

- 26 **A Dose of Managed Care: Controlling Drug Spending in Medicaid**
Dranove D., *et al.*

- 26 **Fragilité et consommation de médicaments en population âgée**
Herr M., *et al.*

- 26 **Private Patents and Public Health: Changing intellectual property rules for access to medicines**
Hoen E. T.

- 27 **Measuring the Potential Health Impact of Personalized Medicine: Evidence from MS Treatments**
Hult K. J.

- 27 **Regional Purchasing Groups and Hospital Medicine Prices: Evidence from Group Creations**
Toulemon L.

Methodology - Statistics

- 27 **A New Valuation Method: Directly Eliciting Personal Utility Functions**
Devlin N., *et al.*

- 28 **Handbook of the Economics of Risk and Uncertainty. Volume 1**
Machina M. J. et Viscusi W. K.

- 28 **An Econometric Analysis of the Impact of Telecare**
Monanyi K.

- 28 **Systematic Review Adherence to Methodological or Reporting Quality**
Pussegoda K., *et al.*

Health Policy

- 29 **Stratégie nationale de santé publique : contribution du Haut Conseil de la santé publique**
Chauvin F. et Mansour Z.

- 29 **The Impact of Tobacco Control Policies on Smoking Initiation in Europe**
Palali A. et Van Ours J. C.

Public Policy

- 30 **Rapport d'information sur la lutte contre les fraudes sociales**
Canayer A. y-Dumas A.

- 30 **Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?**
Le Défenseur des droits.

Prevention

- 30 **L'ETP au fil des mots : glossaire en éducation thérapeutique du patient**
Baumann L., *et al.*

- 30 **Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness**
McDaid D., et al.
- 31 **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017: Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies**
Organisation Mondiale de la Santé.
- 31 **Alcohol Labelling: A Discussion Document on Policy Options**
Organisation Mondiale de la Santé.

Prevision - Evaluation

- 31 **Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013**
De Batz C., et al.
- 32 **Les réseaux de soins**
Durand N. et Emmanuelli J.
- 32 **Évaluation qualitative PAERPA : rapport final**
Gand S., et al.

Psychiatry

- 32 **Loi santé 2015 de liquidation du secteur : vers une déshumanisation à marche forcée de la psychiatrie**
Klopp S.
- 32 **Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont**
Nestrigue C., et al.
- 33 **La recherche participative en santé mentale : bibliographie thématique**
Safon M. O.

Primary Health Care

- 33 **Does Multispecialty Practice Enhance Physician Market Power?**
Baker L. C., et al.

- 34 **Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées**
Cardoux J. N. et Daudigny Y.
- 34 **Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes**
Carrier H., et al.
- 34 **La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**
Cour des Comptes.
- 35 **Comment les médecins généralistes décrivent la dimension éducative de leurs pratiques ?**
Fournier C., et al.
- 35 **Témoignages, récits et parcours de vie**
Fournier C.
- 35 **The Impact of Primary Care Practice Transformation on Cost, Quality, and Utilization: A Systematic Review of Research Published in 2016**
Jabbarpou Y., et al.
- 35 **Price Effects of a Merger: Evidence from a Physicians' Market**
Koch T. G. et Ulrick S. W.
- 35 **Primary Care Home: Evaluating a New Model of Primary Care**
Kumpunen S., et al.
- 36 **Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital**
Rey D., et al.
- 36 **Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?**
Vergier N. et Chaput H.

Health Systems

- 36 **Strengthening Health System Governance: Better Policies, Better Performance**
Greer S. L., et al.

- 36 **Améliorer l'efficacité du système de santé**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.
- 37 **Études économiques de l'OCDE : France**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.

Occupational Health

- 37 **Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ?**
- 38 **Incidence of Social Security Contributions: Evidence from France**
Bozio A., et al.
- 38 **Mental Health, Human Capital and Labor Market Outcomes**
Cronin C. J., et al.
- 38 **The Socioeconomic and Gender Impacts of Health Events on Employment Transitions in France: A Panel Data Study**
Duguet E. et Le Clainche C.
- 39 **Partial Employment Protection and Perceived Job Security: Evidence from France**
Georgieff A. et Lepinteur A.
- 39 **Measuring Vulnerability to Adverse Working Conditions: Evidence from European Countries**
Greenan N. et Seghir M.
- 39 **Activation Against Absenteeism: Evidence from a Sickness Insurance Reform in Norway**
Hernaes O.
- 39 **Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail**
Lengagne P.
- 40 **L'insécurité au travail et son impact sur la santé**
Safon M. O et Suhard V.
- 40 **Mental Health and Employment Transitions: A Slippery Slope**
Webber D. J., et al.

Ageing

- 40 **Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie**
- 40 **Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile**
Bensadon A. C., et al.
- 41 **Long-Term Care Insurance: Knowledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection**
Boyer M., et al.
- 41 **Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE «Ménages »**
Brunel M. et Carrère A.
- 42 **Access to Long-Term Care After a Wealth Shock: Evidence from the Housing Bubble and Burst**
Costa-Font J., et al.
- 42 **Vers une diminution programmée de l'aide familiale aux personnes âgées en perte d'autonomie ? État des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les familles et de leurs effets attendus sur l'aide filiale**
Fontaine R. et Arnault L.
- 42 **Long-Term Care Reform and the Labor Supply of Informal Caregivers – Evidence from a Quasi-Experiment**
Geyer J. et Korfhage T.
- 42 **Labour Supply and Informal Care Supply: The Impacts of Financial Support for Long-Term Elderly Care**
Hollingsworth B., et al.
- 43 **728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015**
Muller M.
- 43 **Preventing Ageing Unequally**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.
- 43 **Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers**
Roland, M.
- 44 **Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060**
Roussel R.

Health Insurance

► **Multi-Generational Impacts of Childhood Access to the Safety Net: Early Life Exposure to Medicaid and the Next Generation's Health**

EAST C. N., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23810. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23810>

We examine multi-generational impacts of positive in utero and early life health interventions. We focus on the 1980s Medicaid expansions, which targeted low-income pregnant women, and were adopted differently across states and over time. We use Vital Statistics Natality files to create unique data linking individuals' in utero Medicaid exposure to the next generation's health outcomes at birth. We find strong evidence that the health benefits associated with treated generations' in utero access to Medicaid extend to later offspring in the form of higher average birth weight and decreased incidence of very low birth weight. Later childhood exposure to Medicaid does not lead to persistent health effects across generations. The return on investment is substantially larger than suggested by evaluations of the program that focus only on treated cohorts.

► **Subsidizing Health Insurance for Low-Income Adults: Evidence from Massachusetts**

FINKELSTEIN A., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23668. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23668>

How much are low-income individuals willing to pay for health insurance, and what are the implications for insurance markets? Using administrative data from Massachusetts' subsidized insurance exchange, we exploit discontinuities in the subsidy schedule to estimate willingness to pay and costs of insurance among low-income adults. As subsidies decline, insurance take-up falls rapidly, dropping about 25% for each \$40 increase in monthly enrollee premiums. Marginal enrollees tend to be lower-cost, consistent

with adverse selection into insurance. But across the entire distribution we can observe – approximately the bottom 70% of the willingness to pay distribution – enrollee willingness to pay is always less than half of own expected costs. As a result, we estimate that take-up will be highly incomplete even with generous subsidies: if enrollee premiums were 25% of insurers' average costs, at most half of potential enrollees would buy insurance; even premiums subsidized to 10% of average costs would still leave at least 20% uninsured. We suggest an important role for uncompensated care for the uninsured in explaining these findings and explore normative implications.

► **What Does (Formal) Health Insurance Do, and for Whom?**

FINKELSTEIN A., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23718. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23718>

Health insurance confers benefits to the previously uninsured, including improvements in health, reductions in out-of-pocket spending, and reduced medical debt. But because the nominally uninsured pay only a small share of their medical expenses, health insurance also provides substantial transfers to non-recipient parties who would otherwise bear the costs of providing uncompensated care to the uninsured. The prevalence of uncompensated care helps explain the limited take-up of heavily-subsidized public health insurance and the evidence that many recipients value formal health insurance at substantially less than the cost to insurers of providing that coverage. The distributional implications of public subsidies for health insurance depend critically on the ultimate economic incidence of the transfers they deliver to providers of uncompensated care.

► **Selection in Health Insurance Markets and Its Policy Remedies**

GERUSO M. ET LAYTON T.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23876. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23876>

In this essay, we review the theory and evidence concerning selection in competitive health insurance markets and discuss the common policy tools used to address the problems it creates. We begin by outlining some important but often misunderstood differences between two types of conceptual frameworks related to selection. The first, which we call the fixed contracts approach, takes insurance contract provisions as given and views selection as influencing only insurance prices in equilibrium. The second, the endogenous contracts approach, treats selection as also influencing the design of the contract itself, including the overall level of coverage and coverage for services that are differentially demanded by sicker consumers. After outlining the selection problems, we discuss four commonly employed policy instruments that affect the extent and impact of selection: 1) premium rating regulation, including community rating; 2) consumer subsidies or penalties to influence the take-up of insurance; 3) risk adjustment; and 4) contract regulation. We discuss these policies with reference to two markets that seem especially likely to be targets of reform in the short and medium term: Medicare Advantage and the individual insurance markets reformed by the Affordable Care Act of 2010.

► **La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens : La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse**

LAFON A. ET MONTAUT A.

2017

Dossiers De La Drees (Les)(19): 32.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/la-place-de-l-assurance-maladie-privée-dans-six-pays-europeens-la-france-l>

Ce dossier décrit la place des organismes privés d'assurance dans la couverture maladie en Europe, à travers l'exemple de six pays : la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse, l'Espagne et le Royaume-Uni.

Au sein de ces pays existe une couverture maladie de base et obligatoire instaurée par les pouvoirs publics. Toutefois, en Suisse, aux Pays-Bas et dans une moindre mesure en Allemagne, la gestion de cette couverture de base est confiée aux assureurs privés, mis en concurrence. Dans l'ensemble des pays étudiés, des organismes privés proposent aussi en sus une offre d'assurance maladie facultative qui vient améliorer la couverture de base.

► **Public Insurance and Psychotropic Prescription Medications for Mental Illness**

MACLEAN J. C., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23760. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23760>

Mental illnesses are prevalent in the United States and globally, and cost is a critical barrier to treatment receipt for many afflicted individuals. Affordable insurance coverage can permit access to effective health-care services and treatment of mental illnesses. We study the effects of recent and major eligibility expansions within Medicaid, a public insurance system in the U.S. that finances healthcare services for the poor, on psychotropic medications prescribed in outpatient settings. To this end, we estimate differences-in-differences models using administrative data on medications prescribed in outpatient settings for which Medicaid was a third-party payer between 2011 and 2016. Our findings suggest that these expansions increased psychotropic prescriptions by 22% with substantial heterogeneity across psychotropic class and state characteristics that proxy for patient need, expansion scope, and system capacity. We provide further evidence that Medicaid, and not patients, primarily financed these prescriptions. These findings suggest that public insurance expansions have the potential to improve access to evidence-based treatments among low-income populations suffering from mental illnesses.

Health Economics

► **Understanding the Dynamics of Drug Expenditure**

AITKEN M. P.
2017

Paris IMS Health

http://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Reports/Understanding_the_Dynamic_Composition_of_Drug_Expenditure/QIHI_Understanding_the_Dynamics_of_Drug_Expenditure_Shares_Levels_Compositions_Drivers.pdf

Bien que le niveau de dépense des médicaments soit étroitement surveillé et souvent commenté, la composition de cette dépense et sa dynamique sont moins bien comprises. Ce rapport décrit l'ampleur de l'évolution des dépenses en médicaments au cours de la période 1995 à 2015 dans cinq pays développés (Allemagne, États-Unis, France, Japon et Royaume-Uni) et examine les facteurs de changement dans le temps.

► **The Medical Care Costs of Youth Obesity: An Instrumental Variables Approach**

BIENER A. I., *et al.*
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23682. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23682>

This paper is the first to use the method of instrumental variables to estimate the causal impact of youth obesity on U.S. medical care costs. We examine data from the Medical Expenditure Panel Survey for 2001-2013 and instrument for child BMI using the BMI of the child's biological mother. IV estimates indicate that obesity raises annual medical care costs by \$1,354 (in 2013 dollars) or 159%, which is considerably higher than previous estimates of the association of youth obesity with medical costs; thus, the cost-effectiveness of anti-obesity interventions have likely been underestimated. The costs of youth obesity are borne almost entirely by third party-payers, which is consistent with substantial externalities of youth obesity, which in turn represents an economic rationale for government intervention.

► **Smoking, Health Capital, and Longevity: Evaluation of Personalized Cessation Treatments in a Lifecycle Model with Heterogeneous Agents**

CHEN L. S., *et al.*
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23820. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23820>

Cigarette smoking leads to large healthcare and morbidity costs, and mortality losses, and smoking cessation plays a key role in reducing health risk and economic costs. While medical evidence suggests that some smokers are more likely to respond to medication treatment than others depending on genetic markers, it remains unexplored whether pharmacogenetic testing is cost-effective in treating potential quitters of smoking. We address this knowledge gap by developing a lifecycle model in which individuals make smoking, health investment and consumption-savings decisions. Depending on an individual's genotype, smoking may bring enjoyment but deteriorates one's health, and the dynamic evolution of health capital determines life expectancy. In addition to heterogeneous genotypes, individuals also differ in demographics. We calibrate this model to fit key economic and medical observations in the U.S. We then propose three smoking cessation policies, two with standard treatments and one personalized depending on genetic markers, all under the same program costs. We construct two unified measures of effectiveness and subsequently compute the cost-effectiveness ratio. We find that personalized treatment is the most cost-effective: for each dollar of program cost, it generates \$8.94 value in effectiveness, which is 22-45% higher than those under standard treatments.

► **Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**

COUR DES COMPTES.
2017

Paris Cour des Comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Dans cette édition 2017, la Cour des comptes estime que le déficit de la sécurité sociale a reculé l'an dernier au prix, en partie, d'artifices comptables. La Cour recommande ainsi au gouvernement à ne pas relâcher l'effort et à aller encore plus loin. Concernant l'assurance maladie, qui reste l'homme malade de la Sécu avec un déficit stable en 2016, à 5,5 milliards d'euros, hors produit exceptionnel de CSG, la Cour dénonce également de nombreux biais qui affectent la sincérité des comptes, dont de fausses économies, des transferts opaques entre branches, des prélèvements trompeurs sur les réserves. Le rapport plaide ainsi pour le développement de la chirurgie ambulatoire et de la télémédecine. Il préconise également un meilleur contrôle des dépassements d'honoraires des spécialistes libéraux.

► **Paying Out-Of-Pocket: The Healthcare Spending of 2 Million US Families**

FARREL A. ET GREIG F. E.
2017

New York JPMorgan Chase Institute

The JPMorgan Chase Institute set out to better understand out-of-pocket healthcare spending among US households. Building off a sample of 2.3 million de-identified core Chase customers aged 18 to 64 between 2013 and 2016, we assembled the JPMorgan Chase Institute Healthcare Out-of-pocket Spending Panel (JPMCI HOSP) data asset in order to explore the levels, concentration, and growth of out-of-pocket healthcare spending and the implications for household financial health. The JPMCI HOSP provides a first-ever look into out-of-pocket healthcare spending for households on a month-to-month basis, at the state, metro, and county level, and as recent as 2016.

► **Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 ?**

GRANGIER J., et al.
2017

Études Et Résultats (Drees)(1025)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1025.pdf>

Entre 2011 et 2015, la dépense de santé, tous financeurs confondus, telle que retracée par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), a progressé de 8,9 %. Plus de la moitié de cette croissance s'explique par des facteurs démographiques : l'accroissement de la population pour un quart, et son vieillissement pour un autre quart. Le reste de la croissance tient à l'ensemble des autres facteurs influant sur la dépense de santé : modifications de comportement des assurés et des professionnels de santé, avancées techniques et innovations, évolution de la réglementation, etc. Le reste à charge des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire a progressivement diminué en proportion de la CSBM entre 2011 et 2015, de 1 point au total. La moitié de cette baisse tient au vieillissement de la population, à l'accroissement de la prévalence des affections de longue durée (ALD) à âge donné et, pour les personnes touchées par une ALD, à l'augmentation de la part de leur consommation de soins en lien avec cette ALD.

► **Comptes d'épargne santé : vers un nouveau mode de financement des soins**

HIRTZLIN I.
2017

Risques(110): 150-157.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01575611/>

Dans les pays européens, le financement des dépenses de santé repose sur des ressources instantanées. Les enjeux démographiques remettent cependant en cause la soutenabilité de ce modèle à moyen terme. Le recours à des comptes épargne santé dans certains pays (États-Unis et Singapour notamment) peut constituer une piste de réflexion intéressante pour la France, notamment au niveau des restes à charge supportés par les patients. Les comptes épargne présentent en effet l'avantage de permettre un financement intertemporel des soins, d'assurer la portabilité des droits même en cas de changement d'employeur, et de limiter le renoncement aux soins. Des études et travaux de recherche restent à mener avant leur mise en place dans les pays européens, en restant vigilant en matière d'équité d'accès à ce type de dispositif.

► **How Much Does Out-Of-Pocket Medical Spending Eat Away at Retirement Income?**

MCINERNEY M., *et al.*

2017

Working Paper, 2017-13. Ann Arbor Michigan Retirement Research Center

<http://crr.bc.edu/working-papers/how-much-does-out-of-pocket-medical-spending-eat-away-at-retirement-income>

The adequacy of retirement income – from Social Security benefits and other sources – is substantially reduced by Medicare’s high out-of-pocket (OOP) costs. This project uses the 2002-2014 Health and Retirement Study to calculate post-OOP benefit ratios, defined as the share of either Social Security benefits or total income available for non-medical spending. The project decomposes the share of income that is going toward premium payments and services delivered, and examines how these post-OOP benefit ratios differ by age, gender, income, supplemental insurance coverage, and health status. The project also updates previous studies’ estimates to document how OOP spending and the post-OOP income ratios changed following the introduction of Medicare Part D prescription drug coverage in 2006 and the closing of the “donut hole” coverage gap in 2010, which decreased OOP costs under Part D for those spending moderate amounts on prescriptions.

► **Les dépenses de santé en 2016 : résultats des comptes de la santé. Edition 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ.

2017

Panorama de la Drees Santé. Paris Ministère chargé de la Santé

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2016-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2017>

Élaborés par la Drees, les comptes de la santé constituent l’un des satellites des comptes nationaux de l’Insee, dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l’élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système SHA de l’OCDE, d’Eurostat et de l’OMS) et permettent ainsi d’établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées. Cet ouvrage est composé d’une vue d’ensemble, synthétisant les éléments marquants de 2016, et de trois chapitres de fiches. Le

premier chapitre traite de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qu’il examine en détail pour chaque volet de dépense et de son financement. Le deuxième est centré sur l’agrégat comptable le plus englobant du système de soins, la dépense courante de santé (DCS), sur les acteurs associés et l’opinion des ménages en matière de santé. Enfin, le dernier est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et du reste à charge des ménages. Cet ouvrage comprend également un éclairage consacré aux indices de prix de la santé.

► **Rapport d’information sur la mise en application de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017**

VERAN O. ET HURTON G.

2017

Rapport d’information ; 965. Paris Assemblée nationale ; Paris La documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/174000628-rapport-d-information-depose-par-la-commission-des-affaires-sociales-sur-la-mise?xtor=EPR-526>

Le rapport d’évaluation sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 souligne une amélioration sensible du nombre de textes réglementaires publiés par rapport à l’année précédente : sur les 70 textes d’application, 28 ont été publiés, soit 40 %. Parmi les textes attendus : 17 décrets en Conseil d’État, 18 décrets simples, et 7 arrêtés. Une grande partie devrait être concrétisée au cours du dernier trimestre ou début 2018 (portant sur le recouvrement des créances alimentaires impayées par les CAF, la rénovation du financement des établissements de santé, le financement des activités de médecine ou de SSR des hôpitaux de proximité, ...).

Health Status

► **Do Humans Suffer a Psychological Low in Midlife? Two Approaches (With and Without Controls) in Seven Data Sets**

BLANCHFLOWER D. G. ET OSWALD A.
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23724. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23724>

Using seven recent data sets, covering 51 countries and 1.3 million randomly sampled people, the paper examines the pattern of psychological well-being from approximately age 20 to age 90. Two conceptual approaches to this issue are possible. Despite what has been argued in the literature, neither is the 'correct' one, because they measure different things. One studies raw numbers on well-being and age. This is the descriptive approach. The second studies the patterns in regression equations for well-being (that is, adjusting for other influences). This is the *ceteris-paribus* analytical approach. The paper applies each to large cross-sections and compares the patterns of life-satisfaction and happiness. Using the first method, there is evidence of a midlife low in five of the seven data sets. Using the second method, all seven data sets produce evidence consistent with a midlife low. The scientific explanation for the approximate U-shape currently remains unknown.

► **L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014**

CÉLANT N. ET ROCHEREAU T.
2017

Paris : Irdes

L'enquête santé et protection sociale (ESPS) est une enquête en population générale par sondage, qui est réalisée depuis 1988 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). En 2014, en collaboration avec la Drees, l'enquête ESPS est le support de l'enquête santé européenne (European Health Interview Survey- EHIS) qui devient, pour la France, la seule enquête santé généraliste représentative en population générale. L'année 2014 constitue ainsi la dernière vague du terrain de l'enquête ESPS dont les données de consommation de soins seront collectées

et appariées au panel ESPS jusqu'en 2016. Pour la vague 2019 et les suivantes, la version française de l'enquête EHIS intégrera tous les six ans des questions spécifiques sur la couverture complémentaire santé. L'enquête a pour objectifs d'étudier les liens existant entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance santé publique et privée et les caractéristiques individuelles, en particulier le statut socio-économique. Le croisement de ces informations offre la possibilité de mener des analyses sur l'équité du système de santé et d'éclairer l'action publique en participant à l'évaluation des politiques publiques comme les questions sur la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les franchises médicales, le médecin traitant.

► **Comparator Report on Patient Access to Cancer Medicine in Europe Revisited**

JONSSON B., *et al.*

2016

Lund IHE

<http://ihe.se/en/publicering/cancer-medicines-in-europe-2/>

This new report compares the cancer situation in EU28 plus Norway and Switzerland. The report builds on a previous comparative study conducted in 2005 and provides a comprehensive view of the development of cancer in Europe over the past two decades. The report shows that the number of people diagnosed with cancer continue to increase in Europe, up by 30 percent between 1995 and 2012 due to a growing and aging population. Despite this growth and an increased spending on cancer medicines the overall spending on cancer care has remained stable at around six percent of total health expenditure largely due to a shift towards outpatient care. The report also concludes that there is great difference in access to medicines, in particular between richer and poorer countries but also between countries with similar purchasing power. The access problem requires collaboration between policy makers, payers, regulators, HTA bodies and manufacturers. Local solutions seem most feasible to balance the risk and reward of new treatment options between payers and manufacturers and reflect the affordability levels of different countries.

► **Crise économique et santé**

LANG T., et al.

2017

Actualité et Dossier En Santé Publique(99): 9-52.

Les crises économiques affectent particulièrement les populations démunies et leur santé : dégradation de la

santé mentale, augmentation des suicides mais baisse des accidents de transports. Elles entraînent une diminution des budgets consacrés à la protection sociale, à l'éducation et au logement, ce qui a des conséquences sur certains déterminants de santé et renforce les inégalités sociales de santé.

E-health – Medical Technologies

► **La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**

COUR DES COMPTES.

2017

Paris : Cour des Comptes: 297-.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

À l'occasion de plusieurs de ses travaux récents, portant notamment sur la santé des personnes détenues, la santé dans les outre-mer, l'hospitalisation à domicile et l'imagerie médicale, la Cour avait relevé l'atout que pourrait représenter la télémédecine pour certains

segments de l'offre de soins. Elle a cherché à apprécier plus complètement par une enquête spécifique l'adéquation de l'action conduite par les pouvoirs publics aux enjeux et conditions du développement de la télémédecine. La télémédecine constitue, en effet, un levier potentiellement majeur de modernisation de système de santé français. Le caractère fragmentaire et désordonné des actions menées par les pouvoirs publics en maintient cependant le développement à un stade embryonnaire. Une stratégie d'ensemble cohérente, qui achève de lever les préalables techniques et juridiques et mette en place un cadre tarifaire adapté à son expansion, est indispensable à la concrétisation de ses apports à l'efficacité des soins.

Geography of Health

► **Atlas de la démographie médicale - Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion : situation au 1er janvier 2017**

BOUET P.

2017

Paris : CNOM.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

10 ans après le 1^{er} Atlas, publié en 2007, l'Atlas 2017 offre une première vision décennale de l'évolution démographique des médecins dans chacun des territoires français. Les enseignements issus de cette comparaison sont nombreux : baisse du nombre de médecins en activité régulière, féminisation de la pro-

fession, renouvellement générationnel... L'Atlas 2017 a également été l'occasion de croiser des données publiques. Alors que la santé reste l'un des premiers symptômes des fragilités territoriales, cette étude comparée démontre que les territoires souffrant de difficultés d'accès aux soins sont aussi touchés par d'autres fragilités (contexte socio-économique, aménagement du territoire et couverture numérique, déterminants de santé des populations...).

► **Études longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France : perspectives des flux migratoires et trajectoires**

BOUET P.

2017

Paris : CNOM.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/perspectives_flux_migratoires_et_trajectoires_2017_0.pdf

Cette étude sur les flux migratoires de médecins à diplômes étrangers en France constate une augmentation constante des médecins étrangers en activité régulière depuis 10 ans. En 2017, on dénombre 22 619 médecins à diplôme étranger en activité régulière. Cela représente 11 % de l'activité régulière en France en 2017. Parmi ces médecins titulaires d'un diplôme délivré dans un autre pays, 45 % sont originaires de l'Union européenne. Contrairement à une idée largement répandue, cette population n'est pas une réponse aux difficultés territoriales d'accès aux soins. Cette étude montre que ces médecins étrangers, quelle que soit leur nationalité, et à l'instar de leurs confrères français, ne s'installent pas dans les zones définies comme déficitaires par les ARS. Par ailleurs et de manière générale, on observe que la part de l'exercice salarié est dominante (62 %) chez les médecins titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen. Cela est vérifié partout en France : l'exercice salarié est privilégié par les médecins à diplôme étranger

dans toutes les régions de France, par les médecins à diplôme européen comme par les médecins à diplôme extra-européen.

► **Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français**

ELIOT E., et al.

2017

Revue Francophone Sur La Santé Et Les Territoires: 1-11.

https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2017/06/Eliot_Lucas_Mangeney_rfst_2017.pdf

Ces dernières décennies, les transformations des systèmes de santé dans le monde se traduisent par des processus de territorialisation, sous-tendus par trois tendances principales : la régulation financière, le développement des partenariats et le transfert des compétences. Dans ce papier, nous resituons tout d'abord le processus de territorialisation dans le cadre plus général des questions de décentralisation, de gouvernance et de gouvernement. En se focalisant sur le cas français, nous analysons ensuite l'articulation entre la décentralisation dite fonctionnelle en santé et les processus plus généraux de décentralisation des institutions. Pour conclure, nous questionnons les enjeux opérationnels et organisationnels qui en découlent.

Disability

► **Rapport de capitalisation : déployer la démarche**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE.

2017

Une réponse accompagnée pour tous » - Premiers enseignements et retours d'expérience. » Paris CNSA

http://www.cnsa.fr/documentation/reponse_accompagnee_-_rapport_de_capitalisation_-_juillet_17.pdf

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est avant tout une ambition à atteindre pour les personnes en situation de handicap et leurs familles, un

état d'esprit pour tous les acteurs impliqués : ambition et état d'esprit qui doivent sous-tendre en permanence la méthode mise en place par les départements pionniers. Réalisé dans le cadre de la politique d'appui aux territoires engagés dans la démarche, cette publication de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dresse un premier constat de l'expérimentation menée dans 24 sites pionniers en 2015 et identifie des bonnes pratiques et des points de vigilance qui seront utiles aux 66 territoires engagés tout au long de l'année 2017. Les conseils et points d'attention portent sur les 4 axes de la démarche et sur son pilotage.

► **Evolution de la prestation de compensation du handicap (PCH)**

DAUDE M., et al.
2016

Paris Igas

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R__tome_1_.pdf
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R_-_tome_2.pdf

Après un bilan chiffré de la prestation de compensation du handicap, ce rapport pointe les difficultés d'accès à la PCH pour certains types de handicaps (notamment le handicap psychique), la « non-inclusion » de l'aide-ménagère dans la PCH, et le manque de moyens des maisons départementales des personnes handicapées. Il exprime 35 recommandations destinées à soutenir la parentalité, à assouplir les barrières d'âge, préciser et clarifier le rôle des FDC, à encourager les expériences d'habitat partagé, à améliorer les contrôles d'effectivité et les rendre plus transparents, ou encore à mieux connaître les causes du handicap pour éviter les cumuls d'indemnisation.

► **Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.
2017

St Denis La Plaine HAS

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2772619/fr/accueil-accompagnement-et-organisation-des-soins-en-etablissement-de-sante-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap

En établissement de santé, les personnes en situation de handicap font face à de nombreux obstacles pour être accueillies et accompagnées de manière adaptée. Le guide, proposé aux professionnels exerçant en établissement de santé, inclut un résumé, des préconisations et deux outils de mise en œuvre : une check list des actions à entreprendre (destinée à l'équipe dirigeante) et une grille patient traceur (destinée à l'équipe impliquée dans l'accueil et la prise en charge de la personne en situation de handicap).

► **Les attentes et besoins des personnes polyhandicapées, de leurs familles et des professionnels qui les accompagnent**

PODEVIN M.
2016

Laroque des Albères ADEPO

www.adepo.fr/sites/adepo.fr/files/upload/adepo_enquete_polyhandicap_2016.pdf

Ce rapport rend compte d'une étude qualitative sur les difficultés et les besoins des personnes polyhandicapées et de leur famille en matière de prise en charge, d'accueil et d'accompagnement. Le recueil qualitatif de l'étude a été complété d'un volet quantitatif afin de tenter de quantifier les difficultés mises en lumière par les familles et les professionnels.

► **Accompagnement des personnes handicapées. Dispositifs et modalités dans les établissements et services médico-sociaux**

RAPEGNO N. ET ULRICH V.
2017

Questions de Santé Publique(32)

<http://www.iresp.net/files/2017/08/IReSP-n--32.web-BD-1.pdf>

La CNSA, la Drees et l'IReSP ont organisé, en 2016-2017, un séminaire de réflexion sur les dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées afin de préparer un appel à projets de recherche sur cette thématique. Ce séminaire a permis de faire le point sur l'évolution de l'offre d'accompagnement dans le secteur médico-social, sur les logiques à l'œuvre et l'état de la recherche dans ce domaine. L'offre médico-sociale comprend les établissements et services à destination des enfants et adultes handicapés. Elle est actuellement en cours de transformation, notamment dans le but de s'adapter au mieux aux besoins des personnes handicapées, quels que soit leur âge et leur parcours. À cette fin, une meilleure connaissance des aspirations des personnes et des expériences qu'elles vivent en matière d'accompagnement est nécessaire. Sur les territoires, la configuration de l'offre d'établissements et de services est le fruit d'histoires institutionnelles singulières et de spécificités géographiques. Sous l'impulsion des pouvoirs publics mais aussi de collectifs constitués par les personnes handicapées et leurs familles, cette offre évolue, avec notamment le développement des ser-

vices d'accompagnement à domicile et l'émergence de nouvelles formes d'habitat qui se veulent être une alternative aux établissements et au domicile.

Ces mutations offrent des perspectives de recherche diverses et stimulantes.

Hospitals

► **Analyse de l'activité hospitalière 2016**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION.

2017

Synthèse. Lyon ATIH

<http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2016>

Le recueil de l'information dans les établissements de santé, cœur de métier de l'ATIH, permet d'effectuer l'analyse annuelle de l'activité hospitalière et de proposer une vision globale des hospitalisations en France. Cette analyse se présente sous la forme d'une synthèse de l'activité hospitalière, réalisée par champ : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Chaque champ d'activité s'articule autour de chiffres clés présentant le panorama de l'activité, d'un descriptif des patients pris en charge, des motifs de recours et des lieux de prise en charge. En 2016, plus de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,6 millions de patients soit un taux d'hospitalisation de 191 patients pour 1 000 habitants.

► **Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale**

COUR DES COMPTES.

2017

Paris : Cour des Comptes: 254-296.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Pratique médicale d'excellence qui contribue au rayonnement du système de santé en France, la chirurgie représente un enjeu majeur. Malgré son importance structurante, ce secteur n'a pas fait l'objet de travaux

d'ensemble depuis le rapport d'information du Sénat sur l'avenir de la chirurgie de 2008. Dans le prolongement des chapitres qu'elle a consacrés précédemment à la chirurgie ambulatoire et à la recomposition territoriale de l'offre de soins, la Cour a cherché à analyser la dynamique des activités chirurgicales au cours de la période récente, au regard en particulier des innovations considérables qui vont les affecter dans un avenir proche et soulèvent la question de leurs conditions d'exercice en des termes renouvelés. La Cour a constaté que les activités chirurgicales connaissent une croissance sensible, restent marquées par de fortes disparités territoriales et s'exercent toujours dans un nombre élevé de sites malgré les réorganisations intervenues. L'offre de soins chirurgicaux, dispersée, peu régulée, confrontée à des difficultés démographiques et à un manque d'attractivité de certains types d'exercice, apparaît insuffisamment adaptée aux enjeux de sécurité, d'efficacité et d'innovation. Une amplification et une accélération de sa restructuration s'imposent ainsi pour une meilleure qualité des prises en charge.

► **Reducing Excess Hospital Readmissions: Does Destination Matter**

CHEN M. M.

2017

Miami Florida International University

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3034478

Reducing excess hospital readmissions has become a high policy priority to lower health care spending and improve quality. The Affordable Care Act (ACA) penalizes hospitals with higher-than-expected readmission rates. This study tracks patient-level admissions and readmissions to Florida hospitals from 2006 to 2014 to examine whether the ACA has reduced readmission effectively. We compare not only the change in readmissions in targeted conditions to that in non-targeted conditions, but also changes in sites of readmis-

sion over time and differences in outcomes based on destination of readmission. We find that the drop in readmissions is largely owing to the decline in readmissions to the original hospital where they received operations or treatments (i.e., the index hospital). Patients readmitted into a different hospital experienced longer hospital stays. The results suggest that the reduction in readmission is likely achieved via both quality improvement and strategic admission behavior.

► **Uncompensated Care and the Collapse of Hospital Payment Regulation: An Illustration of the Tinbergen Rule**

CLEMENS J. ET IPPOLITO B.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23758. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23758>

Hospital payment regulation has historically been introduced to meet multiple policy objectives. The primary objective of “all-payer” rate setting regimes was to control costs through consistent, centrally regulated payments. These regimes were often linked, however, to an ancillary goal of financing care for the uninsured. We show that this secondary objective made states’ all-payer regimes economically and legally unstable. Their economic instability reflected a feedback loop from surcharge rates to insurance coverage rates and back to the quantities of uncompensated care in need of being financed. The erosion of all-payer regimes’ surcharge bases was particularly pronounced when health maintenance organizations were exempted from surcharge collections, creating a regulatory arbitrage opportunity. The economic and legal instability we highlight could largely have been avoided by financing the cost of uncompensated care provision through taxation of income or other standard revenue bases. These developments thus illustrate the wisdom of the Tinbergen Rule, which recommends that independent policy objectives be met with independent policy instruments.

► **Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé**

COHEN L., et al.

2017

Paris Sénat: 109.

<http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

Face aux difficultés que rencontrent les services d’urgence hospitalière, ce rapport formule vingt propositions concrètes, ancrées dans l’exercice quotidien des personnels, dans la perspective d’une mise en œuvre à court terme. Les rapporteurs proposent notamment, une amélioration du fonctionnement concret de ces services par une réforme de la tarification (modulation du montant du financement à l’activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, création d’un forfait de réorientation vers les structures de ville). Les autres propositions concernent les conditions de travail des équipes, les mesures incitatives pour la prise en charge des urgences légères par les médecins libéraux et la régulation médicale.

► **Politics, Hospital Behavior, and Health Care Spending**

COOPER Z., et al.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23748. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23748>

This paper examines the link between legislative politics, hospital behavior, and health care spending. When trying to pass sweeping legislation, congressional leaders can attract votes by adding targeted provisions that steer money toward the districts of reluctant legislators. This targeted spending provides tangible local benefits that legislators can highlight when fundraising or running for reelection. We study a provision - Section 508 - that was added to the 2003 Medicare Modernization Act (MMA). Section 508 created a pathway for hospitals to apply to get their Medicare payment rates increased. We find that hospitals represented by members of the House of Representatives who voted ‘Yea’ on the MMA were significantly more likely to receive a 508 waiver than hospitals represented by members who voted ‘Nay.’ Following the payment increase generated by the 508 program, recipient hospitals treated more patients, increased payroll, hired nurses, added new technology, raised

CEO pay, and ultimately increased their spending by over \$100 million annually. Section 508 recipient hospitals formed the Section 508 Hospital Coalition, which spent millions of dollars lobbying Congress to extend the program. After the vote on the MMA and before the vote to reauthorize the 508 program, members of Congress with a 508 hospital in their district received a 22% increase in total campaign contributions and a 65% increase in contributions from individuals working in the health care industry in the members' home states. Our work demonstrates a pathway through which the link between politics and Medicare policy can dramatically affect US health spending.

► **Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation**

OR Z. ET PENNEAU A.

2017/09

Paris : Irdes.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf>

Les services d'urgence sont essentiels au système de santé afin de traiter rapidement les situations d'urgences médicales. Ils sont cependant souvent utilisés pour des prises en charge non urgentes pouvant être réalisées dans le secteur ambulatoire. La rapide augmentation du volume de passages aux urgences, particulièrement chez les sujets âgés, est une source de pression pour les hôpitaux et le système de soins. Cette étude a pour objectif d'identifier les déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus.

► **An Emergencing Approach to Payment Reform: All-Payer Global Budgets for Large Safety-Net Hospital Systems**

SHARFSTEIN J. F., *et al.*

2017

Washington The Commonwealth Fund

<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/aug/payment-reform-all-payer-global-budgets-hospital>

In 2010, Maryland launched a pilot program in which 10 rural hospitals were each guaranteed a set amount of revenue for the coming year, regardless of the number of inpatient admissions or emergency department visits. After 30 months, potentially preventable complications fell by nearly half, readmission rates dropped even further, and the hospitals had generated hundreds of millions in Medicare savings. The emergence of all-payer global hospital budgeting may represent a solution to the challenge safety-net health care systems face in meeting their communities' needs for expanded primary care, behavioral health, and social services. Unlike fee-for-service reimbursement, global budgeting creates an incentive for hospitals to reorganize care delivery and invest in services to address preventable health conditions. This report assesses the potential of all-payer global hospital budgeting to further the mission of safety-net health systems. The authors detail the steps to implementing global budgets while also weighing the pros and cons of pursuing global budgeting over alternative value-based payment arrangements.

Health Inequalities

► **The Healthy Immigrant Paradox and Health Convergence**

CONSTANT A. F.

2017

Maastricht UNU-MERIT

<https://www.merit.unu.edu/publications/wppdf/2017/wp2017-044.pdf>

The health status of people is a precious commodity and central to economic, socio-political, and environmental dimensions of any country. Yet it is often the missing statistic in all general statistics, demographics, and presentations about the portrait of immigrants and natives. In this paper we are concerned with international migration and health outcomes in the host countries. Through a general literature review and exam-

ination of specific immigration countries, we provide insights into the Healthy Immigrant Paradox and the health assimilation of immigrants as we also elucidate selection and measurement challenges. While health is part of human capital, health assimilation is the mirror image of earnings assimilation. Namely, immigrants arrive with better health compared to natives and their health deteriorates with longer residence in the host country, converging to the health of natives or becoming even worse. A deeper understanding of immigrant health trajectories, and disparities with natives and other immigrants is of great value to societies and policymakers, who can design appropriate policy frameworks that address public health challenges, and prevent the health deterioration of immigrants.

► **L'accès aux soins des migrants : Contrepoint**

GRELLEY P.
2016

Informations Sociales(194).

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2016-3-page-95.htm>

La garantie d'accès aux soins de santé qui est édictée par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne s'impose à tous les États membres de l'Union dans le ressort de leur juridiction et s'applique à toute personne, y compris aux migrants en situation irrégulière. L'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA) a voulu connaître le cadre juridique et les conditions réelles d'application de ces recommandations. Elle a organisé à cette fin une recherche portant sur dix pays de l'Union sélectionnés en fonction du mode de financement (assurance ou impôts ou mixte) de leur système de santé. Dans le premier groupe figurent l'Allemagne, la Belgique, la France, la Hongrie et la Pologne; dans le deuxième, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie et la Suède; la Grèce est le seul pays à avoir adopté un système mixte. Trois types de prestations ont été distinguées, qui concernent les soins médicaux d'urgence, les services médicaux primaires et, enfin, les services médicaux secondaires, une catégorie qui recouvre les consultations de spécialistes et les soins hospitaliers. Les conclusions de l'enquête montrent que, quel que soit le type de système de santé, il existe partout un écart assez sensible entre les principes et les réalités de terrain.

► **Pathways between Minimum Wages and Health: The Role of Health Care Access and Health Behaviors**

LENHART O.
2017

Rochester Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3030190

While the majority of early research on minimum wages focused on employment and monetary effects, a small number of recent studies have examined potential effects on health outcomes. This study contributes to this literature by examining the role of health care access and health behaviors as potential pathways underlying the relationship between minimum wages and health for low-educated individuals. The analysis uses data from the Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS) for the years 1989 to 2015, a period with more than 370 state-level minimum wage increases. The study provides evidence that increases in minimum wages are associated with improved access to health care and reductions in the likelihood of not being able to afford seeing a doctor. Additionally, the study shows that low-educated individuals reduce smoking and drinking, and report lower body weight following increases in the minimum wage. When examining the effects on subgroups of the population, I provide evidence that the effects are strongest for low-educated people between the ages 18 and 29, a group that is shown to most likely earn minimum wages.

► **En quoi les retombées sociales sont-elles liées à l'éducation ?**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.
2017

Regards sur l'éducation 2017 : Les indicateurs de l'OCDE., Paris : OCDE: 142-157

http://www.oecd-ilibrary.org/education/Regards-sur-l-education-2017_eag-2017-fr

L'éducation est liée à maints égards à la santé – cette relation est depuis longtemps bien documentée dans de nombreux pays. Un aspect important de cette relation réside dans le fait que les individus plus instruits tendent à se distinguer par des taux moindres de morbidité et une plus longue espérance de vie. Les systèmes d'éducation peuvent aussi contribuer à réduire la dépression, car les individus plus instruits sont dans

l'ensemble mieux lotis sur le marché du travail puisque les taux de chômage les concernant sont moins élevés et leurs salaires plus élevés, des facteurs qui réduisent la prévalence de l'anxiété et de la dépression. Selon cette étude, les individus plus instruits font moins état de dépression dans tous les pays qui ont participé en 2014 à l'Enquête européenne par entretien sur la santé (European Health Interview Survey, EHIS). Le pourcentage de femmes s'estimant dépressives est supérieur au pourcentage d'hommes, mais il diminue plus fortement que celui des hommes sous l'effet de l'élévation du niveau de formation. L'éducation peut, avec l'emploi, jouer un rôle dans la prévention de la dépression; la variation de la prévalence de la dépression entre les niveaux de formation est nettement moins forte chez les actifs occupés que chez les chômeurs ou les inactifs.

► **Why Do Immigrants Report Lower Life Satisfaction?**

YAMAN F. I-MOLLA P.
2017

Research Paper ; 17-05. Londres OHE

<https://www.ohe.org/publications/why-do-immigrants-report-lower-life-satisfaction>

This study explores changes in the reporting behaviour of immigrants in Germany 1984-2010, in questions related to life satisfaction. Previous literature suggests that immigrants' happiness tends to decrease over time compared to the natives'. The authors firstly explore the robustness and origin of this finding, and then propose a model that has the potential to decompose the effect of the number of years since migration into a true change in life satisfaction and a simple change in reporting behaviour. The model suggests that the existence and size of the reporting bias depend on how accurately individuals remember their past life satisfaction.

Pharmaceuticals

► **Études post-AMM : détournement à grande échelle**

2017

Revue Prescrire 37(407): 697.

Depuis des années, les agences du médicament ont tendance à réduire l'évaluation clinique des médicaments avant autorisation de mise sur le marché (AMM), en affirmant que l'évaluation peut être complétée après AMM. L'expérience de l'Allemagne montre qu'il s'agit là d'une allégation trompeuse.

► **La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer**

COUR DES COMPTES.

2017

Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes: 335-395.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Dans le prolongement de précédents travaux, la Cour a souhaité revenir sur la fixation du prix des médicaments, en analysant le cadre juridique, les orientations et les résultats de cette politique publique dans un contexte marqué à la fois par une tension croissante sur les ressources pouvant être consacrées par la collectivité au financement des dépenses de santé, l'arrivée sur le marché de traitements innovants et onéreux et le maintien ou l'introduction sur ce dernier d'un grand nombre de produits dont l'apport thérapeutique est faible, voire inexistant. Depuis les précédentes enquêtes de la Cour, le régime de la fixation du prix des médicaments, tout en continuant à privilégier la négociation avec les entreprises, a évolué dans le sens d'une précision accrue de son cadre juridique et d'une affirmation de leurs impératifs financiers par les pouvoirs publics, avec des résultats significatifs sur les dépenses. Malgré les baisses obtenues par rapport aux demandes des entreprises, les marges d'efficience médico-économique dans la fixation du prix des médicaments demeurent néanmoins importantes et très largement inexploitées. Alors que l'arrivée de

produits innovants de nouvelle génération va faire peser sur l'assurance maladie une contrainte accrue, il est indispensable d'établir un cadre de négociation à la mesure des enjeux.

► **Médicamentation de la société, l'affaire de tous : le point de vue de la pharmacologie sociale. Dossier**

2017

Revue Prescrire 37(406): 597-638.

Les Rencontres Prescrire 2017 se sont tenues, les 23 et 24 juin 2017, dans les locaux de la Faculté de Médecine de Toulouse Purpan, sur le thème de la médication de la société. Le médicament fait partie, en effet, du quotidien, souvent avant même la naissance, et tout au long de la vie. Le médicament concerne de nombreux acteurs : professionnels de santé, patients, parents, etc. Face à la place occupée par les médicaments, la manière dont nous les utilisons doit être constamment questionnée et réfléchie : quelles représentations et croyances attachons-nous au médicament ? Quelles multiples influences biaisent les choix ? Comment l'utiliser à bon escient, c'est-à-dire sans prise de risque excessive ou inconsidérée, et seulement dans les situations où il paraît utile ? Des leviers existent pour faire des choix pertinents : concevoir le médicament comme un outil parmi d'autres, réfléchir à ce que représente la prescription, ne pas toujours prescrire, oser déprescrire, avoir conscience des facteurs irrationnels qui influencent le rapport au médicament, savoir argumenter face à une prescription ou une « autoprescription » plus dangereuse qu'utile, développer l'esprit critique face à la « nouveauté », etc... La société incite à la performance, dans tous les domaines, et laisse de moins en moins de place à l'acceptation des émotions et des vicissitudes de la vie. Rester critique face au culte de la performance, à la pression sociétale et au formatage de la société et résister à l'usage de médicaments dans ces situations est essentiel. Ce dossier spécial de Prescrire rassemble les communications de ces rencontres.

► **Consumer Learning and the Entry of Generic Pharmaceuticals**

BAIROLIYA N., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23662. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23662>

Generic pharmaceuticals provide low-cost access to treatment. Despite their chemical equivalence to branded products, many mechanisms may hinder generic substitution. Consumers may be unaware of their equivalence. Firms may influence consumers through advertising or product line extensions. We estimate a structural model of pharmaceutical demand where consumers learn about stochastic match qualities with specific drugs. Naïve models, without consumer heterogeneity and learning, grossly underestimate demand elasticities. Consumer bias against generics critically depends on experience. Advertising and line extensions yield modest increases in branded market shares. These effects are dominated by consumers' initial perception bias against generics.

► **Returns to Pharmaceutical Innovation in the Market for Oral Chemotherapy in Response to Insurance Coverage Expansion**

BENNETTE C. S., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23842. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23842>

We estimated the average returns, in terms of patient survival, to the marginal innovations in oral chemotherapy market induced by Part D expansion of oral chemotherapy coverage for elderly individuals by mandating inclusion of "all or substantially all" oral anti-cancer medications on plans' formularies. We exploited exogenous variation in the age of diagnosis for different cancer sites - and therefore the relative expansion in market size for different cancers under the Medicare's prescription drug coverage - to isolate the effect of Part D on innovation and the health benefits that these innovative technologies provide.

► **Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficacité nécessaires**

COUR DES COMPTES.

2017

Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Dans le cadre de ce chapitre, la Cour dresse plus largement le bilan des évolutions que connaît l'ensemble du secteur de la distribution des médicaments sous l'effet des politiques de maîtrise des dépenses mises en œuvre par les pouvoirs publics, de leurs actions visant à modifier l'organisation et la rémunération de ses acteurs et des stratégies déployées dans ce contexte par ces derniers afin de préserver, voire d'augmenter, leurs revenus. Le circuit de la distribution du médicament, dont l'organisation et le financement sont étroitement réglementés, reste caractérisé par la persistance d'un réseau surdimensionné de pharmacies d'officine au regard de la population à desservir. En préservant leur rentabilité moyenne, les revenus procurés aux pharmacies par leur rémunération réglementée, mais aussi par les rétributions liées à des pratiques de marché qui s'y surajoutent, placent le coût de la distribution des médicaments à un niveau très élevé, notamment pour les génériques. Il convient de réduire ce coût, qui pèse sur l'assurance maladie, en révisant la rémunération réglementée des différents acteurs et en favorisant la rationalisation du secteur officinal, tout en veillant à préserver l'accès au médicament.

► **A Dose of Managed Care: Controlling Drug Spending in Medicaid**

DRANOVE D., et al.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23956. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23956>

Effectively designed market mechanisms may reduce growth in health care spending. In this paper, we study the impact of privatizing the delivery of Medicaid drug benefits on drug spending. Exploiting granular data that allow us to examine drug utilization, we find that drug spending would fall by 22.4 percent if the drug benefit was fully administered by Medicaid Managed

Care Organizations (MCOs), largely through lower point-of-sale prices and greater generic usage. The effects are driven by MCOs' ability to design drug benefits and steer consumers toward lower cost drugs and pharmacies. MCOs do not appear to skimp on performance, either by reducing overall drug consumption as measured by prescriptions per enrollee or reducing utilization of drugs that offset other medical spending.

► **Fragilité et consommation de médicaments en population âgée**

HERR M., et al.

2017

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(16-17): 311-316.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/pdf/2017_16-17_3.pdf

À partir des données de l'Enquête santé et protection sociale 2012 enrichies des dépenses de santé de l'Assurance maladie, cette étude analyse la consommation de médicaments en valeur (dépense ambulatoire de pharmacie) et en volume (nombre de boîtes de médicaments délivrées sur l'année) en fonction du phénotype fragile (robuste, pré-fragile, fragile). L'analyse a été réalisée parmi 1 890 sujets âgés de 65 ans et plus ayant eu au moins un remboursement de médicaments en 2012, en tenant compte de leurs caractéristiques sociodémographiques et de santé dans des modèles GLM (Generalized Linear Model).

► **Private Patents and Public Health: Changing intellectual property rules for access to medicines**

HOEN E. T.

2017

Amsterdam Health Action International

<http://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/07/Private-Patents-Public-Health.pdf>

Millions of people around the world do not have access to the medicines they need to treat disease or alleviate suffering. Strict patent regimes interfere with widespread access to medicines by creating monopolies that maintain medicines prices well beyond the reach of those who need them. The magnitude of the AIDS crisis in the late nineties brought this to the public's attention when millions of people in developing coun-

tries died from an illness for which medicines existed, but were not available or affordable. Faced with an unprecedented health crisis — 8,000 people dying daily — the public health community launched an unprecedented global effort that eventually resulted in the large-scale availability of quality generic HIV medicines and a steady scale-up in access to those medicines. This has allowed nearly 13 million people to lead longer, healthier lives. However, trends in international intellectual property law could impact many of the policy tools used to scale up HIV treatment. Developments in global health and specifically access to medicines policies are now at an important juncture. Impressive progress has been made in access to medicines for HIV and many lessons can be learned from that experience. But it is important to examine whether those lessons can be applied for other diseases. Today's pharmaceutical patent regime affects almost all medicines developed since 1995 in most countries.

► **Measuring the Potential Health Impact of Personalized Medicine: Evidence from MS Treatments**

HULT K. J.
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23900. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23900>

Individuals respond to pharmaceutical treatments differently due to the heterogeneity of patient populations. This heterogeneity can make it difficult to determine how efficacious or burdensome a treatment is for an individual patient. Personalized medicine involves using patient characteristics, therapeutics, or diagnostic testing to understand how individual patients respond to a given treatment. Personalized medicine

increases the health impact of existing treatments by improving the matching process between patients and treatments and by improving a patient's understanding of the risk of serious side effects. In this paper, I compare the health impact of new treatment innovations with the potential health impact of personalized medicine. I find that the impact of personalized medicine depends on the number of treatments, the correlation between treatment effects, and the amount of noise in a patient's individual treatment effect signal. For multiple sclerosis treatments, I find that personalized medicine has the potential to increase the health impact of existing treatments by roughly 50 percent by informing patients of their individual treatment effect and risk of serious side effects.

► **Regional Purchasing Groups and Hospital Medicine Prices: Evidence from Group Creations**

TOULEMON L.
2017

HEDG Working Paper; 17/21. Londre, University of York

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1721.pdf>

This paper estimates the impact of group purchasing on medicine prices in French hospitals, taking advantage of the entry of hospitals into regional purchasing groups between 2009 and 2014. I use a new database providing the average annual prices paid for all innovative and costly medicines in public hospitals. Using a fixed effects model that controls for hospitals medicine-specific bargaining abilities and medicine-specific price trends, I find that group purchasing reduces prices of medicines in oligopoly markets, but has no impact on the prices of medicines with no competitors.

Methodology - Statistics

► **A New Valuation Method: Directly Eliciting Personal Utility Functions**

DEVLIN N., *et al.*
2017

Research Paper ; 17-06. Londres OHE

<https://www.ohe.org/publications/new-valuation-method-directly-eliciting-personal-utility-functions#>

Standard methods for eliciting the preference data upon which value sets are based (e.g. time trade-off, standard gamble) generally have in common an aim to 'uncover' the preferences of survey respondents

by asking them to evaluate a sub-set of health states. The responses are then used to infer their preferences over all possible dimensions and levels. An alternative approach is to ask respondents directly about the relative importance to them of the dimensions, levels and interactions between them. This paper describes a new stated preference approach for directly eliciting personal utility functions (PUFs) from members of the general public. The approach focuses on helping respondents to reflect and deliberate on their preferences. The Research Paper reports the methods and findings of piloting work to test the feasibility and acceptability of the PUF approach for valuing a simplified version of the EQ-5D-5L, a measure of patient-reported outcomes. The PUF approach appears to be feasible. The authors conclude that it has the potential to: (a) yield meaningful, well-informed preference data from respondents; and (b) provide individual preference data that can be aggregated to yield a social value set for the EQ-5D. The paper concludes by describing the research and testing needed to further refine some elements of the approach.

► **Handbook of the Economics of Risk and Uncertainty. Volume 1**

MACHINA M. J. ET VISCUSI W. K.

2014

Amsterdam : North-Holland

The need to understand the theories and applications of economic and finance risk has been clear to everyone since the financial crisis, and this collection of original essays proffers broad, high-level explanations of risk and uncertainty. The economics of risk and uncertainty is unlike most branches of economics in spanning from the individual decision-maker to the market (and indeed, social decisions), and ranging from purely theoretical analysis through individual experimentation, empirical analysis, and applied and policy decisions. It also has close and sometimes conflicting relationships with theoretical and applied statistics, and psychology. The aim of this volume is to provide an overview of diverse aspects of this field, ranging from classical and foundational work through current developments. It presents coherent summaries of risk and uncertainty that inform major areas in economics and finance; Divides coverage between theoretical, empirical, and experimental findings; Makes the economics of risk and uncertainty accessible to scholars in fields outside economics.

► **An Econometric Analysis of the Impact of Telecare**

MONANYI K.

2017

Aberdeen University of Aberdeen

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3017182

This paper presents some preliminary results of a study investigating the effect of telecare on the length of stay in hospital using linked administrative health and social care data in Scotland. We make various assumptions about the probability distribution of the outcome measure and formulate three Negative Binomial Models to that effect i.e. a basic Negative Binomial Model, a zero-inflated Negative Binomial Model and a zero-truncated Negative Binomial Model. We then bring the models to data and estimate them using a strategy that controls for the effects of confounding variables and unobservable factors. These models provide an alternative to the Propensity Score Matching technique used by the previous studies. The empirical results show that telecare users are expected to spend a shorter time in hospital than non-users, holding other factors constant. The results also show that older individuals, females, rural residents and individuals with comorbidities have a longer length of stay in hospital, on average, than their counterparts, all things equal. Future research will involve conducting a sub-group analysis, investigating the effectiveness of various telecare devices and determining the impact of telecare on admission to hospital.

► **Systematic Review Adherence to Methodological or Reporting Quality**

PUSSEGODA K., *et al.*

2017

Systematic Reviews 6(1): 14.

<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-017-0527-2?site=systematicreviewsjournal.biomedcentral.com>

Guidelines for assessing methodological and reporting quality of systematic reviews (SRs) were developed to contribute to implementing evidence-based health care and the reduction of research waste. As SRs assessing a cohort of SRs is becoming more prevalent in the literature and with the increased uptake of SR evidence for decision-making, methodological quality and standard of reporting of SRs is of interest. The objec-

tive of this study is to evaluate SR adherence to the Quality of Reporting of Meta-analyses (QUOROM) and PRISMA reporting guidelines and the A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR) and

Overview Quality Assessment Questionnaire (OQAQ) quality assessment tools as evaluated in methodological overviews.

Health Policy

► **Stratégie nationale de santé publique : contribution du Haut Conseil de la santé publique**

CHAUVIN F. ET MANSOUR Z
2017

Avis et rapports. Paris HCSP

www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20170908_strategienatlesantecontribhcsp.pdf

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi pour réaliser l'analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants, des stratégies d'action afin de déterminer les domaines d'action et des objectifs de la Stratégie nationale de santé (SNS). Il a ainsi identifié quatre problèmes à prendre en compte : les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ; l'augmentation des risques d'exposition de la population aux risques infectieux ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences ; l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux. Quatre principes d'action : la santé comme objectif dans toutes les politiques ; une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé ; une approche territorialisée de la SNS ; la nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens. Et cinq axes d'actions : une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue ; des orientations pour un système de santé adapté aux enjeux ; le développement de l'innovation en santé ; le développement et le soutien à la forma-

tion et à la recherche en santé publique ; une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents. Le HCSP préconise, enfin, une approche par déterminants de santé, plutôt qu'une approche par pathologie. Pour améliorer la gouvernance, il recommande que soit élaboré et mis en œuvre un Plan national de santé publique.

► **The Impact of Tobacco Control Policies on Smoking Initiation in Europe**

PALALI A. ET VAN OURS J. C.

2017

Tinbergen Institute Discussion Paper ; 1704. Amsterdam Tinbergen Institute

<https://papers.tinbergen.nl/17074.pdf>

Our paper investigates the effect of tobacco control policies on smoking initiation in eleven European countries. We analyze longitudinal data of individuals by using information about their age of onset of smoking. We apply hazard rate models to study smoking initiation. Thus, we are able to take into account observed and unobserved personal characteristics as well as the effect of the introduction of a variety of tobacco control policies including bans on tobacco advertisements, smoke-free air regulation, health warnings on packages of cigarettes and treatment programs to help smokers quitting. We find that none of these tobacco control policies influence smoking initiation.

Public Policy

► **Rapport d'information sur la lutte contre les fraudes sociales**

CANAYER A. Y-DUMAS A.

2017

Paris Sénat

<https://www.senat.fr/rap/r16-599/r16-5991.pdf>

Ce rapport dresse un bilan du droit applicable en matière de travail dissimulé, de son appropriation par les entreprises et de son adaptation aux nouveaux enjeux. La deuxième partie est consacrée à la fraude aux prestations sociales. Tant en matière de travail dissimulé que de fraude aux prestations sociales, la fraude se nourrit de la complexité. Le système déclaratif étant devenu très complexe, une approche orientée vers le service aux allocataires et aux entreprises, via la récupération des informations auprès des administrations qui en disposent, représenterait un gain d'efficacité considérable. Les ressources publiques se font rares, ce qui justifie la recherche de leur meilleure allocation possible. Au-delà même de cet objectif, la légitimité même des prestations exige de les servir à bon compte. La lutte contre la fraude est donc un impératif pour les finances sociales comme pour le juste droit.

► **Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?**

LE DÉFENSEUR DES DROITS.

2017

Paris Défenseur des Droits

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapportfraudessociales-v6-06.09.17_0.pdf

Ce rapport identifie et évalue les effets des dispositifs de lutte contre la fraude aux prestations sociales sur les droits des usagers des services publics. Il fait suite à une augmentation significative depuis 2014 du nombre de réclamations d'allocataires, notamment auprès des délégués territoriaux du Défenseur des droits, liées au durcissement de la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Il relève que l'utilisateur est pris en tenaille entre une procédure déclarative d'accès aux prestations sociales, simplifiée mais propice aux erreurs et un dispositif de lutte contre la fraude de plus en plus étoffé, véhiculant la suspicion d'une fraude massive de la part des bénéficiaires.

Prevention

► **L'ETP au fil des mots : glossaire en éducation thérapeutique du patient**

BAUMANN L., *et al.*

2017

Nancy : Pôle lorrain de compétences en ETP

<http://www.etp-lorraine.fr/wordpress/wp-content/uploads/glossaire.pdf>

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) au fil des mots est un projet lorrain de constitution d'une ressource terminologique en éducation thérapeutique du patient (ETP) réunissant l'Inist-CNRS, le CHRU de Nancy, l'école de santé publique de l'Université de Lorraine (ESP), l'ARS Grand Est, le Pôle lorrain de compétences en ETP et le réseau Régional LORDIAMN. Son objectif est de servir au partage des savoirs disciplinaires et des compétences au sein de la communauté des professionnels de l'ETP. L'idée est de proposer

chaque mois plusieurs concepts cœur, avec des définitions issues des grandes instances de santé et/ou de publications scientifiques en ETP.

► **Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness**

MCDALD D., *et al.*

2017

OECD Health Working Paper; 97. Paris OCDE

The health, social and economic consequences of poor mental health are substantial. More attention is focusing now on the development of actions to promote better mental health and wellbeing and prevent

mental ill-health. If effective and well-implemented, such actions may potentially help avoid some of these substantial adverse individual, social and economic impacts of poor mental health. This paper provides an overview of the development of approaches to promoting mental wellbeing and preventing mental ill-health in OECD countries, together with an assessment of what is known on their effectiveness and cost effectiveness. The paper finds that there is a sound and quite extensive evidence base for effective and cost effective actions which can promote mental wellbeing and prevent mental ill-health. However, the existence of actions and programmes in mental health promotion and prevention is uneven both between countries, and across different points of the life course. Many countries could stand to scale-up their promotion and prevention efforts in the mental health field, and further efforts are particularly needed to introduce interventions targeted at unemployed and older populations.

► **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017: Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.
2017

Genève OMS

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf>

This report finds that more countries have implemented tobacco control policies, ranging from graphic pack warnings and advertising bans to no smoking areas. About 4.7 billion people – 63 per cent of the world's population – are covered by at least one comprehensive tobacco control measure, which has quadrupled since 2007 when only 1 billion people and 15 per cent of the world's population were covered. Strategies to implement such policies have saved millions of people from early death. However, the report criticises the tobacco industry for hampering government efforts to fully implement life- and cost-saving interventions.

► **Alcohol Labelling: A Discussion Document on Policy Options**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.
2017

Copenhague OMS

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/343806/WH07_Alcohol_Labelling_full_v3.pdf

This discussion document presents an analysis of the policy options available for introducing warning and product labelling on alcoholic beverage containers. It outlines the existing legal and policy frameworks and the current level of implementation in the WHO European Region. Some components that could be considered when developing effective health warning labels are described.

Prevision - Evaluation

► **Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013**

DE BATZ C., et al.
2016

Paris Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article622>

L'évaluation réalisée par l'Igas du 3^e Programme national nutrition santé (PNNS 3) et du Plan obésité a souligné la contribution de ces plans à la prise de conscience du rôle fondamental de la nutrition et de la sédentarité dans l'émergence de certaines pathologies, mais elle en reconnaît les limites, aujourd'hui

manifestes. La mission invite donc à une refonte complète du programme pour en faire une action grand public de promotion de la santé, centrée sur quelques messages clés et sur les populations vulnérables (enfants et jeunes, populations précaires, personnes âgées isolées). Le prochain Plan devra donner une priorité effective à la réduction des inégalités sociales de santé et prendre en compte les apports des sciences sociales ainsi que le savoir-faire des acteurs locaux.

► **Les réseaux de soins**

DURAND N. ET EMMANUELLI J.

2017

Paris Igas.

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

L'Igas a été saisie en 2016 d'une mission d'évaluation des réseaux de soins, conformément à la Loi 'Le Roux' du 27 janvier 2014. Ces réseaux de soins reposent sur des conventions conclues entre des organismes d'assurance maladie complémentaire et des professionnels de santé. Ces derniers s'engagent contractuellement à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits/prestations, avec des garanties de qualité ou de service associées. Ces réseaux de soins n'ont véritablement pris leur essor qu'au milieu des années 2000, avec la création de « plateformes de gestion » : CarteBlanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair et Sévéane. En 2016, 45 millions d'assurés avaient potentiellement accès à ces réseaux, qui regroupent, chacun, plusieurs milliers de professionnels de santé (optique, aides auditives, dentaire notamment). Au cours de ses investigations, la mission a rencontré l'ensemble des acteurs concernés au niveau national et en régions (près de 200 personnes). Ce rapport établit ainsi, pour la première

fois, un bilan approfondi des réseaux de soins : parts de marché; conséquences pour les patients en termes d'accès aux soins et de reste à charge; impacts sur les prix pratiqués par les professionnels, etc...

► **Évaluation qualitative PAERPA : rapport final**

GAND S., et al.

2017

Série Études Et Recherches - Document De Travail - Drees(135): 72.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/evaluation-qualitative-paerpa-rapport-final>

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en France une personne sur dix, et 85 % d'entre elles ont au moins une pathologie. Ainsi, les parcours de santé pilotes PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie), expérimentés dès 2013, ont pour objectif que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût.

Psychiatrie

► **Loi santé 2015 de liquidation du secteur : vers une déshumanisation à marche forcée de la psychiatrie**

KLOPP S.

2017

Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les)(25): 13-15.

La loi santé votée en 2015 a rassuré un certain nombre d'organisations dont le syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH), parce qu'elle a réaffirmé formellement le secteur psychiatrique. Cet article démontre que ce n'est pas forcément le cas à la relecture du rapport Laforcade qui devait préparer le volet « psychiatrie » de la loi, mais qui n'a été publié qu'après l'adoption de la loi.

► **Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont**

NESTRIGUE C., et al.

2017

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(228)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf>

Selon l'Enquête santé européenne (EHIS- ESPS), la prévalence estimée de la dépression en France est de 7 %, soit près de 4 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus. En 2012- 2013, 200 000 primo- hospitalisations pour un épisode dépressif ont été recensées dans les établissements de santé (Sniiram apparié aux données hospitalières). Ces épisodes hospitaliers sont décrits à travers une typologie en 9 classes. Celles- ci mettent en évidence l'hétérogénéité des prises en charge, la fréquence des hospitalisations en service de médecine

plutôt qu'en psychiatrie et leur caractère souvent « non programmé ». Ainsi, 1 primo-hospitalisé sur 10 n'a pas eu de suivi en ambulatoire avant cet épisode hospitalier, surtout parmi les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les jeunes et les personnes très âgées. Un psychiatre a été consulté par 3 patients hospitalisés sur 10 et plus de la moitié des patients a eu une délivrance d'anti-dépresseurs en amont de l'hospitalisation. L'analyse se concentre ensuite sur 5 classes afin d'étudier le parcours de soins des patients à travers les recours en ambulatoire aux médecins généralistes et aux psychiatres le semestre précédant l'hospitalisation.

► **La recherche participative en santé mentale : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2017

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-recherche-participative-en-sante-mentale.pdf>

De nos jours, la participation du patient à la recherche, mais aussi à l'évaluation de l'acte thérapeutique ou de son parcours de soins est parfaitement reconnue par la communauté scientifique travaillant en milieu sanitaire et le réel impact de cette pratique est en cours d'analyse. Dans le domaine de la santé mentale, l'étude de cas la plus notoire est le projet Emilia (2005-2010) : Empowerment et Éducation tout au long de la vie des personnes vivant avec des troubles psychiatriques. Dans le cadre de ce projet, trois modules de formation à la recherche et à l'intervention ont été proposés à des usagers des services psychiatriques. L'objectif de cette bibliographie est de recenser les études publiées sur la participation des usagers dans le champ de la santé mentale.

Primary Health Care

► **Does Multispecialty Practice Enhance Physician Market Power?**

BAKER L. C., et al.
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23871. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23871>

In markets for health services, vertical integration – common ownership of producers of complementary services – may have both pro- and anti-competitive effects. Despite this, no empirical research has examined the consequences of multispecialty physician practice – a common and increasing form of vertical integration – for physician prices. We use data on 40 million commercially insured individuals from the Health Care Cost Institute to construct indices of the price of a standard office visit to general-practice and specialist physicians for the years 2008-2012. We match this to measures of the characteristics of physician practices and physician markets based on Medicare Part B claims, aggregating physicians into

practices based on their receipt of payments under a common Taxpayer Identification Number. Holding fixed the degree of competition in their own specialty, we find that generalist physicians charge higher prices when they are integrated with specialist physicians, and that the effect of integration is larger in uncompetitive specialist markets. We find the same thing in the reciprocal setting – specialist prices are higher when they are integrated with generalists, and the effect is stronger in uncompetitive generalist markets. Our results suggest that multispecialty practice has anti-competitive effects.

► **Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées**

CARDOUX J. N. ET DAUDIGNY Y.

2017

Paris Sénat

<http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>

La France ne manque pas de professionnels de santé mais leur répartition sur le territoire est très inégale. En outre, les tensions devraient s'accroître à court terme du fait des perspectives de la démographie médicale. La question de l'accès géographique aux soins cristallise un sentiment d'abandon d'une partie de la population et des élus, dans un domaine où l'attachement à une prise en charge solidaire est fort. Elle est toutefois le symptôme de fragilités territoriales dont les enjeux dépassent la politique de santé et appellent une réponse cohérente des différentes politiques publiques. Les nombreux dispositifs mis en place pour favoriser le développement ou le maintien de l'offre de soins primaires dans les zones fragiles (aides à l'installation, mesures fiscales, aides à l'investissement, bourses d'étude, etc.) poursuivent des ambitions louables. Cependant, mis en place en ordre dispersé, leur articulation est imparfaite; par ailleurs, ils se sont superposés sans évaluation, dans des zones aux contours fluctuants. Pour les rapporteurs de ce rapport sénatorial, il est nécessaire de bâtir des réponses concertées avec les acteurs de terrain pour agir plus efficacement.

► **Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes**

CARRIER H., *et al.*

2017

Études Et Résultats (Drees)(1036)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/polymedication-et-pathologies-chroniques-multiples-opinions-et-pratiques-des>

Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques reçoivent en général des médicaments pour traiter chacune d'elles. Cette situation, dite de polymédication, place les médecins généralistes face aux enjeux complexes de la gestion de l'ordonnance et face à la question de la déprescription (arrêt de médicament). Une grande majorité des généralistes assument leur

rôle central dans la gestion de l'ordonnance de ces patients et se sentent à l'aise pour proposer de déprescrire les médicaments qu'ils jugent inappropriés.

► **La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins. Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**

COUR DES COMPTES.

2017

Paris : Cour des Comptes: 213-253.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

La médecine de spécialité recouvre près de 40 disciplines distinctes et au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 121 272 médecins spécialistes, toutes spécialités confondues. Les dépenses de santé afférentes aux soins de spécialistes progressent beaucoup plus vite que celles relatives aux soins de médecins généralistes. Lors d'une précédente enquête menée en 2007, la Cour avait souligné la très grande faiblesse des outils de régulation à même de maîtriser les dépenses dans ce secteur et de remédier aux disparités territoriales d'accès aux soins. Plus récemment, en analysant le système conventionnel qui lie notamment la profession médicale et l'assurance maladie, elle avait mis en évidence l'incapacité des conventions médicales successives à améliorer l'organisation des soins en ville, à assurer l'égalité d'accès des patients à ces derniers et à rééquilibrer la hiérarchie des rémunérations entre professionnels de santé. Dans le prolongement de ces travaux, la Cour a cherché à examiner plus particulièrement les évolutions qui ont affecté, dans la période récente, la médecine de spécialité sous plusieurs angles complémentaires : la progression des dépenses, les mécanismes de tarification des actes et de régulation de l'offre et de la demande de soins, les disparités d'honoraires et de revenus entre spécialités et les obstacles géographiques et financiers à l'accès aux soins. Elle a constaté que ses précédentes analyses conservaient, pour l'essentiel, leur actualité.

► **Comment les médecins généralistes décrivent la dimension éducative de leurs pratiques ?**

FOURNIER C., *et al.*

2017

Santé Éducation : Journal de L'Afdet 27(1): 7-9.

Cet article analyse la dimension éducative de la pratique des médecins généralistes au cours des consultations menées avec des personnes atteintes de maladies chroniques.

► **Témoignages, récits et parcours de vie**

FOURNIER C.

2017

Santé Éducation : Journal de L'Afdet 27(1): 32-33.

Les situations permettant aux patients d'exprimer leur vécu sont d'une grande richesse à la fois pour eux-mêmes, car elles les engagent dans une démarche réflexive sur leur parcours de vie avec une maladie, et pour les soignants qui les accompagnent. Les récits de vie permettent également une expression détaillée des difficultés rencontrées et des ressources mobilisées au fil de leur parcours de vie. Ils ouvrent des possibilités aux soignants pour accompagner le développement du pouvoir d'agir des personnes, afin de mieux répondre tant aux besoins de soins qu'aux besoins de développement de la personne malade et de son entourage.

► **The Impact of Primary Care Practice Transformation on Cost, Quality, and Utilization: A Systematic Review of Research Published in 2016**

JABBARPOU Y., *et al.*

2017

Washington PCPCC: 40

https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2017/08/pcmh_evidence_report_08-1-17-FINAL.pdf

Ce rapport de la Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC) présente les résultats de 45 nouveaux rapports revus par les pairs et d'autres évaluations gouvernementales et étatiques sur la transformation des pratiques de soins de santé primaires. Il trouve que dans de nombreuses études, le « patient-centred medical home » et d'autres formes avancées de soins primaires démontrent des impacts importants.

► **Price Effects of a Merger: Evidence from a Physicians' Market**

KOCH T. G. ET ULRICK S. W.

2017

working paper; 333. Washington FTC

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3026344

Physicians' practices vary widely, as do their effectiveness and reimbursement. Using a merger of six orthopaedic groups in southeastern Pennsylvania, we find that such groups can generate large, anti-competitive price increases without any demonstrated increases in quality (indirectly measured by way of revealed preference) or efficiency. Further, we find that these price increases were targeted at certain beneficiaries, payors and codes, so any research design that omits care and billing along any of these dimensions is likely to be biased.

► **Primary Care Home: Evaluating a New Model of Primary Care**

KUMPUNEN S., *et al.*

2017

Londres Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-08/pch-report-final.pdf>

Established in 2016, the primary care home (PCH) model seeks to link staff from general practice, community-based services, hospitals, mental health services, social care and voluntary organisations to deliver joined-up care. This formative evaluation was based on reviews in 2016/17 of 13 rapid test sites' plans and priorities for building the PCH model, and an in-depth look at the progress and early successes in three case study areas. The report looks at how sites can make early progress with implementing and evaluating their local PCH models, examines what might stand in the way of change and offers a number of broader lessons for the NHS as a whole.

► **Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital**

REY D., *et al.*

2017

Études et Résultats (Drees)(1034)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1034.pdf>

Le nombre de patients atteints d'un cancer progresse et les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour assurer leur prise en charge. Cependant, un tiers des généralistes n'ont suivi aucune formation complémentaire en lien avec la cancérologie.

► **Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?**

VERGIER N. ET CHAPUT H.

2017

Dossiers de la Drees (Les)(17): 63.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

Les vifs débats actuels sur l'accès aux soins, cristallisés autour de la notion de « déserts médicaux », posent une question centrale de mesure et de définition de termes communs. Ce dossier rassemble les éléments chiffrés disponibles et vise à poser quelques jalons dans la recherche de définitions partagées rendant possible l'objectivation.

Health Systems

► **Strengthening Health System Governance: Better Policies, Better Performance**

GREER S. L., *et al.*

2016

Maidenhead : Open University Press

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf

Governance is the systematic, patterned way in which decisions are made and implemented. The governance of a health system therefore shapes its ability to respond to the various well documented challenges that health systems face today, and its capacity to cope with both everyday challenges and new policies and problems. This book provides a robust framework that identifies five key aspects of governance, distilled from a large body of literature, that are important in explaining the ability of health systems to provide accessible, high-quality, sustainable health: transparency, accountability, participation, organizational integrity and policy capacity. The first part of this book explains the significance of this framework, drawing out strategies for health policy success and lessons for more effective governance. The second part explores eight case studies in a number of different parts of the WHO (World Health Organisation) European Region, applying the framework to a range of themes including communicable diseases, public-private partnerships,

governing competitive insurance market reform, the role of governance in the pharmaceutical sector, and many more.

► **Améliorer l'efficacité du système de santé**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.

2017

Études économiques de l'OCDE : France., Paris : OCDE: 111-159.

Le système de santé français offre des soins de haute qualité. Les résultats moyens sur le plan de la santé sont bons, le public est très satisfait du système de santé et les restes à charge sont en moyenne faibles. Comme dans d'autres pays de l'OCDE, le progrès technologique accroît l'espérance et la qualité de vie, alors que la population vieillissante nécessite des services toujours plus nombreux et diversifiés. Les principales difficultés consistent à inciter les professionnels de la santé à adopter un comportement efficient, à enrayer la hausse des dépenses pharmaceutiques, à renforcer le rôle des assureurs en tant qu'agents acheteurs et à assurer la maîtrise des coûts. Une information de bonne qualité et des mécanismes de financement appropriés renforceraient les incitations à l'efficacité. Les différences de couverture selon les maladies et les groupes

sociaux montrent la nécessité de prêter davantage attention à la coordination entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire. Les réformes en cours visant à améliorer la coordination entre les professionnels de santé et à renforcer le rôle de la prévention vont dans le bon sens. Cependant, le développement de mécanismes de rémunération à la capitation qui permettent d'avoir moins d'incitations à multiplier les actes et d'encourager les professionnels de santé à s'occuper plus longtemps des patients, tout comme les paiements en fonction des résultats dans les soins primaires doivent être renforcés, afin de faire face à la prévalence croissante des maladies chroniques et de réduire la demande induite par l'offre et les disparités sociales en termes d'accès aux soins.

► **Études économiques de l'OCDE : France**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.

2017

Paris OCDE

La croissance annuelle du PIB devrait être assez forte en 2017-18, tirée par la consommation et l'investissement. Le marché du travail s'améliore, mais les gains

de productivité sont trop modestes pour maintenir à long terme le niveau de protection sociale, des services publics de qualité et des revenus individuels en hausse. Des réformes récentes ont renforcé la concurrence dans certains secteurs de services, mais celle-ci reste faible dans d'autres secteurs. Combiné avec des impôts complexes et élevés, ceci pèse sur l'emploi et la croissance de la productivité. Dans l'ensemble, la pauvreté est faible. Cependant, les jeunes et les travailleurs peu qualifiés sont souvent exclus du marché du travail, notamment dans les quartiers défavorisés. La qualité des soins de santé est louable, mais une prévention perfectible, une coordination incomplète entre les prestataires de soins et le haut niveau de couverture pour la plupart des ménages contribuent à une consommation des soins et des dépenses importantes. Une stratégie de long terme est nécessaire pour réduire les dépenses publiques sans mettre en péril la protection sociale afin de baisser les impôts tout en assurant la soutenabilité des finances publiques. Mieux cibler les dépenses d'infrastructure et d'éducation sur les populations pauvres permettrait d'améliorer l'équité. Cette Étude formule également des recommandations pour favoriser un développement inclusif des compétences et de l'emploi, qui conduira à une croissance plus forte de la productivité et un niveau de vie plus élevé.

Occupational Health

► **Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ?**

2017

Dares Analyses(061)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/document-d-etudes/article/insecurite-du-travail-changements-organisationnels-et-participation-des>

Les changements organisationnels ont concerné quatre salariés sur dix en 2013. Ils peuvent être un facteur d'insécurité pour les salariés, du public comme du privé, et contribuer à dégrader leur santé mentale. Les effets de ces changements dépendent beaucoup de la qualité de l'information des salariés et de leur consultation sur ces changements : 56 % des salariés ayant vécu un changement disent avoir reçu une information satisfaisante, et 17 % estiment avoir eu une influence

sur les changements. Les salariés bien informés présentent moins souvent un symptôme dépressif que ceux qui ne l'ont pas été; c'est encore plus vrai pour les salariés qui jugent avoir influencé les modalités du changement.

► **L'essentiel 2016 : santé et sécurité au travail**

2017

Paris : Cnamts

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/espace_presse/DP/2016-11-15%20Dossier%20de%20presse.pdf

Cette publication de la branche Risques professionnels rassemble les chiffres clés sur la santé au travail et

dresse le bilan de ses actions et son bilan financier. Plus d'un million de sinistres (accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles) ont été reconnus et pris en charge en 2016, dont près de 764 000 ayant entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente. La fréquence globale des AT poursuit sa baisse pour atteindre son plus bas niveau historique (33,8 accidents du travail pour 1000 salariés contre 33,9 l'an passé). Dans le champ des maladies professionnelles, l'inversion de tendance, survenue en 2012, se poursuit en 2016, puisque le nombre de pathologies prises en charge est en diminution (-4,3 %). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) reculent de manière importante (-4,1 %) de même que les maladies liées à l'amiante (-9,5 %), alors que le nombre de reconnaissances de cancers professionnels (hors amiante) ainsi que les affections psychiques sont en hausse, respectivement +10 % et +40 %. Par ailleurs, la branche RP affiche en 2016 un résultat annuel positif pour la quatrième année consécutive.

► **Incidence of Social Security Contributions: Evidence from France**

BOZIO A., *et al.*

2017

PSE Working paper. Paris : PSE

http://www.parisschoolofeconomics.com/bozio-antoine/fr/documents/Bozio_Breda_Grenet_March2017.pdf

Lorsque les cotisations sociales patronales augmentent, l'effet immédiat est une augmentation du coût du travail et la hausse des cotisations est supportée par l'employeur. Pour autant, cette charge peut être progressivement transférée vers les salariés; c'est le cas si l'élasticité de la demande de travail aux coûts est plus forte que celle de l'offre de travail aux salaires et si une augmentation des cotisations patronales, dès lors qu'elle est perçue comme entraînant des gains différés pour les salariés, est assimilable à une hausse salariale et entraîne une hausse de l'offre de travail. Cette étude analyse trois épisodes d'augmentation des cotisations patronales au-delà du plafond de la sécurité sociale.

► **Mental Health, Human Capital and Labor Market Outcomes**

CRONIN C. J., *et al.*

2017

Working paper ; 17/25. Londres University of York

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1725.pdf>

There are two primary treatment alternatives available to those with mild to moderate depression or anxiety: psychotherapy and medication. The medical literature and our analysis suggests that in many cases psychotherapy, or a combination of therapy and medication, is more curative than medication alone. However, few individuals choose to use psychotherapy. We develop and estimate a dynamic model in which individuals make sequential medical treatment and labor supply decisions while jointly managing mental health and human capital. The results shed light on the relative importance of several drawbacks to psychotherapy that explain patients' reluctance to use it: (1) therapy has high time costs, which vary with an individual's opportunity cost of time and flexibility of the work schedule; (2) therapy is less standardized than medication, which results in uncertainty about its productivity for a given individual; and (3) therapy is expensive. The estimated model is used to simulate the impacts of counterfactual policies that alter the costs associated with psychotherapy.

► **The Socioeconomic and Gender Impacts of Health Events on Employment Transitions in France: A Panel Data Study**

DUGUET E. ET LE CLAINCHE C.

2017

Rochester Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3037013

This article explores the effect of accidents and chronic diseases on participation in the French labour market, while accounting for socioeconomic and gender effects. We use a dynamic definition of the control group and the difference-in-differences exact matching estimator, which controls for unobserved heterogeneity. We find that accidents and chronic illnesses have comparable negative effects on employment. Women and the less educated workers are the most at a disadvantage, especially in the case of accidents. Almost all the transitions go from employment to inactivity.

► **Partial Employment Protection and Perceived Job Security: Evidence from France**

GEORGIEFF A. ET LEPINTEUR A.

2017

PSE Working Papers n°2017-18. 2017.

<https://hal-pse.archives-ouvertes.fr/halshs-01519772v1>

This paper assesses the causal effect of partial employment protection on workers' subjective job security via the perceived probability of layoff. We consider the rise in the French Delalande tax, which is paid by private firms if they lay off older workers. This reform was restricted to large firms and therefore allows us to use a difference-indifference strategy. In ECHP data, we find that the change in the perceived probability of layoffs induced by the higher Delalande tax improved the subjective job security of older (protected) workers, but at the cost of a negative externality on younger (unprotected) workers. While the fall in perceived job security of younger workers is mirrored by actual increase in their layoff rate, the rise in perceived job security of older workers is more puzzling because we do not observe a reduction in their layoff rate.

► **Measuring Vulnerability to Adverse Working Conditions: Evidence from European Countries**

GREENAN N. ET SEGHIR M.

2017

Document de travail ; 193 Noisy le Grand :CEE

<http://www.cee-recherche.fr/sites/default/files/webfm/publications/docdetravail/193-measuring-vulnerability-to-adverse-working-conditions-evidence.pdf>

Workforce vulnerability has recently come to the forefront in European policy debate as countries searched for the potential engine of inclusive growth with an aim of protecting workers against adverse working conditions. This paper presents a methodology to measure vulnerability at the workplace relying on a definition of vulnerable workers as carrying the burden of working under the threat of adverse physical and psychosocial working conditions. Vulnerability is thus a forward looking concept that allows identifying workers that are the most exposed to work resource deprivations and more generally to ill-being at the workplace. Using a pseudo-panel derived from repeated cross-sectional data, second-order moments can be used to identify and estimate the variance of

shocks on working conditions and, therefore, the probability of being exposed to adverse working conditions in the future. Estimates from the last editions of the European Working Conditions Survey (EWCS) provide a vulnerability measure both at the cohort level and at the aggregate one allowing for comparisons across European countries.

► **Activation Against Absenteeism: Evidence from a Sickness Insurance Reform in Norway**

HERNAES O.

2017

IZA Document Paper ; 10991. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp10991.pdf>

This paper evaluates a program aimed at strictly enforcing a requirement that people on long-term sick leave be partly back at work unless explicitly defined as an exception. Employing the synthetic control method, this study finds that the reform reduced work-hours lost due to absenteeism by 12% in the reform region compared to a comparison unit created by a weighted average of similar regions. The effect is driven by both increased part-time presence of temporary disabled workers and accelerated recovery. Musculoskeletal disorders was the diagnosis group declining the most. The findings imply large savings in social security expenditures.

► **Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail**

LENGAGNE P.

2017

Regards(51): 51-61.

Dans différents pays, des dispositifs visant à inciter financièrement les entreprises à améliorer la santé au travail sont mis en œuvre. En France, les contributions que les entreprises versent au titre de l'assurance des risques professionnels du Régime Général sont modulées selon leurs propres coûts; ce mode de tarification devrait sensibiliser les employeurs à mettre en œuvre davantage de démarches de prévention des risques professionnels. Quelle est l'efficacité de ce mode de tarification en termes d'incitation des entreprises à la prévention? Cet article propose un éclairage sur cette question en présentant, dans un premier temps, les

spécificités de dispositifs qui existent dans plusieurs pays, afin d'appréhender les mécanismes incitatifs différents qui peuvent en résulter. Il présente ensuite une synthèse des résultats de travaux d'évaluation qui étudient l'influence de ces dispositifs en termes d'amélioration de la santé au travail. Ces travaux mettent en lumière les effets bénéfiques de ces dispositifs, tout en pointant dans le même temps l'existence d'effets potentiels non désirés.

► **L'insécurité au travail et son impact sur la santé**

SAFON M. O ET SUHARD V.

2017

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-insecurite-au-travail-et-son-impact-sur-la-sante.pdf>

L'impact des récessions économiques et de l'insécurité au travail sur la santé des populations a suscité, dans la littérature, des interprétations contradictoires. L'objectif de cette bibliographie est de recenser la littérature française et internationale (articles, ouvrages, rapports, documents de travail ...) sur la relation entre l'insécurité au travail (chômage, licenciements massifs, restructurations des entreprises...) et la santé des individus et de leur famille.

► **Mental Health and Employment Transitions: A Slippery Slope**

WEBBER D. J., et al.

2017

Economics Working Paper Series ; 1702. Bristol University of the West of England

<https://ideas.repec.org/p/uwe/wpaper/20171702.html>

Mental health status is associated with labour market outcomes. Existing literature illustrates that permanent workers with poor mental health select into temporary employment. However, it is unclear whether people with poor mental health stay in temporary employment or take a further step down the employment ladder. This paper examines the influence of poor mental health across the full set of employment transitions and reveals that women with poor mental health descend into unemployment, whereas men with poor mental health sink into inactivity. Given that one in four people will experience poor mental health at some point in their lives, we argue that more attention needs to be focused on supporting people in work rather than catching them as they slide into ever more precarious employment.

Ageing

► **Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie**

2017

Insee Analyses Ile-de-France(68)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3126682>

Avec l'âge, les capacités fonctionnelles déclinent et peuvent engendrer des situations de perte d'autonomie. Sur les 2,2 millions de Franciliens de 60 ans ou plus, près de 522 000 déclarent des problèmes fonctionnels sévères. Parmi ces derniers, environ 170 000 sont identifiés comme dépendants. Les Franciliens de 60 ans ou plus se déclarent moins souvent en situation d'incapacité et de dépendance que les personnes âgées des autres régions. Toutefois, d'importantes dis-

parités départementales existent, notamment entre Paris et la Seine-Saint-Denis, département le plus exposé. Ces inégalités sont encore plus marquées chez les femmes : les situations d'incapacité semblent moins fréquentes dans les départements où l'espérance de vie est la plus élevée.

► **Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile**

BENSADON A. C., et al.

2016

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article624>

Cette mission d'évaluation du volet « domicile » de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV), avait été confiée par les ministres à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de l'administration (IGA). La loi ASV comporte plusieurs dispositions visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et l'accessibilité des services nécessaires pour cela. Mais leur application se révèle souvent très complexe, tant pour les bénéficiaires que pour les financeurs et organisateurs. Les constats réalisés sur le terrain (dans 17 départements) illustrent le caractère progressif et hétérogène de cette mise en œuvre selon les départements, qui ont eu relativement peu de temps pour s'adapter à leurs nouvelles obligations. La mission formule plusieurs recommandations de simplification concernant notamment la compensation des charges nouvelles des départements et les obligations de procédures (redondantes) imposées aux services d'aide et d'accompagnement à domicile en matière d'évaluation. Est aussi recommandé un plan en faveur des aidants, en lien avec la stratégie nationale relative aux personnes en situation de handicap.

► **Long-Term Care Insurance: Knowledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection**

BOYER M., et al.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23918. Cambridge NBER: 57.

<http://www.nber.org/papers/w23918>

We conduct a stated-choice experiment where respondents are asked to rate various insurance products aimed to protect against financial risks associated with long-term care needs. Using exogenous variation in prices from the survey design, and objective risks computed from a dynamic microsimulation model, these stated-choice probabilities are used to predict market equilibrium for long-term care insurance using the framework developed by Einav et al. (2010). We investigate in turn causes for the low observed take-up of long-term care insurance in Canada despite substantial residual out-of-pocket financial risk. We first find that awareness and knowledge of the product is low in the population: 44% of respondents who do not have long-term care insurance were never offered this type of insurance while overall 31% report no knowledge

of the product. Although we find evidence of adverse selection, results suggest it plays a minimal role in limiting take-up. On the demand side, once respondents have been made aware of the risks, we find that demand remains low, in part because of misperceptions of risk, lack of bequest motive and home ownership which may act as a substitute.

► **Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE «Ménages »**

BRUNEL M. ET CARRÈRE A.

2017

Études et Résultats (Drees)(1029)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1029.pdf>

En 2015, 4 % à 10 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile sont dépendantes au sens du groupe iso-ressources (GIR), selon que l'on retienne une définition restreinte ou large. Par ailleurs, 3 % des personnes sont estimées dépendantes au sens de l'indicateur de Katz et également 3 % au sens de l'indicateur de Colvez. Ces trois mesures renvoient à différentes facettes de la dépendance et seules 15 % des personnes dépendantes au sens de l'une de ces mesures le sont au titre des trois. Selon ces indicateurs, la France métropolitaine compterait entre 0,4 et 1,5 million de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Ces estimations sont les premiers résultats de l'enquête « Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) ménages », volet seniors, réalisée par la Drees en 2015. Parmi les personnes âgées vivant à domicile, les femmes sont, à âge égal, plus fréquemment en perte d'autonomie que les hommes. Les écarts de prévalence entre les femmes et les hommes peuvent aller jusqu'à 6 points de pourcentage pour la tranche d'âge des 75 ans ou plus. Enfin, les seniors vivant à domicile sont moins en perte d'autonomie (- 3 points de pourcentage) qu'en 2008, alors même que la proportion de résidents en institution, davantage confrontés à des pertes d'autonomie, a baissé au cours de la période.

► **Access to Long-Term Care After a Wealth Shock: Evidence from the Housing Bubble and Burst**

COSTA-FONT J., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23781. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23781>

Home equity is the primary self-funding mechanism for long term services and supports (LTSS). Using data from the relevant waves of the Health and Retirement Study (1996-2010), we exploit the exogenous variation in the form of wealth shocks resulting from the value of housing assets, to examine the effect of wealth on use of home health, unpaid help and nursing home care by older adults. We find a significant increase in the use of paid home health care and unpaid informal care but no effect on nursing home care access. We conduct a placebo test on individuals who do not own property; their use of LTSS was not affected by the housing wealth changes. The findings suggest that a wealth shock exerts a positive and significant effect on the uptake of home health and some effect on unpaid care but no significant effect on nursing home care.

► **Vers une diminution programmée de l'aide familiale aux personnes âgées en perte d'autonomie ? État des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les familles et de leurs effets attendus sur l'aide filiale**

FONTAINE R. ET ARNAULT L.

2016

Paris Fondation Médéric Alzheimer

http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/content/download/22483/100179/file/2016_08_18%20Rapport%20Evolution%20Aide%20Informelle%20FINAL.pdf

Ce rapport présente un état des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques susceptibles d'impacter l'aide informelle dans les prochaines années. Cette dernière est aujourd'hui une ressource largement mobilisée dans la prise en charge des personnes âgées ne pouvant plus réaliser seules certaines des activités de la vie quotidienne. La pérennité de l'aide informelle pose cependant question. Différentes évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les structures familiales et les aidants potentiels risquent en effet de fragiliser le soutien familial dont

bénéficient actuellement les personnes âgées en perte d'autonomie. Après une analyse de ces évolutions, cette étude propose des scénarios possibles pour maintenir cette offre de service informelle.

► **Long-Term Care Reform and the Labor Supply of Informal Caregivers – Evidence from a Quasi-Experiment**

GEYER J. ET KORFHAGE T.

2017

Working paper ; 17/20. Londres University of York

<https://ideas.repec.org/p/zbw/vfsc15/113152.html>

Germany introduced a new mandatory insurance for long-term care in 1995. It replaced a system based on means-tested transfers. The new scheme made it easier for households to draw benefits and to organize informal care. We exploit this reform as a natural experiment and examine its effect on the labor supply of caregivers who live in the same household as the care recipient. We find strong negative results for male labor supply but not for women. We conduct a set of robustness tests and our results prove to be stable.

► **Labour Supply and Informal Care Supply: The Impacts of Financial Support for Long-Term Elderly Care**

HOLLINGSWORTH B., *et al.*

2017

GLO Discussion Paper, No. 118. sl Global Labor Organization

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/168427/1/GLO-DP-0118.pdf>

We investigate the impact of a policy reform, which introduced free formal personal care for all those aged 65 and above, on caregiving behaviour. Using a difference-indifferences estimator, we estimate that the free formal care reduced the probability of co-residential informal caregiving by 12.9%. Conditional on giving co-residential care, the mean reduction in the number of informal care hours is estimated to be 1:2 hours per week. The effect is particularly strong among older and less educated caregivers. In contrast to co-residential informal care, we find no change in extraresidential caregiving behaviour. We also observe that the average labour market participation and the

number of hours worked increased in response to the policy introduction.

► **728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015**

MULLER M.
2017

Etudes Et Résultats (Drees)(1015)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/728-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2015>

En France, fin 2015, 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Huit sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'hébergement temporaire ou l'accueil de jour concernent 4 % des personnes âgées accompagnées. La population des établissements d'hébergement pour personnes âgées est en renouvellement permanent. Ainsi, un quart des personnes accueillies au 31 décembre 2015 sont arrivées dans l'établissement au cours de l'année; 55 % viennent de leur domicile ou de celui d'un proche. Un tiers des personnes ayant rejoint un établissement en 2015 l'ont quitté la même année.

► **Preventing Ageing Unequally**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.

2017

Paris OCDE

<http://www.oecd.org/social/preventing-ageing-unequally-9789264279087-en.htm>

Comment les futurs retraités se porteront-ils? Le rapport de l'OCDE « Prévenir le développement des inégalités avec l'âge » examine comment les deux grandes tendances du vieillissement de la population et des inégalités croissantes se développent et interagissent, au sein d'une même et entre les générations. Dans une perspective de parcours de vie, le rapport montre comment les inégalités d'éducation, de santé, d'emploi et de revenu interagissent et entraînent de grandes différences sur l'ensemble de la vie entre les

différents groupes. S'appuyant sur les bonnes pratiques des pays de l'OCDE, un agenda politique est proposé pour prévenir les inégalités avant qu'elles ne s'accroissent; atténuer les inégalités profondément enracinées; et prendre en charge les inégalités à des âges plus avancés. Le rapport met en avant des complémentarités et des synergies solides entre les politiques et, par conséquent, une approche interministérielle est susceptible d'être beaucoup plus efficace qu'une série de politiques distinctes de réduction des inégalités. En particulier, afin d'assurer une meilleure retraite pour tous, les mesures doivent être coordonnées entre les ministères en charge des politiques de la famille, de l'éducation, de l'emploi, des affaires sociales et les différentes agences.

► **Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers**

ROLAND, M.
2017

New York Commonwealth Fund

http://www.commonwealthfund.org/-/media/files/publications/fund-report/2017/aug/roland_10_recommendations_for_complex_patients_revisedexpanded.pdf

Health care costs are heavily concentrated among people with multiple health problems. Often, these are older adults living with frailty, advanced illness, or other complex conditions. In 2014, the New York-based Commonwealth Fund established the International Experts Working Group on Patients with Complex Needs through a grant to the London School of Economics and Political Science. The group's purpose was to outline the prerequisites of a high-performing health care system for "high-need, high-cost" patients and to identify promising international innovations in health care delivery for meeting needs of these patients. Drawing on international experience, quantitative and qualitative evidence, and its members' collective expertise in policy and program design, implementation, and evaluation, the international working group sought to articulate the principles that underpin high performance for this complex population in health systems around the world. What follows are the group's top recommendations based on these principles. All 10 present challenges, with some requiring profound paradigm shifts — for instance, away from disease-specific care delivery and toward

more patient-centered approaches, or away from the single-provider model and toward cooperation and teamwork. Their implementation, however, has the potential to transform care and quality of life for millions. The selected international models that follow the recommendations represent some of the promising frontline care innovations that illustrate the principles laid out here.

► **Personnes âgées dépendantes :
les dépenses de prise en charge pourraient
doubler en part de PIB d'ici à 2060**

ROUSSEL R.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1032)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1032.pdf>

Tous financeurs confondus, les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes représentent 30,0 milliards d'euros en 2014, soit 1,40 point de PIB. Plus des trois quarts de ce montant (23,7 milliards d'euros, soit 1,11 point de PIB) sont financés par les pouvoirs publics. Évaluée dans une optique de surcoût de la dépendance, cette somme recouvre les dépenses de santé, de prise en charge de la perte d'autonomie et d'hébergement. Selon le scénario de référence choisi pour cette étude, la dépense publique en faveur des personnes dépendantes augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB, et la dépense totale doublerait presque à 2,78 points de PIB. Les plus fortes évolutions seraient observées de 2030 à 2045, pour des raisons démographiques.