

Veille scientifique en économie de la santé

Juillet-août 2017

Centre de documentation de l'Irdes

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

Présentation

Cette publication mensuelle, réalisée par les documentalistes de l'Irdes, rassemble de façon thématique les résultats de la veille documentaire sur les systèmes et les politiques de santé ainsi que sur l'économie de la santé : articles, littérature grise, ouvrages, rapports...

Certaines publications recensées sont disponibles gratuitement en ligne. D'autres, payantes, peuvent être consultées sur rendez-vous au [Centre de documentation de l'Irdes](#) ou être commandées auprès des éditeurs concernés. Des copies d'articles peuvent aussi être obtenues auprès des bibliothèques universitaires ([Sudoc](#)), de l'Inist ([Refdoc](#)) ou de la [British Library](#). En revanche, **aucune photocopie par courrier n'est délivrée par le Centre de documentation.**

La collection des numéros de **Veille scientifique en économie de la santé** (anciennement intitulé **Doc Veille**) est consultable sur le site internet de l'Irdes :

www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html

Veille scientifique en économie de la santé

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

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 **Le nouveau dispositif de l'ACS : quelles leçons tirer de la mise en œuvre ?**
Bros A., et al.
- 9 **Cost of Service Regulation in U.S. Health Care: Minimum Medical Loss Ratios**
Cicala S., et al.
- 9 **Macroeconomic Effects of Medicare**
Conesa J. C., et al.
- 9 **Early Effects of the Affordable Care Act on Health Care Access, Risky Health Behaviors, and Self-Assessed Health**
Courtemanche C., et al.
- 10 **Health Plan Payment in U.S. Marketplaces: Regulated Competition with a Weak Mandate**
Layton T., et al.
- 10 **The Effect of Insurance Expansions on Smoking Cessation Medication Use: Evidence from Recent Medicaid Expansions**
Maclean J. C., et al.
- 10 **The Effect of Public Insurance Expansions on Substance Use Disorder Treatment: Evidence from the Affordable Care Act**
Maclean J. C. et Saloner B.
- 11 **Régime agricole : stabilité des remboursements de soins de ville au troisième trimestre 2016**
Prevot C.

E-santé – Technologies médicales

- 11 **How Can Ehealth Improve Care for People with Multimorbidity in Europe**
Barbabella F., et al.
- 11 **L'accès des chercheurs aux données administratives. Etat des lieux et propositions d'actions**
Bozio A. et Geoffard P. Y.

- 12 **Understanding Value in Health Data Ecosystems. A Review of Current Evidence and Ways Forward**
Marjanovic S., et al.
- 12 **Telehealth and Remote Patient Monitoring Use in Medicare and Selected Federal Programs**
Yocom C. L.

Économie de la santé

- 13 **Health Care Costs in the English NHS: Reference Tables for Average Annual NHS Spend by Age, Sex and Deprivation Group**
Asaria M.
- 13 **Productivity of the English NHS: 2014/15 Update**
Bojke C., et al.
- 13 **La Sécu à tout prix ! Financer un modèle social pour tous !**
Bost B.
- 13 **Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France**
Cusset P. Y.
- 14 **The Effects of the American Health Care Act on Health Insurance Coverage and Federal Spending in 2020 and 2026**
Eibner C., et al.
- 14 **Rapport 2016 de l'Observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique médicale**
Observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique médicale
- 14 **Pour une réforme alternative du financement d'une protection sociale renouvelée**
Rauch F.
- 14 **How to Strengthen Financing Mechanisms to Promote Care for People with Multimorbidity in Europe**
Struckmann V., et al.

État de santé

- 15 **Economic Downturns and Babies's Health**
Alessie R., *et al.*
- 15 **Multiple Chronic Conditions in the United States**
Buttorff C., *et al.*
- 15 **The Effect of Stress on Later-Life Health: Evidence from the Vietnam Draft**
Cawley J., *et al.*
- 16 **Parental Work Hours and Childhood Obesity: Evidence using Instrumental Variables Related to Sibling School Eligibility**
Courtemanche C., *et al.*
- 16 **L'état de santé de la population en France : rapport 2017**
Fourcade, N. / éd., *et al.*
- 16 **Obesity Update 2017**
Organisation de coopération et de développement économique
- 17 **World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs**
Organisation mondiale de la santé
- 17 **How to Strengthen Patient Centredness in Caring for People with Multimorbidity in Europe?**
Van Der Heiden I., *et al.*

Géographie de la santé

- 17 **The Effect of Malpractice Law on Physician Supply: Evidence from Negligence-Standard Reforms**
Frakes M. D., *et al.*
- 18 **The Cross-Border Spillover Effects of Recreational Marijuana Legalization**
Hao Z. et Cowan B.
- 18 **Acteurs locaux et politiques de santé**
Rican S., *et al.*

Handicap

- 19 **Recours aux soins de santé primaires des personnes en situation de handicap : Analyses économiques à partir des données de l'enquête Handicap-Santé**
Bussiere C.

Hôpital

- 19 **La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations**
Batifoulie P., *et al.*
- 19 **Reforms and Physicians' Status in Turkey: Distribution of OOP Health Expenditures for Physicians and Hospitals**
Erus B.
- 20 **Public satisfaction with the NHS and social care in 2016: Results and trends from the British Social Attitudes Survey**
Robertson R.

Inégalités de santé

- 20 **Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Method**
Bartley M.
- 20 **The Long Reach of Education: Health, Wealth, and DI Participation**
Poterba J. M., *et al.*

Médicament

- 21 **Surveillance de la consommation des antibiotiques - Réseau ATB-Raisin. Résultats 2015**
Alfanderi S., *et al.*
- 21 **What Explains 'Generosity' in the Public Financing of High-Tech Drugs? An Empirical Investigation for 25 OECD Countries and 11 Controversial Drugs**
Bohm K., *et al.*

Méthodologie – Statistique

- 22 **La Banque nationale Alzheimer, un outil pour la surveillance épidémiologique des démences en France ?**
Carcaillon-Bentata L., *et al.*
- 22 **Age and Utilities: Issues for HTA**
Cubi-Molla P., *et al.*

Politique publique

- 23 **Revenu minimum social garanti**
Grard M. A. et Vignau M.

Politique de santé

- 23 **Rapport annuel sur l'état de la France en 2017**
Duval G. et Lafont P.
- 23 **How to Support Integration to Promote Care for People with Multimorbidity in Europe?**
Hujala A., *et al.*
- 24 **Culture Matters: Using A Cultural Contexts of Health Approach to Enhance Policy-Making**
Napier A. D.
- 24 **How to Improve Care for People with Multimorbidity in Europe?**
Rijken M., *et al.*

Prévention

- 24 **Agir sur les comportements nutritionnels**
Réglementation, marketing et influence des communications de santé
Blanc N., *et al.*
- 25 **The Effects of E-Cigarette Minimum Legal Sale Age Laws on Youth Substance Use**
Dave D., *et al.*
- 25 **Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France**
Ducimetière P., *et al.*

- 25 **Avis du 16 février 2017 relatif à la révision des repères alimentaires pour les adultes du futur Programme national nutrition santé 2017-2021**
Haut Conseil de la santé publique
- 26 **Is Preventive Care Worth the Cost? Evidence from Mandatory Checkups in Japan**
Iisuka T., *et al.*

Prévision – Évaluation

- 26 **Santé 2050**
Cornilleau G., *et al.*

Psychiatrie

- 26 **TRAPSY : Entre accompagnement médico-social du handicap psychique et soins psychiatriques : Étude de trajectoires de malades mentaux en Ile-de-France**
Bourdais J., *et al.*
- 27 **Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations de bonne pratique**
Delbreil A. et Voyer M.
- 27 **Troubles psychiques. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques**
Mahe T., *et al.*
- 27 **Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France**
Milon A. et Amiel M.
- 28 **Le secteur de psychiatrie**
Pascal J. C., *et al.*

Soins de santé primaires

- 28 **Choice in the Presence of Experts: The Role of General Practitioners in Patients' Hospital Choice**
Beckert W. et Collyer K.

- 28 **Self-Rated Health and Primary Care Utilization: Is Selection into Healthcare Endogenously Determined**
Bilgel F. et Karahasan B. C.
- 28 **La métamorphose des régimes des care : une comparaison des systèmes d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Belgique, Italie et Royaume-Uni (2000-2012)**
Degrave F. et Nyssens M.
- 29 **Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes**
Despres C., et al.
- 29 **Waiting Times for Outpatient Treatment in Germany: New Experimental Evidence from Primary Data**
Heinrich N., et al.
- 29 **Nouvelles coopérations réflexives en santé : de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche**
Jouet E., et al.
- 30 **Does the Primary Care Home Make A Difference? Understanding Its Impact**
Pope J.
- 30 **Two Models of Primary Health Care Development: Russia vs. Central and Eastern European Countries**
Sheiman I. et Shevski V.

Systèmes de santé

- 30 **Population Aging, Health Care, and Fiscal Policy Reform: The challenges for Japan**
Hsu M. et Yamada D.
- 31 **Health System Review: The Former Yugoslav Republic of Macedonia**
Kostova N. M., et al.
- 31 **International Profiles of Health Care Systems**
Mossialos, E. / éd, et al.

Travail et santé

- 31 **The Bilateral Relationship between Depressive Symptoms and Employment Status**
Bubonya M., et al.
- 32 **L'évolution de l'emploi des seniors du secteur privé depuis 2004**
Couhin J.
- 32 **Bounding the Causal Effect of Unemployment on Mental Health: Nonparametric Evidence from Four Countries**
Cygan-Rehm K., et al.
- 32 **Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique ?**
Jacquetin P.
- 33 **Prévenir les risques professionnels : un enjeu pour l'entreprise**
Jacquetin F.
- 33 **Baisse des accidents graves non mortels chez les salariés agricoles. Accidents survenus entre 2002 et 2010 en France métropolitaine**
Viarouge N. et Gorvan K.

Vieillesse

- 33 **Preparation for Old Age in France: The Roles of Preferences and Expectations**
Apouey B. H.
- 33 **Raising Well-Being in Germany's Ageing Society**
Appealer A., et al.
- 34 **The Future of Long Term Care in Europe. An Investigation Using A Dynamic Microsimulation Model**
Atella V., et al.
- 34 **How the Growing Gap in Life Expectancy May Affect Retirement Benefits and Reforms**
Auerbach A. J., et al.
- 34 **L'espérance de vie en retraite sans incapacité sévère des générations nées entre 1960 et 1990 : une projection à partir du modèle Destinie**
Cazenave-Lacrouz A. et Godet F.

- 35 **Loi d'adaptation de la société au vieillissement : un pas pour la transition démographique**
Delaunay M.
- 35 **Interactions between Financial Incentives and Health in the Early Retirement Decision**
Garcia-Gomez P., *et al.*
- 36 **Approaches to the Regulation and Financing of Home Care Services in Four European Countries. An Evidence Review**
Kelsey R. A. et Coleman A.
- 36 **Are Recessions Good for Staffing in Nursing Homes**
Konezka R. T., *et al.*

Assurance maladie

► **Le nouveau dispositif de l'ACS : quelles leçons tirer de la mise en œuvre ?**

BROS A., *et al.*
2017

Recherches- Action en protection sociale. Saint-Etienne EN3S ; Paris Fonds CMU
<http://www.en3s.fr/articles-regards/reac/2017/7-ACS.pdf>

Dans le cadre de son programme de recherches-actions, la 55^e promotion de l'EN3S a réalisé une étude qualitative sur la réforme du dispositif de l'ACS vue par les acteurs concernés. Les acteurs retenus sont les caisses d'assurance maladie du régime général (qui concentrent la majorité des bénéficiaires de l'ACS) ainsi que le service social de l'Assurance Maladie rattaché aux CARSAT (qui effectue de nombreuses actions en faveur de l'accès aux soins) et des organismes complémentaires (OC). Les différents acteurs d'organismes de sécurité sociale interrogés reconnaissent en très grande majorité que la réforme de l'ACS apporte dans son ensemble des évolutions positives. Les onze rapports de recherches-actions de la 55^e promotion de l'EN3S sont en ligne. 3 axes : Transformations technologiques, économiques et protection sociale ; Innovations et accès aux droits ; Entreprises et protection sociale.

► **Cost of Service Regulation in U.S. Health Care: Minimum Medical Loss Ratios**

CICALA S., *et al.*
2017

NBER Working Paper Series; n° 23353. Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23353

In health insurance markets, an insurer's Medical Loss Ratio (MLR) is the share of premiums spent on medical claims. As part of the goal of reducing the cost of health care coverage, the Affordable Care Act introduced minimum MLR provisions for all health insurance sold in fully-insured commercial markets as of 2011, thereby explicitly capping insurer profit margins, but not levels. This cap was binding for many insurers, with over \$1 billion of rebates paid in the first year of implementation. We model this constraint imposed upon a monopolistic insurer, and derive distortions analogous to those created under

cost of service regulation. We test the implications of the model empirically using administrative data from 2005–2013, with insurers persistently above the minimum MLR threshold serving as the control group in a difference-in-difference design. We find that rather than resulting in reduced premiums, claims costs increased nearly one-for-one with distance below the regulatory threshold, 7% in the individual market, and 2% in the group market.

► **Macroeconomic Effects of Medicare**

CONESA J. C., *et al.*
2017

NBER Working Paper Series; n° 23389. Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23389

This paper develops an overlapping generations model to study the macroeconomic effects of an unexpected elimination of Medicare. We find that a large share of the elderly respond by substituting Medicaid for Medicare. Consequently, the government saves only 46 cents for every dollar cut in Medicare spending. We argue that a comparison of steady states is insufficient to evaluate the welfare effects of the reform. In particular, we find lower ex-ante welfare gains from eliminating Medicare when we account for the costs of transition. Lastly, we find that a majority of the current population benefits from the reform but that aggregate welfare, measured as the dollar value of the sum of wealth equivalent variations, is higher with Medicare.

► **Early Effects of the Affordable Care Act on Health Care Access, Risky Health Behaviors, and Self-Assessed Health**

COURTEMANCHE C., *et al.*
2017

IZA Discussion Paper Series; 10649. Bonn IZA
<http://ftp.iza.org/dp10649.pdf>

The goal of the Affordable Care Act (ACA) was to achieve nearly universal health insurance coverage through a combination of mandates, subsidies, marketplaces, and Medicaid expansions, most of which

took effect in 2014. We use data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System to examine the impacts of the ACA on health care access, risky health behaviors, and self-assessed health after two years. We estimate difference-in-difference-in-differences models that exploit variation in treatment intensity from state participation in the Medicaid expansion and pre-ACA uninsured rates. Results suggest that the ACA led to sizeable improvements in access to health care in both Medicaid expansion and non-expansion states, with the gains being larger in expansion states along some dimensions. No statistically significant effects on risky behaviors or self-assessed health emerge for the full sample. However, we find some evidence that the ACA improved self-assessed health among older non-elderly adults, particularly in expansion states.

► **Health Plan Payment in U.S. Marketplaces: Regulated Competition with a Weak Mandate**

LAYTON T., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23444. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23444>

The Affordable Care Act Marketplaces were introduced in 2014 as part of a reform of the U.S. individual health insurance market. While the individual market represents a small slice of the U.S. population, it has historically been the market segment with the lowest rates of take-up and greatest concerns about access to robust coverage. As part of the reform of the individual insurance market, the Marketplaces invoke many of the principles of regulated competition including (partial) community rating of premiums, mandated benefits, and risk adjustment transfers. While the Marketplaces initially appeared to be successful at increasing coverage and limiting premium growth, more recent outcomes have been less favorable and the stability of the Marketplaces is currently in question. In this paper, we lay out in detail how the Marketplaces adopt the tools of regulated competition. We then discuss ways in which the Marketplace model deviates from the more conventional model and how those deviations may impact the eventual success or failure of these new markets.

► **The Effect of Insurance Expansions on Smoking Cessation Medication Use: Evidence from Recent Medicaid Expansions**

MACLEAN J. C., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23450. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23450>

In this study, we explore the early effects of recent Medicaid expansions on prescriptions and Medicaid payments for evidence-based smoking cessation prescription medications: Zyban, Chantix, and Nicotrol. We estimate differences-in-differences models using data on the universe of prescription medications sold in retail and online pharmacies for which Medicaid was a third-party payer. Our findings suggest that expansions increased prescriptions for smoking cessation medications by 36% and total payments for these medications increased by 28%. We provide evidence these payments were financed by state Medicaid programs and not patients themselves. Overall our findings suggest that the recent Medicaid expansions allowed low-income smokers to access effective cessation medications.

► **The Effect of Public Insurance Expansions on Substance Use Disorder Treatment: Evidence from the Affordable Care Act**

MACLEAN J. C. ET SALONER B.

2017

NBER Working Paper Series; n° 23342. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23342

We examine the early effects of U.S. state Medicaid expansions under the Affordable Care Act (ACA) on substance use disorder (SUD) treatment utilization. We couple administrative data on admissions to specialty SUD treatment and prescriptions for medications used to treat SUDs in outpatient settings with a differences-in-differences design. We find no evidence that admissions to specialty treatment changed in expanding states relative to non-expanding states. However, post expansion, Medicaid-reimbursed prescriptions for medications used to treat SUDs in outpatient settings increased by 33% in expanding states relative to non-expanding states. Among patients admitted to specialty SUD treatment, we find that

in expanding states Medicaid insurance and use of Medicaid to pay for treatment increased by 58% and 57% following the expansion. In an extension to the main analyses, we find no evidence that the expansions affected fatal alcohol poisonings or drug-related overdoses. Overall, our findings provide evidence on the early effects of the ACA on SUD treatment utilization with the newly-eligible Medicaid

► **Régime agricole : stabilité des remboursements de soins de ville au troisième trimestre 2016**

PREVOT C.

2017

Syntheses: 10

<http://www.msa.fr/lfr/documents/98830/9488297/Synth%C3%A8se+-+Stabilit%C3%A9%20des+remboursements+de+soins+de+ville+-+3e+trimestre+2016.pdf>

Avec une évolution de - 0,1 % au troisième trimestre 2016 en données CVS-CJO, les remboursements de soins de ville du régime agricole se situent très légèrement en dessous du niveau atteint au trimestre précédent. Cette inflexion ténue intervient après trois trimestres de faible hausse. Les remboursements d'honoraires médicaux et dentaires, de médicaments, d'actes de biologie comme les versements d'indemnités journalières sont en retrait par rapport au trimestre précédent. A l'inverse, les remboursements de soins d'auxiliaires médicaux, de dispositifs médicaux et de frais de transports de malades augmentent. A la fin septembre 2016, l'augmentation des remboursements de soins de ville sur un an glissant s'établit à +0,5 %, avec des évolutions divergentes selon les régimes : -1,4 % pour le régime des non-salariés et +3,1 % pour le régime des salariés.

E-santé – Technologies médicales

► **How Can Ehealth Improve Care for People with Multimorbidity in Europe**

BARBABELLA F., *et al.*

2016

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-can-ehealth-improve-care-for-people-with-multimorbidity-in-europe?>

eHealth is an area of great untapped potential especially in care for people with multimorbidity. This policy brief identifies: the eHealth solutions available; their potential benefits; and the current policies around the adoption of eHealth in care for people with multimorbidity. It offers policy makers insights on how to exploit eHealth solutions to the challenges of multimorbidity. The key messages include: eHealth has the potential to improve care and offer new services for people with multimorbidity by facilitating better communication and sharing of information and by providing tools for self-management and decision making (personal health records, decision support systems, information systems for risk stratification). Patients, informal carers and care professionals

will all need training in digital health literacy with educational campaigns having an important role in improving uptake. Policy makers planning to extend eHealth need to: Fill the gaps in regulation creating a clear legal framework; Address interoperability and compatibility and foster standardization nationally and across countries; Put in place adequate funding frameworks, and commission large-scale studies to evaluate impact.

► **L'accès des chercheurs aux données administratives. Etat des lieux et propositions d'actions**

BOZIO A. ET GEOFFARD P. Y.

2017

Paris La Documentation française.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000314.pdf>

Ce rapport, commandé par la secrétaire d'Etat chargée du numérique et de l'innovation, dresse un bilan, en forme de point d'étape, du mouvement d'ouverture des données administratives aux chercheurs. Le droit

sur l'accès aux données administratives à des fins de recherche est complexe, mouvant, mais surtout très mal connu, des administrations productrices, comme des chercheurs. Le rapport recommande la réalisation d'un vade-mecum des dispositifs juridiques en vigueur. Il fait aussi le constat d'une absence large d'obstacles juridiques - avec quelques exceptions - à l'accès aux données par les chercheurs mais les difficultés pratiques restent notables. Il préconise ensuite la création d'une instance de concertation impliquant les producteurs de données, les chercheurs, et les administrations compétentes pour la protection et l'accès aux données publiques (Archives, Cnil, administrateur des données, Cada). Le rapport rappelle également que l'accès aux données administratives a un coût (coût de support pour les instances, coût d'accès via des dispositifs sécurisés et coût de préparation de données anonymisées ou dé-identifiées). Enfin, il étudie plusieurs pistes de modèle économique, tout en soulignant l'importance à limiter au maximum ces coûts pour éviter tout gaspillage de ressources limitées.

► **Understanding Value in Health Data Ecosystems. A Review of Current Evidence and Ways Forward**

MARJANOVIC S., et al.
2017

Santa Monica Rand Corporation

https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1900/RR1972/RAND_RR1972.pdf

The potential of health data to improve the efficiency and effectiveness of health research and development, healthcare delivery, and health systems more widely is substantial. There are many initiatives across the EU that are experimenting with ways to capture value and address the nexus of technical, legal, ethics-related, governance and data protection-related, and cultural challenges to delivering potential benefits for society and the economy. The field of health data research and policy is highly dynamic and there is a need for further reflection, thematic learning and evaluation to better understand how to create and connect receptive places, to inform future interventions and to identify transferable lessons. Our research emphasises that realising the benefits of health data at scale will require: a simultaneous focus on the technological and structural conditions that are required; collaboration and coordination

to transform working cultures and build health and care workforce and citizen capacity to engage with data; and efforts to ensure that policy, industry, and research communities respond to public concerns, needs, and expectations in a timely and sustained manner. The global community of individuals and organisations with a stake in health data will also need to consider how progress can benefit different populations across the world in an equitable manner.

► **Telehealth and Remote Patient Monitoring Use in Medicare and Selected Federal Programs**

YOCOM C. L.
2017

Washington GAO: 72

<https://www.gao.gov/products/GAO-17-365>

<http://www.gao.gov/assets/690/684115.pdf>

Telehealth and remote patient monitoring can provide alternatives to health care provided in person at a physician's office, particularly for patients who cannot easily travel long distances for care. Medicare pays for some telehealth services that are subject to statutory and regulatory requirements, such as requiring the patient be present at an originating site like a rural health clinic. The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 includes a provision for GAO to study telehealth and remote patient monitoring. Among other reporting objectives, this report reviews (1) the factors that associations identified as affecting the use of telehealth and remote patient monitoring in Medicare and (2) emerging payment and delivery models that could affect the potential use of telehealth and remote patient monitoring in Medicare.

Économie de la santé

► Health Care Costs in the English NHS: Reference Tables for Average Annual NHS Spend by Age, Sex and Deprivation Group

ASARIA M.
2017

CHE Research Paper Series; 147. York University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP147_health_care_costs_NHS.pdf

This paper describes how to calculate average health care costs broken down by age, sex and neighbourhood deprivation quintile group using the distribution of health care spending by the English NHS in the financial year 2011/12. The results presented here can be used by cost-effectiveness analysts to populate their extrapolation models when estimating future health care costs. The results will also be of interest to the broader community of health researchers as they illustrate how NHS spending is distributed across different subgroups within the population.

► Productivity of the English NHS: 2014/15 Update

BOJKE C., *et al.*
2017

CHE Research Paper Series; 146. York University of York:

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP146_NHS_productivity_update2014_15.pdf

This report updates the Centre for Health Economics' time-series of NHS productivity growth. It finds that the rate of NHS productivity growth since 2004/5 compares favourably with that achieved by the economy as a whole. It suggests that increased NHS output has come about in response to pronounced increases in NHS expenditure which has funded both higher wages and more staff and resources.

► La Sécu à tout prix ! Financer un modèle social pour tous !

BOST B.
2017

Limoges : FYP Editions

Cet ouvrage retrace les racines et les évolutions du financement de la sécurité sociale : assurance maladie, retraites, allocations familiales, CSG, TVA sociale, etc. Il décrypte ses mécanismes, les arcanes de son organisation : ce modèle est-il encore soutenable ? Quelles transformations sont indispensables ? La baisse ou l'augmentation des charges sociales influence-t-elle sur l'emploi ? Peut-on reconstruire un modèle social juste et garant de notre cohésion sociale. Telles sont les questions auxquelles cet ouvrage tente de répondre.

► Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France

CUSSET P. Y.
2017

Document de travail ; 2017-07. Paris France Stratégie

<http://www.strategie.gouv.fr/document-de-travail/determinants-de-long-terme-depenses-de-sante-france>

Depuis les années 1950, la France consacre une part croissante de ses ressources aux dépenses de soins. Ainsi, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est passée de 2,6 à 8,9 points de PIB entre 1950 et 2015. La croissance des dépenses a été très forte en début de période, au moment où se constituait l'infrastructure sanitaire et se développait l'assurance maladie. Elle est plus faible depuis la fin des années 1980. Par ailleurs, depuis les années 1970, on assiste à un mouvement de convergence des niveaux de dépenses de santé parmi les pays les plus développés, les États-Unis faisant toutefois figure d'exception. Le document de travail rappelle d'abord quels sont les grands facteurs de croissance des dépenses de santé, en s'appuyant sur une somme de travaux réalisés sur cette question. Il discute ensuite les principales projections de long terme des dépenses de santé réalisées pour la France, en présentant leur méthodologie, leurs résultats et leurs limites.

► **The Effects of the American Health Care Act on Health Insurance Coverage and Federal Spending in 2020 and 2026**

EIBNER C., et al.

2017

Santa Monica Rand Corporation

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2003.html

In this report, the authors analyzed a version of the American Health Care Act (AHCA), a bill proposed in the U.S. House of Representatives on March 6, 2017. The bill would have repealed many of the provisions of the Affordable Care Act (ACA) and replaced them with alternative reforms. The authors used RAND's COMPARE microsimulation model to assess how the AHCA would have affected such outcomes as health insurance enrollment, consumer out-of-pocket costs, and the federal deficit relative to the ACA. This analysis relies on the version of the bill dated March 6, 2017, with several updates to account for the March 20 "Manager's Amendment. This analysis finds that the AHCA would have resulted in a reduction in health insurance enrollment of 14.2 million in 2020 and a reduction in health insurance enrollment of 19.7 million in 2026. While the magnitude of the estimated coverage reductions is smaller than those of the Congressional Budget Office (CBO), this analysis confirms CBO's general finding that the AHCA would have substantially reduced insurance enrollment relative to current law. Those without insurance under the AHCA would have tended to be older, sicker, and poorer than those currently uninsured.

► **Rapport 2016 de l'Observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique médicale**

OBSERVATOIRE DES PRIX ET DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OPTIQUE MÉDICALE

2017

Paris Observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique médicale

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_de_l_observatoire_des_prix_et_de_la_prise_en_charge_en_optique_medicale.pdf

En France, 70 % des personnes portent des lunettes ou des lentilles après 20 ans et 96 % déclarent avoir des troubles de la vision après 50 ans. L'accès aux équipements optiques constitue donc un enjeu majeur de santé publique et d'accès aux soins. Le premier rapport de l'Observatoire des prix et de la prise

en charge en optique médicale a pour objectif de consolider l'ensemble des données disponibles sur le secteur. Il présente ainsi les indicateurs retenus, leurs caractéristiques et leur disponibilité afin de poser les bases statistiques des prochains rapports. Ce socle sera susceptible d'être enrichi de nouvelles données qui pourront être produites par l'ensemble des participants de l'Observatoire. Il dressera ensuite, à partir de ces indicateurs, une première analyse du secteur.

► **Pour une réforme alternative du financement d'une protection sociale renouvelée**

RAUCH F.

2016

Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les) (23)

La crise économique de 2008 a mis à mal le financement de la protection sociale. Pour une issue de progrès à cette crise systémique, des réformes sont incontournables. Elle appelle une nouvelle logique économique, une mise en cause de la financiarisation de l'économie, par la mise en œuvre de moyens permettant de décourager la fuite vers la croissance financière et d'inciter à une réorientation des fonds pour un nouveau type de croissance centrée sur le développement des ressources humaines.

► **How to Strengthen Financing Mechanisms to Promote Care for People with Multimorbidity in Europe**

STRUCKMANN V., et al.

2016

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-to-strengthen-financing-mechanisms-to-promote-care-for-people-with-multimorbidity-in-europe>

Payment mechanisms that take multiple chronic conditions into account and actually promote better integration of care are sadly lacking. This policy brief examines the steps policy makers must take if they are to adapt financing systems to support people with multimorbidity better. It looks at securing sustainable funding; options for upgrading payment mechanisms; and how financing mechanisms can stimulate good

quality integrated care for people with multimorbidity. Key messages include that: Payment mechanisms can provide key incentives for providers to collaborate, enable better care and create efficiency savings (while paying individual providers separately tends to block integration). Innovative payment mechanisms (shared savings models, bundled payments, pay for performance) can be combined with more traditional models (budget, capitation, fee for service) but are inevitably complex. They need to adequately account for the complexity of cases treated which means drawing on very extensive data on cost and

quality and considerable technical expertise. Policy makers, who are working to make financing support integrated care, need to give a strong leadership signal and create supportive national and programme structures. They must: Put in place information and support systems to deal with the complexity; Give proper thought to local conditions (and local capacity to cope); Consider funding guarantees and other strategies for mainstreaming new approaches so that providers are encouraged to innovate, and take an incremental and long-term approach to change (including ongoing evaluation).

État de santé

► Economic Downturns and Babies's Health

ALESSIE R., *et al.*

2017

Working paper; 17/11. Londres University of York

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

We study the impact of provincial unemployment levels on birthweight using a sample of over 50,000 respondents from Lifelines – a cohort study from the northeastern Netherlands and we allow the effects to differ by babies' gender. We find that during periods of high unemployment fertility decreases and male babies are born with lower birthweight. The effect of unemployment on birthweight is particularly strong for boys born to older mothers and for babies born to smoking mothers. In addition, we study whether the effects are attributable to changes in cohort composition or in health behaviour of pregnant women. Our results indicate that even though the women who are pregnant during economic downturns are more likely to have higher socio-economic status, the total effect of economic downturns on babies' health is negative.

This chartbook updates previous versions with more recent data on the prevalence of multiple chronic conditions (2008–2014) and associated health care utilization and spending. It also analyzes functional and other limitations for those with multiple chronic conditions. In 2014, 60 percent of Americans had at least one chronic condition, and 42 percent had multiple chronic conditions. These proportions have held steady since 2008. Americans with chronic conditions utilize more — and spend more on — health care services and may have reduced physical and social functioning.

► Multiple Chronic Conditions in the United States

BUTTORFF C., *et al.*

2017

Santa Monica Rand Corporation

<https://www.rand.org/pubs/tools/TL221.html>

► The Effect of Stress on Later-Life Health: Evidence from the Vietnam Draft

CAWLEY J., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23334. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23334

A substantial literature has examined the impact of stress during early childhood on later-life health. This paper contributes to that literature by examining the later-life health impact of stress during adolescence and early adulthood, using a novel proxy for stress: risk of military induction

► **Parental Work Hours and Childhood Obesity: Evidence using Instrumental Variables Related to Sibling School Eligibility**

COURTEMANCHE C., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23376. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23376

This study exploits plausibly exogenous variation from the youngest sibling's school eligibility to estimate the effects of parental work on the weight outcomes of older children in the household. Data come from the 1979 cohort of the National Longitudinal Survey of Youth linked to the Child and Young Adult Supplement. We first show that mothers' work hours increase gradually as the age of the youngest child rises, whereas mothers' spouses' work hours exhibit a discontinuous jump at kindergarten eligibility. Leveraging these insights, we develop an instrumental variables model that shows that parents' work hours lead to larger increases in children's BMI z-scores and probabilities of being overweight and obese than those identified in previous studies. We find no evidence that the impacts of maternal and paternal work are different. Subsample analyses find that the effects are concentrated among advantaged households, as measured by an index involving education, race, and mother's marital status.

► **L'état de santé de la population en France : rapport 2017**

FOURCADE, N. / ÉD., *et al.*

2017

Paris DREES: 435

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

Cette édition 2017 du rapport sur l'état de santé de la population en France conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour illustrer l'état de santé globalement bon des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels est confronté le pays et auxquels les politiques publiques doivent répondre. Coordiné pour la première fois avec la nouvelle agence nationale de santé publique – Santé publique France – cette édition 2017 accorde une place plus large aux données régionales et infra-régionales avec l'introduction de cartes et données

supplémentaires et l'ajout de 18 profils régionaux synthétisant les principales caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires des nouvelles régions administratives. Une typologie socio-sanitaire des territoires a été également réalisée : elle permet de mettre en évidence des zones particulièrement vulnérables. Ces enrichissements ont été rendus possibles grâce à la mobilisation de tous les contributeurs habituels du rapport, et celle de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et du réseau des observatoires régionaux de santé (ORS) pour les profils régionaux.

► **Obesity Update 2017**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

2017

Paris OCDE

<http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>

Today, more than one in two adults and nearly one in six children are overweight or obese in the OECD area. The obesity epidemic has spread further in the past five years, although at a slower pace than before. Despite this, new projections show a continuing increase of obesity in all studied countries. Social disparities in obesity persist and have increased in some countries. A nearly tenfold variation in obesity and overweight rates can be seen across OECD countries. In the last few years, new policy strategies devised to fight obesity have emerged. This Obesity Update focuses on a selection of those, specifically at communication policies aimed to tackle obesity, in particular by improving nutrient information displayed on food labels, using social and new media to sensitise the population, or by regulating the marketing of food products. Better communication helps empower people to make healthier choices. However, comprehensive policy packages, including not only communication but also broader regulatory and fiscal policies, are needed to tackle obesity effectively.

► **World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
2017

Genève OMS:

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/

The World Health Statistics series is WHO's annual compilation of health statistics for its 194 Member States. The report includes new data on progress towards universal health coverage. Those data show that globally, ten measures of essential health service coverage have improved since 2000. Coverage of treatment for HIV and bed nets to prevent malaria have increased the most, from very low levels in 2000. Steady increases have also been seen in access to antenatal care and improved sanitation, while gains in routine child immunization coverage from 2000 to 2010 slowed somewhat between 2010 and 2015.

► **How to Strengthen Patient Centredness in Caring for People with Multimorbidity in Europe?**

VAN DER HEIDEN I., *et al.*

2016

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-to-strengthen-patient-centredness-in-caring-for-people-with-multimorbidity-in-europe>

Too often health systems are centred around the disease rather than the patient. This policy brief identifies the key elements and potential benefits of patient-centred care for people with multimorbidity and flags up the strategies, which can help to strengthen patient-centred care. Key messages include that: Patient-centredness requires a coordinated approach to the organization and delivery of care that delivers real benefits, increasing patient satisfaction and countering problems of fragmented care, such as inappropriate use of health services and unresponsiveness. Innovation often stems from grassroots initiatives and patient-centred programmes that develop despite, and not because of, national regulations. Policy makers need to do more to foster innovation and effective collaboration by creating a supportive environment including developing a shared vision and engaging with patients, carers and social care; Paying real attention to coordination between levels of care; Providing training, and supporting tools that share information and foster monitoring and evaluation.

Géographie de la santé

► **The Effect of Malpractice Law on Physician Supply: Evidence from Negligence-Standard Reforms**

FRAKES M. D., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23446. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23446>

We explore whether the composition of the physician work force is impacted by the clinical standards imposed on physicians under medical liability rules. We theorize that physicians of particular backgrounds

will be attracted to regions when the malpractice laws of those regions favor the type of medicine characteristic of those backgrounds. To test this prediction, we rely on a quasi-experiment made possible by states shifting from local to national customs as the basis for setting standards at court, a distinction that captures meaningful differences in the clinical expectations of the law in light of the well documented phenomenon of regional variations in medical practices. Using data from the Area Health Resource File from 1977 to 2005, we find that the rate of surgeons among practicing physicians increases by 2-2.4 log points following the adoption of national-standard laws in initially

low surgery-rate regions—i.e., following a change in the law that effectively expects physicians to increase practice intensities. We find that this response is nearly three times greater in rural counties. We also find that this supply effect is unidirectional, with no evidence to suggest that surgeons retreat when initially high-surgery-rate regions change their laws so as to expect less intensive practice styles.

► **The Cross-Border Spillover Effects of Recreational Marijuana Legalization**

HAO Z. ET COWAN B.

2017

NBER Working Paper Series; n° 23426. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23426>

We examine the spillover effects of recreational marijuana legalization (RML) in Colorado and Washington on neighboring states. We find that RML causes a sharp increase in marijuana possession arrests in border counties of neighboring states relative to non-border counties in these states. RML has no impact on juvenile marijuana possession arrests but is rather fully concentrated among adults. We do not find evidence that marijuana sale/manufacture arrests, DUI arrests, or opium/cocaine possession arrests in border counties are affected by RML.

► **Acteurs locaux et politiques de santé**

RICAN S., et al.

2017

Lettre Du Collège (La) (1)

http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Lettre%20du%20Coll%C3%A8ge%20n%C2%B02%20-%20mars%202017_0.pdf

Cette Lettre du Collège reprend certaines des contributions de la dernière Matinée du Collège des Economistes de la Santé consacrée aux acteurs locaux et politiques de santé. Le rôle des acteurs locaux et des collectivités territoriales dans la prise en charge des besoins de santé et d'aide s'est accru, tout particulièrement depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » et, plus récemment, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Dans un contexte d'inégalités territoriales de santé et d'offre de soins croissantes, apporter une réponse idoine aux besoins des populations locales devient un enjeu de premier ordre pour améliorer l'accès aux soins primaires et la connaissance des parcours de santé mais aussi sensibiliser les populations aux actions de prévention. L'incidence pour la performance du système de santé est massive; la France étant caractérisée par un haut niveau de surmortalité prématurée liée, pour partie, aux comportements à risque et à des inégalités sociales et territoriales de santé qui s'amplifient et sont parmi les plus élevées d'Europe. Les évolutions épidémiologiques et démographiques sous-jacentes obligent, par ailleurs, à une mobilisation collective (élus, professionnels de santé, association de patients, assureurs,...). La coexistence de différents échelons géographiques (Agences régionales de santé, départements, territoires de santé) aux compétences variées et segmentées et de nouvelles structures de soins (maisons de santé, réseaux de santé,...) pose alors des questions en termes de coordination des acteurs de santé et médico-sociaux, d'accès aux données, de périmètre d'actions et de lutte contre des inégalités territoriales de prise en charge des patients, à état de santé donné (extrait de l'éditorial).

Handicap

► **Recours aux soins de santé primaires des personnes en situation de handicap : Analyses économiques à partir des données de l'enquête Handicap-Santé**

BUSSIÈRE C.

2016

Paris Université Paris - Saclay. Thèse Doctorat ; Santé Publique - Sciences économiques

<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01320990/document>

Le handicap est multifactoriel. Toutes ses composantes sont potentiellement sources d'obstacles et de désavantages. L'originalité de cette thèse est de tenir compte de la complexité de définition du handicap dans l'analyse du recours aux soins de santé primaires. L'objectif ultime des soins de santé primaires est une meilleure santé pour tous, passant par la réduction des exclusions et des inégalités sociales d'accès au système de santé. L'auteur appréhende le handicap de différentes manières jusqu'à intégrer les

trois dimensions d'« une situation de handicap » (dimension fonctionnelle, dimension environnementale, et participation sociale) dans un même modèle explicatif. D'abord, l'auteur analyse la dimension fonctionnelle en considérant les personnes handicapées comme physiquement limitées. Puis, elle investit la dimension environnementale par une étude chez les adultes vivant en institution. Enfin, elle adopte une vision globale du handicap en intégrant simultanément toutes les dimensions par la mesure de capacités latentes. Le modèle estimé s'approche d'une comparabilité inter-individus révélant, toutes choses égales par ailleurs, les niveaux sur lesquels agir pour pallier les inégalités. Les analyses suggèrent qu'un environnement favorable, sociétal et/ou socioéconomique, pourrait compenser les effets négatifs des limitations et des restrictions cognitives et physiques. L'auteur conclut sur plusieurs voies possibles afin d'améliorer le recours aux soins primaires : agir sur la dimension environnementale et sur la participation sociale.

Hôpital

► **La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations**

BATIFOULIER P., *et al.*

2017

Sève : *Les Tribunes de la santé*(54): 61-78,

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2017-1.htm>

La France a adopté un financement à l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique à 100 %, ce qu'aucun pays au monde n'a fait. De plus, cette tarification à l'activité (T2A) est paradoxale car c'est l'une des plus complexes sans pour autant tenir compte de la spécificité des besoins de tout un chacun. En privilégiant la réduction des coûts, elle s'est éloignée de l'objet qu'elle est censée financer : la santé (résumé d'auteur).

► **Reforms and Physicians' Status in Turkey: Distribution of OOP Health Expenditures for Physicians and Hospitals**

ERUS B.

2017

Working paper, 1088. Giza Economic Research forum

Turkish health care reforms brought about significant changes regarding the way physicians practice. Dual-time practice, which was very common among public hospital physicians, was gradually banned. While public insurance coverage has been extended to private hospitals, private practices have been left out. The resulting system rendered physicians more attached to the hospitals, public and private, and decreased their independence. This study explores the change in out-of-pocket payments to physicians and hospitals from 2003, the year reforms started, to 2013. We use a finite mixture model to examine changes in small and large expenditures. Our findings show a steep drop in payments to physicians both for small and large sums

of payments. For hospitals, the drop in the size of the payments appear to be compensated by an increase in the number of households making a payment.

► **Public satisfaction with the NHS and social care in 2016: Results and trends from the British Social Attitudes Survey**

ROBERTSON R.

2017

Londres: King's Fund

https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/BSA_final2_Kings_Fund_Mar_2017.pdf

Since 1983, NatCen Social Research's British Social Attitudes (BSA) survey has asked members of the public – rather than only patients – about their views on, and feelings towards, the NHS and health and care issues generally. The latest survey was carried out between July and October 2016 and asked a nationally representative sample of nearly 3,000 people about their satisfaction with the NHS overall, and of nearly 1,000 people about their satisfaction with individual NHS services. This report below summarises the headline results. More detail from the survey will be published by NatCen Social Research in summer 2017.

Inégalités de santé

► **Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Method**

BARTLEY M.

2017

Cambridge: Politi Press

At a time when social inequalities are increasing at an alarming rate, this new edition of Mel Bartley's popular book is a vital resource for understanding the extent of health inequalities and why they are proving to be persistent despite decades of growing knowledge and policies on the issue. As in the first edition, by examining influences of social class, income, culture and wealth as well as gender, ethnicity and other factors in identity, this accessible book provides a key to understanding the major theories and explanations of what lies behind inequality in health. Bartley re-situates the classic behavioural, psycho-social, and material approaches within a life-course perspective. Evaluating the evidence of health outcomes over time and at local and national levels, Bartley argues that individual social integration demands closer attention if health inequality is to be tackled effectively, revealing the important part that identity plays in relation to the chances of a long and healthy life.

► **The Long Reach of Education: Health, Wealth, and DI Participation**

POTERBA J. M., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23307. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23307

Education is strongly related to participation in the Social Security Disability Insurance (DI) program. To explore this relationship, we describe the correlation between education and DI participation, and then explore how four factors related to education – health, wealth, occupation, and employment – feature in this correlation. We label these four factors “pathway” variables. We find that a large component of the relationship between education and DI participation – more than one-third for men, and over two-thirds for women – can be attributed to the correlation of education with health, and of health with DI receipt. We use data from the Health and Retirement Study for the 1992-2012 period to explore the corresponding roles for each of the pathway variables, and also to study how changes over time in these variables, such as the widening gap between the health status of those with high and low educational attainment, have affected DI participation.

Médicament

► **Surveillance de la consommation des antibiotiques - Réseau ATB-Raisin. Résultats 2015**

ALFANDERI S., *et al.*
2017

Saint-Maurice : Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2017/Surveillance-de-la-consommation-des-antibiotiques>

La surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) ATB-Raisin participe au bon usage des ATB. Les objectifs sont de permettre à chaque établissement de santé (ES) de décrire et d'analyser ses consommations et de les confronter aux données de résistance bactérienne en se situant par rapport à un ensemble comparable d'ES. Les ATB à visée systémique de la classe J01 de la classification Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), la rifampicine, les imidazolés per os et la fidaxomicine, ainsi que les antifongiques à visée systémique de la classe J02 (volet optionnel), dispensés en hospitalisation complète, ont été exprimés en nombre de doses définies journalières (DDJ) et rapportés à l'activité selon les recommandations nationales et de l'Organisation mondiale de la santé (système ATC-DDD, 2015). Des données de résistance ont été collectées pour sept couples bactérieantibiotique pour permettre à chaque ES d'explorer sa situation en matière de pression de sélection, d'une part, et d'écologie contribuant à l'utilisation de certains antibiotiques, d'autre part. Après un fléchissement en 2014, la consommation d'antibiotiques est repartie à la hausse dans les établissements de santé français en 2015, selon les données publiées par Santé publique France. Elle est encore supérieure de 6,3% à la moyenne européenne. La France est ainsi au 9e rang des consommateurs d'antibiotiques, parmi les 23 nations ayant fourni des données au réseau ATB-Raisin (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales).

► **What Explains 'Generosity' in the Public Financing of High-Tech Drugs? An Empirical Investigation for 25 OECD Countries and 11 Controversial Drugs**

BOHM K., *et al.*
2017

Discussion paper; 1708. Mainz: 26

http://www.macro.economics.uni-mainz.de/RePEc/pdf/Discussion_Paper_1708.pdf

In times of increasing cost pressures public health care systems in the OECD countries face the question whether and to which extent new high-tech drugs are to be financed within their public health care systems. Systematic empirical research that tries to explain across-country variation in these coverage decisions is, however, almost non-existent. We analyze an original dataset that contains coverage decisions for 11 controversial drugs in 25 OECD countries via multi-level modeling. Our results indicate that regulations to what extent a pharmaceutical is publicly financed are unrelated to wealth and general expenditure levels for health care, while societal health care systems tend to be more generous. By taking into account that rationing decisions have been (at least partially) delegated to specialized agencies in all of the countries under investigation, we also uncover suggestive evidence that institutional characteristics of the underlying decision processes matter systematically for coverage decisions.

Méthodologie – Statistique

► La Banque nationale Alzheimer, un outil pour la surveillance épidémiologique des démences en France ?

CARCAILLON-BENTATA L., *et al.*
2017

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/La-Banque-nationale-Alzheimer-un-outil-pour-la-surveillance-epidemiologique-des-demences-en-France>

Compte tenu de l'augmentation attendue du nombre de malades d'Alzheimer ou autre démence (MAAD) en France, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique opérationnel est indispensable. En complémentarité des données de cohortes et des bases médico-administratives, la Banque nationale Alzheimer (BNA), qui collecte de manière systématique les données des patients consultant un centre mémoire (CM) ou un centre de mémoire de ressources et de recherche (CMRR), présente un potentiel intéressant pour le suivi des MAAD. Nous avons analysé les forces et les faiblesses de la BNA pour la production de données pertinentes de surveillance de la MAAD.

► Age and Utilities: Issues for HTA

CUBI-MOLLA P., *et al.*
2017

Londres OHE

<https://www.ohe.org/system/files/private/publications/OHE%20RP%2017-3%20Age%20and%20Utilities%20Issues%20for%20HTA.pdf>

Several studies have found differences in health state values by age. We investigate whether and how age affects respondents' Time Trade-Off (TTO) and Visual Analogue Scale valuations of hypothetical EQ-5D health states using data from the 1993 MVH UK valuation study. Our paper extends upon previous research by the level of detail used in the analysis and by the robustness of the methodology, which minimises the probability of erroneously identifying non-existing differences between age groups (type 1 error). For each profile, the mean TTO or VAS value is pairwise compared across the different age groups. A Bonferroni correction is applied to the multiple testing of significant differences between means. Smile plots are used to illustrate the results. A key finding is the existence of an inverse U-shaped age-utility pattern, with respondents in their forties tending to provide the highest TTO values, and the oldest respondents valuing health profiles systematically (and significantly) lower than younger age groups. This trend is particularly visible for profiles describing problems in the mobility or the self-care dimensions. The paper builds to a discussion on the possibility of using age-specific value sets in health technology assessments, since a technology may not be cost-effective on average but cost-effective for a sub-group whose preferences over health are more closely aligned to the benefits offered by the technology.

Politique publique

► Revenu minimum social garanti

GRARD M. A. ET VIGNAU M.

2017

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

<http://www.lecese.fr/travaux-publies/revenu-minimum-social-garanti>

Revenu de solidarité active (RSA), Allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA), Allocation aux adultes handicapés (AAH), Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), Allocation de solidarité spécifique (ASS), Allocation veuvage (AV)... Alors que près de 9 millions de personnes vivent toujours sous le

seuil de pauvreté, la complexité de notre architecture des minima sociaux soulève un enjeu d'accessibilité et d'acceptabilité. Notre système de minima sociaux doit mieux favoriser l'accès de chacun(e) à l'emploi et aux droits fondamentaux (éducation, santé, logement, participation citoyenne...). Dans cet avis, le CESE propose la mise en œuvre d'un revenu minimum social garanti qui constitue le socle de la solidarité nationale à l'égard des personnes en situation de fragilité économique et sociale. Le CESE formule en outre des propositions précises pour simplifier l'accès à ce revenu garanti, l'inscrire dans une démarche d'accès à l'emploi et agir pour une meilleure acceptabilité (résumé de l'éditeur).

Politique de santé

► Rapport annuel sur l'état de la France en 2017

DUVAL G. ET LAFONT P.

2017

Avis du Conseil économique, social et environnemental. Paris Editions des journaux officiels

<http://www.lecese.fr/travaux-publies/rapport-annuel-sur-letat-de-la-france-reconcilier-la-france>

Ce rapport, qui s'appuie sur les nouveaux indicateurs de richesse, rend compte de l'analyse et du regard de la société civile sur l'état de la France et propose des solutions pour refonder la cohésion sociale. Il s'attache plus particulièrement à la question des inégalités, accrues du fait de la crise. Cette question fait l'objet d'un traitement approfondi dans ce rapport sous l'angle à la fois des revenus et du patrimoine, de l'école, des territoires, de la santé, des inégalités de genre et des discriminations selon l'origine supposée et la couleur de peau.

► How to Support Integration to Promote Care for People with Multimorbidity in Europe?

HUJALA A., *et al.*

2016

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-to-support-integration-to-promote-care-for-people-with-multimorbidity-in-europe>

The complex care needs of people with multimorbidity heighten the demand for integrated care. This policy brief identifies the most promising service arrangements for integrated care and examines how to support coordination and promote collaboration between care professionals and, strengthen professional competencies. Key messages include that: Primary care is often the most appropriate base for initiatives but must be supported by specialized care. Effective connections between health and social care are key and should be an explicit policy objective, while links between formal and informal care must also be a part of any holistic approach. Policy-makers and providers trying to move care towards integration and achieve efficient care coordination should: Promote a culture of information sharing supported by technology that allows information to be shared easily across orga-

nizational, professional and status boundaries and at a distance; Tailor models of care to fit the specific national (regional or local) health and social care context; Make sure new initiatives are treated as part of regular care and, not separate from the everyday work of professionals; Encourage management commitment at all levels with training in the necessary skills to facilitate this.

► **Culture Matters: Using A Cultural Contexts of Health Approach to Enhance Policy-Making**

NAPIER A. D.

2017

Policy Brief ; 1. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe: xiii+37.

This policy brief has been developed in response to the increasing awareness among policy-makers and the public health community of the important relationship between culture and health. Incorporating cultural awareness into policy-making is critical to the development of adaptive, equitable and sustainable health care systems, and to making general improvements in many areas of population health and well-being. By exploring the three key public health areas of nutrition, migration and environment, the policy brief demonstrates how cultural awareness is central to understanding health and well-being and to developing more effective and equitable health policies. Consequently, it argues that public health policy-making has much to gain from applying research from the health-related humanities and social sciences.

► **How to Improve Care for People with Multimorbidity in Europe?**

RIJKEN M., et al.

2016

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-to-improve-care-for-people-with-multimorbidity-in-europe>

Where do policy makers start if they want to prepare their health systems for the growing challenge of multimorbidity? This overarching policy brief examines how to support patient-centred integrated care provision by changing clinical practice and reforming the health and social care system. Key messages include that: Patients with multimorbidity are not having their needs met because Europe's health systems are "disease oriented" and organized around single medical specialties, which fragments care. This "fragmentation" is associated with contradictory medical advice, inappropriate use of health services and poor patient satisfaction but it can be tackled by making care both more integrated and more patient-centred. Policy-makers can foster better integration and a patient centred approach (and so improve care and patient satisfaction) if they align policy, regulatory and financial environments; Address professional roles, multidisciplinary work, and coordination; Support a range of tools to enable individualized and patient centred care, and encourage active patient and carer participation.

Prévention

► **Agir sur les comportements nutritionnels Réglementation, marketing et influence des communications de santé**

BLANC N., et al.

2017

Synthèse et recommandations. Expertise collective. Paris INSERM:

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Pour faire face à la hausse de l'obésité en France, l'État a mis en place dès 2001, une politique publique de santé nutritionnelle en lançant le Programme National Nutrition Santé (PNNS). En 2007, un décret de la loi de santé publique de 2004 impose que les publicités en faveur des produits alimentaires manufacturés et des boissons avec ajouts de sucres, sel, édulcorants de synthèse, doivent contenir une information à caractère sanitaire. Cette disposition s'applique quels que soient les médias (télévision,

radio ou affichage publicitaire). Ces messages sont à présent bien connus du public (5 fruits légumes par jour...). Cependant au fil du temps, des enquêtes montrent qu'ils attirent de moins en moins l'attention et que leur visibilité est inégale selon les supports. De plus, le mode de diffusion des messages engendre des problèmes de compréhension et ils sont parfois perçus comme une caution des produits présentés dans la publicité. L'Inserm a été sollicité fin 2013 par Santé Publique France pour réaliser une expertise collective afin de disposer d'un bilan des connaissances scientifiques et d'analyser l'impact de messages sanitaires diffusés par les médias de masse sur les cognitions, attitudes, intentions et comportements.

► **The Effects of E-Cigarette Minimum Legal Sale Age Laws on Youth Substance Use**

DAVE D., et al.

2017

NBER Working Paper Series; n° 23313. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23313

We use difference-in-differences models and individual-level data from the national and state Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) from 1991 to 2015 to examine the effects of e-cigarette Minimum Legal Sale Age (MLSA) laws on youth cigarette smoking, alcohol consumption, and marijuana use. Our results suggest that these laws increased youth smoking participation by 0.7 to 1.4 percentage points, approximately half of which could be attributed to smoking initiation. We find little evidence of higher cigarette smoking persisting beyond the point at which youth age out of the law. Our initial results also show little effect of the law on youth drinking, binge drinking, and marijuana use. Taken together, our findings suggest a possible unintended effect of e-cigarette MLSA laws--rising cigarette use in the short term while youth are restricted from purchasing e-cigarettes.

► **Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France**

DUCIMETIÈRE P., et al.

2017

Saint-Maurice Santé Publique France:

http://www.santepubliquefrance.fr/content/download/2143/18554/version/3/file/avis_alcool_040517.pdf

Santé publique France et l'Institut national du cancer ont été mandatés par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives et la Direction générale de la santé afin de faire des propositions pour le renouvellement du discours public sur l'alcool. Un groupe d'experts multidisciplinaires a été constitué et a élaboré 10 recommandations sur les conseils à délivrer au grand public en termes de consommation d'alcool, sur les stratégies de prévention, sur le rôle et le discours des pouvoirs publics.

► **Avis du 16 février 2017 relatif à la révision des repères alimentaires pour les adultes du futur Programme national nutrition santé 2017-2021**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2017

Paris HCSP: 7.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=600>

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé par courrier du 16 juillet 2015 afin d'actualiser les repères du futur Programme national nutrition santé 2017-2021 (PNNS4). Dans cet avis, le HCSP redéfinit le périmètre de certains des groupes d'aliments faisant l'objet de recommandations actuelles et ajoute de nouveaux repères (au total, 12 au lieu des 8 actuels). Outre les repères spécifiques définis, le HCSP insiste sur des conseils généraux tels que privilégier l'utilisation de produits bruts, éviter les portions excessives et le grignotage, ne suivre un régime amaigrissant qu'avec l'avis d'un professionnel de santé.

► **Is Preventive Care Worth the Cost? Evidence from Mandatory Checkups in Japan**

IISUKA T., et al.

2017

NBER Working Paper Series; n° 23413. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23413>

Using unique individual-level panel data, we investigate whether preventive medical care triggered by health checkups is worth the cost. We exploit the fact

that biomarkers just below and above a threshold may be viewed as random. We find that people respond to health signals and increase physician visits. However, we find no evidence that additional care is cost effective. For the “borderline type” (“pre-diabetes”) threshold for diabetes, medical care utilization increases but neither physical measures nor predicted risks of mortality or serious complications improve. For efficient use of medical resources, cost effectiveness of preventive care must be carefully examined.

Préviation – Évaluation

► **Santé 2050**

CORNILLEAU G., et al.

2017

Sève : Les Tribunes de La Santé(54): 21-59.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2017-1.htm>

Ce numéro s’essaie à la prospective en s’interrogeant sur ce que sera notre système de santé dans plus de 30 ans dans des perspectives économiques, sociales, politiques et médicales. Il reprend les interventions du cycle 2016 du séminaire de la chaire santé intitulé Santé 2050.

Psychiatrie

► **TRAPSY : Entre accompagnement médico-social du handicap psychique et soins psychiatriques : Étude de trajectoires de malades mentaux en Ile-de-France**

BOURDAIS J., et al.

2017

Paris ANAP

http://www.handiplanet-echanges.info/Members/v--sekercioglu_886/rapport-final-trapsy-trajectoires-des-personnes-ayant-des-troubles-psychiques/at_download/PieceJointe0

La recherche TRAPSY menée au sein de la Chaire « Handicap psychique et décision pour autrui » s’inscrit dans la continuité des travaux du programme MEDIPS, conduit depuis 2000, qui combinent la démarche ethnographique et la démarche économétrique pour analyser les conséquences des politiques sociales sur leurs bénéficiaires, en tenant compte des deux dimensions généralement oubliées de l’économie familiale, l’héritage et le travail gratuit, et de la com-

plexité institutionnelle des politiques publiques. Les premières recherches du programme MEDIPS concernaient l’une, la substituabilité ou la complémentarité entre aide familiale et aide professionnelle dans le cas des personnes âgées dépendantes, et l’autre, les échelles territoriales de l’action publique dans le cas des politiques de la dépendance et du handicap. Pour cette troisième recherche, nous avons cherché à saisir l’impact des transformations du cadre légal, budgétaire et administratif sur les trajectoires des individus soignés en psychiatrie. Plus spécifiquement, la question de recherche était : quels effets la diffusion d’une nouvelle catégorie normative, le « handicap psychique », produit-elle sur l’action publique, sur ses promoteurs professionnels et sur ses bénéficiaires ? Plus spécifiquement, quels effets cette nouvelle catégorie, avec les réallocations d’argent public qu’elle entraîne, produit-elle sur la trajectoire des personnes suivies pour des troubles mentaux chroniques et invalidants ?

► **Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations de bonne pratique**

DELBREIL A. ET VOYER M.

2017

St Denis La Plaine HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

Cette recommandation de bonne pratique vise à déterminer la place de l'isolement et de la contention en psychiatrie générale. Son objectif est de permettre aux professionnels de santé amenés à recourir éventuellement à ces mesures de dernier recours, d'améliorer et d'harmoniser leurs pratiques, en répondant aux exigences cliniques, éthiques, légales et organisationnelles. La finalité est la sécurité et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

► **Troubles psychiques. Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques**

MAHE T., et al.

2017

Paris CNSA

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

Ce guide est destiné aux équipes pluridisciplinaires des MDPH et à leurs partenaires, accompagnant la personne handicapée et/ou intervenant auprès d'elle. Il doit permettre de favoriser les coopérations en développant un langage commun et partagé des troubles psychiques, des pratiques et des cadres d'intervention de chacun des partenaires. Ses objectifs principaux sont les suivants : améliorer les connaissances des MDPH sur les troubles psychiques et leurs retentissements dans la vie quotidienne, sociale, familiale ou professionnelle ; indiquer aux partenaires les informations nécessaires et attendues par les équipes pluridisciplinaires des MDPH pour mettre en œuvre leurs missions d'évaluation des situations, d'identification des besoins et d'élaboration de réponses de compensation ; accompagner les équipes pluridisciplinaires des MDPH dans l'appréhension des données transmises ou collectées et dans l'analyse des situations individuelles ; aider à la construction des réponses de compensation, incluant l'étude de l'éligibilité des personnes en situation de handicap d'origine psychique à

des prestations de compensation. Ce guide répond à une volonté d'harmonisation des pratiques, d'égalité de traitement et d'équité des réponses. Il prend appui sur les données actuelles, reprises récemment par le Conseil national de santé mentale. Il a vocation à être mis à l'épreuve du terrain, à évoluer et à être enrichi par les observations des équipes, les résultats de la recherche, les publications et les évolutions réglementaires à venir (résumé de l'éditeur).

► **Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France**

MILON A. ET AMIEL M.

2017

Paris Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-494-notice.html>

Créée le 16 novembre 2016 à l'initiative du groupe Rassemblement démocratique et social européen (RDSE) du Sénat, la mission d'information traite du sujet de la psychiatrie des mineurs en France. Elle dresse le constat d'une grande difficulté de la discipline, traversant une double crise démographique et universitaire ne lui permettant pas de répondre à des besoins en évolution. Alors que la santé mentale fait l'objet d'une appréhension renouvelée, la mission d'information précise le rôle de la psychiatrie des mineurs et des disciplines associées, dont la reconnaissance doit être améliorée. Le repérage et le dépistage précoces des troubles doit concentrer l'action de tous les intervenants auprès des enfants, enseignants comme médecins généralistes ou services départementaux de protection de l'enfance, afin d'interrompre le continuum des troubles le plus en amont possible. L'articulation entre le dépistage précoce et la prise en charge doit ensuite être assurée, en confortant les structures et en progressant dans leur coordination, pour que la logique de parcours prime. Répondant aux invitations à « sauver la pédopsychiatrie », la mission d'information avance cinquante-deux propositions (résumé de l'éditeur).

► **Le secteur de psychiatrie**

PASCAL J. C., et al.

2017

Manuel de psychiatrie. 3e édition., Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson: 762-765.

<https://www.elsevier-masson.fr/manuel-de-psychiatrie-9782294749278.html>

Depuis 25 ans, de nombreux rapports suivis de plans de santé ont tenté d'améliorer le dispositif de soins psychiatriques...La politique de secteur a été à l'origine d'un bond en avant pour la psychiatrie publique française (extrait).

Soins de santé primaires

► **Choice in the Presence of Experts: The Role of General Practitioners in Patients' Hospital Choice**

BECKERT W. ET COLLYER K.

2016

Londres IFS

<https://www.ifs.org.uk/publications/8727>

This paper considers the micro-econometric analysis of patients' hospital choice for elective medical procedures when their choice set is pre-selected by a general practitioner (GP). It proposes a two-stage choice model that encompasses both, patient and GP level optimization, and it discusses identification. The empirical analysis demonstrates biases and inconsistencies that arise when strategic pre-selection is not properly taken into account. We find that patients defer to GPs when assessing hospital quality and focus on tangible attributes, like hospital amenities; and that GPs, in turn, as patients' agents present choice options based on quality, but as agents of health authorities also consider their financial implications.

healthcare might be correlated with the subjective health status of the respondent, we find that selection into primary care is endogenously determined and that the utilization of preventive care significantly improves one's self-rated health after controlling for sociodemographic, socioeconomic status, health behavior and risk factors and access to healthcare. The distribution of treatment effects suggests significant between- and within-inequalities in health gains from preventive care utilization in disfavor of chronic patients. Analysis also points out that barrier to healthcare access are associated with lower self-rated health and that significant location-based inequalities exist in the utilization of preventive care among chronic patients. GP care utilization however, only exerts a trivial causal effect on self-rated health exclusively among females, rural residents and chronic patients.

► **Self-Rated Health and Primary Care Utilization: Is Selection into Healthcare Endogenously Determined**

BILGEL F. ET KARAHASAN B. C.

2017

Working paper; 1079. Giza Economic Research forum

<http://econpapers.repec.org/paper/ergwpaper/1079.htm>

This study assesses the causal effects of primary care utilization on subjective health status in Turkey using individual-level data from the 2012 Health Research Survey. Employing recursive bivariate models that take into account the possibility that selection into

► **La métamorphose des régimes des care : une comparaison des systèmes d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Belgique, Italie et Royaume-Uni (2000-2012)**

DEGRAVE F. ET NYSENS M.

2014

Charleroi UCL

http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/cirtes/documents/Rapport_final_CROME.pdf

L'objectif de cette recherche est d'étudier les réponses apportées par les Etats européens aux besoins en termes de care à domicile, en commençant par les réformes entreprises ces deux dernières décennies. Le rapport vise également à retracer les trajectoires d'évolution des régimes de care contemporains dans 4 pays européens.

► **Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes**

DESPRES C., *et al.*

2017

Paris Défenseur des Droits ; Paris Fonds CMU

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/2017_03_27_rapport_final_medecins_et_patients_precaires.pdf

Cette recherche répond à une demande du Fonds de financement de la CMU et du Défenseur des Droits. Elle visait à analyser le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU, de l'ACS et de l'AME et plus largement, à explorer d'autres formes de discrimination à l'encontre de patients, qui vivent des situations de pauvreté et/ou de précarité. En effet, la discrimination peut s'exprimer sous des formes multiples, parfois plus insidieuses, dissimulées sous des formes variables de prise en charge, le refus de soins n'en étant que la forme la plus extrême et la plus visible. Elle a été réalisée au sein du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII.

► **Waiting Times for Outpatient Treatment in Germany: New Experimental Evidence from Primary Data**

HEINRICH N., *et al.*

2017

Ruhr Economic Papers; 683. Bochum Ruhr-Universität Bochum:

<http://econpapers.repec.org/paper/zbwrwirep/683.htm>

Long waiting lines are a common feature and a major concern in many public health care delivery systems. The waiting lines are often characterized as inefficient, because they are a burden to patients without generating any gains for providers. There is an ongoing debate in Germany regarding the preferential treatment given to private health insurance (PHI) holders while statutory health insurance (SHI) holders face continuously increasing waiting times. In order to tackle this problem in the outpatient sector, in 2015 Germany introduced a reform that was aimed at providing SHI holders with appointments within an acceptable time frame. We exploited longitudinal experimental data to examine waiting times for six elective outpatient treatments in Germany and assessed the reform's impact on this issue. We found a sizeable

difference in waiting times favoring private patients. For SHI holders, waiting times remained stable over time (27.5 days in 2014; 30.7 days in 2016; 3.2 days, p-value = 0.889), while PHI holders experienced a significant improvement (13.5 days in 2014; 7.8 days in 2016; 5.7 days, p-value = 0.002). The results indicate that there is an unequal access to elective outpatient treatment depending on the patient's insurance status. Our conclusion is that, the reform did not repair the existing inequalities. The gap has rather widened.

► **Nouvelles coopérations réflexives en santé : de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche**

JOUET E., *et al.*

2014

Paris : Editions des archives contemporaines

Les champs de la recherche, de la pédagogie et de la thérapeutique médicale sont aujourd'hui bouleversés par la volonté de prendre au mieux en compte la réflexivité de tous les protagonistes. Associant chercheurs, malades et professionnels de la santé, cet ouvrage analyse des partenariats inédits de soins, de formation et de recherche qui en découlent en Europe, au Québec et au Brésil. Il fournit un point d'étape des nouvelles mobilisations de la réflexivité des malades et des soignants et de leurs effets, observant tant le déploiement de figures formalisées de représentants des usagers, patients experts, patients formateurs et patients co-chercheurs, que celui des premières promotions de docteurs en sciences infirmières. Deux conclusions s'en dégagent : d'une part la progression de la prise en compte des savoirs des malades métamorphose les notions d'éducation thérapeutique et de démocratie sanitaire et questionne la formation des médecins et soignants ; d'autre part la construction d'enseignements universitaires des sciences infirmières oblige à la formalisation d'un modèle encore implicite de formation par la recherche. Plus généralement, dès lors que soigner ou maintenir en bonne santé est pensé comme un ensemble de coopérations entre personnes capables de réfléchir et disposant de leur libre arbitre, la valorisation de la réflexivité de tous devient essentielle.

► **Does the Primary Care Home Make A Difference? Understanding Its Impact**

POPE J.
2017

Londres National Association of primary care
<http://www.napc.co.uk/article/-national-association-of-primary-care-/does-the-primary-care-home-make-a-difference>

The primary care home (PCH) model was developed by the National Association of Primary Care (NAPC) to help improve the delivery of care, health and well-being and the sustainability of NHS finances. Fifteen sites are currently trialling the PCH model and this report summarises progress so far in three of the rapid test sites. The evaluation finds that PCH could support the delivery of STPs and highlights improved staff retention, productivity and satisfaction.

► **Two Models of Primary Health Care Development: Russia vs. Central and Eastern European Countries**

SHEIMAN I. ET SHEVSKI V.
2017

Basic Research Program working paper series: Public and social policy WP BRP 06/PSP/2017.
Moscou HSE
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2937586

The paper explores primary health care models in Russia and in Central and Eastern European (CEE) countries. Starting with the similar model, they have

taken totally different ways of primary health care transformation, including the role of general practitioner, multi-specialty polyclinics and private sector. The comparison of this diversity, based on the conceptual framework of Primary Health Care Activity Monitor in Europe, demonstrated that the scores of primary care in Russia are relatively lower, particularly in the dimensions of accessibility, comprehensiveness, continuity and coordination of care. The score of the selected efficiency indicators is also relatively low. The major reasons for this are discussed, including the lack of strategic vision on the role of primary care, an excessive specialization of primary care and the delay with a shift to a general practitioner model. A debatable issue of primary care extended composition (the involvement of a growing number of specialists) is also addressed. The conceptual presumption that an extended composition presents new opportunities for more integrated care and better performance has not been supported by the evidence. Big multi-specialty polyclinics in Russia don't demonstrate advantages over solo and group GP practices that dominate in CEE countries. The potential of polyclinics is not used because of the lack of specific activities for integration. It is argued that new specialists in the practices can strengthen primary care only when they support generalists rather than replace them. The lesson learnt from CEE countries is that substantial changes are needed to overcome the lagging status of primary care in Russia, including overcoming the excessive specialization of primary care, the replacement of district physicians by general practitioners, developing the forms of independent practices operating in parallel with polyclinics and competing with them.

Systèmes de santé

► **Population Aging, Health Care, and Fiscal Policy Reform: The challenges for Japan**

HSU M. ET YAMADA D.
2017

RIETI Discussion paper series 17-E-038. Tokyo
Research Institute of Economy, Trade and Industry
<http://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/17e038.pdf>

This paper quantitatively studies the influence of a rapidly aging population on the financing of a pub-

lic universal health insurance system and the corresponding fiscal policies. We construct a general equilibrium life-cycle model to investigate the effects of aging and evaluate various policy alternatives designed to lessen the negative influence of aging. In particular, we analyze the reforms of insurance benefits and tax financing tools that were the recent focus of a great amount of attention and debate in Japan because of the tense financial situation. We show that although the potential reforms significantly improve

the welfare of future generations, political implementation of such reforms is difficult because of the large welfare costs for the current population. Our analysis suggests that a gradual reform with an intergenerational redistribution will be more implementable politically than a sudden reform.

► **Health System Review: The Former Yugoslav Republic of Macedonia**

KOSTOVA N. M., *et al.*

2017

Health system review; Vol. 19 No. 3. Copenhagen Bureau Régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/338955/Macedonia-HiT-web.pdf

Since its independence in 1991 population health in the former Yugoslav Republic of Macedonia has improved significantly, with life expectancy and mortality rates for both adults and children reaching similar levels as in ex-socialist EU Member States. However, death rates caused by unhealthy behaviour remain high. The country has also made important progress in transitioning from a centrally-steered to a more market-based health system. Having inherited a large health care infrastructure, good public health services and well-distributed health service coverage, the country after independence reverted to a social health insurance system. Despite the broad benefit package, the levels of private health expenditure are still quite high and satisfaction with health care delivery is very mixed. Primary care providers were privatized and new private hospitals were allowed to enter the market. The public hospital sector in particular is characterized by inefficient organization and service delivery. However, significant efficiency gains were

achieved through the introduction of a pioneering health information system that has reduced waiting times and led to the better coordination of care. More broadly, the impact of professionals moving to other countries and to the private sector is being felt. This is also why future reforms will need to focus on sustainable planning and management of human resources as well as enhancing quality and efficiency of care.

► **International Profiles of Health Care Systems**

MOSSIALOS, E. / ÉD, *et al.*

2017

New York The Commonwealth Fund

<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles>

This publication presents overviews of the health care systems of Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States. Each overview covers health insurance, public and private financing, health system organization and governance, health care quality and coordination, disparities, efficiency and integration, use of information technology and evidence-based practice, cost containment, and recent reforms and innovations. In addition, summary tables provide data on a number of key health system characteristics and performance indicators, including overall health care spending, hospital spending and utilization, health care access, patient safety, care coordination, chronic care management, disease prevention, capacity for quality improvement, and public views.

Travail et santé

► **The Bilateral Relationship between Depressive Symptoms and Employment Status**

BUBONYA M., *et al.*

2017

IZA Discussion Paper; 10653. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp10653.pdf>

This paper analyzes the bilateral relationship between depressive symptoms and employment status. We find that severe depressive symptoms are partially a consequence of economic inactivity. The incidence of depressive symptoms is higher if individuals have been out of a job for an extended period. Men's

mental health falls as they exit the labor force, while women's worsens only after they have been out of the labor force for a period of time. Entering unemployment is also associated with a substantial deterioration in mental health, particularly for men. We also find that severe depressive symptoms, in turn, lead to economic inactivity. Individuals are less likely to be labor force participants or employed if they experience severe depressive symptoms. Men's probability of being unemployed rises dramatically with the onset of depressive symptoms; women's unemployment is increased by protracted depressive symptoms.

► **L'évolution de l'emploi des seniors du secteur privé depuis 2004**

COUHIN J.

2017

Cadrage(34)

<http://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/cadrage-n-34-avril-2017.html>

Ce numéro s'intéresse à l'emploi des seniors du secteur privé depuis 2004. Parmi les retraités du régime général partis entre 2004 et 2013 et encore en emploi à 50 ans, la durée en emploi entre 55 et 60 ans a augmenté d'un an, passant de 3,6 ans à 4,6 ans pour les hommes comme pour les femmes. Les niveaux d'emploi sont cependant très différents selon l'âge du départ à la retraite. Afin de rendre compte de cette diversité, l'analyse se concentre sur les trois situations les plus fréquentes : les départs avant l'âge légal d'ouverture des droits, les départs à l'âge légal et enfin ceux à l'âge d'annulation de la décote (qui représentent entre 76 % et 69 % des départs en retraite entre 2004 et 2013). Ainsi, l'évolution du nombre d'années en emploi apparaît contrastée : plus les assurés sont présents sur le marché du travail en fin de carrière, plus ils partent tôt à la retraite.

► **Bounding the Causal Effect of Unemployment on Mental Health: Nonparametric Evidence from Four Countries**

CYGAN-REHM K., *et al.*

2017

IZA Discussion Paper, 10652. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp10652.pdf>

An important, yet unsettled, question in public health policy is the extent to which unemployment causally impacts mental health. The recent literature yields varying findings, which are likely due to differences in data, methods, samples, and institutional settings. Taking a more general approach, we provide comparable evidence for four countries with different institutional settings – Australia, Germany, the UK, and the US – using a nonparametric bounds analysis. Relying on fairly weak and partially testable assumptions, our paper shows that unemployment has a significant negative effect on mental health in all countries. Our results rule out effects larger than a quarter of a standard deviation for Germany and half a standard deviation for the Anglo-Saxon countries. The effect is significant for both men and women and materialises already for short periods of unemployment. Public policy should hence focus on early prevention of mental health problems among the unemployed.

► **Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique ?**

JACQUETIN P.

2017

Paris : Cnamts

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport_lombalgie_ATMP.pdf

Les lombalgies représentent aujourd'hui 20 % des accidents du travail : c'est le chiffre révélé par une étude inédite de l'Assurance Maladie - Risques professionnels. Le nombre des lombalgies d'origine professionnelle ne diminue pas depuis dix ans en dépit de la baisse de la sinistralité. Elles coûtent près d'un milliard d'euros par an, soit l'équivalent du coût des autres troubles musculo-squelettiques (TMS). Certains secteurs d'activité présentent un sur-risque en matière de lombalgie, comme les métiers d'aide et de soins à la personne et les activités logistiques. Pour appréhender cet enjeu, l'Assurance Maladie Risques Professionnels agit sur deux leviers : la prévention à travers des campagnes d'information, des formations ainsi que des programmes spécifiques nationaux ou régionaux ; l'accompagnement vers le retour à l'emploi pour éviter la désinsertion professionnelle.

► **Prévenir les risques professionnels : un enjeu pour l'entreprise**

JACQUETIN F.
2017

Paris Eurogip

http://www.eurogip.fr/images/publications/2016/Eurogip_124F_Prevenir_risques_pro_%20enjeu_eco_pour_lentreprise.pdf

Cette publication passe en revue un ensemble d'études portant sur la rentabilité économique de la prévention des risques professionnels pour l'entreprise. Elle détaille le retour sur investissement d'actions de prévention menées en Europe et en Amérique du Nord dans des entreprises de tailles et de secteurs différents. Ces exemples montrent, qu'au-delà d'une obligation légale, la prévention est un facteur de réussite économique pour l'entreprise. La note met également en évidence que ce sont souvent les TPE-PME qui bénéficient des retours sur investissement les plus élevés.

► **Baisse des accidents graves non mortels chez les salariés agricoles. Accidents survenus entre 2002 et 2010 en France métropolitaine**

VIAROUGE N. ET GORVAN K.

2017

Bagnolet CCMSA

<http://www.msa.fr/lfr/documents/98830/11180475/Etude+-+Accidents+du+travail+graves+non+mortels+des+salari%C3%A9s+agricoles+2002+-+2010.pdf>

Le nombre d'accidents du travail graves des salariés agricoles diminue en moyenne de - 4,2 % par an entre 2002 et 2010. Tous les secteurs d'activité sont concernés par cette diminution. Plus l'âge augmente, plus le taux moyen d'Incapacité Permanente Partielle (IPP), la durée moyenne d'arrêt ainsi que la proportion d'accidents graves augmentent. Les parties du corps avec la proportion d'accidents graves la plus élevée sont l'épaule, le bras et dans le cas d'une localisation multiple de la lésion.

Vieillessement

► **Preparation for Old Age in France: The Roles of Preferences and Expectations**

APOUEY B. H.
2017

PSE Working Papers; 2017-10. Paris PSE

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01489215>

This study takes a unified approach to assess the roles of preferences and expectations on preparation for old age in France. Our sample is representative of the customers of a large not for-profit insurance company ("mutuelle") and contains 1231 individuals aged 50 year and above. We use information on the general feeling to prepare for old age, specific preparation activities in various domains (e.g. the purchase of long-term care insurance or home adaptation), risk and time attitudes, family and social altruism, and expected disability and longevity. Half of the sample reports preparing for old age. Time preference emerges as an important predictor of preparation: indeed, making plans in general increases preparation for old age by 8.5 percentage points. Family altruism is positively associated with preparation in the finances and housing domains, whereas social al-

truism is not. While risk attitudes and altruism matter for preparation for old age, their effect may be less systematic across outcomes than that of time preference. Individuals who expect to become disabled or to live longer are more likely to prepare for old age. Policies promoting healthy aging should include messages targeting present-oriented individuals and try to make people more future-oriented.

► **Raising Well-Being in Germany's Ageing Society**

APPEALER A., *et al.*

2016

OECD Economics Department Working Papers; 1327. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/economics/raising-well-being-in-germany-s-ageing-society_5jlr3ctrc8bn-en

Population ageing is setting in earlier in Germany than in most other OECD economies and will be marked. It could lead to a substantial decline in employment, weighing on GDP per capita, and will raise demand for

health-related public services. Germany has already implemented far-reaching reforms to mitigate the implications of ageing for per capita income, well-being and the sustainability of public finances. Nonetheless, continued efforts are needed to help older workers to improve their work-life balance and adjust their working hours to their ability and desire to work. Moreover, stressful working conditions and unhealthy lifestyles contribute to poor self-reported health and reduce the ability and willingness to work at higher age. There is scope to promote life-long learning. As the generosity of the public pension system will diminish, the contribution of private pensions to ensure pension adequacy needs to be strengthened.

► **The Future of Long Term Care in Europe. An Investigation Using A Dynamic Microsimulation Model**

ATELLA V., et al.

2017

CEIS Research papers; 405. Rome Centre For Economic and International Studies

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2964830

In this paper we investigate the evolution of public European LTC systems in the forthcoming decades, using the Europe Future Elderly Model (EuFEM), a dynamic microsimulation model which projects the health and socio-economic characteristics of the 50+ population of ten European countries, augmented with the explicit modelling of the eligibility rules of 5 countries. The use of SHARE data allows to have a better understanding of the trends in the demand for LTC differentiated by age groups, gender, and other demographic and social characteristics in order to better assess the distributional effects. We estimate the future potential coverage (or gap of coverage) of each national/regional public home-care system, and then disentangle the differences between countries in a population and a regulation effects. Our analysis offers new insights on how would the demand for LTC evolve over time, what would the distributional effects of different LTC policies be if no action is taken, and what could be potential impact of alternative care policies.

► **How the Growing Gap in Life Expectancy May Affect Retirement Benefits and Reforms**

AUERBACH A. J., et al.

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23329. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23329

Older Americans have experienced dramatic gains in life expectancy in recent decades, but an emerging literature reveals that these gains are accumulating mostly to those at the top of the income distribution. We explore how growing inequality in life expectancy affects lifetime benefits from Social Security, Medicare, and other programs and how this phenomenon interacts with possible program reforms. We first project that life expectancy at age 50 for males in the two highest income quintiles will rise by 7 to 8 years between the 1930 and 1960 birth cohorts, but that the two lowest income quintiles will experience little to no increase over that time period. This divergence in life expectancy will cause the gap between average lifetime program benefits received by men in the highest and lowest quintiles to widen by \$130,000 (in \$2009) over this period. Finally we simulate the effect of Social Security reforms such as raising the normal retirement age and changing the benefit formula to see whether they mitigate or enhance the reduced progressivity resulting from the widening gap in life expectancy.

► **L'espérance de vie en retraite sans incapacité sévère des générations nées entre 1960 et 1990 : une projection à partir du modèle Destinie**

CAZENAVE-LACROUTZ A. ET GODET F.

2017

Document de travail, G2017/03. Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2842771>

L'équité du système de retraite est souvent analysée à l'aune du montant des pensions versées, du niveau de vie des retraités ou des durées passées en retraite. Nous proposons un autre critère quantitatif pour rendre compte de la qualité de vie : la durée de vie passée en retraite sans incapacité sévère. Cet indicateur est calculé pour les générations nées entre 1960 et 1990 à l'aide du modèle de micro-simulation Destinie. L'incapacité est simulée au niveau individuel sur un

échantillon représentatif de la population française, en s'appuyant sur l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (Share). Les liquidations des retraites sont simulées en parallèle suivant l'hypothèse d'un comportement de départ au taux plein. La durée de vie sans incapacité en retraite dépend de trois facteurs : la durée de vie totale, la prévalence de l'incapacité et l'âge de départ en retraite. Pour chacune de ces composantes, plusieurs scénarios sont testés pour en prolonger les tendances. Sous l'hypothèse conservatrice selon laquelle les transitions vers l'incapacité auront lieu dans le futur aux mêmes âges qu'aujourd'hui, la durée de vie moyenne passée sans incapacité sévère reste relativement stable pour les générations étudiées. Elle augmente un peu pour les hommes à partir de la génération 1975, même en cas de poursuite de l'augmentation de la durée d'assurance cible. Pour l'ensemble de ces générations, les femmes bénéficient d'une durée moyenne en retraite sans incapacité supérieure à celle des hommes mais cette différence est moindre que l'écart correspondant d'espérance de vie totale en retraite. Cependant cette différence femmes/hommes n'est pas significative quand la durée sans incapacité en retraite est rapportée à la durée d'assurance validée. Enfin, une comparaison avec la génération née en 1950 montre qu'à législation constante, parmi les hommes, seuls ceux nés en 1990 peuvent espérer passer le même temps en retraite sans incapacité que ceux nés en 1950.

► **Loi d'adaptation de la société au vieillissement : un pas pour la transition démographique**

DELAUNAY M.

2017

Sève : Les Tribunes de La Santé(54): 79-84.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2017-1.htm>

Michèle Delaunay, ancienne ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie de 2012 à 2014, a porté la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Elle revient dans cet article sur les principales initiatives et mesures de cette loi de programmation et d'orientation.

► **Interactions between Financial Incentives and Health in the Early Retirement Decision**

GARCIA-GOMEZ P., et al.

2017

Tinbergen Institute Discussion Paper ; 17-044/V.
Rotterdam Tinbergen Institute

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2968345

We present a theory of the relation between health and retirement that generates testable predictions regarding the interaction of health, wealth and financial incentives in retirement decisions. The theory predicts (i) that wealthier individuals (compared to poorer individuals) are more likely to retire for health reasons (affordability proposition), and (ii) that health problems make older workers more responsive to financial incentives encouraging retirement (reinforcement proposition). We test these predictions using administrative data on older employees in the Dutch healthcare sector for whom we link adverse health events, proxied by unanticipated hospitalizations, to information on retirement decisions and actual incentives from administrative records of the pension funds. Exploiting unexpected health shocks and quasi-exogenous variation in financial incentives for retirement due to reforms, we account for the endogeneity of health and financial incentives. Making use of the actual individual pension rights diminishes downward bias in estimates of the effect of pension incentives. We find support for our affordability and reinforcement propositions. Both propositions require the benefits function to be convex, as in our data. Our theory and empirical findings highlight the importance of assessing financial incentives for their potential reinforcement of health shocks and point to the possibility that difference in responses to financial incentives and health shocks across countries may relate to whether the benefit function is concave or convex.

► **Approaches to the Regulation and Financing of Home Care Services in Four European Countries. An Evidence Review**

KELSEY R. A. ET COLEMAN A.

2017

Dublin HRB

<http://health.gov.ie/blog/publications/health-research-board-report-approaches-to-the-regulation-and-financing-of-home-care-services-in-four-european-countries-an-evidence-review/>

Home support services provided to older people in their own homes are not subject to statutory regulation in Ireland. An increasingly ageing population and the shift away from residential care towards keeping people in their homes have increased focus on the home care sector. With the proportion of many countries' old age population set to increase over the next number of decades, many governments are beginning to create sustainable and cost-efficient care measures for this demographic. The Department of Health in Ireland is currently undertaking work to develop a new statutory formal home care scheme for older people; this evidence review is part of the preparatory work undertaken to inform the regulation and financing of such a scheme. The primary aim of the review is to describe evidence on the approaches to the regulation and financing of formal home care services, particularly for older people, in four countries – Germany, the Netherlands, Sweden, and Scotland.

► **Are Recessions Good for Staffing in Nursing Homes**

KONETZKA R. T., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series; n° 23402. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23402

The quality and cost of care in nursing homes depend critically on the number and types of nurses. Recent research suggests that the nursing supply adjusts to macroeconomic conditions. However, prior work has failed to consider the effect of macroeconomic conditions on demand for nurses through the effect on revenues. We test how county-level unemployment rates affect direct-care staffing rates in nursing homes using California data. We exploit the wide variation in the unemployment rates across counties and over time in 2005–2012. We also test whether there are heterogeneous effects of unemployment rates by facility size, staffing level, and profit status. We find that as unemployment rates increase, staffing by registered nurses (RNs) decreases but staffing by licensed practical nurses (LPNs) increases. The increase in LPNs is larger in large nursing homes, nursing homes with higher staffing levels, and in for-profit nursing homes. We also find that as unemployment rates increase, nursing home revenue decreases. While the effect of macroeconomic conditions on nursing supply may be important for cost and quality of care, the mechanism is not simple, direct, or homogeneous for all types of nurses and nursing homes.