

Veille scientifique en économie de la santé

Février 2018

[Sommaire en français](#)

Watch on Health Economics Literature

February 2018

[Contents list in English](#)

Veille scientifique en économie de la santé

Février 2018

[Sommaire en français](#)

Watch on Health Economics Literature

February 2018

[Contents list in English](#)

Veille scientifique en économie de la santé

Février 2018

Centre de documentation de l'Irdes

Assurance maladie	Médicaments
Démographie	Méthodologie - Statistique
Économie de la santé	Politique de santé
E-santé – Technologies médicales	Prévention
État de santé	Psychiatrie
Géographie de la santé	Soins primaires
Handicap	Systèmes de santé
Hôpital	Vieillessement
Inégalités de santé	

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

- 9 **Medicaid and Financial Health**
Brevoort K., et al.
- 9 **Can Regional Decentralisation Shift Health Care Preferences?**
Costa-Font J. et Ferrer-I-Carbonell A.
- 9 **L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs**
Cour des comptes
- 10 **Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It**
Einav L. et Finkelstein A.
- 10 **La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2015-2016**
Fonds CMU
- 10 **Cost Sharing in Insurance Coverage for Precision Medicine**
Pauly M. V.

- 12 **The Cost of Occupational Cancer in the EU-28**
European Trade Union
- 12 **Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015**
Grangier J., et al.
- 12 **Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale**
Lefebvre E.
- 13 **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018**
Ministère chargé de la Santé
- 13 **World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals**
Organisation Internationale du Travail
- 13 **Les dépenses de santé depuis 1950**
Soual H.

Démographie

- 11 **France, portrait social. Édition 2017**
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Économie de la santé

- 11 **En 2016, les dépenses de santé retrouvent leur dynamisme**
Ministère chargé de la santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- 11 **Dépassements d'honoraires des médecins : une tendance à la baisse qui se confirme. Résultats de l'Observatoire des pratiques tarifaires**
Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- 12 **The Lifetime Costs of Bad Health**
De Nardi M., et al.

E-santé – Technologies médicales

- 13 **Accès aux données de santé**
Detournay B., et al.
- 14 **Readiness of Electronic Health Record Systems to Contribute to National Health Information and Research**
Oderkirk J.
- 14 **La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade**
Vallancien G.

État de santé

- 14 **State of Health in the European Union : Companion Report 2017**
Andriukatis V.
- 15 **Enquête nationale périnatale : rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010**
Coulm B., et al.

15 **Droits de l'enfant en 2017. Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant**

Défenseur des Droits

15 **Family Health Behaviors**

Fadlon I. et Nielsen T. H.

15 **Public Health in Europe During the Austerity Years**

International Longevity Centre

16 **Perceived Health and Adaptation in Chronic Disease**

Nordenfelt L., et al.

Géographie de la santé

16 **Atlas des variations de pratiques**

Fédération Hospitalière de France

16 **La désertification médicale : mythes et réalités**

Fromentin V.

16 **Renforcer l'accès territorial aux soins**

Ministère chargé de la santé

Handicap

17 **Prestation de compensation du handicap 2016 : évolution et contenu de la prestation**

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

17 **Community Integration of People with Disabilities: Can Olmstead Protect Against Retrenchment?**

Crossley M.

17 **The Dynamics of Disability and Benefit Receipt in Britain**

Jones M. K. et Mc Vicard D.

18 **Le vieillissement des personnes handicapées mentales**

Zribi G.

Hôpital

18 **Indicateurs de mortalité hospitalière : expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs en France**

Haute Autorité de Santé

18 **Qualité et sécurité en établissement de santé : panorama de la gestion des risques en France – 2017**

Bertrand E. et Schlatter J.

19 **Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030**

Brilhault G., et al.

19 **Identifying Sources of Inefficiency in Health Care**

Chandra A. et Staiger D. O.

19 **Hospital Centralization and Performance in Denmark – Ten Years On**

Christiansen T. et Vrangbaek K.

19 **L'hôpital à cœur ouvert**

Hirsch M.

20 **Does Hospital Competition Improve Efficiency? The Effect of the Patient Choice Reform in England**

Longo F., et al.

Inégalités de santé

20 **Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region**

Briebe S., et al.

20 **L'état de la pauvreté en France**

Brunner A., et al.

21 **Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique**

Comité Consultatif National d'Éthique

21 **Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins**

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

21 **Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France**

Desgrees Duloup, A. et Lert F.

- 21 **Diet, Physical Activity and Sedentary Behaviours. Analysis of Trends, Inequalities and Clustering in Selected Oecd Countries**

Graf S. et Cecchini M.

- 22 **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2016**

Médecins du Monde

- 22 **Synthèse du rapport de l'Observatoire 2017. Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe**

Médecins du Monde

- 22 **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2017**

Secours Catholique

Médicaments

- 23 **Biosimilar Cost Savings in the United States. Initial Experience and Future Potential**

Mulcahy A. W., et al.

- 23 **Des médicaments à tout prix : sociologie des génériques en France**

Nouguez E.

- 23 **Le prix des médicaments en question(s)**

Panel M. P.

- 23 **Medication Adherence as a Measure of the Quality of Care Provided by Physicians**

Seabury S., et al.

Méthodologie - Statistique

- 24 **L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux**

Bernstein D. et Agamaliyev E.

- 24 **Estimating Fixed Effects: Perfect Prediction and Bias in Binary Response Panel Models, with an Application to the Hospital Readmissions Reduction Program**

Kunz J. S., et al.

Politique de santé

- 25 **La médecine scolaire en France**

Begue P.

Prévention

- 25 **Lutte contre le tabac : quelles avancées après deux ans de Programme national de réduction du tabagisme ?**

Chazalon S., et al.

Psychiatrie

- 25 **Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques**

Giordano G., et al.

Soins primaires

- 26 **The Effect of Primary Care Visits on Health Care Utilization: Findings from a Randomized Controlled Trial**

Bradley C. J., et al.

- 26 **Competition and Physician Behaviour: Does the Competitive Environment Affect the Propensity to Issue Sickness Certificates ?**

Brekke K., et al.

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

Carrier H., et al.

- 26 **Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ?**

Castell L. et Dennevault C.

- 27 **Les médecins généralistes face au défi de la précarité**

Depauw, C.

- 27 **Les réseaux de soins**

Durand N., et al.

- 27 **Does Patient Health Behaviour Respond to Doctor's Effort?**

Fichera E., et al.

- 28 **L'engagement des patients au service du système de santé**
Gross O., et al.
- 28 **Getting into Shape: Delivering a Workforce for Integrated Care**
Laycock K., et al.
- 28 **Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation**
Maier C., et al.
- 29 **8000 chirurgien s-dentistes supplémentaires d'ici à 2040**
Millien C.
- 29 **En 2015, un tiers des nouveaux chirurgiens-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger**
Millien C.
- 29 **Médecins libéraux : une hausse modérée de leur revenus entre 2011 et 2014**
Pla A.
- 29 **Les revenus des pharmaciens d'officine - De fortes disparités selon le statut du titulaire**
Pla A. et Trevien C.
- 30 **Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital**
Rey D.

Systèmes de santé

- 30 **Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE**
Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- 30 **Plus sain, plus juste, plus sûr. L'itinéraire de la santé dans le monde 2007-2017**
Organisation Mondiale de la Santé
- 31 **Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis**
Lemaire N.
- 31 **Monitoring Noncommunicable Disease Commitments in Europe. Theme in Focus: Progress Monitor Indicators. (2017)**
Rakovac I., et al.
- 31 **Sickness Absence from Work in Spain: Are There Gender Differences?**
Alba-Ramirez A. et Lopez-Mourelo E.

- 32 **Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues**
Cazenave-Lacrouz A. et Godzinski A.
- 32 **The 'Healthy Worker Effect': Do Healthy People Climb the Occupational Ladder?**
Costa Font J. et Ljunge M.
- 32 **La santé des artisans : de l'acharnement au travail au souci de soi**
Crasset O. et Schwartz O.
- 32 **Commuting and Sickness Absence**
Goerke L. et Lorenz O.
- 33 **Whistle While You Work: Job Insecurity and Older Workers' Mental Health in the United States**
Gutierrez I. A. et Michaud P. C.
- 33 **The Relationship Between Working Hours and Mortality in the United States**
Mercan M. A.

Vieillessement

- 33 **Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile : Rapport et annexes**
Bensadon A.-C., et al.
- 33 **Atlas des séniors et du grand âge en France : 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre**
Blanchet M.
- 34 **Financing Long-Term Care Through Housing in Europe**
Bonnet C., et al.
- 34 **Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 : premiers résultats de l'enquête CARE *ménages***
Brunel M. et Carrere A.
- 34 **Building 'Implicit Partnerships'? Financial Long Term Care Entitlements in Europe**
Costa Font J. et Zigante V.
- 35 **L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre**
Muller M.
- 35 **Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060**
Roussel R.

Assurance maladie

► Medicaid and Financial Health

BREVOORT K., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; 24002. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24002>

This paper investigates the effects of the Medicaid expansion provision of the Affordable Care Act (ACA) on households' financial health. Our findings indicate that, in addition to reducing the incidence of unpaid medical bills, the reform provided substantial indirect financial benefits to households. Using a nationally representative panel of 5 million credit records, we find that the expansion reduced unpaid medical bills sent to collection by \$3.4 billion in its first two years, prevented new delinquencies, and improved credit scores. Using data on credit offers and pricing, we document that improvements in households' financial health led to better terms for available credit valued at \$520 million per year. We calculate that the financial benefits of Medicaid double when considering these indirect benefits in addition to the direct reduction in out-of-pocket expenditures.

► Can Regional Decentralisation Shift Health Care Preferences?

COSTA-FONT J. ET FERRER-I-CARBONELL A.

2017

IZA Discussion Paper; 11180. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11180.pdf>

Uniform health care delivered by a mainstream public insurer – such as the National Health Service (NHS), seldom satisfies heterogeneous demands for care, and some unsatisfied share of the population either use private health care, or purchase private insurance (PHI). One potential mechanism to partially satisfy heterogeneous preferences for health care, and discourage the use of private health care, is regional health care decentralisation. We find robust estimates suggesting that the development of regional health services shifted both perceptions of, and preferences for, using the NHS, making it more likely individuals would use public health care and, consequently, reducing the uptake of PHI. These results are heterogeneous by

income, education, and age groups; and are robust to placebo and other robustness and falsification checks.

► L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs

COUR DES COMPTES

2017

Paris Cour des Comptes.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

Le système d'assurance maladie créé en 1945 permet à la France d'afficher de bons résultats en termes d'espérance de vie. Pour autant, la prévalence de pratiques à risque, un taux de mortalité infantile élevé et des inégalités croissantes d'accès aux soins nuancent ces résultats, obtenus en outre au prix de déficits récurrents. La France se caractérise aussi par une dépense de santé élevée en proportion du PIB et par la part importante des assurances complémentaires dans son financement. Face à l'augmentation structurelle des dépenses, alors que les outils actuels de régulation ont atteint leurs limites, la qualité et l'égalité d'accès aux soins ne pourront être maintenues ou renforcées qu'en réformant l'organisation et la gestion du système de santé. Il ressort que, pour améliorer en continu la qualité des soins, garantir leur accès pour toute la population et sur tout le territoire et faire face à des défis renouvelés qui amplifient les tendances lourdes à l'augmentation des dépenses, des efforts de grande ampleur sont indispensables sur le long terme en vue d'accroître leur efficacité, c'est-à-dire en travaillant simultanément sur l'amélioration des prestations et la réduction de leurs coûts (I). Pour parvenir à des résultats suffisants, et face à la trop fréquente mise en échec des politiques de maîtrise de la dépense, la création ou la restauration, dans un cadre clair et renouvelé, d'instruments efficaces pour organiser l'action de l'assurance maladie, est nécessaire (II). Ces outils doivent être utilisés pour mettre fin aux situations acquises et sources d'inefficacité de tous ordres que des mécanismes d'allocation des ressources insuffisants ont laissé se consolider (III). Un tel mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu, car le progrès

scientifique, le vieillissement, les nouvelles formes de prise en charge, l'évolution de la situation économique et financière de la France, le soumettent sans relâche à de nouvelles contraintes. Il n'a de chances d'aboutir que si la régulation et le pilotage de l'ensemble, aujourd'hui faibles et éclatés, retrouvent efficacité et cohérence en redéfinissant les responsabilités des différents acteurs et en se structurant autour d'objectifs de santé publique et de qualité des soins (IV).

► **Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It**

EINAV L. ET FINKELSTEIN A.

2017

NBER Working Paper Series ; 24055. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24055>

We describe research on the impact of health insurance on healthcare spending («moral hazard»), and use this context to illustrate the value of and important complementarities between different empirical approaches. One common approach is to emphasize a credible research design; we review results from two randomized experiments, as well as some quasi-experimental studies. This work has produced compelling evidence that moral hazard in health insurance exists – that is, individuals, on average, consume less healthcare when they are required to pay more for it out of pocket – as well as qualitative evidence about its nature. These studies alone, however, provide little guidance for forecasting healthcare spending under contracts not directly observed in the data. Therefore, a second and complementary approach is to develop an economic model that can be used out of sample. We note that modeling choices can be consequential: different economic models may fit the reduced form but deliver different counterfactual predictions. An additional role of the more descriptive analyses is therefore to provide guidance regarding model choice.

► **La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2015-2016**

FONDS CMU

2017

Paris : Fonds Cmu

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-Rapport_Cout_Moyen_2015-2016.pdf

Le Fonds CMU- C établit chaque année la dépense définitive de CMU C par bénéficiaire pour l'année N 2 et réalise une estimation pour l'année N 1. Ce travail s'effectue à partir des données fournies par les différents organismes gestionnaires de la CMU- C : régimes de base et organismes complémentaires. Le rapport publié le 1^{er} décembre 2017 indique que 5,5 millions de personnes bénéficiaient de la CMU- C pour l'ensemble des régimes et du territoire en 2016, soit une progression des effectifs de 3,1 % par rapport à 2015. La dépense moyenne par bénéficiaire pour la part couverte par la CMU C, évaluée en droits constatés, en 2016 et en métropole, est chiffrée à 417 € pour la Cnamts, 350 € pour la CCMSA et 343 € pour la CNRSI. Les organismes complémentaires, qui gèrent les droits de 12 % des bénéficiaires, ont un coût moyen de 383 €. Le régime général gère 80 % des bénéficiaires de la CMU- C et regroupe les personnes les plus malades.

► **Cost Sharing in Insurance Coverage for Precision Medicine**

PAULY M. V.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24095. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w24095

This paper describes current pattern of insurance coverage for precision medicines and, especially, companion diagnostics and explores what coverage would improve efficiency. We find that currently coverage is common for tests and treatments with clinical acceptance used at high volumes but is haphazard across both private insurers and Medicare for precision medicines in general. Analysis of the case of homogenous patient preferences finds that discovery and use of the test that converts an ordinary drug into a precision drug can either increase or decrease total spending, and might call for full or no coverage of test and treatments. Heterogeneity in marginal benefits from testing and treatment can call for partial coverage. Finally, varying threshold levels for diagnostic test results can lead to a demand curve to test and treatment that calls for partial cost sharing. Numerical examples and case studies of several test-treatment combinations illustrate these points.

Démographie

► France, portrait social. Édition 2017

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES
ETUDES ECONOMIQUES

2017

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3197289>

Cet ouvrage transversal de la collection « Insee Références » propose d'abord un éclairage sur les personnes, ni riches ni pauvres, mais situées au milieu de l'échelle des niveaux de vie en France, et souvent peu étudiées. Sont décrits les caractéristiques socio-démographiques de ces personnes, leur situation sur le marché du travail, leurs revenus et patrimoine, leurs conditions de vie et enfin de logement. L'évolution depuis vingt ans de la situation de cette catégorie de personnes par rapport aux catégories de niveaux de

vie supérieur et inférieur est également étudiée. Trois dossiers analysent de manière approfondie différents aspects de la société française. Le premier s'intéresse aux spécificités des unions libres en matière de formation et de rupture d'unions par rapport aux mariages et aux Pacs. Le deuxième s'interroge sur l'existence en France d'un phénomène de polarisation de l'emploi salarié, c'est-à-dire une augmentation de l'emploi aux deux extrémités de l'échelle salariale au détriment des catégories aux rémunérations intermédiaires. Le troisième évalue l'effet des réformes des prestations et prélèvements intervenues en 2016 sur le niveau de vie des ménages et les inégalités. Une quarantaine de fiches synthétiques, présentant les données essentielles et des comparaisons européennes, complètent ce panorama social.

Économie de la santé

► En 2016, les dépenses de santé retrouvent leur dynamisme

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ – DIRECTION DE
LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET
DES STATISTIQUES (DREES)

2017

Études Et Résultats (Drees)(1024):

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2016-les-depenses-de-sante-retrouvent-leur-dynamisme>

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) progresse en valeur de 2,3 % en 2016, contre 1,5 % un an plus tôt, pour atteindre 198,5 milliards d'euros. Après un léger ralentissement en 2015, la CSBM croît à nouveau à un rythme proche de celui des années précédentes. Cette croissance est principalement portée par les soins hospitaliers, les soins de ville, notamment les auxiliaires médicaux et les médecins, et les autres biens médicaux. Les prix continuent de reculer : -0,6 % en 2016.

► Dépassements d'honoraires des médecins : une tendance à la baisse qui se confirme. Résultats de l'Observatoire des pratiques tarifaires

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

2017

Paris : Cnamts

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Observatoire_des_pratiques_tarifaires.pdf

Ce dossier présenté par la Caisse nationale d'assurance-maladie, le 29 novembre 2017, rassemble les résultats de son observatoire sur les pratiques tarifaires des professionnels de santé. Cette étude montre que le nombre de praticiens en honoraires libres continue d'augmenter, avec 1.625 spécialistes en secteur II de plus en cinq ans. Le montant total des dépassements a ainsi atteint en 2016 le niveau record de 2,66 milliards d'euros (dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes), soit près de 300 millions de plus qu'en 2011 (il était alors de 2,35 milliards). Le taux de dépassement moyen s'inscrit toutefois en baisse en 2016, à 51,9 %, contre 55,4 % en 2011. Entre 2015 et 2016, la baisse est de 1,4 point. Sans surprise, les professions avec les plus forts taux de dépassement sont les gynécologues

(70,8 %), les psychiatres (73,2 %), les pédiatres (62,7 %), les dermatologues (66,5 %) et les chirurgiens (61,9 %). Même s'il reste du chemin à parcourir, le contrat d'accès aux soins mis en place en 2012 et assoupli en 2016 avec les nouvelles dispositions plus souples (Optam et Optam- CO) commence à porter ses fruits.

► **The Lifetime Costs of Bad Health**

DE NARDI M., *et al.*

2017

Rochester Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3056885

Health shocks are an important source of risk. People in bad health work less, earn less, face higher medical expenses, die earlier, and accumulate much less wealth compared to those in good health. Importantly, the dynamics of health are much richer than those implied by a low-order Markov process. We first show that these dynamics can be parsimoniously captured by a combination of some lag-dependence and ex-ante heterogeneity, or health types. We then study the effects of health shocks in a structural life-cycle model with incomplete markets. Our estimated model reproduces the observed inequality in economic outcomes by health status, including the income-health and wealth-health gradients. Our model has several implications concerning the pecuniary and non-pecuniary effects of health shocks over the life-cycle. The (monetary) lifetime costs of bad health are very concentrated and highly unequally distributed across health types, with the largest component of these costs being the loss in labor earnings. The non-pecuniary effects of health are very important along two dimensions. First, individuals value good health mostly because it extends life expectancy. Second, health uncertainty substantially increases lifetime inequality by affecting the variation in lifespans.

► **The Cost of Occupational Cancer in the EU-28**

EUROPEAN TRADE UNION

2017

Bruxelles European Trade Union Institute

<https://www.etui.org/fr>

Selon cette étude, les cancers professionnels dans l'UE coûteraient chaque année entre 270 et 610 milliards d'euros, ce qui représente entre 1,8 % et 4 % du PIB de l'UE. Ces montants comprennent les coûts directs pour les systèmes de santé des États membres (liés au traitement médical), les coûts indirects pour les travailleurs et les employeurs (associés aux pertes monétaires dues à la cessation du travail) et les coûts humains (impact sur la qualité de vie des travailleurs et de leurs familles).

► **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/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-facteurs-demographiques-contribuent-a-la-moitie-de-la-hausse-des-dépenses>

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.

► **Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale**

LEFEBVRE E.

2017

Paris HCFPS.

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/perimetres-dépenses-de-protection-sociale-comparaison-internationale>

Le débat public fait fréquemment appel aux comparaisons entre pays des niveaux de dépenses de protection sociale et de la part que ces dernières représentent en termes de dépenses publiques voire de prélèvements obligatoires. Les données publiées par l'OCDE et par Eurostat – qui sont issues, pour la France, de la comptabilité nationale et des comptes de la protection sociale établis par la Drees – sont souvent mobilisées à cette fin, mais parfois à mauvais escient. Le rapport du HCFiPS vise à mieux éclairer le contenu et la portée

de ces données, mais aussi à en montrer les limites lorsqu'elles sont utilisées « trop rapidement » à des fins de comparaison internationale, dans un contexte où les évolutions de la protection sociale ont, en France comme dans d'autres pays, eu tendance à estomper ou à brouiller les frontières institutionnelles.

► **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

Paris Ministère chargé de la Santé

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

Ce dossier présente le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et ses annexes :- Annexe 1 : Les programmes de qualité et d'efficacité - Annexe 2 : Objectifs et moyens des organismes de Sécurité sociale - Annexe 3 : Mise en œuvre de la loi de financement de la Sécurité sociale et Mesures de simplification - Annexe 4 : Recettes des régimes par catégorie et par branche.

► **World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals**

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

2017

Genève Organisation Internationale du Travail

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf

Ce rapport phare du BIT donne une vue d'ensemble des dernières tendances concernant les systèmes de

protection sociale, y compris les socles de protection sociale. L'état actuel de la protection sociale y est analysé suivant le cycle de vie, de l'enfance à la vieillesse, en passant par la vie active des femmes et des hommes. Fondé sur les données les plus récentes, le présent rapport offre une large palette d'informations sur la couverture, les prestations et les dépenses publiques liées à la protection sociale à l'échelle mondiale, régionale et nationale. De nouvelles estimations y sont présentées concernant la couverture sociale effective : elles permettent d'assurer un suivi complet des systèmes de protection sociale, y compris des socles, et d'établir une base de référence pour 2015 dans le cadre de l'indicateur 1.3.1 des ODD.

► **Les dépenses de santé depuis 1950**

SOUAL H.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1017)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-depenses-de-sante-depuis-1950>

La part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé a crû fortement jusqu'à atteindre un pic en 1980. Symétriquement, la participation financière des ménages et celle des administrations centrales et locales ont diminué jusqu'au début des années 1980, tandis que le développement des organismes complémentaires s'est amorcé dès les années 1970. La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale, proche de 77 % en 2015, est globalement stable depuis 1990. Entre 1990 et 2015, les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont vu leur prise en charge s'accroître, notamment sur les biens médicaux et les soins de ville.

E-santé – Technologies médicales

► **Accès aux données de santé**

DETOURNAY B., *et al.*

2017

Lettre Du Collège (La)(2)

http://www.ces-asso.org/sites/default/files/lettre_du_college_ndeg_2-2017_0.pdf

La 11^e matinée thématique du Collège des économistes de la santé a permis d'aborder la question de l'accès aux données de santé et réuni des acteurs essentiels sur ce thème qu'il s'agisse d'institutionnels (Drees, Cnamts, INDS, Inserm, AP-HP) ou d'acteurs privés (LEEM, Healthcare Data Institute). Le futur Système national des données de santé (SNDS) créé par la loi

de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 est en cours de mise en place. Un ensemble de décrets ont été publiés récemment qui commence à dessiner ce que pourra être ce SNDS dans son contenu, ses modalités de structuration et ses conditions d'accès au moins pour ce qui est des acteurs publics. Ce fascicule rassemble les différentes contributions des intervenants présentant ce nouveau système national des données de santé (SNDS).

► **Readiness of Electronic Health Record Systems to Contribute to National Health Information and Research**

ODERKIRK J.
2017

OECD Health Working Paper; 99. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/readiness-of-electronic-health-record-systems-to-contribute-to-national-health-information-and-research_9e296bf3-en

All countries are investing in the development of electronic health (clinical) records, but only some countries are moving forward the possibility of data extraction for research, statistics and other uses that serve the public interest. This study reports on the development and use of data from electronic health records in twenty-eight countries. It reports on the prevalence of technical and operational factors that support countries in the development of health information and research programmes from data held within electronic health record systems, such as data coverage, interoperability and standardisation. It examines data quality challenges and how some countries are addressing them and it explores the governance of electronic health record systems and data, including examples

of national statistical and research uses of data. The report provides an overall assessment of the readiness of countries to further develop health information from data within electronic health record systems and describes the outlook for the future. Ten countries are identified as having high readiness that enables them to develop world-class health information systems supporting health system quality, efficiency and performance and creates a firm foundation for scientific research and discovery.

► **La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade**

VALLANCIEN G.
2017

Paris : Gallimard

L'évolution accélérée des technologies bouleverse la médecine et le système de santé français. Elle porte à ses dernières conséquences le changement que le stéthoscope de Laennec avait jadis engagé en forgeant un instrument qui démultiplie le pouvoir de l'observation. On assiste pour de bon à l'émergence de ce que Guy Vallancien propose d'appeler une « média-médecine », une médecine médiatisée par le recours aux capacités de l'ordinateur, que l'on retrouve de la génétique à la robotique chirurgicale, en passant par la télémédecine et les communautés de malades. C'est à l'analyse des transformations rendues possibles par cet outil d'une puissance incomparable que l'ouvrage est consacré. Leurs effets ne s'arrêtent pas à la seule pratique médicale. Elles permettent d'envisager une réorganisation profonde du système de santé. Contre l'antiscience actuelle, Guy Vallancien se livre à un vigoureux plaidoyer en faveur des progrès technologiques.

État de santé

► **State of Health in the European Union : Companion Report 2017**

ANDRIUKATIS V.
2017

Luxembourg Office des publications de l'Union européenne.

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

The Commission's Companion Report, published alongside the Country Health Profiles, is made up of two parts. The first deals with themes that are prominent across the Country Health Profiles, such as: The shift towards health promotion and disease prevention; A

stronger role for primary care; A rethink on fragmented service delivery; Proactive planning and forecasting in the health workforce; Better patient-centred data across the EU. The second part of the report features key findings from the 28 Country Health Profiles are prepared by the OECD and the European Observatory on Health Systems and Policies. Country profiles are available at the following adress: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_fr

► **Enquête nationale périnatale : rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010**

COULM B., et al.
2017

Paris Drees.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

L'étude, fondée sur un échantillon de naissances représentatif de l'ensemble des naissances en France sur l'année, présente l'évolution des principaux indicateurs périnatals relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque. Il décrit également l'organisation des soins dans les 517 maternités de France.

► **Droits de l'enfant en 2017. Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant**

DÉFENSEUR DES DROITS
2017

Paris Défenseur des Droits.

<https://defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2017/11/rapport-annuel-2017-consacre-aux-droits-de-lenfant-au-miroir-de-la>

Ce rapport préconise différentes pistes pour améliorer l'accès des enfants à la santé : renforcer le soutien aux parents, donner la priorité à la prévention, développer la participation des enfants ou encore garantir des moyens suffisants... Le Défenseur des droits invite les pouvoirs publics à prendre différentes dispositions sur le sujet, pour, à terme, se conformer davantage aux indications de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).

► **Family Health Behaviors**

FADLON I. ET NIELSEN T. H.
2017

NBER Working Paper Series ; 24042. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24042>

This paper studies how health behaviors and investments are shaped through intra- and inter-generational family spillovers. Specifically, leveraging administrative healthcare data, we identify the effects of health shocks to individuals on their family members' consumption of preventive care and utilization indicative of health-related behaviors. Our identification strategy relies on the timing of shocks by constructing counterfactuals to affected households using households that experience the same shock but a few years in the future. We find that spouses and adult children immediately increase their health investments and improve their health behaviors in response to family shocks, and that these effects are both significant and persistent for at least several years. Notably, we find that these spillover effects in consumption of healthcare are far-reaching and cascade to siblings, stepchildren, sons and daughters in-law, and even "close" coworkers. Using different strategies we show that while a variety of mechanisms seem to be at play, including learning new information about one's own health, there is consistent evidence in support of salience as a major operative explanation, even when the family shock was likely uninformative. Our results have implications for models of health behaviors, by underscoring the importance of one's family and social network in their determination, and are potentially informative for policies that aim to improve population health.

► **Public Health in Europe During the Austerity Years**

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE
2017

Londres International Longevity centre UK

http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/Public_Health_in_Europe_in_the_Austerity_Years.pdf

This report explores the relationship between austerity policies and public health across Europe. While there has been much debate about the relative success of austerity in terms of supporting economic growth and controlling spending, its direct impact on health has not been as widely explored, particularly at the inter-

national level. Using cross-national data and evidence from individual countries, this report charts the evolution of austerity across the continent, the subsequent changes to health systems and health outcomes, before seeking to unpick the specific channels through which austerity may have impacted health during this period.

► **Perceived Health and Adaptation in Chronic Disease**

NORDENFELT L., *et al.*

2018

Londres : Routledge

This unique monograph will bring readers up to date with chronic disease research, with a focus on health-related quality of life and patient perception of the impact of the diseases and health intervention, as well as psychological adaptation to the disease. It considers the application of concepts and measures in medical and psychological clinical practice and in public health policies. Informed by theory, philosophy, history and empirical research, chapters will indicate how readers might advance their own thinking, learning, practice and research. The book is intended to be provocative and challenging to enhance discussion about theory as a key component of research and practice.

Géographie de la santé

► **Atlas des variations de pratiques**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

2017

Paris : FHF

<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Pertinence-des-actes-médicaux-la-FHF-appelle-a-passer-a-l-action>

Cet atlas des pratiques médicales accompagne les résultats d'un sondage réalisé par Odoxa, en 2017, sur les variations des pratiques axées sur cinq actes médicaux : la césarienne, le pontage coronarien, la chirurgie du rachis, l'endoprothèse vasculaire et les interventions sur le cristallin. Les cartographies réalisées montrent que le recours à ces actes pour 100 000 habitants varie de façon très importante entre les régions.

► **La désertification médicale : mythes et réalités**

FROMENTIN V.

2017

Lettre de Galilée (H.S. N° 2)

Si le phénomène de désertification médicale est souvent évoqué dans la presse régionale comme nationale, quels sont les réels chiffres de la démographie médicale ? Manque-t-on vraiment de professionnels de santé ? Comment l'État a-t-il appréhendé le phénomène ? Au-delà des statistiques, comment s'est-il largement fourvoyé dans sa politique en faveur de la médecine de proximité ? Après un historique sur la notion de « désert médical », ce cahier spécial de Galilée tente de répondre à ces questions.

► **Renforcer l'accès territorial aux soins**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

Paris : Ministère chargé de la santé

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf

La démarche pour l'égal accès aux soins vise à ce que chaque territoire dispose d'un projet de santé adapté et sur-mesure. Le Plan du Gouvernement sera construit et mis en œuvre avec les agences régionales de santé (ARS) et leurs partenaires institutionnels régionaux.

Handicap

► **Prestation de compensation du handicap 2016 : évolution et contenu de la prestation**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE
2017

Analyse Statistique(3)

http://www.cnsa.fr/documentation/analyse_de_la_montee_en_charge_de_la_pch_2016_vf.pdf

En 2016, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont instruit 292 700 demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) dont 12,5 % concernent des demandes de PCH enfants. La croissance des demandes de PCH se poursuit (+8 % par rapport à 2015). En 2016, les MDPH ont accordé environ 128 500 prestations de compensation (PCH). Le taux d'accord de PCH poursuit sa diminution. En 2016, la prestation de compensation du handicap représente près de 7 % des demandes déposées auprès des MDPH (une part stable depuis 2010), et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) seulement 0,3 %. D'après les dernières statistiques trimestrielles disponibles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, qui datent de décembre 2015, les conseils départementaux ont versé la prestation de compensation du handicap à 184 000 personnes (soit une augmentation de 6 % depuis décembre 2015).

► **Community Integration of People with Disabilities: Can Olmstead Protect Against Retrenchment?**

CROSSLEY M.
2017

U. of Pittsburgh Legal Studies Research Paper ; 2017-27. Pittsburgh University of Pittsburgh School of Law

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3058804

Since the passage of the Americans with Disabilities Act (ADA) in 1990, states have made significant progress in enabling Americans with disabilities to live in their communities, rather than institutions. That progress reflects the combined effect of the Supreme Court's holding in *Olmstead v. L.C. ex rel. Zimring*, that states' failure to provide services to disabled persons in the

community may violate the ADA, and amendments to Medicaid that permit states to devote funding to home and community-based services (HCBS). This article considers whether *Olmstead* and its progeny could act as a check on a potential retrenchment of states' support for HCBS in the event that states face severe reductions in federal funding for Medicaid, as was threatened by Republican efforts in 2017 to "repeal and replace" the Affordable Care Act and to restructure Medicaid. The article concludes that *Olmstead* provides a strong basis for challenging a state's elimination or severe curtailment of existing HCBS programs, but that the fact-specific nature of a state's likely "fundamental alteration" defense precludes predicting the outcome of such a challenge. Despite this legal uncertainty, protests mounted by people with disabilities, in which they demanded freedom from institutionalization, may have helped cement the idea that community integration is a civil right in the public's mind.

► **The Dynamics of Disability and Benefit Receipt in Britain**

JONES M. K. ET MC VICARD D.
2017

IZA Discussion Paper; 11186. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11186.pdf>

This paper exploits rarely-used longitudinal data to examine the impacts of disability onset on benefit receipt in Britain over the period 2004–2012. Differences in the timing of onset are exploited for identification in a framework that combines propensity score matching with difference-in-differences estimation. Disability onset increases receipt of disability insurance, a wider measure of sickness and disability benefits, and receipt of non-sickness benefits by six, eight and six percentage points respectively in the first year. These effects do not vary significantly by individual characteristics, but are larger for more severe disability onset, for those who did not previously report a long-term health condition, and for those who experienced disability onset under the less restrictive pre-2009 disability benefit regime. Contrary to the perception of disability benefits being an absorbing state, disability exit has an almost symmetrical impact on receipt of disability insurance and on wider sickness benefits in the first year.

► **Le vieillissement des personnes handicapées mentales**

ZRIBI G.
2017

Rennes : Presses de l'EHESP

L'accompagnement des personnes handicapées mentales lors de leur vieillissement revêt une acuité particulière de nos jours, à l'heure où l'allongement de leur espérance de vie met les professionnels, les familles et les décideurs publics face à leurs responsabilités. Cette nouvelle édition rassemble quelques-unes des contri-

butions antérieures, toujours d'actualité, auxquelles viennent s'ajouter des textes inédits. L'ensemble constitue un ouvrage profondément remanié associant analyses théoriques (psychologiques, sociologiques, institutionnelles) et illustrations concrètes de réponses, de projets et de pratiques professionnelles. Les auteurs proposent ainsi aux personnes handicapées et à leurs familles, aux associations et aux pouvoirs publics une approche sensiblement modifiée par l'ampleur du phénomène du vieillissement, par l'accroissement des droits des usagers et par la transformation profonde des interventions sociales et médico-sociales.

Hôpital

► **Indicateurs de mortalité hospitalière : expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs en France**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2017

St Denis La Plaine HAS

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2798803/fr/ipaqss-2017-rapport-indicateurs-de-mortalite-hospitaliere

Ce rapport est consacré aux expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs de mortalité hospitalière en France. Il est décliné en 3 parties : un panorama des indicateurs de mortalité actuellement utilisés dans cinq pays dans le but de comparer les établissements de santé (États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Australie, Allemagne); une revue de la littérature internationale pour éclairer les avantages et inconvénients des différents indicateurs de mortalité : objet de l'indicateur, périmètre, données sources, modèles d'ajustement, les effets induits par leur utilisation et leurs liens avec les autres indicateurs de qualité (processus, structure); des recommandations quant au développement d'indicateurs de mortalité hospitalière « toutes causes » permettant la comparaison des établissements de santé en France.

► **Qualité et sécurité en établissement de santé : panorama de la gestion des risques en France – 2017**

BERTRAND E. ET SCHLATTER J.
2017

Bordeaux : LEH Édition

Depuis plusieurs années, la gestion des risques a trouvé sa place dans les organisations complexes que sont les établissements de santé en France. Il s'agit néanmoins d'une notion « récente » qu'il faut encore définir, faire découvrir et surtout légitimer. Pour anticiper et agir face aux agressions potentielles, tous les acteurs, qu'ils soient ingénieurs, médecins, cadres de santé, infirmières ou directeurs, ont besoin d'outils méthodologiques pour identifier et réduire les risques liés à leur activité. Cet ouvrage se veut une cartographie de l'état actuel des risques en établissement de santé. Pour cela, il se veut très pratique et composé de deux parties principales. Une première partie est consacrée à des thématiques générales et une seconde partie aux risques vécus ou perçus directement dans des services cliniques ou médico-techniques. Les thèmes abordés offrent une vision très diversifiée, allant du risque médical aux questions épidémiques, évoquant même la cybercriminalité. Le fil conducteur du livre est la perception de chaque auteur sur les risques précis uniquement dans les établissements de santé.

► **Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030**

BRILHAULT G., et al.
2017

Dossiers de La Drees (Les)(18)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/projections-d-activite-hospitaliere-a-l-horizon-2030>

Ce document présente les projections d'activité hospitalière de court séjour à l'horizon 2030, calculées à partir d'hypothèses construites avec un groupe d'experts, et tenant compte des évolutions démographiques à venir. Ces hypothèses s'appuient sur un meilleur suivi en ville de certaines pathologies chroniques, des progrès techniques et des changements de pratiques dans certaines prises en charge hospitalières.

► **Identifying Sources of Inefficiency in Health Care**

CHANDRA A. ET STAIGER D. O.
2017

NBER Working Paper Series ; 24035. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24035>

In medicine, the reasons for variation in treatment rates across hospitals serving similar patients are not well understood. Some interpret this variation as unwarranted, and push standardization of care as a way of reducing allocative inefficiency. However, an alternative interpretation is that hospitals with greater expertise in a treatment use it more because of their comparative advantage, suggesting that standardization is misguided. We develop a simple economic model that provides an empirical framework to separate these explanations. Estimating this model with data on treatments for heart attack patients, we find evidence of substantial variation across hospitals in both allocative inefficiency and comparative advantage, with most hospitals overusing treatment in part because of incorrect beliefs about their comparative advantage. A stylized welfare-calculation suggests that eliminating allocative inefficiency would increase the total benefits from this treatment by about a third.

► **Hospital Centralization and Performance in Denmark – Ten Years On**

CHRISTIANSEN T. ET VRANGBAEK K.
2017

Health Economics Paper; 7/2017. Odense University of Southern Denmark

https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2017/wp-cohere_07-2017.pdf

Denmark implemented a major reform of the administrative and political structure in 2007 when the previous 13 counties were merged into five new regions and the number of municipalities was reduced from 271 to 98. A main objective was to create administrative units that were large enough to support a hospital structure with few acute hospitals in each region and to centralize specialized care in fewer hospitals. This paper analyses the reorganization of the somatic hospital sector in Denmark since 2007, discusses the mechanisms behind the changes and analyses hospital performance after the reform. The reform emphasized an improved acute service and high quality. The number of acute hospitals was reduced from about 40 to 21 hospitals with joint acute facilities. The restructuring and geographical placement of acute hospitals took place in a democratic process subject to central guidelines and requirements. Since the reform, hospital productivity has increased by more than 2 per cent per year and costs have been stable. While the overall indicators point to a successful reform, it has also been criticized that some people in remote areas feel "left behind" in the economic development and that hospital staff are under increased workload pressure. Concurrent with the centralization of hospitals municipalities strengthened their health service with an emphasis on prevention and health promotion.

► **L'hôpital à cœur ouvert**

HIRSCH M.
2017

Paris : Stock

Martin Hirsch dirige depuis quatre ans l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le plus grand centre hospitalier d'Europe. Il montre les défis auxquels l'AP-HP est confrontée avec l'irruption des technologies numériques, les difficultés à concilier les contraintes financières avec les aspirations des personnels et des patients, les conséquences à venir de l'augmentation « épidémique » des maladies chroniques

dans une population vieillissante. Il nous fait ainsi pénétrer dans les coulisses de l'hôpital et, depuis le cœur du réacteur, aborde les sujets de préoccupations de nombreux Français : Le système de santé français est-il solide ou menacé ? Faut-il le transformer ou le préserver tel quel ? Est-il trop coûteux ou manque-t-il de ressources ? Se dirige-t-on vers une médecine personnalisée ou, au contraire, une médecine « dépersonnalisée » par l'emprise des nouvelles technologies ?

► **Does Hospital Competition Improve Efficiency? The Effect of the Patient Choice Reform in England**

LONGO F., *et al.*
2017

CHE Research Paper Series ;149. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP149_hospital_competition_efficiency_.pdf

We use the 2006 relaxation of constraints on patient choice of hospital in the English NHS to investigate the effect of hospital competition on dimensions of efficiency including indicators of resource management (admissions per bed, bed occupancy rate, proportion of day cases, cancelled elective operations, proportion of untouched meals) and costs (cleaning services costs, laundry and linen costs, reference cost index for overall and elective activity). We employ a quasi difference-in-difference approach and estimate seemingly unrelated regressions and unconditional quantile regressions with data on hospital trusts from 2002/03 to 2010/11. Our findings suggest that increased competition had mixed effects on efficiency. An additional equivalent rival increased admissions per bed and the proportion of day cases by 1.1 and 3.8 percentage points, and reduced the proportion of untouched meals by 3.5 percentage points, but it also increased the number of cancelled elective operations by 2.6%. Unconditional quantile regression results indicate that hospitals with low efficiency, as measured by fewer admissions per bed and a smaller proportion of day cases, are more responsive to competition.

Inégalités de santé

► **Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region**

BRIEBE S., *et al.*
2016

Health Evidence Network synthesis report ; 47. Copenhagen OMS

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf

The increasing number of refugees, asylum seekers and irregular migrants poses a challenge for mental health services in Europe. This review found that these groups are exposed to risk factors for mental disorders before, during and after migration. The prevalence of psychotic, mood and substance-use disorders in these groups varies but overall resembles that in the host populations. Refugees and asylum seekers, however, have higher rates of post-traumatic stress disorder. Poor socioeconomic conditions are asso-

ciated with increased rates of depression five years after resettlement.

► **L'état de la pauvreté en France**

BRUNNER A., *et al.*
2017

Notes De L'observatoire(4)

https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/notes_de_l_observatoire_-_etat_de_la_pauvrete_en_france.pdf

Quel est le niveau de la pauvreté en France ? Comment évolue-t-il ? Sur ce sujet très sensible, les polémiques sont fréquentes et les points de repère manquent. Cette note synthétise les données disponibles pour tenter d'y voir plus clair. Elle présente les principaux chiffres, leur évolution et dresse un état des lieux complet de la pauvreté monétaire en France. Elle cherche à cerner au mieux le phénomène sans, comme c'est trop souvent fait, l'exagérer. Elle donne les principales caractéristiques de la population pauvre.

► **Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE
2017

Paris CCNE

http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants_0.pdf

Le Comité consultatif national d'éthique a souhaité exprimer publiquement un avis sur le thème de la santé des migrants, entendue dans son sens le plus large. Il lui est, en effet, apparu, tout en reconnaissant la complexité de la question, que si la prise en charge des migrants mobilisait à la fois des normes législatives, des moyens et aussi des opinions souvent tranchées et opposées, si elle a au surplus fait l'objet d'examens et de mises en garde récents, elle pose aussi, en matière sanitaire, des problèmes de santé publique mais surtout des questions éthiques sur lesquelles il estime, de ce fait, opportun de formuler son opinion. Le CCNE, en abordant la question de la santé des migrants, n'a pas souhaité prendre parti dans la dimension politique de la question. En revanche, il fait le constat d'une situation complexe pour laquelle les solutions mises en œuvre par l'ensemble des acteurs publics ne sont pas à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui et de demain. Le CCNE estime, en l'état actuel des données, qu'il n'existe aucune difficulté insurmontable dans une prise en charge honorable et digne des migrants. Encore faudrait-il rendre crédible en la matière un discours de vérité d'abord, de confiance et d'encouragement ensuite, corollaire d'une meilleure adaptation des instruments publics.

► **Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins**

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES
DROITS DE L'HOMME
2017

Paris CNCDH

http://www.cncdh.fr/sites/default/files/171017_avis_sur_le_droit_a_la_protection_de_la_sante_dans_les_territoires_ultramarins_0.pdf

La CNCDH dresse un constat inquiétant s'agissant de graves inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la santé dans l'ensemble des territoires ultramarins; l'organisation des systèmes de santé dans chacun de ces territoires étant en difficulté. Toutefois, la situation dans les Antilles et la Réunion

est dans une dynamique de convergence avec l'hexagone, alors que la Guyane et Mayotte cumulent encore de graves retards. En outre, le manque de personnel médical, l'isolement des populations, et l'insuffisance des données statistiques disponibles empêchent une véritable mise en œuvre de l'ensemble des politiques publiques en matière de santé. Parmi une vingtaine de recommandations, la CNCDH appelle en particulier à mettre l'accent sur les dispositifs de prévention à condition que ces derniers soient adaptés au contexte socioculturel, à la diversité des situations locales et aux risques sanitaires liés à l'environnement propres à chaque territoire .

► **Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France**

DESGREES DULOUP, A. ET LERT F.
2017

Paris : Editions de la Découverte

Pourquoi et comment l'infection VIH percute-t-elle la vie des immigrés d'Afrique subsaharienne en France? Première étude quantitative d'ampleur menée par des chercheurs et des associations au sein de cette population particulièrement touchée par le virus, l'enquête ANRS Parcours a retracé, en 2012-2013, les trajectoires migratoires, sociales, administratives et de santé de ces immigrés. Elle met en relief les difficultés d'installation, les bouleversements familiaux et professionnels à l'arrivée en France, et leurs conséquences en termes de santé.

► **Diet, Physical Activity and Sedentary Behaviours. Analysis of Trends, Inequalities and Clustering in Selected Oecd Countries**

GRAF S. ET CECCHINI M.
2017

OECD Health Working Paper; 100. Paris OCDE

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

Prevalence of non-communicable diseases has increased in past decades in the OECD. These conditions have many risk factors, including poor quality diet, insufficient physical activity, and excess sedentarism. These behaviours are also at the root of over-

weight and obesity, which are themselves risk factors leading to non-communicable diseases. Using the most recent data available from individual-level national health surveys and health interviews, this paper paints a picture of the situation in terms of diet and physical activity in eleven OECD countries.

► **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2016**

MÉDECINS DU MONDE

2017

Paris Médecins du Monde

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016>

Au travers de ces programmes d'intervention en France, le rapport de l'année 2016 fait le constat des difficultés rencontrées par les personnes précaires pour faire valoir leurs droits et leurs accès aux soins. L'Observatoire de Médecins du Monde critique notamment « une gestion désastreuse de l'accueil des migrants par les autorités françaises ». L'Observatoire dénonce une dégradation des conditions d'accueil des demandeurs d'asile ainsi qu'un non-respect du droit à la protection pour les mineurs non accompagnés. Le rapport fait plus généralement état de difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, liées notamment à la complexité des démarches et à la remise en cause de l'AME. Il souligne que les personnes en situation de grande précarité présentent des problèmes de santé particuliers liés à leurs conditions de vie, notamment des troubles psychologiques. Il indique également des difficultés d'accès à la prévention et aux dépistages dans les populations précaires, qui engagent de larges problématiques de santé publique.

► **Synthèse du rapport de l'Observatoire 2017. Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe**

MÉDECINS DU MONDE

2017

Paris Médecins du Monde

<http://www.medecinsdumonde.org/fr>

Le Rapport de l'Observatoire de Médecins du Monde décrit la situation actuelle de ceux et celles qui passent entre les mailles du filet des systèmes de santé européens et appelle les parties prenantes aux niveaux international, européen et national à faire de la couverture santé universelle une priorité. Le rapport 2017 pointe sur les oubliés de cette couverture maladie universelle.

► **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2017**

SECOURS CATHOLIQUE

2017

Paris Secours Catholique

https://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rs17_0.pdf

Ce rapport repose sur l'analyse de plus de 85 000 situations distinctes parmi les 1 438 000 personnes - 67 000 adultes et 671 000 enfants - rencontrées en 2016 par les 67 900 bénévoles de l'association. Les constats issus de ces données chiffrées permettent de dessiner le paysage de la pauvreté en France, région par région. Ils fournissent aussi de la matière pour déconstruire les préjugés envers les personnes en précarité et interpeller sur le thème de la cohésion sociale.

Médicaments

► Biosimilar Cost Savings in the United States. Initial Experience and Future Potential

MULCAHY A. W., *et al.*
2017

Santa Monica The Rand

<https://www.rand.org/pubs/perspectives/PE264.html>

This Perspective estimates potential future savings from biosimilars in the United States, summarizes the experience to date with the first marketed biosimilar in the United States, and discusses key policy issues surrounding biosimilars. We estimate that biosimilars will reduce direct spending on biologic drugs by \$54 billion from 2017 to 2026, or about 3 percent of total estimated biologic spending over the same period, with a range of \$24 to \$150 billion. While our estimate uses recent data and transparent assumptions, we caution that actual savings will hinge on industry and regulatory decisions as well as potential policy changes to strengthen the biosimilar market.

► Des médicaments à tout prix : sociologie des génériques en France

NOUGUEZ E.
2017

Paris : Les Presses de SciencesPo

Vingt ans après leur introduction en France, les médicaments génériques suscitent toujours la polémique. Pour les uns, ce sont d'authentiques médicaments, dont dépend la survie du système d'assurance maladie français. Pour les autres, ce sont de piètres copies qui sacrifient la santé à l'économie. Le développement des génériques a reconfiguré le système de santé français, en bouleversant les relations d'alliance et de concurrence entre les pouvoirs publics, les industriels, les professionnels de santé et les patients. Il a également révélé les conflits de valeurs qui traversent la société actuelle : égalité contre qualité, solidarité contre liberté.

► Le prix des médicaments en question(s)

PLANEL M. P.
2017

Rennes : Presses de l'EHESP

La fixation du prix des médicaments fait l'objet de débats récurrents dans l'ensemble des pays développés. Cette préoccupation, réapparue en 2014 avec l'arrivée des nouveaux traitements de l'hépatite C, exprime la crainte de ne pouvoir accéder à certains soins en raison de leurs prix. Ce débat illustre l'importance de cette thématique dans le champ de la santé publique. En répondant à 10 questions que chacun peut se poser, l'auteur montre en quoi cette thématique du prix du médicament a un impact sur l'organisation des soins et leur accès pour l'ensemble de la population. Pour les autorités sanitaires, les enjeux ne sont pas simplement financiers, mais touchent également à l'éthique et à la sécurité de notre système de santé. De façon claire et précise, cet ouvrage apporte les clés pour comprendre la politique du médicament et les mécanismes qui encadrent la procédure de fixation de leurs prix en France (dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles) en éclairant également des notions essentielles comme l'innovation et la transparence.

► Medication Adherence as a Measure of the Quality of Care Provided by Physicians

SEABURY S., *et al.*
2017

Rochester Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3064247

Aims: To assess the extent to which medication adherence in two disease spaces – congestive heart failure (CHF) and diabetes – may serve as a measure of physician-level quality. **Data and Methods:** We conduct a retrospective analysis of Medicare data from 2007-2009, including Parts A (inpatient) and B (outpatient), as well as pharmacy records from Part D. For each disease, we assess the correlation between two factors: medication adherence and health outcomes, both measured at the physician-level. We control for selection bias by first regressing patient-level outcomes on a set of

covariates which include co-morbid conditions, demographic attributes, and physician fixed effects. We then classify physicians into three levels of average patient medication adherence – low, medium, and high – and compare health outcomes across these groups. We conduct an additional set of comparisons adjusting for patient attributes, by using the fixed effect vectors from the initial set of regressions. Results: There is a clear relationship between average medication adherence and patient health outcomes as measured at the physician level. Within the diabetes sample, among physicians with high average adherence, and controlling for patient characteristics, 22.1 per 1,000 patients had uncontrolled diabetes, compared to 45.9

per 1,000 patients among physicians with low average adherence. Within the CHF sample, also controlling for patient characteristics, the average rate of emergency care usage for physicians with low average adherence was 16.4%, compared with 13.5% for doctors with high average adherence. Conclusions: This study establishes a physician-level correlation between improved medication adherence and improved health outcomes in the Medicare population. Our findings suggest that medication adherence may be a useful measure of physician quality, at least for chronic conditions where prescription medications are an important component of treatment.

Méthodologie - Statistique

► L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux

BERNSTEIN D. ET AGAMALIYEV E.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1018)

Aux côtés des modèles qui s'appuient notamment sur le génome pour essayer de prévoir la survenue de pathologies précises chez un individu, des modèles prédictifs d'événements relatifs au système de soins, tels que l'hospitalisation non programmée ou l'entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, se développent depuis une décennie.

► Estimating Fixed Effects: Perfect Prediction and Bias in Binary Response Panel Models, with an Application to the Hospital Readmissions Reduction Program

KUNZ J. S., et al.

2017

IZA Discussion Paper, 11182. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11182.pdf>

The maximum likelihood estimator for the regression coefficients, β , in a panel binary response model with fixed effects can be severely biased if N is large and T is small, a consequence of the incidental parameters problem. This has led to the development of conditional maximum likelihood estimators and, more recently, to estimators that remove the $O(T-1)$ bias in β^\wedge . We add to this literature in two important ways. First, we focus on estimation of the fixed effects proper, as these have become increasingly important in applied work. Second, we build on a bias-reduction approach originally developed by Kosmidis and Firth (2009) for cross-section data, and show that in contrast to other proposals, the new estimator ensures finiteness of the fixed effects even in the absence of within-unit variation in the outcome. Results from a simulation study document favourable small sample properties. In an application to hospital data on patient readmission rates under the 2010 Affordable Care Act, we find that hospital fixed effects are strongly correlated across different treatment categories and on average higher for privately owned hospitals.

Politique de santé

► La médecine scolaire en France

BEGUE P.
2017

Paris Académie Nationale de Médecine

Dans ce nouveau rapport, l'Académie de médecine déplore la pénurie de médecins de l'Éducation nationale en France. Pour y remédier, elle préconise de recadrer leur activité dans un statut de médecins de

la prévention, d'assurer l'examen de santé pour tous les enfants de 6 ans, de réviser la gouvernance par la création d'un comité exécutif entre les ministères de l'EN et de la Santé, d'instaurer un enseignement universitaire de la médecine scolaire sous la forme d'une formation spécialisée transversale, et de mettre en place un système de santé scolaire organisé basé sur les personnels de la santé scolaire et les enseignants formés à cet effet.

Prévention

► Lutte contre le tabac : quelles avancées après deux ans de Programme national de réduction du tabagisme ?

CHAZALON S., *et al.*
2017

Actualité Et Dossier En Santé Publique(99)

Le programme national de réduction du tabagisme vise une baisse de 10 % du nombre de fumeurs quotidiens d'ici 2019. Ses axes d'intervention : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, aider les fumeurs à s'arrêter, agir sur l'économie du tabac. Bilan d'étape.

Psychiatrie

► Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques

GIORDANO G., *et al.*
2014

Paris ENS

https://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/Rapport-scientifique_-recherche-ENS-ARSIDF.pdf

Ce rapport fait suite à un projet de recherche inscrit dans le cadre plus large des travaux de l'équipe de la chaire « Handicap psychique et décision pour autrui ». Cette recherche appréhende de façon qualitative les trajectoires des personnes souffrant de handicap psychique, accompagnées à la fois par un service

médico-social de type SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) ou SAMSAH, et par le secteur psychiatrique. Les outils médico-administratifs, centrés sur les parcours de soin des personnes et largement structurés par des questions épidémiologiques, peinent à rendre compte de ces trajectoires. Dans un contexte de forte rationalisation des coûts et de territorialisation de l'action publique, la coordination des dispositifs et la traçabilité des parcours deviennent des enjeux politiques et par conséquent professionnels, importants. La loi 2005 sur le handicap, parce qu'elle a été interprétée comme reconnaissant le handicap psychique, a renforcé un discours politique et administratif critique du cloisonnement des filières sanitaires et sociales incitant à une plus grande coordination.

Soins primaires

► **The Effect of Primary Care Visits on Health Care Utilization: Findings from a Randomized Controlled Trial**

BRADLEY C. J., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24100. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w24100

We conducted a randomized controlled trial, enrolling low-income uninsured adults to determine whether cash incentives are effective at encouraging a primary care provider (PCP) visit, and at lowering utilization and spending. Subjects were randomized to four groups: untreated controls, and one of three incentive arms with incentives of \$0, \$25, or \$50 for visiting a PCP within six months of group assignment. Compared to the untreated controls, subjects in the incentive groups were more likely to have a PCP visit in the initial six months. They had fewer ED visits in the subsequent six months, but outpatient visits did not decline. We also used the exogenous variation generated by the experiment to obtain causal evidence on the effects of a PCP visit. We observed modest reductions in emergency department use and increased outpatient use, but no reductions in overall spending.

► **Competition and Physician Behaviour: Does the Competitive Environment Affect the Propensity to Issue Sick Leave Certificates ?**

BREKKE K., *et al.*

2017

CESifo Working Paper Series No. 6672- Category 11 : Industrial Organisation. Munich CESifo

Competition among physicians is widespread, but compelling empirical evidence on the impact on service provision is limited, mainly due to lack of exogenous variation in the degree of competition. In this paper we exploit that many GPs, in addition to own practice, work in local emergency centres, where the matching of patients to GPs is random. This allows us to observe the same GP in two different competitive environments; with competition (own practice) and without competition (emergency centre). Using rich administrative patient-level data from Norway for 2006-14, which

allow us to estimate high-dimensional fixed-effect models to control for time-invariant patient and GP heterogeneity, we find that GPs with a fee-for-service (fixed-salary) contract are 12 (7.5) percentage points more likely to certify sick leave at own practice than at the emergency centre. Thus, competition has a positive impact on GPs' sick listing that is strongly reinforced by financial incentives.

► **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 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. Bien que les médecins s'estiment bien informés des risques de la polymédication, plus de la moitié estiment insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication.

► **Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ?**

CASTELL L. ET DENNEVAULT C.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1035)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/qualite-et-acces-aux-soins-que-pensent-les-francais-de-leurs-medecins>

Une large majorité de Français sont attachés à leurs médecins et au système de santé, mais l'automédica-

tion et la recherche de conseils en dehors du système de soins sont les premiers réflexes de plus d'un tiers d'entre eux, en particulier chez les jeunes. Près de trois Français sur dix ressentent des difficultés d'accès à leur généraliste, et près d'un sur deux à leurs spécialistes. Ce sentiment est d'autant plus partagé que le niveau d'accessibilité réelle, mesuré par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), est faible. De plus, les personnes en difficulté financière ou en mauvaise santé sont plus souvent insatisfaites de l'accès aux soins et de leur qualité.

► **Les médecins généralistes face au défi de la précarité**

DEPAUW, C.

2017

Rennes : Presses de l'EHESP

Régulièrement mises en lumière dans les politiques publiques, la question des inégalités de santé et celle de l'implication du corps médical à ce sujet constituent un enjeu politique majeur dans la prise en charge des publics défavorisés. Pour en comprendre les raisons, cet ouvrage propose une étude sociologique centrée sur les interactions entre le médecin généraliste et ses patients en situation de précarité, afin de comprendre comment certaines pratiques et postures professionnelles peuvent contribuer à réduire ou à renforcer les inégalités sociales et territoriales de santé (organisation spatiale du cabinet, personnalité sociale du médecin, refus de soins discriminatoires...). À l'appui d'une analyse socio-ethnographique de près de 700 consultations effectuées auprès de 8 cabinets médicaux, ce livre apporte un éclairage inédit sur le rôle et les conditions d'exercice des médecins généralistes et les mesures novatrices à mettre en place pour améliorer la prise en charge médicale des personnes précaires (qualité de la relation patient-médecin, implication du médecin dans les dimensions médico-sociales, organisation de la salle d'attente...).

► **Les réseaux de soins**

DURAND N., *et al.*

2017

Paris Igas

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

► **Does Patient Health Behaviour Respond to Doctor's Effort?**

FICHERA E., *et al.*

2017

Bath Economics Research Papers; No. 62 /17. Bath University of Bath

http://opus.bath.ac.uk/58124/1/does_patient_health_behaviour_respond_to_doctors_effort.pdf

Incentive pay systems have been introduced in public sectors such as education and healthcare. In these organisations where the outcome (health or education) is a joint product between different agents, it is unclear what the effects of these incentives are onto the behaviour of untargeted agents. We focus on patient health as a joint product of patient effort, through lifestyle and behaviour, and doctor effort, through diagnosis and treatment. Patient response to doctor effort is a priori ambiguous and depends on the degree of complementarity or substitution between doctor and patient effort. We use data on the physical activity, drinking and smoking behaviours of over 2,000 patients aged over 50 with cardiovascular diseases in England. Through a new data linkage and an instrumental variable approach, we test whether changes in doctors' treatment efforts triggered by changes in their payment system between 2004 and 2006 had an impact on patient behaviour. Doctors working in primary care

practices increased the proportion of patients with controlled disease from 76% to 83% in response to the payment change. Patients responded by reducing the frequency of drinking alcohol and their cigarette consumption. This suggests that patient efforts are complements to doctor effort. The results have implications for the effectiveness of pay-for-performance schemes which encourage higher doctor effort, and the design of such incentive schemes.

► **L'engagement des patients au service du système de santé**

GROSS O., *et al.*

2017

Paris : Doin

Patients-partenaires, patients-experts, patients-intervenants dans l'éducation thérapeutique de leurs pairs, patients-enseignants... Le rôle grandissant des patients dans le système de santé questionne, tant sur les fondements de ce phénomène que sur les modalités pratiques de leur engagement. Le slogan associatif « Rien sur nous, sans nous » inscrit ce mouvement dans une revendication morale. C'est aussi lui faire justice que de présenter son intérêt pour la qualité du système de santé. L'engagement des patients dans le système de soins sert de levier supplémentaire à la qualité des soins, à partir de différents constats : les actions verticales ne fonctionnent pas, l'expérience des soins des patients peut servir à améliorer les parcours de soins, leur parole a une légitimité particulière auprès des autres malades. Enfin, leurs savoirs situés et leur perspective singulière permettent de concevoir des actions de santé innovantes, ou plus pertinentes au regard des attentes des malades. Ainsi, des patients engagés participent aux actions de prévention en santé, aux soins de leurs pairs, aux recherches, à la formation des médecins. Dans certains champs, leur participation devient un critère de qualité des actions de santé. Cet ouvrage décrit le processus sociohistorique dans lequel s'inscrit le mouvement de l'engagement des patients. Il dresse un panorama des expériences étrangères et françaises et un état des recherches.

► **Getting into Shape: Delivering a Workforce for Integrated Care**

LAYCOCK K., *et al.*

2017

Londres : Reform

<http://www.reform.uk/publication/getting-into-shape-delivering-a-workforce-for-integrated-care/>

The UK Government is committed to a radical reshaping of NHS delivery, based on a shift to new care models and treatment in the community. Its management of the NHS workforce, however, has not delivered with nearly three times more doctors, and four times more nurses in the acute sector than in the community. Since 2009, the number of consultants has risen by nearly a third, whilst the number of GPs has fallen. Freedom of Information requests made for this report found that, across 61 acute trusts, only 6 per cent of consultants work in the community for at least one session per week. This paper follows a previous Reform report, Work in Progress, which showed how better use of technology and a better culture of employment can increase efficiency in the whole public-sector workforce. The paper focuses on the structural barriers to delivering integrated care in the UK

► **Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation**

MAIER C., *et al.*

2017

OECD Health Working Paper; 98. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en

Many OECD countries have undergone reforms over the past decade to introduce advanced roles for nurses in primary care to improve access to care, quality of care and/or to reduce costs. This working paper provides an analysis of these nurse role developments and reforms in 37 OECD and EU countries. Four main trends emerge: 1) the development in several countries of specific advanced practice nursing roles at the interface between the traditional nursing and medical professions; 2) the introduction of various new, supplementary nursing roles, often focused on the management of chronic conditions; 3) the rise in educational programmes to train nurses to the required skills and competencies; and 4) the adoption of new laws and regulations in a number of countries since

2010 to allow certain categories of nurses to prescribe pharmaceuticals (including in Estonia, Finland, France, Netherlands, Poland and Spain).

► **8000 chirurgien s-dentistes supplémentaires d'ici à 2040**

MILLIEN C.

2017

Études et Résultats (Drees)(1027)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/8-000-chirurgien-ne-s-dentistes-supplementaires-d-ici-a-2040>

Le nombre de chirurgiens- dentistes devrait augmenter de 18 % entre 2016 et 2040 pour atteindre 48 800 actifs en 2040, dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien des politiques en vigueur. Cette hausse serait plus importante que celle de la population française et entraînerait également une augmentation de la densité. La baisse de la densité de ces quinze dernières années serait ainsi compensée : en 2040, le rapport entre l'offre et la demande de soins dentaires reviendrait à son niveau de 2000.

► **En 2015, un tiers des nouveaux chirurgiens-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger**

MILLIEN C.

2017

Études et Résultats (Drees)(1026)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2015-un-tiers-des-nouveaux-chirurgien-ne-s-dentistes-ont-obtenu-leur-diplome>

Au 1^{er} janvier 2016, 41 200 chirurgiens- dentistes en activité sont recensés en France dans le répertoire partagé des professionnels de santé. Malgré une stabilité des effectifs ces quinze dernières années, la profession rajeunit, en raison notamment d'un accroissement du nombre de places disponibles au numerus clausus et de l'arrivée massive de professionnels diplômés à l'étranger : en 2015, un professionnel sur trois nouvellement inscrits était diplômé à l'étranger.

► **Médecins libéraux : une hausse modérée de leur revenus entre 2011 et 2014**

PLA A.

2017

Études et Résultats (Drees)(1022)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/medecins-liberaux-une-hausse-moderee-de-leurs-revenus-entre-2011-et-2014>

En 2014, les médecins libéraux ont perçu en moyenne un revenu d'activité de 112 000 euros, nettement plus élevé pour les spécialistes (141 000 euros) que pour les omnipraticiens (86 000 euros). Entre spécialités, des écarts de revenus moyens importants existent, et cette hiérarchie perdure. Entre 2011 et 2014, les revenus des médecins ont progressé en moyenne de 0,3 % par an.

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

PLA A. ET TREVIEN C.

2017

Insee Première(1676)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3277603>

Les revenus moyens des pharmaciens titulaires non salariés déclarés en 2014 vont du simple au double selon le type d'imposition de leur officine : 121 400 euros pour les entrepreneurs individuels, 116 800 euros pour les sociétés soumises à l'impôt sur le revenu et 59 400 euros pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, catégorie de plus en plus souvent choisie par les pharmaciens. Néanmoins, dans le troisième cas, le revenu ne sert qu'à rémunérer le travail du pharmacien alors que dans les deux premiers cas, il assure également la constitution du patrimoine professionnel. Une fois neutralisées ces différences de règles comptables liées aux régimes d'imposition, ces écarts deviennent relativement faibles. À catégorie juridique et régime d'imposition donnés, la rémunération des pharmaciens augmente avec le chiffre d'affaires de l'officine et est plus élevée en moyenne dans les départements du nord de la France que dans ceux du sud. Elle varie également selon l'âge et le sexe du titulaire : elle est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Après avoir nettement progressé en 2010 et 2011, en phase de rattrapage de la crise de 2008- 2009, le revenu des titulaires a évolué en moyenne moins favorablement de 2012 à 2014. Il a même diminué pour la moitié des pharmaciens entre

2013 et 2014. Les revenus des adjoints d'officine, pharmaciens salariés, sont nettement inférieurs à ceux des titulaires et varient beaucoup moins d'une pharmacie à l'autre.

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

REY D.

2017

Études et Résultats (Drees)(1034)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/suivi-des-patients-atteints-de-cancer-les-generalistes-favorables-a-des>

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.

Systèmes de santé

► **Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2017

Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr

Cette nouvelle édition du Panorama de la santé présente les données comparables les plus récentes pour les principaux indicateurs relatifs à la santé et à la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Les pays candidats et les principaux pays partenaires (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, Inde, Indonésie et Lituanie) ont également été inclus dans la mesure du possible. Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles. Cette édition contient des nouveaux indicateurs, particulièrement dans le domaine des facteurs de risque pour la santé. Elle place aussi une plus grande emphase sur l'analyse des tendances temporelles. Parallèlement à l'analyse par indicateur, cette édition propose des instantanés et une série de tableaux de bord qui résument les performances comparatives des pays, ainsi qu'un chapitre spécial sur les principaux facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie.

► **Plus sain, plus juste, plus sûr. L'itinéraire de la santé dans le monde 2007-2017**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2017

Genève OMS

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259203/1/9789242512366-fre.pdf>

Ce rapport écrit et analyse les aspects essentiels de l'évolution de la santé dans le monde au cours des 10 dernières années et examine les tendances et les politiques qui intéressent le rôle et l'influence potentielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Outre les données générales sur la mortalité, le rapport fait le point sur les actions réalisées dans le champ de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre les maladies infectieuses, puis décrit la montée en puissance des maladies non-transmissibles. Le rapport consacre ensuite une seconde partie aux actions contribuant à rendre la santé dans le monde « plus juste ». Il évoque les différentes formes des inégalités sociales de santé, les avancées majeures dans leur compréhension ainsi que les interventions qui permettent de les réduire. Enfin, une troisième partie fait état d'évolutions en faveur d'un monde « plus sûr ». Les évolutions relatives à la vaccination, les défis soulevés par le changement climatique et la pollution de l'air et la gestion des situations d'urgence y sont introduites.

► **Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis**

LEMAIRE N.

2017

Paris : Secrétariat général des ministères sociaux

<https://www.ars.sante.fr/experiences-etrangees-de-coordination-des-soins-les-accountable-care-organizations-de-medicare-aux>

L'étude avait pour objectif de comprendre l'évolution de ces ACOs depuis leur création ainsi que les modalités de prise en charge des patients, notamment dans le cas de transitions entre la ville et l'hôpital. Menée auprès de 13 ACOs de Medicare implantées dans 8 États différents (New York, Floride, Texas, Delaware, Californie, Kentucky, Arizona et Pennsylvanie), elle a occasionné 40 interviews de personnes impliquées dans ces ACOs (directeurs généraux, directeurs opérationnels, directeurs médicaux, médecins participants et membres de l'équipe de l'ACO ou de cabinet médical) ou d'experts (personnels du Secrétariat d'État chargé de la Santé, chercheurs, consultants). Ces interviews ayant été réalisées sous couvert d'anonymat, il n'est pas possible d'en préciser la liste. Au-delà des ACOs étudiées, l'étude a permis l'observation privilégiée de l'élaboration puis du suivi d'une politique publique de santé aux États-Unis. C'est l'ensemble qui est retracé dans le présent rapport organisé autour d'une présen-

tation des ACOs développés par Medicare (I) et d'une première réflexion sur la transposition d'une démarche similaire en France (II).

► **Monitoring Noncommunicable Disease Commitments in Europe. Theme in Focus: Progress Monitor Indicators. (2017)**

RAKOVAC I., et al.

2017

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/351518/Monitoring-NCD.pdf

This annual publication reports on progress achieved in the WHO European Region and individual Member States in the fight against noncommunicable diseases (NCDs). It presents selected recent data on NCD surveillance, in line with global and regional frameworks such as the Global Monitoring Framework (GMF), Health 2020, progress monitoring (PM) and Sustainable Development Goals (SDGs). Each edition focuses on a different topic: this year's theme is progress towards implementation of "best buys" for the governance, surveillance, prevention and management of NCDs – the so-called "PM indicators". Implementation of PM indicators has improved significantly over the last two years in the WHO European Region.

Travail et santé

► **Sickness Absence from Work in Spain: Are There Gender Differences?**

ALBA-RAMIREZ A. ET LOPEZ-MOURELO E.

2017

Madrid University Carlos III.

<https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/25937/we201715.pdf>

We use a sample of social security records containing work histories and sick leave episodes to investigate gender differences in the incidence and duration of absence from work due to sickness in Spain. For sick

leave incidence we apply a competing risk model to a panel of newly employed workers who can be followed for two years until an episode of sick leave occurs or the job ends. For the duration of sick leave spells, we estimate a Weibull model. We distinguish between sick leave due to occupational illness or injury and sick leave due to common disease or accident. This distinction is important because only for the latter women have higher incidence and longer duration than men. In this respect, the presence of children under 3 years of age in the household becomes a significant explanatory factor.

► **Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues**

CAZENAVE-LACROUTZ A. ET GODZINSKI A.
2017

Insee Analyses(36)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181789>

Un jour de carence pour arrêt maladie a été instauré dans la fonction publique au 1^{er} janvier 2012, puis supprimé au 1^{er} janvier 2014. D'après l'enquête Emploi, la mise en place de ce dispositif n'a pas significativement modifié la proportion d'agents de la fonction publique de l'État absents pour raison de santé une semaine donnée. En revanche, la mesure a modifié la répartition des absences par durée. En particulier, les absences pour raison de santé de deux jours ont fortement diminué, tandis que celles d'une semaine à trois mois ont augmenté. La mesure a également eu des effets hétérogènes : les absences courtes ont davantage baissé chez les femmes, chez les jeunes et chez les employés travaillant peu de jours par semaine

► **The 'Healthy Worker Effect': Do Healthy People Climb the Occupational Ladder?**

COSTA FONT J. ET LJUNGE M.
2017

CESifo Working Paper No. 6712. Category 3: Social protection. Munich CESifo

http://www.cesifo-group.de/DocDL/cesifo1_wp6712.pdf

The association between occupational status and health has been taken to reveal the presence of health inequalities shaped by occupational status. However, that interpretation assumes no influence of health status in explaining occupational standing. This paper documents evidence of non-negligible returns to occupation status on health (which we refer as 'healthy worker effect'). We use a unique empirical strategy that addressed reverse causality, namely an instrumental variable strategy using the variation in average health in the migrant's country of origin, a health measure plausibly not determined by the migrant's occupational status. Our findings suggest that health status exerts significant effects on occupational status in several dimensions; having a supervising role, worker autonomy, and worker influence. The effect size of health is larger than that of an upper secondary education.

► **La santé des artisans : de l'acharnement au travail au souci de soi**

CRASSET O. ET SCHWARTZ O.
2017

Rennes : Presses Universitaires de Rennes

Artisan ferronnier d'art et sociologue, Olivier Crasset a enquêté dans un milieu qu'il connaît de l'intérieur. En se mêlant aux équipes de travail, il a observé au quotidien la manière dont les artisans engagent leur corps dans leur activité. Leur parcours professionnel est marqué dans un premier temps par un surinvestissement dans le travail et par un déni des questions de santé. Par la suite, la relation s'inverse. De nouvelles ressources se constituent au fil de la carrière et aident l'artisan à maintenir en activité un corps usé par le travail.

► **Commuting and Sickness Absence**

GOERKE L. ET LORENZ O.
2017

IZA Discussion Paper, 11183. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11183.pdf>

We investigate the causal effect of commuting on sickness absence from work using German panel data. To address reverse causation, we use changes in commuting distance for employees who stay with the same employer and who have the same residence during the period of observation. In contrast to previous papers, we do not observe that commuting distances are associated with higher sickness absence, in general. Only employees who commute long distances are absent about 20% more than employees with no commutes. We explore various explanations for the effect of long distance commutes to work and can find no evidence that it is due to working hours mismatch, lower work effort, reduced leisure time or differences in health status.

► **Whistle While You Work: Job Insecurity and Older Workers' Mental Health in the United States**

GUTIERREZ I. A. ET MICHAUD P. C.
2017

Working paper; 17-02. Montréal Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques

http://www.cedia.ca/sites/cedia.ca/files/cahier_17_02_job_security_older_workers_mental_health.pdf

We estimate the effects of job insecurity on older workers' health outcomes using an instrumental variables approach which exploits downsizing and state-industry level changes in employment. We provide evidence that job insecurity, as measured by the self-reported probability of job loss, increases stress at work, the risk of clinical depression and lowers self reported health status. IV estimates are much larger than OLS estimates which we interpret as evidence that job insecurity which is outside the control of workers may have much larger effects on mental health. These findings suggest that employers ought to consider actions to offset the detrimental health effects of reducing personnel on

their remaining (older) workers and pay attention at the stress that industry level changes in economic conditions may have on workers.

► **The Relationship Between Working Hours and Mortality in the United States**

MERCAN M. A.
2017

Gebze Gebze Technical University

<https://ideas.repec.org/p/geb/wpaper/2017-01.html>

This study bridges a gap in the literature by examining the relationship between working hours and the probability of mortality among older workers in the United States. We have applied the Cox regression method, a frequently used approach in survival analysis, to panel data from the Health and Retirement Survey (HRS). We have found a small negative relationship exists between working hours and the probability of mortality. This study's findings may raise questions about the need for initiatives in the European Union and other countries that regulate the length of work schedules.

Vieillessement

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

BENSADON A.-C., *et al.*
2017

Paris : IGAS

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.

► **Atlas des séniors et du grand âge en France : 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre**

BLANCHET M.
2017

Rennes : Presses de l'EHESP

Avec 13 millions d'individus aujourd'hui et 15 millions à l'horizon 2030, les plus de 65 ans représentent une part de plus en plus importante de la population française. L'arrivée à la retraite des baby-boomers et le vieillissement en cours de la population sont perçus à

la fois comme une opportunité et une source d'inquiétude. Cet atlas, richement illustré de graphiques et de cartographies, permet de comprendre et visualiser toutes les caractéristiques des séniors et personnes âgées (répartition géographique, situation économique, préférences politiques...) et déconstruit certains clichés sur la vieillesse. Car c'est bien une « vieillesse plurielle », en constante mutation et marquée par les inégalités, qui ressort de cette analyse à la fois démographique, sociale et économique. Pour rendre compte des enjeux présents et futurs du vieillissement de la population, l'approche territoriale permet de révéler autant les pratiques et vécus des personnes âgées que les rapports de force démographiques, politiques ou économiques.

► **Financing Long-Term Care Through Housing in Europe**

BONNET C., *et al.*

2017

Document de travail; 233

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26740/document_travail_2017_233_long.term.care_reverse.mortgage.fr.pdf

Dans quelle mesure les Européens âgés de 65 ans et plus pourront-ils financer leur dépenses de dépendance dans l'hypothèse d'une absence d'aide informelle et d'assurance publique et privée? Pour répondre à cette question, nous construisons un modèle de microsimulation des trajectoires de dépendance des individus dans neuf pays européens à partir des données longitudinales de l'enquête Share. Selon nos simulations, 57 % des 65 ans et plus connaîtraient une période de dépendance (définie comme le fait d'avoir des restrictions dans 2 ou plus des activités élémentaires de la vie quotidienne), qui durerait en moyenne 4.3 ans. 7 % des individus sans conjoint en perte d'autonomie pourront financer leurs dépenses de dépendance en utilisant uniquement leurs revenus courants et 23 % si on tient compte de l'ensemble du patrimoine, à l'exception de la résidence principale. Cette proportion double si on suppose que les individus peuvent utiliser cette dernière en contractant un prêt viager hypothécaire (PVH). Cet effet est plus marqué pour les trois plus bas quintiles de revenu, dans tous les pays à l'exception de l'Italie et de l'Espagne, pays dans lesquels le PVH jouerait un rôle important pour l'ensemble des 65 ans et plus. Il demeure que dans l'ensemble, 20 % des individus ne pourraient financer que moins de 5 % de leurs dépenses de dépendance attendues.

► **Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 : premiers résultats de l'enquête CARE *ménages***

BRUNEL M. ET CARRERE A.

2017

Études et Résultats (Drees)(1029)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-dependantes-vivant-a-domicile-en-2015-premiers-resultats-de>

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). 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. 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.

► **Building 'Implicit Partnerships'? Financial Long Term Care Entitlements in Europe**

COSTA FONT J. ET ZIGANTE V.

2017

LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series;125. London London School of Economics and Political Science

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3052190

The public funding of long-term care (LTC) programs to support the frail elderly is still underdeveloped compared to other areas of social protection for old age. In Europe, any moves to broaden entitlements to LTC are impeded by increasing demand for care coinciding with constrained public finances. We examine a set of conditions that facilitate modifications to the financial entitlement to LTC and elaborate the concept of 'implicit partnerships': an implicit (or 'silent') agreement, encompassing the financial co-participation of public funders and the time and/or financial resources of users and their families. We argue that the successful building of 'implicit partnerships' opens the door to potential reform of financial entitlements, either through 'user partnerships' relying on users' co-payments, or 'caregiver partnerships' relying on informal care provision. We examine entitlements over time in

seven European countries; the EU-5, the Netherlands and Sweden. Furthermore, we show that public attitudes towards financing and provision of LTC support the country specific financial entitlements and the type of implicit partnership we identify.

► **L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre**

MULLER M.

2017

Dossiers De La Drees (Les)(20)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/l-accueil-des-personnes-agees-en-etablissement-entre-progression-et>

Fin 2015, 10 600 établissements d'hébergement pour personnes âgées proposent environ 752 000 places d'accueil. Si leur nombre progresse lentement entre 2011 et 2015, leur capacité d'accueil s'est quant à elle développée plus rapidement. Par ailleurs, l'offre de ces établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'est diversifiée avec le temps et propose désormais des services tels que le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcés (UHR) afin de s'adapter aux personnes âgées. En moyenne, les tarifs d'hébergement sont de 59 euros par jour, mais varient sensiblement en fonction du statut juridique de l'établissement concerné - ce qui n'est pas le cas des tarifs liés à la dépendance qui, eux, dépendent du besoin d'assistance de la personne âgée. Fin 2015, plus de 500 000 personnes travaillent

dans les établissements pour personnes âgées, pour un volume de travail équivalent à 429 800 personnes à temps plein. En moyenne, les structures comptent ainsi 57 équivalents temps plein pour 100 places installées, soit trois de plus qu'en 2011. Par ailleurs, la plupart des EHPAD et EHPA ont déclaré avoir des difficultés à recruter de nouveaux employés. À savoir également que le milieu est majoritairement féminin - sauf dans les postes à responsabilités, majoritairement occupés par des hommes.

► **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/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler>

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.

Watch on Health Economics Literature

February 2018

IRDES Information Centre

Health insurance	Pharmaceuticals
Demography	Methodology-Statistics
Health Economics	Health Policy
E-Health – Medical technologies	Prevention
Health status	Psychiatry
Geography of Health	Primary Health care
Disability	Health systems
Hospital	Aging
Health inequalities	

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

43 Medicaid and Financial Health

Brevoort K., et al.

43 Can Regional Decentralisation Shift Health Care Preferences?

Costa-Font J. et Ferrer-I-Carbonell A.

43 L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs

Cour des comptes

44 Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It

Einav L. et Finkelstein A.

44 La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2015-2016

Fonds CMU

44 Cost Sharing in Insurance Coverage for Precision Medicine

Pauly M. V.

46 The Cost of Occupational Cancer in the EU-28

European Trade Union

46 Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015

Grangier J., et al.

46 Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale

Lefebvre E.

47 Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

Ministère chargé de la Santé

47 World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals

Organisation Internationale du Travail

47 Les dépenses de santé depuis 1950

Soual H.

Demography

45 France, portrait social. Édition 2017

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

E-Health – Medical technologies

47 Accès aux données de santé

Detournay B., et al.

48 Readiness of Electronic Health Record Systems to Contribute to National Health Information and Research

Oderkirk J.

48 La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade

Vallancien G.

Health Economics

45 En 2016, les dépenses de santé retrouvent leur dynamisme

Ministère chargé de la santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

45 Dépassements d'honoraires des médecins : une tendance à la baisse qui se confirme. Résultats de l'Observatoire des pratiques tarifaires

Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Health status

46 The Lifetime Costs of Bad Health

De Nardi M., et al.

48 State of Health in the European Union : Companion Report 2017

Andriukatis V.

49 Enquête nationale périnatale : rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010

Coulm B., et al.

49 **Droits de l'enfant en 2017. Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant**

Défenseur des Droits

49 **Family Health Behaviors**

Fadlon I. et Nielsen T. H.

49 **Public Health in Europe During the Austerity Years**

International Longevity Centre

50 **Perceived Health and Adaptation in Chronic Disease**

Nordenfelt L., et al.

Geography of Health

50 **Atlas des variations de pratiques**

Fédération Hospitalière de France

50 **La désertification médicale : mythes et réalités**

Fromentin V.

50 **Renforcer l'accès territorial aux soins**

Ministère chargé de la santé

Disability

51 **Prestation de compensation du handicap 2016 : évolution et contenu de la prestation**

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

51 **Community Integration of People with Disabilities: Can Olmstead Protect Against Retrenchment?**

Crossley M.

51 **The Dynamics of Disability and Benefit Receipt in Britain**

Jones M. K. et Mc Vicard D.

52 **Le vieillissement des personnes handicapées mentales**

Zribi G.

Hospital

52 **Indicateurs de mortalité hospitalière : expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs en France**

Haute Autorité de Santé

52 **Qualité et sécurité en établissement de santé : panorama de la gestion des risques en France – 2017**

Bertrand E. et Schlatter J.

53 **Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030**

Brilhault G., et al.

53 **Identifying Sources of Inefficiency in Health Care**

Chandra A. et Staiger D. O.

53 **Hospital Centralization and Performance in Denmark – Ten Years On**

Christiansen T. et Vrangbaek K.

53 **L'hôpital à cœur ouvert**

Hirsch M.

54 **Does Hospital Competition Improve Efficiency? The Effect of the Patient Choice Reform in England**

Longo F., et al.

Health inequalities

54 **Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region**

Briebe S., et al.

54 **L'état de la pauvreté en France**

Brunner A., et al.

55 **Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique**

Comité Consultatif National d'Éthique

55 **Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins**

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

55 **Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France**

Desgrees Duloup, A. et Lert F.

- 55 **Diet, Physical Activity and Sedentary Behaviours. Analysis of Trends, Inequalities and Clustering in Selected Oecd Countries**

Graf S. et Cecchini M.

- 56 **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2016**

Médecins du Monde

- 56 **Synthèse du rapport de l'Observatoire 2017. Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe**

Médecins du Monde

- 56 **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2017**

Secours Catholique

Pharmaceuticals

- 57 **Biosimilar Cost Savings in the United States. Initial Experience and Future Potential**

Mulcahy A. W., et al.

- 57 **Des médicaments à tout prix : sociologie des génériques en France**

Nouguez E.

- 57 **Le prix des médicaments en question(s)**

Panel M. P.

- 57 **Medication Adherence as a Measure of the Quality of Care Provided by Physicians**

Seabury S., et al.

Methodology-Statistics

- 58 **L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux**

Bernstein D. et Agamaliyev E.

- 58 **Estimating Fixed Effects: Perfect Prediction and Bias in Binary Response Panel Models, with an Application to the Hospital Readmissions Reduction Program**

Kunz J. S., et al.

Health Policy

- 59 **La médecine scolaire en France**

Begue P.

Prevention

- 59 **Lutte contre le tabac : quelles avancées après deux ans de Programme national de réduction du tabagisme ?**

Chazalon S., et al.

Psychiatry

- 59 **Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques**

Giordano G., et al.

Primary Health care

- 60 **The Effect of Primary Care Visits on Health Care Utilization: Findings from a Randomized Controlled Trial**

Bradley C. J., et al.

- 60 **Competition and Physician Behaviour: Does the Competitive Environment Affect the Propensity to Issue Sickness Certificates ?**

Brekke K., et al.

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

Carrier H., et al.

- 60 **Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ?**

Castell L. et Dennevault C.

- 61 **Les médecins généralistes face au défi de la précarité**

Depauw, C.

- 61 **Les réseaux de soins**

Durand N., et al.

- 61 **Does Patient Health Behaviour Respond to Doctor's Effort?**

Fichera E., et al.

- 62 **L'engagement des patients au service du système de santé**
Gross O., et al.
- 62 **Getting into Shape: Delivering a Workforce for Integrated Care**
Laycock K., et al.
- 62 **Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation**
Maier C., et al.
- 63 **8000 chirurgien s-dentistes supplémentaires d'ici à 2040**
Millien C.
- 63 **En 2015, un tiers des nouveaux chirurgiens-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger**
Millien C.
- 63 **Médecins libéraux : une hausse modérée de leur revenus entre 2011 et 2014**
Pla A.
- 63 **Les revenus des pharmaciens d'officine - De fortes disparités selon le statut du titulaire**
Pla A. et Trevien C.
- 64 **Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital**
Rey D.
- 66 **Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues**
Cazenave-Lacrouz A. et Godzinski A.
- 66 **The 'Healthy Worker Effect': Do Healthy People Climb the Occupational Ladder?**
Costa Font J. et Ljunge M.
- 66 **La santé des artisans : de l'acharnement au travail au souci de soi**
Crasset O. et Schwartz O.
- 66 **Commuting and Sickness Absence**
Goerke L. et Lorenz O.
- 67 **Whistle While You Work: Job Insecurity and Older Workers' Mental Health in the United States**
Gutierrez I. A. et Michaud P. C.
- 67 **The Relationship Between Working Hours and Mortality in the United States**
Mercan M. A.

Aging

- 67 **Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile : Rapport et annexes**
Bensadon A.-C., et al.
- 67 **Atlas des séniors et du grand âge en France : 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre**
Blanchet M.
- 68 **Financing Long-Term Care Through Housing in Europe**
Bonnet C., et al.
- 68 **Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 : premiers résultats de l'enquête CARE *ménages***
Brunel M. et Carrere A.
- 68 **Building 'Implicit Partnerships'? Financial Long Term Care Entitlements in Europe**
Costa Font J. et Zigante V.
- 69 **L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre**
Muller M.
- 69 **Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060**
Roussel R.
-
- 64 **Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE**
Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- 64 **Plus sain, plus juste, plus sûr. L'itinéraire de la santé dans le monde 2007-2017**
Organisation Mondiale de la Santé
- 65 **Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis**
Lemaire N.
- 65 **Monitoring Noncommunicable Disease Commitments in Europe. Theme in Focus: Progress Monitor Indicators. (2017)**
Rakovac I., et al.
- 65 **Sickness Absence from Work in Spain: Are There Gender Differences?**
Alba-Ramirez A. et Lopez-Mourelo E.

Health insurance

► Medicaid and Financial Health

BREVOORT K., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; 24002. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24002>

This paper investigates the effects of the Medicaid expansion provision of the Affordable Care Act (ACA) on households' financial health. Our findings indicate that, in addition to reducing the incidence of unpaid medical bills, the reform provided substantial indirect financial benefits to households. Using a nationally representative panel of 5 million credit records, we find that the expansion reduced unpaid medical bills sent to collection by \$3.4 billion in its first two years, prevented new delinquencies, and improved credit scores. Using data on credit offers and pricing, we document that improvements in households' financial health led to better terms for available credit valued at \$520 million per year. We calculate that the financial benefits of Medicaid double when considering these indirect benefits in addition to the direct reduction in out-of-pocket expenditures.

► Can Regional Decentralisation Shift Health Care Preferences?

COSTA-FONT J. ET FERRER-I-CARBONELL A.

2017

IZA Discussion Paper; 11180. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11180.pdf>

Uniform health care delivered by a mainstream public insurer – such as the National Health Service (NHS), seldom satisfies heterogeneous demands for care, and some unsatisfied share of the population either use private health care, or purchase private insurance (PHI). One potential mechanism to partially satisfy heterogeneous preferences for health care, and discourage the use of private health care, is regional health care decentralisation. We find robust estimates suggesting that the development of regional health services shifted both perceptions of, and preferences for, using the NHS, making it more likely individuals would use public health care and, consequently, reducing the uptake of PHI. These results are heterogeneous by

income, education, and age groups; and are robust to placebo and other robustness and falsification checks.

► L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs

COUR DES COMPTES

2017

Paris Cour des Comptes.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

Le système d'assurance maladie créé en 1945 permet à la France d'afficher de bons résultats en termes d'espérance de vie. Pour autant, la prévalence de pratiques à risque, un taux de mortalité infantile élevé et des inégalités croissantes d'accès aux soins nuancent ces résultats, obtenus en outre au prix de déficits récurrents. La France se caractérise aussi par une dépense de santé élevée en proportion du PIB et par la part importante des assurances complémentaires dans son financement. Face à l'augmentation structurelle des dépenses, alors que les outils actuels de régulation ont atteint leurs limites, la qualité et l'égalité d'accès aux soins ne pourront être maintenues ou renforcées qu'en réformant l'organisation et la gestion du système de santé. Il ressort que, pour améliorer en continu la qualité des soins, garantir leur accès pour toute la population et sur tout le territoire et faire face à des défis renouvelés qui amplifient les tendances lourdes à l'augmentation des dépenses, des efforts de grande ampleur sont indispensables sur le long terme en vue d'accroître leur efficacité, c'est-à-dire en travaillant simultanément sur l'amélioration des prestations et la réduction de leurs coûts (I). Pour parvenir à des résultats suffisants, et face à la trop fréquente mise en échec des politiques de maîtrise de la dépense, la création ou la restauration, dans un cadre clair et renouvelé, d'instruments efficaces pour organiser l'action de l'assurance maladie, est nécessaire (II). Ces outils doivent être utilisés pour mettre fin aux situations acquises et sources d'inefficacité de tous ordres que des mécanismes d'allocation des ressources insuffisants ont laissé se consolider (III). Un tel mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu, car le progrès

scientifique, le vieillissement, les nouvelles formes de prise en charge, l'évolution de la situation économique et financière de la France, le soumettent sans relâche à de nouvelles contraintes. Il n'a de chances d'aboutir que si la régulation et le pilotage de l'ensemble, aujourd'hui faibles et éclatés, retrouvent efficacité et cohérence en redéfinissant les responsabilités des différents acteurs et en se structurant autour d'objectifs de santé publique et de qualité des soins (IV).

► **Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It**

EINAV L. ET FINKELSTEIN A.

2017

NBER Working Paper Series ; 24055. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24055>

We describe research on the impact of health insurance on healthcare spending («moral hazard»), and use this context to illustrate the value of and important complementarities between different empirical approaches. One common approach is to emphasize a credible research design; we review results from two randomized experiments, as well as some quasi-experimental studies. This work has produced compelling evidence that moral hazard in health insurance exists – that is, individuals, on average, consume less healthcare when they are required to pay more for it out of pocket – as well as qualitative evidence about its nature. These studies alone, however, provide little guidance for forecasting healthcare spending under contracts not directly observed in the data. Therefore, a second and complementary approach is to develop an economic model that can be used out of sample. We note that modeling choices can be consequential: different economic models may fit the reduced form but deliver different counterfactual predictions. An additional role of the more descriptive analyses is therefore to provide guidance regarding model choice.

► **La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2015-2016**

FONDS CMU

2017

Paris : Fonds Cmu

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-Rapport_Cout_Moyen_2015-2016.pdf

Le Fonds CMU-C établit chaque année la dépense définitive de CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1. Ce travail s'effectue à partir des données fournies par les différents organismes gestionnaires de la CMU-C : régimes de base et organismes complémentaires. Le rapport publié le 1^{er} décembre 2017 indique que 5,5 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C pour l'ensemble des régimes et du territoire en 2016, soit une progression des effectifs de 3,1 % par rapport à 2015. La dépense moyenne par bénéficiaire pour la part couverte par la CMU-C, évaluée en droits constatés, en 2016 et en métropole, est chiffrée à 417 € pour la Cnamts, 350 € pour la CCMSA et 343 € pour la CNRSI. Les organismes complémentaires, qui gèrent les droits de 12 % des bénéficiaires, ont un coût moyen de 383 €. Le régime général gère 80 % des bénéficiaires de la CMU-C et regroupe les personnes les plus malades.

► **Cost Sharing in Insurance Coverage for Precision Medicine**

PAULY M. V.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24095. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w24095

This paper describes current pattern of insurance coverage for precision medicines and, especially, companion diagnostics and explores what coverage would improve efficiency. We find that currently coverage is common for tests and treatments with clinical acceptance used at high volumes but is haphazard across both private insurers and Medicare for precision medicines in general. Analysis of the case of homogenous patient preferences finds that discovery and use of the test that converts an ordinary drug into a precision drug can either increase or decrease total spending, and might call for full or no coverage of test and treatments. Heterogeneity in marginal benefits from testing and treatment can call for partial coverage. Finally, varying threshold levels for diagnostic test results can lead to a demand curve to test and treatment that calls for partial cost sharing. Numerical examples and case studies of several test-treatment combinations illustrate these points.

Demography

► France, portrait social. Édition 2017

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES
ETUDES ECONOMIQUES

2017

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3197289>

Cet ouvrage transversal de la collection « Insee Références » propose d'abord un éclairage sur les personnes, ni riches ni pauvres, mais situées au milieu de l'échelle des niveaux de vie en France, et souvent peu étudiées. Sont décrits les caractéristiques socio-démographiques de ces personnes, leur situation sur le marché du travail, leurs revenus et patrimoine, leurs conditions de vie et enfin de logement. L'évolution depuis vingt ans de la situation de cette catégorie de personnes par rapport aux catégories de niveaux de

vie supérieur et inférieur est également étudiée. Trois dossiers analysent de manière approfondie différents aspects de la société française. Le premier s'intéresse aux spécificités des unions libres en matière de formation et de rupture d'unions par rapport aux mariages et aux Pacs. Le deuxième s'interroge sur l'existence en France d'un phénomène de polarisation de l'emploi salarié, c'est-à-dire une augmentation de l'emploi aux deux extrémités de l'échelle salariale au détriment des catégories aux rémunérations intermédiaires. Le troisième évalue l'effet des réformes des prestations et prélèvements intervenues en 2016 sur le niveau de vie des ménages et les inégalités. Une quarantaine de fiches synthétiques, présentant les données essentielles et des comparaisons européennes, complètent ce panorama social.

Health Economics

► En 2016, les dépenses de santé retrouvent leur dynamisme

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ – DIRECTION DE
LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET
DES STATISTIQUES (DREES)

2017

Études Et Résultats (Drees)(1024):

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2016-les-depenses-de-sante-retrouvent-leur-dynamisme>

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) progresse en valeur de 2,3 % en 2016, contre 1,5 % un an plus tôt, pour atteindre 198,5 milliards d'euros. Après un léger ralentissement en 2015, la CSBM croît à nouveau à un rythme proche de celui des années précédentes. Cette croissance est principalement portée par les soins hospitaliers, les soins de ville, notamment les auxiliaires médicaux et les médecins, et les autres biens médicaux. Les prix continuent de reculer : -0,6 % en 2016.

► Dépassements d'honoraires des médecins : une tendance à la baisse qui se confirme. Résultats de l'Observatoire des pratiques tarifaires

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

2017

Paris : Cnamts

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Observatoire_des_pratiques_tarifaires.pdf

Ce dossier présenté par la Caisse nationale d'assurance-maladie, le 29 novembre 2017, rassemble les résultats de son observatoire sur les pratiques tarifaires des professionnels de santé. Cette étude montre que le nombre de praticiens en honoraires libres continue d'augmenter, avec 1.625 spécialistes en secteur II de plus en cinq ans. Le montant total des dépassements a ainsi atteint en 2016 le niveau record de 2,66 milliards d'euros (dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes), soit près de 300 millions de plus qu'en 2011 (il était alors de 2,35 milliards). Le taux de dépassement moyen s'inscrit toutefois en baisse en 2016, à 51,9 %, contre 55,4 % en 2011. Entre 2015 et 2016, la baisse est de 1,4 point. Sans surprise, les professions avec les plus forts taux de dépassement sont les gynécologues

(70,8 %), les psychiatres (73,2 %), les pédiatres (62,7 %), les dermatologues (66,5 %) et les chirurgiens (61,9 %). Même s'il reste du chemin à parcourir, le contrat d'accès aux soins mis en place en 2012 et assoupli en 2016 avec les nouvelles dispositions plus souples (Optam et Optam- CO) commence à porter ses fruits.

► **The Lifetime Costs of Bad Health**

DE NARDI M., *et al.*

2017

Rochester Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3056885

Health shocks are an important source of risk. People in bad health work less, earn less, face higher medical expenses, die earlier, and accumulate much less wealth compared to those in good health. Importantly, the dynamics of health are much richer than those implied by a low-order Markov process. We first show that these dynamics can be parsimoniously captured by a combination of some lag-dependence and ex-ante heterogeneity, or health types. We then study the effects of health shocks in a structural life-cycle model with incomplete markets. Our estimated model reproduces the observed inequality in economic outcomes by health status, including the income-health and wealth-health gradients. Our model has several implications concerning the pecuniary and non-pecuniary effects of health shocks over the life-cycle. The (monetary) lifetime costs of bad health are very concentrated and highly unequally distributed across health types, with the largest component of these costs being the loss in labor earnings. The non-pecuniary effects of health are very important along two dimensions. First, individuals value good health mostly because it extends life expectancy. Second, health uncertainty substantially increases lifetime inequality by affecting the variation in lifespans.

► **The Cost of Occupational Cancer in the EU-28**

EUROPEAN TRADE UNION

2017

Bruxelles European Trade Union Institute

<https://www.etui.org/fr>

Selon cette étude, les cancers professionnels dans l'UE coûteraient chaque année entre 270 et 610 milliards d'euros, ce qui représente entre 1,8 % et 4 % du PIB de l'UE. Ces montants comprennent les coûts directs pour les systèmes de santé des États membres (liés au traitement médical), les coûts indirects pour les travailleurs et les employeurs (associés aux pertes monétaires dues à la cessation du travail) et les coûts humains (impact sur la qualité de vie des travailleurs et de leurs familles).

► **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/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-facteurs-demographiques-contribuent-a-la-moitie-de-la-hausse-des-depenses>

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.

► **Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale**

LEFEBVRE E.

2017

Paris HCFPS.

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/perimetres-depenses-de-protection-sociale-comparaison-internationale>

Le débat public fait fréquemment appel aux comparaisons entre pays des niveaux de dépenses de protection sociale et de la part que ces dernières représentent en termes de dépenses publiques voire de prélèvements obligatoires. Les données publiées par l'OCDE et par Eurostat – qui sont issues, pour la France, de la comptabilité nationale et des comptes de la protection sociale établis par la Drees – sont souvent mobilisées à cette fin, mais parfois à mauvais escient. Le rapport du HCFiPS vise à mieux éclairer le contenu et la portée

de ces données, mais aussi à en montrer les limites lorsqu'elles sont utilisées « trop rapidement » à des fins de comparaison internationale, dans un contexte où les évolutions de la protection sociale ont, en France comme dans d'autres pays, eu tendance à estomper ou à brouiller les frontières institutionnelles.

► **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2017

Paris Ministère chargé de la Santé

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

Ce dossier présente le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et ses annexes :- Annexe 1 : Les programmes de qualité et d'efficacité - Annexe 2 : Objectifs et moyens des organismes de Sécurité sociale - Annexe 3 : Mise en œuvre de la loi de financement de la Sécurité sociale et Mesures de simplification - Annexe 4 : Recettes des régimes par catégorie et par branche.

► **World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals**

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL
2017

Genève Organisation Internationale du Travail

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf

Ce rapport phare du BIT donne une vue d'ensemble des dernières tendances concernant les systèmes de

protection sociale, y compris les socles de protection sociale. L'état actuel de la protection sociale y est analysé suivant le cycle de vie, de l'enfance à la vieillesse, en passant par la vie active des femmes et des hommes. Fondé sur les données les plus récentes, le présent rapport offre une large palette d'informations sur la couverture, les prestations et les dépenses publiques liées à la protection sociale à l'échelle mondiale, régionale et nationale. De nouvelles estimations y sont présentées concernant la couverture sociale effective : elles permettent d'assurer un suivi complet des systèmes de protection sociale, y compris des socles, et d'établir une base de référence pour 2015 dans le cadre de l'indicateur 1.3.1 des ODD.

► **Les dépenses de santé depuis 1950**

SOUAL H.
2017

Études Et Résultats (Drees)(1017)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-depenses-de-sante-depuis-1950>

La part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé a crû fortement jusqu'à atteindre un pic en 1980. Symétriquement, la participation financière des ménages et celle des administrations centrales et locales ont diminué jusqu'au début des années 1980, tandis que le développement des organismes complémentaires s'est amorcé dès les années 1970. La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale, proche de 77 % en 2015, est globalement stable depuis 1990. Entre 1990 et 2015, les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont vu leur prise en charge s'accroître, notamment sur les biens médicaux et les soins de ville.

E-Health – Medical technologies

► **Accès aux données de santé**

DETOURNAY B., *et al.*
2017

Lettre Du Collège (La)(2)

http://www.ces-asso.org/sites/default/files/lettre_du_college_ndeg_2-2017_0.pdf

La 11^e matinée thématique du Collège des économistes de la santé a permis d'aborder la question de l'accès aux données de santé et réuni des acteurs essentiels sur ce thème qu'il s'agisse d'institutionnels (Drees, Cnamts, INDS, Inserm, AP-HP) ou d'acteurs privés (LEEM, Healthcare Data Institute). Le futur Système national des données de santé (SNDS) créé par la loi

de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 est en cours de mise en place. Un ensemble de décrets ont été publiés récemment qui commence à dessiner ce que pourra être ce SNDS dans son contenu, ses modalités de structuration et ses conditions d'accès au moins pour ce qui est des acteurs publics. Ce fascicule rassemble les différentes contributions des intervenants présentant ce nouveau système national des données de santé (SNDS).

► **Readiness of Electronic Health Record Systems to Contribute to National Health Information and Research**

ODERKIRK J.
2017

OECD Health Working Paper; 99. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/readiness-of-electronic-health-record-systems-to-contribute-to-national-health-information-and-research_9e296bf3-en

All countries are investing in the development of electronic health (clinical) records, but only some countries are moving forward the possibility of data extraction for research, statistics and other uses that serve the public interest. This study reports on the development and use of data from electronic health records in twenty-eight countries. It reports on the prevalence of technical and operational factors that support countries in the development of health information and research programmes from data held within electronic health record systems, such as data coverage, interoperability and standardisation. It examines data quality challenges and how some countries are addressing them and it explores the governance of electronic health record systems and data, including examples

of national statistical and research uses of data. The report provides an overall assessment of the readiness of countries to further develop health information from data within electronic health record systems and describes the outlook for the future. Ten countries are identified as having high readiness that enables them to develop world-class health information systems supporting health system quality, efficiency and performance and creates a firm foundation for scientific research and discovery.

► **La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade**

VALLANCIEN G.
2017

Paris : Gallimard

L'évolution accélérée des technologies bouleverse la médecine et le système de santé français. Elle porte à ses dernières conséquences le changement que le stéthoscope de Laennec avait jadis engagé en forgeant un instrument qui démultiplie le pouvoir de l'observation. On assiste pour de bon à l'émergence de ce que Guy Vallancien propose d'appeler une « média-médecine », une médecine médiatisée par le recours aux capacités de l'ordinateur, que l'on retrouve de la génétique à la robotique chirurgicale, en passant par la télémédecine et les communautés de malades. C'est à l'analyse des transformations rendues possibles par cet outil d'une puissance incomparable que l'ouvrage est consacré. Leurs effets ne s'arrêtent pas à la seule pratique médicale. Elles permettent d'envisager une réorganisation profonde du système de santé. Contre l'antiscience actuelle, Guy Vallancien se livre à un vigoureux plaidoyer en faveur des progrès technologiques.

Health status

► **State of Health in the European Union : Companion Report 2017**

ANDRIUKATIS V.
2017

Luxembourg Office des publications de l'Union européenne.

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

The Commission's Companion Report, published alongside the Country Health Profiles, is made up of two parts. The first deals with themes that are prominent across the Country Health Profiles, such as: The shift towards health promotion and disease prevention; A

stronger role for primary care; A rethink on fragmented service delivery; Proactive planning and forecasting in the health workforce; Better patient-centred data across the EU. The second part of the report features key findings from the 28 Country Health Profiles are prepared by the OECD and the European Observatory on Health Systems and Policies. Country profiles are available at the following adress: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_fr

► **Enquête nationale périnatale : rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010**

COULM B., et al.
2017

Paris Drees.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablisements>

L'étude, fondée sur un échantillon de naissances représentatif de l'ensemble des naissances en France sur l'année, présente l'évolution des principaux indicateurs périnatals relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque. Il décrit également l'organisation des soins dans les 517 maternités de France.

► **Droits de l'enfant en 2017. Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant**

DÉFENSEUR DES DROITS
2017

Paris Défenseur des Droits.

<https://defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2017/11/rapport-annuel-2017-consacre-aux-droits-de-lenfant-au-miroir-de-la>

Ce rapport préconise différentes pistes pour améliorer l'accès des enfants à la santé : renforcer le soutien aux parents, donner la priorité à la prévention, développer la participation des enfants ou encore garantir des moyens suffisants... Le Défenseur des droits invite les pouvoirs publics à prendre différentes dispositions sur le sujet, pour, à terme, se conformer davantage aux indications de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).

► **Family Health Behaviors**

FADLON I. ET NIELSEN T. H.
2017

NBER Working Paper Series ; 24042. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24042>

This paper studies how health behaviors and investments are shaped through intra- and inter-generational family spillovers. Specifically, leveraging administrative healthcare data, we identify the effects of health shocks to individuals on their family members' consumption of preventive care and utilization indicative of health-related behaviors. Our identification strategy relies on the timing of shocks by constructing counterfactuals to affected households using households that experience the same shock but a few years in the future. We find that spouses and adult children immediately increase their health investments and improve their health behaviors in response to family shocks, and that these effects are both significant and persistent for at least several years. Notably, we find that these spillover effects in consumption of healthcare are far-reaching and cascade to siblings, stepchildren, sons and daughters in-law, and even "close" coworkers. Using different strategies we show that while a variety of mechanisms seem to be at play, including learning new information about one's own health, there is consistent evidence in support of salience as a major operative explanation, even when the family shock was likely uninformative. Our results have implications for models of health behaviors, by underscoring the importance of one's family and social network in their determination, and are potentially informative for policies that aim to improve population health.

► **Public Health in Europe During the Austerity Years**

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE
2017

Londres International Longevity centre UK

http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/Public_Health_in_Europe_in_the_Austerity_Years.pdf

This report explores the relationship between austerity policies and public health across Europe. While there has been much debate about the relative success of austerity in terms of supporting economic growth and controlling spending, its direct impact on health has not been as widely explored, particularly at the inter-

national level. Using cross-national data and evidence from individual countries, this report charts the evolution of austerity across the continent, the subsequent changes to health systems and health outcomes, before seeking to unpick the specific channels through which austerity may have impacted health during this period.

► **Perceived Health and Adaptation in Chronic Disease**

NORDENFELT L., *et al.*

2018

Londres : Routledge

This unique monograph will bring readers up to date with chronic disease research, with a focus on health-related quality of life and patient perception of the impact of the diseases and health intervention, as well as psychological adaptation to the disease. It considers the application of concepts and measures in medical and psychological clinical practice and in public health policies. Informed by theory, philosophy, history and empirical research, chapters will indicate how readers might advance their own thinking, learning, practice and research. The book is intended to be provocative and challenging to enhance discussion about theory as a key component of research and practice.

Geography of Health

► **Atlas des variations de pratiques**

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

2017

Paris : FHF

<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Pertinence-des-actes-médicaux-la-FHF-appelle-a-passer-a-l-action>

Cet atlas des pratiques médicales accompagne les résultats d'un sondage réalisé par Odoxa, en 2017, sur les variations des pratiques axées sur cinq actes médicaux : la césarienne, le pontage coronarien, la chirurgie du rachis, l'endoprothèse vasculaire et les interventions sur le cristallin. Les cartographies réalisées montrent que le recours à ces actes pour 100 000 habitants varie de façon très importante entre les régions.

► **La désertification médicale : mythes et réalités**

FROMENTIN V.

2017

Lettre de Galilée (H.S. N° 2)

Si le phénomène de désertification médicale est souvent évoqué dans la presse régionale comme nationale, quels sont les réels chiffres de la démographie médicale ? Manque-t-on vraiment de professionnels de santé ? Comment l'État a-t-il appréhendé le phénomène ? Au-delà des statistiques, comment s'est-il largement fourvoyé dans sa politique en faveur de la médecine de proximité ? Après un historique sur la notion de « désert médical », ce cahier spécial de Galilée tente de répondre à ces questions.

► **Renforcer l'accès territorial aux soins**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

Paris : Ministère chargé de la santé

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf

La démarche pour l'égal accès aux soins vise à ce que chaque territoire dispose d'un projet de santé adapté et sur-mesure. Le Plan du Gouvernement sera construit et mis en œuvre avec les agences régionales de santé (ARS) et leurs partenaires institutionnels régionaux.

Disability

► **Prestation de compensation du handicap 2016 : évolution et contenu de la prestation**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE
2017

Analyse Statistique(3)

http://www.cnsa.fr/documentation/analyse_de_la_montee_en_charge_de_la_pch_2016_vf.pdf

En 2016, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont instruit 292 700 demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) dont 12,5 % concernent des demandes de PCH enfants. La croissance des demandes de PCH se poursuit (+8 % par rapport à 2015). En 2016, les MDPH ont accordé environ 128 500 prestations de compensation (PCH). Le taux d'accord de PCH poursuit sa diminution. En 2016, la prestation de compensation du handicap représente près de 7 % des demandes déposées auprès des MDPH (une part stable depuis 2010), et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) seulement 0,3 %. D'après les dernières statistiques trimestrielles disponibles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, qui datent de décembre 2015, les conseils départementaux ont versé la prestation de compensation du handicap à 184 000 personnes (soit une augmentation de 6 % depuis décembre 2015).

► **Community Integration of People with Disabilities: Can Olmstead Protect Against Retrenchment?**

CROSSLEY M.
2017

U. of Pittsburgh Legal Studies Research Paper ; 2017-27. Pittsburgh University of Pittsburgh School of Law

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3058804

Since the passage of the Americans with Disabilities Act (ADA) in 1990, states have made significant progress in enabling Americans with disabilities to live in their communities, rather than institutions. That progress reflects the combined effect of the Supreme Court's holding in *Olmstead v. L.C. ex rel. Zimring*, that states' failure to provide services to disabled persons in the

community may violate the ADA, and amendments to Medicaid that permit states to devote funding to home and community-based services (HCBS). This article considers whether *Olmstead* and its progeny could act as a check on a potential retrenchment of states' support for HCBS in the event that states face severe reductions in federal funding for Medicaid, as was threatened by Republican efforts in 2017 to "repeal and replace" the Affordable Care Act and to restructure Medicaid. The article concludes that *Olmstead* provides a strong basis for challenging a state's elimination or severe curtailment of existing HCBS programs, but that the fact-specific nature of a state's likely "fundamental alteration" defense precludes predicting the outcome of such a challenge. Despite this legal uncertainty, protests mounted by people with disabilities, in which they demanded freedom from institutionalization, may have helped cement the idea that community integration is a civil right in the public's mind.

► **The Dynamics of Disability and Benefit Receipt in Britain**

JONES M. K. ET MC VICARD D.
2017

IZA Discussion Paper; 11186. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11186.pdf>

This paper exploits rarely-used longitudinal data to examine the impacts of disability onset on benefit receipt in Britain over the period 2004–2012. Differences in the timing of onset are exploited for identification in a framework that combines propensity score matching with difference-in-differences estimation. Disability onset increases receipt of disability insurance, a wider measure of sickness and disability benefits, and receipt of non-sickness benefits by six, eight and six percentage points respectively in the first year. These effects do not vary significantly by individual characteristics, but are larger for more severe disability onset, for those who did not previously report a long-term health condition, and for those who experienced disability onset under the less restrictive pre-2009 disability benefit regime. Contrary to the perception of disability benefits being an absorbing state, disability exit has an almost symmetrical impact on receipt of disability insurance and on wider sickness benefits in the first year.

► **Le vieillissement des personnes handicapées mentales**

ZRIBI G.
2017

Rennes : Presses de l'EHESP

L'accompagnement des personnes handicapées mentales lors de leur vieillissement revêt une acuité particulière de nos jours, à l'heure où l'allongement de leur espérance de vie met les professionnels, les familles et les décideurs publics face à leurs responsabilités. Cette nouvelle édition rassemble quelques-unes des contri-

butions antérieures, toujours d'actualité, auxquelles viennent s'ajouter des textes inédits. L'ensemble constitue un ouvrage profondément remanié associant analyses théoriques (psychologiques, sociologiques, institutionnelles) et illustrations concrètes de réponses, de projets et de pratiques professionnelles. Les auteurs proposent ainsi aux personnes handicapées et à leurs familles, aux associations et aux pouvoirs publics une approche sensiblement modifiée par l'ampleur du phénomène du vieillissement, par l'accroissement des droits des usagers et par la transformation profonde des interventions sociales et médico-sociales.

Hospital

► **Indicateurs de mortalité hospitalière : expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs en France**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2017

St Denis La Plaine HAS

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2798803/fr/ipaqss-2017-rapport-indicateurs-de-mortalite-hospitaliere

Ce rapport est consacré aux expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs de mortalité hospitalière en France. Il est décliné en 3 parties : un panorama des indicateurs de mortalité actuellement utilisés dans cinq pays dans le but de comparer les établissements de santé (États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Australie, Allemagne); une revue de la littérature internationale pour éclairer les avantages et inconvénients des différents indicateurs de mortalité : objet de l'indicateur, périmètre, données sources, modèles d'ajustement, les effets induits par leur utilisation et leurs liens avec les autres indicateurs de qualité (processus, structure); des recommandations quant au développement d'indicateurs de mortalité hospitalière « toutes causes » permettant la comparaison des établissements de santé en France.

► **Qualité et sécurité en établissement de santé : panorama de la gestion des risques en France – 2017**

BERTRAND E. ET SCHLATTER J.
2017

Bordeaux : LEH Édition

Depuis plusieurs années, la gestion des risques a trouvé sa place dans les organisations complexes que sont les établissements de santé en France. Il s'agit néanmoins d'une notion « récente » qu'il faut encore définir, faire découvrir et surtout légitimer. Pour anticiper et agir face aux agressions potentielles, tous les acteurs, qu'ils soient ingénieurs, médecins, cadres de santé, infirmières ou directeurs, ont besoin d'outils méthodologiques pour identifier et réduire les risques liés à leur activité. Cet ouvrage se veut une cartographie de l'état actuel des risques en établissement de santé. Pour cela, il se veut très pratique et composé de deux parties principales. Une première partie est consacrée à des thématiques générales et une seconde partie aux risques vécus ou perçus directement dans des services cliniques ou médico-techniques. Les thèmes abordés offrent une vision très diversifiée, allant du risque médical aux questions épidémiques, évoquant même la cybercriminalité. Le fil conducteur du livre est la perception de chaque auteur sur les risques précis uniquement dans les établissements de santé.

► **Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030**

BRILHAULT G., et al.
2017

Dossiers de La Drees (Les)(18)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/projections-d-activite-hospitaliere-a-l-horizon-2030>

Ce document présente les projections d'activité hospitalière de court séjour à l'horizon 2030, calculées à partir d'hypothèses construites avec un groupe d'experts, et tenant compte des évolutions démographiques à venir. Ces hypothèses s'appuient sur un meilleur suivi en ville de certaines pathologies chroniques, des progrès techniques et des changements de pratiques dans certaines prises en charge hospitalières.

► **Identifying Sources of Inefficiency in Health Care**

CHANDRA A. ET STAIGER D. O.
2017

NBER Working Paper Series ; 24035. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w24035>

In medicine, the reasons for variation in treatment rates across hospitals serving similar patients are not well understood. Some interpret this variation as unwarranted, and push standardization of care as a way of reducing allocative inefficiency. However, an alternative interpretation is that hospitals with greater expertise in a treatment use it more because of their comparative advantage, suggesting that standardization is misguided. We develop a simple economic model that provides an empirical framework to separate these explanations. Estimating this model with data on treatments for heart attack patients, we find evidence of substantial variation across hospitals in both allocative inefficiency and comparative advantage, with most hospitals overusing treatment in part because of incorrect beliefs about their comparative advantage. A stylized welfare-calculation suggests that eliminating allocative inefficiency would increase the total benefits from this treatment by about a third.

► **Hospital Centralization and Performance in Denmark – Ten Years On**

CHRISTIANSEN T. ET VRANGBAEK K.
2017

Health Economics Paper; 7/2017. Odense University of Southern Denmark

https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2017/wp-cohere_07-2017.pdf

Denmark implemented a major reform of the administrative and political structure in 2007 when the previous 13 counties were merged into five new regions and the number of municipalities was reduced from 271 to 98. A main objective was to create administrative units that were large enough to support a hospital structure with few acute hospitals in each region and to centralize specialized care in fewer hospitals. This paper analyses the reorganization of the somatic hospital sector in Denmark since 2007, discusses the mechanisms behind the changes and analyses hospital performance after the reform. The reform emphasized an improved acute service and high quality. The number of acute hospitals was reduced from about 40 to 21 hospitals with joint acute facilities. The restructuring and geographical placement of acute hospitals took place in a democratic process subject to central guidelines and requirements. Since the reform, hospital productivity has increased by more than 2 per cent per year and costs have been stable. While the overall indicators point to a successful reform, it has also been criticized that some people in remote areas feel "left behind" in the economic development and that hospital staff are under increased workload pressure. Concurrent with the centralization of hospitals municipalities strengthened their health service with an emphasis on prevention and health promotion.

► **L'hôpital à cœur ouvert**

HIRSCH M.
2017

Paris : Stock

Martin Hirsch dirige depuis quatre ans l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le plus grand centre hospitalier d'Europe. Il montre les défis auxquels l'AP-HP est confrontée avec l'irruption des technologies numériques, les difficultés à concilier les contraintes financières avec les aspirations des personnels et des patients, les conséquences à venir de l'augmentation « épidémique » des maladies chroniques

dans une population vieillissante. Il nous fait ainsi pénétrer dans les coulisses de l'hôpital et, depuis le cœur du réacteur, aborde les sujets de préoccupations de nombreux Français : Le système de santé français est-il solide ou menacé ? Faut-il le transformer ou le préserver tel quel ? Est-il trop coûteux ou manque-t-il de ressources ? Se dirige-t-on vers une médecine personnalisée ou, au contraire, une médecine « dépersonnalisée » par l'emprise des nouvelles technologies ?

► **Does Hospital Competition Improve Efficiency? The Effect of the Patient Choice Reform in England**

LONGO F., *et al.*

2017

CHE Research Paper Series ;149. York University of York.

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP149_hospital_competition_efficiency_.pdf

We use the 2006 relaxation of constraints on patient choice of hospital in the English NHS to investigate the effect of hospital competition on dimensions of efficiency including indicators of resource management (admissions per bed, bed occupancy rate, proportion of day cases, cancelled elective operations, proportion of untouched meals) and costs (cleaning services costs, laundry and linen costs, reference cost index for overall and elective activity). We employ a quasi difference-in-difference approach and estimate seemingly unrelated regressions and unconditional quantile regressions with data on hospital trusts from 2002/03 to 2010/11. Our findings suggest that increased competition had mixed effects on efficiency. An additional equivalent rival increased admissions per bed and the proportion of day cases by 1.1 and 3.8 percentage points, and reduced the proportion of untouched meals by 3.5 percentage points, but it also increased the number of cancelled elective operations by 2.6%. Unconditional quantile regression results indicate that hospitals with low efficiency, as measured by fewer admissions per bed and a smaller proportion of day cases, are more responsive to competition.

Health inequalities

► **Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region**

BRIEBE S., *et al.*

2016

Health Evidence Network synthesis report ; 47. Copenhagen OMS

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf

The increasing number of refugees, asylum seekers and irregular migrants poses a challenge for mental health services in Europe. This review found that these groups are exposed to risk factors for mental disorders before, during and after migration. The prevalence of psychotic, mood and substance-use disorders in these groups varies but overall resembles that in the host populations. Refugees and asylum seekers, however, have higher rates of post-traumatic stress disorder. Poor socioeconomic conditions are asso-

ciated with increased rates of depression five years after resettlement.

► **L'état de la pauvreté en France**

BRUNNER A., *et al.*

2017

Notes De L'observatoire(4)

https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/notes_de_l_observatoire_-_etat_de_la_pauvrete_en_france.pdf

Quel est le niveau de la pauvreté en France ? Comment évolue-t-il ? Sur ce sujet très sensible, les polémiques sont fréquentes et les points de repère manquent. Cette note synthétise les données disponibles pour tenter d'y voir plus clair. Elle présente les principaux chiffres, leur évolution et dresse un état des lieux complet de la pauvreté monétaire en France. Elle cherche à cerner au mieux le phénomène sans, comme c'est trop souvent fait, l'exagérer. Elle donne les principales caractéristiques de la population pauvre.

► **Avis n°127. Santé des migrants et exigence éthique**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE
2017

Paris CCNE

http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_127_sur_la_sante_des_migrants_0.pdf

Le Comité consultatif national d'éthique a souhaité exprimer publiquement un avis sur le thème de la santé des migrants, entendue dans son sens le plus large. Il lui est, en effet, apparu, tout en reconnaissant la complexité de la question, que si la prise en charge des migrants mobilisait à la fois des normes législatives, des moyens et aussi des opinions souvent tranchées et opposées, si elle a au surplus fait l'objet d'examens et de mises en garde récents, elle pose aussi, en matière sanitaire, des problèmes de santé publique mais surtout des questions éthiques sur lesquelles il estime, de ce fait, opportun de formuler son opinion. Le CCNE, en abordant la question de la santé des migrants, n'a pas souhaité prendre parti dans la dimension politique de la question. En revanche, il fait le constat d'une situation complexe pour laquelle les solutions mises en œuvre par l'ensemble des acteurs publics ne sont pas à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui et de demain. Le CCNE estime, en l'état actuel des données, qu'il n'existe aucune difficulté insurmontable dans une prise en charge honorable et digne des migrants. Encore faudrait-il rendre crédible en la matière un discours de vérité d'abord, de confiance et d'encouragement ensuite, corollaire d'une meilleure adaptation des instruments publics.

► **Avis sur le droit à la protection de la santé dans les territoires ultramarins**

COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES
DROITS DE L'HOMME
2017

Paris CNCDH

http://www.cncdh.fr/sites/default/files/171017_avis_sur_le_droit_a_la_protection_de_la_sante_dans_les_territoires_ultramarins_0.pdf

La CNCDH dresse un constat inquiétant s'agissant de graves inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la santé dans l'ensemble des territoires ultramarins; l'organisation des systèmes de santé dans chacun de ces territoires étant en difficulté. Toutefois, la situation dans les Antilles et la Réunion

est dans une dynamique de convergence avec l'hexagone, alors que la Guyane et Mayotte cumulent encore de graves retards. En outre, le manque de personnel médical, l'isolement des populations, et l'insuffisance des données statistiques disponibles empêchent une véritable mise en œuvre de l'ensemble des politiques publiques en matière de santé. Parmi une vingtaine de recommandations, la CNCDH appelle en particulier à mettre l'accent sur les dispositifs de prévention à condition que ces derniers soient adaptés au contexte socioculturel, à la diversité des situations locales et aux risques sanitaires liés à l'environnement propres à chaque territoire .

► **Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France**

DESGREES DULOUP, A. ET LERT F.
2017

Paris : Editions de la Découverte

Pourquoi et comment l'infection VIH percute-t-elle la vie des immigrés d'Afrique subsaharienne en France? Première étude quantitative d'ampleur menée par des chercheurs et des associations au sein de cette population particulièrement touchée par le virus, l'enquête ANRS Parcours a retracé, en 2012-2013, les trajectoires migratoires, sociales, administratives et de santé de ces immigrés. Elle met en relief les difficultés d'installation, les bouleversements familiaux et professionnels à l'arrivée en France, et leurs conséquences en termes de santé.

► **Diet, Physical Activity and Sedentary Behaviours. Analysis of Trends, Inequalities and Clustering in Selected Oecd Countries**

GRAF S. ET CECCHINI M.
2017

OECD Health Working Paper; 100. Paris OCDE

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

Prevalence of non-communicable diseases has increased in past decades in the OECD. These conditions have many risk factors, including poor quality diet, insufficient physical activity, and excess sedentarism. These behaviours are also at the root of over-

weight and obesity, which are themselves risk factors leading to non-communicable diseases. Using the most recent data available from individual-level national health surveys and health interviews, this paper paints a picture of the situation in terms of diet and physical activity in eleven OECD countries.

► **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2016**

MÉDECINS DU MONDE
2017

Paris Médecins du Monde

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016>

Au travers de ces programmes d'intervention en France, le rapport de l'année 2016 fait le constat des difficultés rencontrées par les personnes précaires pour faire valoir leurs droits et leurs accès aux soins. L'Observatoire de Médecins du Monde critique notamment « une gestion désastreuse de l'accueil des migrants par les autorités françaises ». L'Observatoire dénonce une dégradation des conditions d'accueil des demandeurs d'asile ainsi qu'un non-respect du droit à la protection pour les mineurs non accompagnés. Le rapport fait plus généralement état de difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, liées notamment à la complexité des démarches et à la remise en cause de l'AME. Il souligne que les personnes en situation de grande précarité présentent des problèmes de santé particuliers liés à leurs conditions de vie, notamment des troubles psychologiques. Il indique également des difficultés d'accès à la prévention et aux dépistages dans les populations précaires, qui engagent de larges problématiques de santé publique.

► **Synthèse du rapport de l'Observatoire 2017. Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe**

MÉDECINS DU MONDE
2017

Paris Médecins du Monde

<http://www.medecinsdumonde.org/fr>

Le Rapport de l'Observatoire de Médecins du Monde décrit la situation actuelle de ceux et celles qui passent entre les mailles du filet des systèmes de santé européens et appelle les parties prenantes aux niveaux international, européen et national à faire de la couverture santé universelle une priorité. Le rapport 2017 pointe sur les oubliés de cette couverture maladie universelle.

► **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2017**

SECOURS CATHOLIQUE
2017

Paris Secours Catholique

https://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/rs17_0.pdf

Ce rapport repose sur l'analyse de plus de 85 000 situations distinctes parmi les 1 438 000 personnes - 67 000 adultes et 671 000 enfants - rencontrées en 2016 par les 67 900 bénévoles de l'association. Les constats issus de ces données chiffrées permettent de dessiner le paysage de la pauvreté en France, région par région. Ils fournissent aussi de la matière pour déconstruire les préjugés envers les personnes en précarité et interpellent sur le thème de la cohésion sociale.

Pharmaceuticals

► Biosimilar Cost Savings in the United States. Initial Experience and Future Potential

MULCAHY A. W., *et al.*
2017

Santa Monica The Rand

<https://www.rand.org/pubs/perspectives/PE264.html>

This Perspective estimates potential future savings from biosimilars in the United States, summarizes the experience to date with the first marketed biosimilar in the United States, and discusses key policy issues surrounding biosimilars. We estimate that biosimilars will reduce direct spending on biologic drugs by \$54 billion from 2017 to 2026, or about 3 percent of total estimated biologic spending over the same period, with a range of \$24 to \$150 billion. While our estimate uses recent data and transparent assumptions, we caution that actual savings will hinge on industry and regulatory decisions as well as potential policy changes to strengthen the biosimilar market.

► Des médicaments à tout prix : sociologie des génériques en France

NOUGUEZ E.
2017

Paris : Les Presses de SciencesPo

Vingt ans après leur introduction en France, les médicaments génériques suscitent toujours la polémique. Pour les uns, ce sont d'authentiques médicaments, dont dépend la survie du système d'assurance maladie français. Pour les autres, ce sont de piètres copies qui sacrifient la santé à l'économie. Le développement des génériques a reconfiguré le système de santé français, en bouleversant les relations d'alliance et de concurrence entre les pouvoirs publics, les industriels, les professionnels de santé et les patients. Il a également révélé les conflits de valeurs qui traversent la société actuelle : égalité contre qualité, solidarité contre liberté.

► Le prix des médicaments en question(s)

PLANEL M. P.
2017

Rennes : Presses de l'EHESP

La fixation du prix des médicaments fait l'objet de débats récurrents dans l'ensemble des pays développés. Cette préoccupation, réapparue en 2014 avec l'arrivée des nouveaux traitements de l'hépatite C, exprime la crainte de ne pouvoir accéder à certains soins en raison de leurs prix. Ce débat illustre l'importance de cette thématique dans le champ de la santé publique. En répondant à 10 questions que chacun peut se poser, l'auteur montre en quoi cette thématique du prix du médicament a un impact sur l'organisation des soins et leur accès pour l'ensemble de la population. Pour les autorités sanitaires, les enjeux ne sont pas simplement financiers, mais touchent également à l'éthique et à la sécurité de notre système de santé. De façon claire et précise, cet ouvrage apporte les clés pour comprendre la politique du médicament et les mécanismes qui encadrent la procédure de fixation de leurs prix en France (dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles) en éclairant également des notions essentielles comme l'innovation et la transparence.

► Medication Adherence as a Measure of the Quality of Care Provided by Physicians

SEABURY S., *et al.*
2017

Rochester Social Science Electronic Publishing

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3064247

Aims: To assess the extent to which medication adherence in two disease spaces – congestive heart failure (CHF) and diabetes – may serve as a measure of physician-level quality. **Data and Methods:** We conduct a retrospective analysis of Medicare data from 2007-2009, including Parts A (inpatient) and B (outpatient), as well as pharmacy records from Part D. For each disease, we assess the correlation between two factors: medication adherence and health outcomes, both measured at the physician-level. We control for selection bias by first regressing patient-level outcomes on a set of

covariates which include co-morbid conditions, demographic attributes, and physician fixed effects. We then classify physicians into three levels of average patient medication adherence – low, medium, and high – and compare health outcomes across these groups. We conduct an additional set of comparisons adjusting for patient attributes, by using the fixed effect vectors from the initial set of regressions. Results: There is a clear relationship between average medication adherence and patient health outcomes as measured at the physician level. Within the diabetes sample, among physicians with high average adherence, and controlling for patient characteristics, 22.1 per 1,000 patients had uncontrolled diabetes, compared to 45.9

per 1,000 patients among physicians with low average adherence. Within the CHF sample, also controlling for patient characteristics, the average rate of emergency care usage for physicians with low average adherence was 16.4%, compared with 13.5% for doctors with high average adherence. Conclusions: This study establishes a physician-level correlation between improved medication adherence and improved health outcomes in the Medicare population. Our findings suggest that medication adherence may be a useful measure of physician quality, at least for chronic conditions where prescription medications are an important component of treatment.

Methodology-Statistics

► L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux

BERNSTEIN D. ET AGAMALIYEV E.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1018)

Aux côtés des modèles qui s'appuient notamment sur le génome pour essayer de prévoir la survenue de pathologies précises chez un individu, des modèles prédictifs d'événements relatifs au système de soins, tels que l'hospitalisation non programmée ou l'entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, se développent depuis une décennie.

► Estimating Fixed Effects: Perfect Prediction and Bias in Binary Response Panel Models, with an Application to the Hospital Readmissions Reduction Program

KUNZ J. S., *et al.*

2017

IZA Discussion Paper, 11182. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11182.pdf>

The maximum likelihood estimator for the regression coefficients, β , in a panel binary response model with fixed effects can be severely biased if N is large and T is small, a consequence of the incidental parameters problem. This has led to the development of conditional maximum likelihood estimators and, more recently, to estimators that remove the $O(T-1)$ bias in β^\wedge . We add to this literature in two important ways. First, we focus on estimation of the fixed effects proper, as these have become increasingly important in applied work. Second, we build on a bias-reduction approach originally developed by Kosmidis and Firth (2009) for cross-section data, and show that in contrast to other proposals, the new estimator ensures finiteness of the fixed effects even in the absence of within-unit variation in the outcome. Results from a simulation study document favourable small sample properties. In an application to hospital data on patient readmission rates under the 2010 Affordable Care Act, we find that hospital fixed effects are strongly correlated across different treatment categories and on average higher for privately owned hospitals.

Health Policy

► La médecine scolaire en France

BEGUE P.

2017

Paris Académie Nationale de Médecine

Dans ce nouveau rapport, l'Académie de médecine déplore la pénurie de médecins de l'Éducation nationale en France. Pour y remédier, elle préconise de recadrer leur activité dans un statut de médecins de

la prévention, d'assurer l'examen de santé pour tous les enfants de 6 ans, de réviser la gouvernance par la création d'un comité exécutif entre les ministères de l'EN et de la Santé, d'instaurer un enseignement universitaire de la médecine scolaire sous la forme d'une formation spécialisée transversale, et de mettre en place un système de santé scolaire organisé basé sur les personnels de la santé scolaire et les enseignants formés à cet effet.

Prevention

► Lutte contre le tabac : quelles avancées après deux ans de Programme national de réduction du tabagisme ?

CHAZALON S., *et al.*

2017

Actualité Et Dossier En Santé Publique(99)

Le programme national de réduction du tabagisme vise une baisse de 10 % du nombre de fumeurs quotidiens d'ici 2019. Ses axes d'intervention : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, aider les fumeurs à s'arrêter, agir sur l'économie du tabac. Bilan d'étape.

Psychiatry

► Parcours de vie, parcours de soins : Évaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques

GIORDANO G., *et al.*

2014

Paris ENS

https://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/Rapport-scientifique_-recherche-ENS-ARSIDF.pdf

Ce rapport fait suite à un projet de recherche inscrit dans le cadre plus large des travaux de l'équipe de la chaire « Handicap psychique et décision pour autrui ». Cette recherche appréhende de façon qualitative les trajectoires des personnes souffrant de handicap psychique, accompagnées à la fois par un service

médico-social de type SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) ou SAMSAH, et par le secteur psychiatrique. Les outils médico-administratifs, centrés sur les parcours de soin des personnes et largement structurés par des questions épidémiologiques, peinent à rendre compte de ces trajectoires. Dans un contexte de forte rationalisation des coûts et de territorialisation de l'action publique, la coordination des dispositifs et la traçabilité des parcours deviennent des enjeux politiques et par conséquent professionnels, importants. La loi 2005 sur le handicap, parce qu'elle a été interprétée comme reconnaissant le handicap psychique, a renforcé un discours politique et administratif critique du cloisonnement des filières sanitaires et sociales incitant à une plus grande coordination.

Primary Health care

► **The Effect of Primary Care Visits on Health Care Utilization: Findings from a Randomized Controlled Trial**

BRADLEY C. J., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 24100. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w24100

We conducted a randomized controlled trial, enrolling low-income uninsured adults to determine whether cash incentives are effective at encouraging a primary care provider (PCP) visit, and at lowering utilization and spending. Subjects were randomized to four groups: untreated controls, and one of three incentive arms with incentives of \$0, \$25, or \$50 for visiting a PCP within six months of group assignment. Compared to the untreated controls, subjects in the incentive groups were more likely to have a PCP visit in the initial six months. They had fewer ED visits in the subsequent six months, but outpatient visits did not decline. We also used the exogenous variation generated by the experiment to obtain causal evidence on the effects of a PCP visit. We observed modest reductions in emergency department use and increased outpatient use, but no reductions in overall spending.

► **Competition and Physician Behaviour: Does the Competitive Environment Affect the Propensity to Issue Sick Leave Certificates ?**

BREKKE K., *et al.*

2017

CESifo Working Paper Series No. 6672- Category 11 : Industrial Organisation. Munich CESifo

Competition among physicians is widespread, but compelling empirical evidence on the impact on service provision is limited, mainly due to lack of exogenous variation in the degree of competition. In this paper we exploit that many GPs, in addition to own practice, work in local emergency centres, where the matching of patients to GPs is random. This allows us to observe the same GP in two different competitive environments; with competition (own practice) and without competition (emergency centre). Using rich administrative patient-level data from Norway for 2006-14, which

allow us to estimate high-dimensional fixed-effect models to control for time-invariant patient and GP heterogeneity, we find that GPs with a fee-for-service (fixed-salary) contract are 12 (7.5) percentage points more likely to certify sick leave at own practice than at the emergency centre. Thus, competition has a positive impact on GPs' sick listing that is strongly reinforced by financial incentives.

► **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 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. Bien que les médecins s'estiment bien informés des risques de la polymédication, plus de la moitié estiment insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication.

► **Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ?**

CASTELL L. ET DENNEVAULT C.

2017

Études Et Résultats (Drees)(1035)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/qualite-et-acces-aux-soins-que-pensent-les-francais-de-leurs-medecins>

Une large majorité de Français sont attachés à leurs médecins et au système de santé, mais l'automédica-

tion et la recherche de conseils en dehors du système de soins sont les premiers réflexes de plus d'un tiers d'entre eux, en particulier chez les jeunes. Près de trois Français sur dix ressentent des difficultés d'accès à leur généraliste, et près d'un sur deux à leurs spécialistes. Ce sentiment est d'autant plus partagé que le niveau d'accessibilité réelle, mesuré par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), est faible. De plus, les personnes en difficulté financière ou en mauvaise santé sont plus souvent insatisfaites de l'accès aux soins et de leur qualité.

► **Les médecins généralistes face au défi de la précarité**

DEPAUW, C.

2017

Rennes : Presses de l'EHESP

Régulièrement mises en lumière dans les politiques publiques, la question des inégalités de santé et celle de l'implication du corps médical à ce sujet constituent un enjeu politique majeur dans la prise en charge des publics défavorisés. Pour en comprendre les raisons, cet ouvrage propose une étude sociologique centrée sur les interactions entre le médecin généraliste et ses patients en situation de précarité, afin de comprendre comment certaines pratiques et postures professionnelles peuvent contribuer à réduire ou à renforcer les inégalités sociales et territoriales de santé (organisation spatiale du cabinet, personnalité sociale du médecin, refus de soins discriminatoires...). À l'appui d'une analyse socio-ethnographique de près de 700 consultations effectuées auprès de 8 cabinets médicaux, ce livre apporte un éclairage inédit sur le rôle et les conditions d'exercice des médecins généralistes et les mesures novatrices à mettre en place pour améliorer la prise en charge médicale des personnes précaires (qualité de la relation patient-médecin, implication du médecin dans les dimensions médico-sociales, organisation de la salle d'attente...).

► **Les réseaux de soins**

DURAND N., *et al.*

2017

Paris Igas

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

► **Does Patient Health Behaviour Respond to Doctor's Effort?**

FICHERA E., *et al.*

2017

Bath Economics Research Papers; No. 62 /17. Bath University of Bath

http://opus.bath.ac.uk/58124/1/does_patient_health_behaviour_respond_to_doctors_effort.pdf

Incentive pay systems have been introduced in public sectors such as education and healthcare. In these organisations where the outcome (health or education) is a joint product between different agents, it is unclear what the effects of these incentives are onto the behaviour of untargeted agents. We focus on patient health as a joint product of patient effort, through lifestyle and behaviour, and doctor effort, through diagnosis and treatment. Patient response to doctor effort is a priori ambiguous and depends on the degree of complementarity or substitution between doctor and patient effort. We use data on the physical activity, drinking and smoking behaviours of over 2,000 patients aged over 50 with cardiovascular diseases in England. Through a new data linkage and an instrumental variable approach, we test whether changes in doctors' treatment efforts triggered by changes in their payment system between 2004 and 2006 had an impact on patient behaviour. Doctors working in primary care

practices increased the proportion of patients with controlled disease from 76% to 83% in response to the payment change. Patients responded by reducing the frequency of drinking alcohol and their cigarette consumption. This suggests that patient efforts are complements to doctor effort. The results have implications for the effectiveness of pay-for-performance schemes which encourage higher doctor effort, and the design of such incentive schemes.

► **L'engagement des patients au service du système de santé**

GROSS O., *et al.*

2017

Paris : Doin

Patients-partenaires, patients-experts, patients-intervenants dans l'éducation thérapeutique de leurs pairs, patients-enseignants... Le rôle grandissant des patients dans le système de santé questionne, tant sur les fondements de ce phénomène que sur les modalités pratiques de leur engagement. Le slogan associatif « Rien sur nous, sans nous » inscrit ce mouvement dans une revendication morale. C'est aussi lui faire justice que de présenter son intérêt pour la qualité du système de santé. L'engagement des patients dans le système de soins sert de levier supplémentaire à la qualité des soins, à partir de différents constats : les actions verticales ne fonctionnent pas, l'expérience des soins des patients peut servir à améliorer les parcours de soins, leur parole a une légitimité particulière auprès des autres malades. Enfin, leurs savoirs situés et leur perspective singulière permettent de concevoir des actions de santé innovantes, ou plus pertinentes au regard des attentes des malades. Ainsi, des patients engagés participent aux actions de prévention en santé, aux soins de leurs pairs, aux recherches, à la formation des médecins. Dans certains champs, leur participation devient un critère de qualité des actions de santé. Cet ouvrage décrit le processus sociohistorique dans lequel s'inscrit le mouvement de l'engagement des patients. Il dresse un panorama des expériences étrangères et françaises et un état des recherches.

► **Getting into Shape: Delivering a Workforce for Integrated Care**

LAYCOCK K., *et al.*

2017

Londres : Reform

<http://www.reform.uk/publication/getting-into-shape-delivering-a-workforce-for-integrated-care/>

The UK Government is committed to a radical reshaping of NHS delivery, based on a shift to new care models and treatment in the community. Its management of the NHS workforce, however, has not delivered with nearly three times more doctors, and four times more nurses in the acute sector than in the community. Since 2009, the number of consultants has risen by nearly a third, whilst the number of GPs has fallen. Freedom of Information requests made for this report found that, across 61 acute trusts, only 6 per cent of consultants work in the community for at least one session per week. This paper follows a previous Reform report, Work in Progress, which showed how better use of technology and a better culture of employment can increase efficiency in the whole public-sector workforce. The paper focuses on the structural barriers to delivering integrated care in the UK

► **Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation**

MAIER C., *et al.*

2017

OECD Health Working Paper, 98. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en

Many OECD countries have undergone reforms over the past decade to introduce advanced roles for nurses in primary care to improve access to care, quality of care and/or to reduce costs. This working paper provides an analysis of these nurse role developments and reforms in 37 OECD and EU countries. Four main trends emerge: 1) the development in several countries of specific advanced practice nursing roles at the interface between the traditional nursing and medical professions; 2) the introduction of various new, supplementary nursing roles, often focused on the management of chronic conditions; 3) the rise in educational programmes to train nurses to the required skills and competencies; and 4) the adoption of new laws and regulations in a number of countries since

2010 to allow certain categories of nurses to prescribe pharmaceuticals (including in Estonia, Finland, France, Netherlands, Poland and Spain).

► **8000 chirurgien s-dentistes supplémentaires d'ici à 2040**

MILLIEN C.

2017

Études et Résultats (Drees)(1027)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/8-000-chirurgien-ne-s-dentistes-supplementaires-d-ici-a-2040>

Le nombre de chirurgiens- dentistes devrait augmenter de 18 % entre 2016 et 2040 pour atteindre 48 800 actifs en 2040, dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien des politiques en vigueur. Cette hausse serait plus importante que celle de la population française et entraînerait également une augmentation de la densité. La baisse de la densité de ces quinze dernières années serait ainsi compensée : en 2040, le rapport entre l'offre et la demande de soins dentaires reviendrait à son niveau de 2000.

► **En 2015, un tiers des nouveaux chirurgiens-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger**

MILLIEN C.

2017

Études et Résultats (Drees)(1026)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2015-un-tiers-des-nouveaux-chirurgien-ne-s-dentistes-ont-obtenu-leur-diplome>

Au 1^{er} janvier 2016, 41 200 chirurgiens- dentistes en activité sont recensés en France dans le répertoire partagé des professionnels de santé. Malgré une stabilité des effectifs ces quinze dernières années, la profession rajeunit, en raison notamment d'un accroissement du nombre de places disponibles au numerus clausus et de l'arrivée massive de professionnels diplômés à l'étranger : en 2015, un professionnel sur trois nouvellement inscrits était diplômé à l'étranger.

► **Médecins libéraux : une hausse modérée de leur revenus entre 2011 et 2014**

PLA A.

2017

Études et Résultats (Drees)(1022)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/medecins-liberaux-une-hausse-moderée-de-leurs-revenus-entre-2011-et-2014>

En 2014, les médecins libéraux ont perçu en moyenne un revenu d'activité de 112 000 euros, nettement plus élevé pour les spécialistes (141 000 euros) que pour les omnipraticiens (86 000 euros). Entre spécialités, des écarts de revenus moyens importants existent, et cette hiérarchie perdure. Entre 2011 et 2014, les revenus des médecins ont progressé en moyenne de 0,3 % par an.

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

PLA A. ET TREVIEN C.

2017

Insee Première(1676)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3277603>

Les revenus moyens des pharmaciens titulaires non salariés déclarés en 2014 vont du simple au double selon le type d'imposition de leur officine : 121 400 euros pour les entrepreneurs individuels, 116 800 euros pour les sociétés soumises à l'impôt sur le revenu et 59 400 euros pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, catégorie de plus en plus souvent choisie par les pharmaciens. Néanmoins, dans le troisième cas, le revenu ne sert qu'à rémunérer le travail du pharmacien alors que dans les deux premiers cas, il assure également la constitution du patrimoine professionnel. Une fois neutralisées ces différences de règles comptables liées aux régimes d'imposition, ces écarts deviennent relativement faibles. À catégorie juridique et régime d'imposition donnés, la rémunération des pharmaciens augmente avec le chiffre d'affaires de l'officine et est plus élevée en moyenne dans les départements du nord de la France que dans ceux du sud. Elle varie également selon l'âge et le sexe du titulaire : elle est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Après avoir nettement progressé en 2010 et 2011, en phase de rattrapage de la crise de 2008- 2009, le revenu des titulaires a évolué en moyenne moins favorablement de 2012 à 2014. Il a même diminué pour la moitié des pharmaciens entre

2013 et 2014. Les revenus des adjoints d'officine, pharmaciens salariés, sont nettement inférieurs à ceux des titulaires et varient beaucoup moins d'une pharmacie à l'autre.

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

REY D.

2017

Études et Résultats (Drees)(1034)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/suivi-des-patients-atteints-de-cancer-les-generalistes-favorables-a-des>

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.

Health systems

► **Panorama de la santé 2017. Indicateurs de l'OCDE**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2017

Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr

Cette nouvelle édition du Panorama de la santé présente les données comparables les plus récentes pour les principaux indicateurs relatifs à la santé et à la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Les pays candidats et les principaux pays partenaires (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, Inde, Indonésie et Lituanie) ont également été inclus dans la mesure du possible. Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles. Cette édition contient des nouveaux indicateurs, particulièrement dans le domaine des facteurs de risque pour la santé. Elle place aussi une plus grande emphase sur l'analyse des tendances temporelles. Parallèlement à l'analyse par indicateur, cette édition propose des instantanés et une série de tableaux de bord qui résument les performances comparatives des pays, ainsi qu'un chapitre spécial sur les principaux facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie.

► **Plus sain, plus juste, plus sûr. L'itinéraire de la santé dans le monde 2007-2017**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2017

Genève OMS

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259203/1/9789242512366-fre.pdf>

Ce rapport écrit et analyse les aspects essentiels de l'évolution de la santé dans le monde au cours des 10 dernières années et examine les tendances et les politiques qui intéressent le rôle et l'influence potentielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Outre les données générales sur la mortalité, le rapport fait le point sur les actions réalisées dans le champ de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre les maladies infectieuses, puis décrit la montée en puissance des maladies non-transmissibles. Le rapport consacre ensuite une seconde partie aux actions contribuant à rendre la santé dans le monde « plus juste ». Il évoque les différentes formes des inégalités sociales de santé, les avancées majeures dans leur compréhension ainsi que les interventions qui permettent de les réduire. Enfin, une troisième partie fait état d'évolutions en faveur d'un monde « plus sûr ». Les évolutions relatives à la vaccination, les défis soulevés par le changement climatique et la pollution de l'air et la gestion des situations d'urgence y sont introduites.

► **Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis**

LEMAIRE N.

2017

Paris : Secrétariat général des ministères sociaux

<https://www.ars.sante.fr/experiences-etrangees-de-coordination-des-soins-les-accountable-care-organizations-de-medicare-aux>

L'étude avait pour objectif de comprendre l'évolution de ces ACOs depuis leur création ainsi que les modalités de prise en charge des patients, notamment dans le cas de transitions entre la ville et l'hôpital. Menée auprès de 13 ACOs de Medicare implantées dans 8 États différents (New York, Floride, Texas, Delaware, Californie, Kentucky, Arizona et Pennsylvanie), elle a occasionné 40 interviews de personnes impliquées dans ces ACOs (directeurs généraux, directeurs opérationnels, directeurs médicaux, médecins participants et membres de l'équipe de l'ACO ou de cabinet médical) ou d'experts (personnels du Secrétariat d'État chargé de la Santé, chercheurs, consultants). Ces interviews ayant été réalisées sous couvert d'anonymat, il n'est pas possible d'en préciser la liste. Au-delà des ACOs étudiées, l'étude a permis l'observation privilégiée de l'élaboration puis du suivi d'une politique publique de santé aux États-Unis. C'est l'ensemble qui est retracé dans le présent rapport organisé autour d'une présen-

tation des ACOs développés par Medicare (I) et d'une première réflexion sur la transposition d'une démarche similaire en France (II).

► **Monitoring Noncommunicable Disease Commitments in Europe. Theme in Focus: Progress Monitor Indicators. (2017)**

RAKOVAC I., et al.

2017

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/351518/Monitoring-NCD.pdf

This annual publication reports on progress achieved in the WHO European Region and individual Member States in the fight against noncommunicable diseases (NCDs). It presents selected recent data on NCD surveillance, in line with global and regional frameworks such as the Global Monitoring Framework (GMF), Health 2020, progress monitoring (PM) and Sustainable Development Goals (SDGs). Each edition focuses on a different topic: this year's theme is progress towards implementation of "best buys" for the governance, surveillance, prevention and management of NCDs – the so-called "PM indicators". Implementation of PM indicators has improved significantly over the last two years in the WHO European Region.

Occupational Health

► **Sickness Absence from Work in Spain: Are There Gender Differences?**

ALBA-RAMIREZ A. ET LOPEZ-MOURELO E.

2017

Madrid University Carlos III.

<https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/25937/we201715.pdf>

We use a sample of social security records containing work histories and sick leave episodes to investigate gender differences in the incidence and duration of absence from work due to sickness in Spain. For sick

leave incidence we apply a competing risk model to a panel of newly employed workers who can be followed for two years until an episode of sick leave occurs or the job ends. For the duration of sick leave spells, we estimate a Weibull model. We distinguish between sick leave due to occupational illness or injury and sick leave due to common disease or accident. This distinction is important because only for the latter women have higher incidence and longer duration than men. In this respect, the presence of children under 3 years of age in the household becomes a significant explanatory factor.

► **Le jour de carence dans la fonction publique de l'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues**

CAZENAVE-LACROUTZ A. ET GODZINSKI A.
2017

Insee Analyses(36)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181789>

Un jour de carence pour arrêt maladie a été instauré dans la fonction publique au 1^{er} janvier 2012, puis supprimé au 1^{er} janvier 2014. D'après l'enquête Emploi, la mise en place de ce dispositif n'a pas significativement modifié la proportion d'agents de la fonction publique de l'État absents pour raison de santé une semaine donnée. En revanche, la mesure a modifié la répartition des absences par durée. En particulier, les absences pour raison de santé de deux jours ont fortement diminué, tandis que celles d'une semaine à trois mois ont augmenté. La mesure a également eu des effets hétérogènes : les absences courtes ont davantage baissé chez les femmes, chez les jeunes et chez les employés travaillant peu de jours par semaine

► **The 'Healthy Worker Effect': Do Healthy People Climb the Occupational Ladder?**

COSTA FONT J. ET LJUNGE M.
2017

CESifo Working Paper No. 6712. Category 3: Social protection. Munich CESifo

http://www.cesifo-group.de/DocDL/cesifo1_wp6712.pdf

The association between occupational status and health has been taken to reveal the presence of health inequalities shaped by occupational status. However, that interpretation assumes no influence of health status in explaining occupational standing. This paper documents evidence of non-negligible returns to occupation status on health (which we refer as 'healthy worker effect'). We use a unique empirical strategy that addressed reverse causality, namely an instrumental variable strategy using the variation in average health in the migrant's country of origin, a health measure plausibly not determined by the migrant's occupational status. Our findings suggest that health status exerts significant effects on occupational status in several dimensions; having a supervising role, worker autonomy, and worker influence. The effect size of health is larger than that of an upper secondary education.

► **La santé des artisans : de l'acharnement au travail au souci de soi**

CRASSET O. ET SCHWARTZ O.
2017

Rennes : Presses Universitaires de Rennes

Artisan ferronnier d'art et sociologue, Olivier Crasset a enquêté dans un milieu qu'il connaît de l'intérieur. En se mêlant aux équipes de travail, il a observé au quotidien la manière dont les artisans engagent leur corps dans leur activité. Leur parcours professionnel est marqué dans un premier temps par un surinvestissement dans le travail et par un déni des questions de santé. Par la suite, la relation s'inverse. De nouvelles ressources se constituent au fil de la carrière et aident l'artisan à maintenir en activité un corps usé par le travail.

► **Commuting and Sickness Absence**

GOERKE L. ET LORENZ O.
2017

IZA Discussion Paper, 11183. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11183.pdf>

We investigate the causal effect of commuting on sickness absence from work using German panel data. To address reverse causation, we use changes in commuting distance for employees who stay with the same employer and who have the same residence during the period of observation. In contrast to previous papers, we do not observe that commuting distances are associated with higher sickness absence, in general. Only employees who commute long distances are absent about 20% more than employees with no commutes. We explore various explanations for the effect of long distance commutes to work and can find no evidence that it is due to working hours mismatch, lower work effort, reduced leisure time or differences in health status.

► **Whistle While You Work: Job Insecurity and Older Workers' Mental Health in the United States**

GUTIERREZ I. A. ET MICHAUD P. C.
2017

Working paper; 17-02. Montréal Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques

http://www.cedia.ca/sites/cedia.ca/files/cahier_17_02_job_security_older_workers_mental_health.pdf

We estimate the effects of job insecurity on older workers' health outcomes using an instrumental variables approach which exploits downsizing and state-industry level changes in employment. We provide evidence that job insecurity, as measured by the self-reported probability of job loss, increases stress at work, the risk of clinical depression and lowers self reported health status. IV estimates are much larger than OLS estimates which we interpret as evidence that job insecurity which is outside the control of workers may have much larger effects on mental health. These findings suggest that employers ought to consider actions to offset the detrimental health effects of reducing personnel on

their remaining (older) workers and pay attention at the stress that industry level changes in economic conditions may have on workers.

► **The Relationship Between Working Hours and Mortality in the United States**

MERCAN M. A.
2017

Gebze Gebze Technical University

<https://ideas.repec.org/p/geb/wpaper/2017-01.html>

This study bridges a gap in the literature by examining the relationship between working hours and the probability of mortality among older workers in the United States. We have applied the Cox regression method, a frequently used approach in survival analysis, to panel data from the Health and Retirement Survey (HRS). We have found a small negative relationship exists between working hours and the probability of mortality. This study's findings may raise questions about the need for initiatives in the European Union and other countries that regulate the length of work schedules.

Aging

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

BENSADON A.-C., *et al.*
2017

Paris : IGAS

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.

► **Atlas des séniors et du grand âge en France : 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre**

BLANCHET M.
2017

Rennes : Presses de l'EHESP

Avec 13 millions d'individus aujourd'hui et 15 millions à l'horizon 2030, les plus de 65 ans représentent une part de plus en plus importante de la population française. L'arrivée à la retraite des baby-boomers et le vieillissement en cours de la population sont perçus à

la fois comme une opportunité et une source d'inquiétude. Cet atlas, richement illustré de graphiques et de cartographies, permet de comprendre et visualiser toutes les caractéristiques des séniors et personnes âgées (répartition géographique, situation économique, préférences politiques...) et déconstruit certains clichés sur la vieillesse. Car c'est bien une « vieillesse plurielle », en constante mutation et marquée par les inégalités, qui ressort de cette analyse à la fois démographique, sociale et économique. Pour rendre compte des enjeux présents et futurs du vieillissement de la population, l'approche territoriale permet de révéler autant les pratiques et vécus des personnes âgées que les rapports de force démographiques, politiques ou économiques.

► **Financing Long-Term Care Through Housing in Europe**

BONNET C., et al.

2017

Document de travail; 233

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26740/document_travail_2017_233_long.term.care_reverse.mortgage.fr.pdf

Dans quelle mesure les Européens âgés de 65 ans et plus pourront-ils financer leur dépenses de dépendance dans l'hypothèse d'une absence d'aide informelle et d'assurance publique et privée? Pour répondre à cette question, nous construisons un modèle de microsimulation des trajectoires de dépendance des individus dans neuf pays européens à partir des données longitudinales de l'enquête Share. Selon nos simulations, 57 % des 65 ans et plus connaîtraient une période de dépendance (définie comme le fait d'avoir des restrictions dans 2 ou plus des activités élémentaires de la vie quotidienne), qui durerait en moyenne 4.3 ans. 7 % des individus sans conjoint en perte d'autonomie pourront financer leurs dépenses de dépendance en utilisant uniquement leurs revenus courants et 23 % si on tient compte de l'ensemble du patrimoine, à l'exception de la résidence principale. Cette proportion double si on suppose que les individus peuvent utiliser cette dernière en contractant un prêt viager hypothécaire (PVH). Cet effet est plus marqué pour les trois plus bas quintiles de revenu, dans tous les pays à l'exception de l'Italie et de l'Espagne, pays dans lesquels le PVH jouerait un rôle important pour l'ensemble des 65 ans et plus. Il demeure que dans l'ensemble, 20 % des individus ne pourraient financer que moins de 5 % de leurs dépenses de dépendance attendues.

► **Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 : premiers résultats de l'enquête CARE *ménages***

BRUNEL M. ET CARRERE A.

2017

Études et Résultats (Drees)(1029)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-dependantes-vivant-a-domicile-en-2015-premiers-resultats-de>

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). 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. 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.

► **Building 'Implicit Partnerships'? Financial Long Term Care Entitlements in Europe**

COSTA FONT J. ET ZIGANTE V.

2017

LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series;125. London London School of Economics and Political Science

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3052190

The public funding of long-term care (LTC) programs to support the frail elderly is still underdeveloped compared to other areas of social protection for old age. In Europe, any moves to broaden entitlements to LTC are impeded by increasing demand for care coinciding with constrained public finances. We examine a set of conditions that facilitate modifications to the financial entitlement to LTC and elaborate the concept of 'implicit partnerships': an implicit (or 'silent') agreement, encompassing the financial co-participation of public funders and the time and/or financial resources of users and their families. We argue that the successful building of 'implicit partnerships' opens the door to potential reform of financial entitlements, either through 'user partnerships' relying on users' co-payments, or 'caregiver partnerships' relying on informal care provision. We examine entitlements over time in

seven European countries; the EU-5, the Netherlands and Sweden. Furthermore, we show that public attitudes towards financing and provision of LTC support the country specific financial entitlements and the type of implicit partnership we identify.

► **L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre**

MULLER M.

2017

Dossiers De La Drees (Les)(20)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/l-accueil-des-personnes-agees-en-etablissement-entre-progression-et>

Fin 2015, 10 600 établissements d'hébergement pour personnes âgées proposent environ 752 000 places d'accueil. Si leur nombre progresse lentement entre 2011 et 2015, leur capacité d'accueil s'est quant à elle développée plus rapidement. Par ailleurs, l'offre de ces établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'est diversifiée avec le temps et propose désormais des services tels que le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcés (UHR) afin de s'adapter aux personnes âgées. En moyenne, les tarifs d'hébergement sont de 59 euros par jour, mais varient sensiblement en fonction du statut juridique de l'établissement concerné - ce qui n'est pas le cas des tarifs liés à la dépendance qui, eux, dépendent du besoin d'assistance de la personne âgée. Fin 2015, plus de 500 000 personnes travaillent

dans les établissements pour personnes âgées, pour un volume de travail équivalent à 429 800 personnes à temps plein. En moyenne, les structures comptent ainsi 57 équivalents temps plein pour 100 places installées, soit trois de plus qu'en 2011. Par ailleurs, la plupart des EHPAD et EHPA ont déclaré avoir des difficultés à recruter de nouveaux employés. À savoir également que le milieu est majoritairement féminin - sauf dans les postes à responsabilités, majoritairement occupés par des hommes.

► **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/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler>

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.

