

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Octobre 2019 / October 2019

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-Health – Medical technologies</i>
Economie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Handicap</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie	<i>Methodology</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision - Evaluation-	<i>Prevision - Evalutation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Aging</i>

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire

Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 11 **Do Health Insurance Mandates Spillover to Education? Evidence from Michigan's Autism Insurance Mandate**
Acton R. K., Imberman S. A. et Lovenheim M. F.
- 11 **Effects of Direct Care Provision to the Uninsured: Evidence from Federal Breast and Cervical Cancer Programs**
Bitler M. et Carpenter C.
- 11 **On Discrimination in Health Insurance**
Boyer-Kassem T., Duchêne S.
- 12 **What Is the Rationale for an Insurance Coverage Mandate? Evidence from Workers' Compensation Insurance**
Cabral M., Cui C. et Dworsky M.
- 12 **Rapport d'activité 2018 de la Cnam. Agir ensemble, protéger chacun**
Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- 12 **Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2020 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2020**
Caisse Nationale d'Assurance maladie
- 12 **The Impact of the ACA on Insurance Coverage Disparities After Four Years**
Courtemanche C. J., Fazlul I., Marton J., et al.
- 13 **Medicaid Coverage Across the Income Distribution Under the Affordable Care Act**
Courtemanche C. J., Marton J. et Yelowitz A.
- 13 **Rapport d'activité 2018 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**
Fonds CMU
- 13 **The Affordable Care Act's Effects on Patients, Providers and the Economy: What We've Learned so Far**
Gruber J. et Sommers B. D.
- 14 **Une assurance maladie pour tous à 100 % ?**
Le Bras P. L.
- 14 **Losing Insurance and Behavioral Health Hospitalizations: Evidence from a Large-Scale Medicaid Disenrollment**
Maclean J. C., Tello-Trillo S. et Webber D.
- 14 **Medicaid and Mortality: New Evidence from Linked Survey and Administrative Data**
Miller S., Alterkruse S., Johnson N., et al.
- 15 **Rapport Charges et Produits MSA 2020**
Mutualité Sociale agricole
- 15 **Rapport d'activité 2018**
Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Démographie

Demography

- 15 **World population prospects 2019**
Organisation des Nations Unis

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical technologies

- 16 **Le DMP en établissement de santé. Retours d'expérience**
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 16 **Livre blanc : contributions des outils numériques à la transformation des organisations de santé. Paroles d'acteurs**
Blum J. P.
- 16 **How Do Humans Interact with Algorithms? Experimental Evidence from Health Insurance**
Bundorf K., Polyakova M. et Tai-Seale M.
- 16 **Big data en santé, IA, e-santé : dossier documentaire**
Chevaillier G.
- 17 **Avis 130. Données massives et santé. Une nouvelle approche des enjeux éthiques**
Comité consultatif national d'éthique

- 17 **A Taxonomy of Definitions for the Health Data Ecosystem**
Crosley S., Martinez C.
- 17 **Santé digitale**
Gruson D., Zeitoun J. D., Ravaud P., et al.
- 17 **Numérique : quelle (r)évolution ? Rapport d'analyse prospective 2019**
Haute Autorité de Santé
- 18 **Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : Rapport d'élaboration des guides de bonne pratique**
Haute Autorité de Santé
- 18 **Developing a Strategy for the Health and Care Workforce in England: Summary of a Roundtable Discussion**
King's Fund
- 18 **Going Digital: Shaping Policies, Improving Lives**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- 19 **La télémédecine : l'expérience des patients et des professionnels de santé en télésurveillance : bibliographie thématique**
Safon M. O.
- 21 **Are Quality-Adjusted Medical Prices Declining for Chronic Disease? Evidence from Diabetes Care in Four Health Systems**
Eggleston K., Chen B. K., Chen C. H., et al.
- 21 **La santé rationnée : un mal qui se soigne**
Kervasdoué J. de. et Bazzocchi D.
- 21 **The Effect of Political Frictions on Long Term Care Insurance**
Liu W. et Liu J.
- 22 **Rapport d'information sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et sur la situation et les perspectives des comptes sociaux**
Vanlerenberghe J. M.
- 22 **Rapport d'information sur les conséquences de la fraude documentaire sur les prestations sociales**
Vanlerenberghe J. M.
- 22 **Strategic Sorting: The Role of Ordeals in Health Care**
Zeckhauser R. J.

Economie de la santé Health Economics

- 19 **Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence**
Bloom D. E., Canning D., Kotschy R., et al.
- 19 **Cartographie médicalisée des dépenses de santé. Poids des pathologies et traitements dans les dépenses d'Assurance Maladie et prévalences sur le territoire. Données 2017 et évolutions 2012-2017**
Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- 20 **Les régimes spéciaux de retraite de la RATP, de la SNCF et des industries électriques et gazières (IEG)**
Cour des Comptes
- 20 **La situation financière de la sécurité sociale en 2018 : un solde proche de l'équilibre, des efforts de maîtrise des dépenses à poursuivre**
Cour des Comptes
- 23 **Ma maladie rénale chronique 2022 : dix propositions pour développer la dialyse rénale à domicile. Livre blanc,**
Aguilera D., Bataille S., Bechade C., et al.
- 23 **Les maladies chroniques**
Chassang M. et Gautier A.
- 23 **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires**
Defossez G., Le Guyader Peyrou S., Uhry Z., et al.
- 24 **Le cannabis médical : une évidence ? Aperçu de la situation en France et dans le monde**
Fize E.
- 24 **Current and Past Trends in Physical Activity in Four OECD Countries: Empirical Results from Time Use Surveys in Canada, France, Germany and the United States**
Grafi S. et Cecchini M.

État de santé Health Status

- 24 **Pertinence des parcours de rééducation/ réadaptation après la phase initiale de l'AVC. Note de problématique**
Haute Autorité de Santé
- 25 **Drogues et addictions. Données essentielles 2019**
Morel d'Arleux J.
- 25 **Influence des modalités de prises en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) sur la durée d'hospitalisation**
Nestrigue C., Bricard D., Com-Ruelle L., et al.
- 25 **Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions**
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
- 25 **The Effects of Traditional Cigarette and E-Cigarette Taxes on Adult Tobacco Product Use**
Pesko M. F., Courtemanche C. J. et Maclean J. C.
- 26 **The Burden of Stroke in Europe Report**
Stroke Alliance for Europe

Géographie de la santé *Geography of Health*

- 26 **Perturbateurs endocriniens : effets sur la santé et leviers d'action en région**
Camard J. P. et Colombier C.
- 26 **Place-Based Drivers of Mortality: Evidence from Migration**
Finkelstein A., Gentzkow M. et Williams H. L.
- 27 **L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales**
Lucas-Gabrielli V. et Mangeney C.
- 27 **L'accessibilité aux médecins généralistes en Ile-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales**
Mangeney C.

Handicap *Handicap*

- 28 **Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016 - Premiers résultats des remontées individuelles sur la PCH (RI-PCH)**
Baradji E.
- 28 **Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton**
Bessiere M.
- 29 **SERAFIN-PH. Publication des résultats de l'enquête de coût sur les données 2016**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 29 **Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants**
Lenoir D. et Droal H.
- 29 **La notion d'inclusion : quels enjeux, risques et défis pour le secteur médico-social, les personnes accompagnées et la société**
Monchicourt N. et Payrastra P.

Hôpital *Hospitals*

- 30 **Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2017**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 30 **Chiffres clés 2018 de l'HAD**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 30 **Chiffres clés 2018 de l'hospitalisation**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 30 **The Health Impacts of Hospital Delivery Practices**
Card D., Fenizia A. et Silver D.
- 31 **Modelling the Dynamic Effects of Elective Hospital Admissions on Emergency Levels in England**
Jimenez-Martin S., Nicodemo C. et Redding S.
- 31 **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins**
Mallejac N., Or Z. et Fournier C.
- 31 **Pay for Performance for Hospitals**
Mathes T., Pieper D., Morche M., et al.

32 **Les établissements de santé : édition 2019**

Toulemonde F. et Boisguerin B.

Inégalités de santé *Health inequalities*

32 **Distributional Effects of Education on Health**

Barcellos S. H., Carvalho L. S. et Turley P.

32 **Associations of Childhood Health and Financial Situation with Quality of Life After Retirement: Regional Variation Across Europe**

Bornhorst C., Heger D. et Mensen A.

33 **Adverse Childhood Experiences and Outcomes Later in Life: Evidence from SHARE Countries**

Brugiavini A., Buia R. E., Kovacic M., et al.

33 **The Measurement of Health Inequalities: Does Status Matter?**

Costa-Font J. et Cowell F.

33 **Does Fiscal Decentralization Affect Regional Disparities in Health? Quasi-Experimental Evidence from Italy**

Di Novi C., Piacenza M., Robone S., et al.

34 **The Impact of Medicaid on Medical Utilization in a Vulnerable Population: Evidence from COFA Migrants**

Halliday T. J., Akee R., Sentell T., et al.

34 **Guide sur la prévention et la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé**

Jung E. et Donnard G.

34 **Health of Immigrant Children: The Role of Immigrant Generation, Exogamous Family Setting, and Family Material and Social Resources**

Loi S., Pitkanen J. et Moustgaard H.

35 **Accounting for the Impact of Medicaid on Child Pover**

Korenman S., Remler D. K. et Hyson R. T.

35 **Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS)**

Ministère chargé des Solidarités

35 **Environmental Health Inequalities in Europe. Second Assessment Report**

Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional de l'Europe

36 **Synthèse descriptive des données du baromètre du renoncement aux soins (BRS)**

Revil H., Daabek N. et Bailly S.

36 **The Effects of Schooling on Costless Health Maintenance: Overweight Adolescents and Children in Rural China**

Rosenzweig M. R. et Zhang J.

36 **Médiation en santé : un outil pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? Actes du séminaire régional, 25 janvier 2019**

Ville et Territoires

Médicaments *Pharmaceuticals*

37 **How Well Do Doctors Know Their Patients? Evidence from a Mandatory Access Prescription Drug Monitoring Program**

Buchmueller T. C., Carey C. M. et Meille G.

37 **The Price to Consumers of Generic Pharmaceuticals: Beyond the Headlines**

Frank R. G., Hicks A. et Berndt E.

37 **Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé**

Haute Autorité de Santé

38 **Mortality and Socioeconomic Consequences of Prescription Opioids: Evidence from State Policies**

Kaestner R. et Ziedan E.

38 **Assessing Non-Prescription and Inappropriate Use of Antibiotics**

Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional de l'Europe

Méthodologie

Methodology

- 39 **Pathways to Good Healthcare Services and Patient Satisfaction: An Evolutionary Game Theoretical Approach**

Alalawi Z., Han T. H. et Zeng Y.

- 39 **Testing the Validity of the Single Interrupted Time Series Design**

Baicker K. et Svoronos T.

- 39 **Precise or Imprecise Probabilities? Evidence from Survey Response on Late-Onset Dementia**

Giustinelli P., Manski C. F. et Molinari F.

- 40 **Evaluation of Medical Technologies with Uncertain Benefits**

Lakdawalla D. N. et Phelps C. E.

- 40 **Le secret statistique**

Le Gleau J. P.

- 40 **Glossaire franco-anglais de termes en économie de la santé French-English Glossary of Health Economics Terms**

Marek A., Safon M. O. et al.

- 40 **Identification of a Class of Health-Outcome Distributions Under a Common Form of Partial Data Observability**

Mullahy J.

- 41 **Development Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use**

Quinn Patton M.

Politique de santé

Health Policy

- 41 **Des soins palliatifs à la médecine palliative : quels enjeux pour l'avenir ?**

Centre National des Soins palliatifs et de la Fin de Vie

- 41 **Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé : Avis de la Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable**

Longeot J. F.

- 42 **Evaluation des risques sanitaires et environnementaux par les agences : trouver le chemin de la confiance**

Medevielle P., Ouzoulias P., Bolo P., et al.

- 42 **Rapport sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé**

Milon A.

- 42 **Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans**

Rist S. et Barthelet-Derrien M. S.

- 43 **Can Policy Affect Initiation of Addictive Substance Use? Evidence from Opioid Prescribing**

Sacks D. W., Hollingsworth A. et Nguyen T. D.

Politique sociale

Social Policy

- 43 **Éradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030**

Boidin Dubrule M. H. et Junique S.

- 43 **Towards a Social Investment Welfare State: Ideas, Policies and Challenges**

Morel N., Palier B. et Palme J.

- 43 **Panorama de la société 2019. Les indicateurs sociaux de l'OCDE**

Organisation de Coopération et de Développement Économiques

Prévention

Prevention

- 44 **Screening and Selection: The Case of Mammograms**

Einav L., Finkelstein A., Oostrom T., et al.

- 44 **Is an Ounce of Prevention Worth a Pound of Cure? Estimates of the Impact of English Public Health Grant on Mortality and Morbidity**

Martin S., Lomas J. et Claxton K.

Prévision - Evaluation -

Prevision - Evaluation

- 45 **Baromètre 2018 de l'évaluation des politiques publiques en France**

Société Française de l'Évaluation

Psychiatrie *Psychiatry*

- 45 **Chiffres clés 2018 de la psychiatrie**
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- 45 **Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale**
Olie J. P.
- 46 **La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE : bibliographie thématique**
Safon M. O. et Suhard V.

Soins de santé primaires *Primary Health care*

- 46 **The Impacts of Physician Payments on Patient Access, Use, and Health**
Alexander D. et Schnell M.
- 46 **The Effects of Multispecialty Group Practice on Health Care Spending and Use**
Baker L. C., Bundorf M. K. et Royalty A. B.
- 47 **Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? synthèse du séminaire international pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences po**
Bergeron M. et Moyal A.
- 47 **The Effects of Primary Care Chronic-Disease Management in Rural China**
Chen Y., Ding H., Yu M., et al.
- 47 **Démographie des pharmaciens : panorama au 1^{er} janvier 2019**
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
- 47 **Is Great Information Good Enough? Evidence from Physicians as Patients**
Frakes M. D., Gruber J. et Jena A.
- 48 **Who Is Tested for Heart Attack and Who Should Be: Predicting Patient Risk and Physician Error**
Mullainathan S. et Obermeyer Z.
- 48 **WHO European Centre for Primary Health Care: Annual Report of Activities 2018. (2019)**
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional de l'Europe

Systemes de santé *Health Systems*

- 49 **Price Setting and Price Regulation in Health Care. Lessons for Advancing Universal Health Coverage**
Barber S. L., Lorenzoni L. et Org P.
- 49 **Price Setting and Price Regulation in Health Care. Lessons for Advancing Universal Health Coverage. Case Studies**
Hall J., Naghsh Nejad M., Gandre C., et al.
- 49 **When Dad Can Stay Home: Fathers' Workplace Flexibility and Maternal Health**
Persson P. et Rossin-Slater M.
- 49 **Health System Review : Poland**
Sowada C., Sagan A. et Kowalska-Boko I.

Travail et santé *Occupational Health*

- 50 **Immigration and Work-Related Injuries: Evidence from Italian Administrative Data**
Alacevich C. et Nicodemo C.
- 50 **Gender Differences in the Influence of Mental Health on Job Retention**
Barnay T. et Defebvre E.
- 51 **The Effect of Mental Health on Employment: Accounting for Selection Bias**
Bryan M., Roberts J. et Sechel C.
- 51 **Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité. Actes du séminaire de recherche de la Drees et de la Dares**
Desprat D., et al.
- 51 **SeaTE: Subjective Ex Ante Treatment Effect of Health on Retirement**
Giustinelli P. et Shapiro M.
- 52 **Do Minimum Wages Improve Self-Rated Health? Evidence from a Natural Experiment**
Hafner L.
- 52 **Le présentéisme au travail : Mieux évaluer pour mieux prévenir**
Hamon-Cholet S. et Lanfranchi J.
- 52 **Working Conditions and Workers' Health**
Kubicek B., Paskvan M., Prem R., et al.

53 **The Economic Consequences of Hospitalizations for Older Workers Across Countries**

Mommaerts C., Raza S. H. et Zheng H.

53 **OECD Policy Recommendations on Extending Working Lives**

Ni Laimé A.

Vieillessement

Aging

53 **CNSA : rapport annuel 2018**

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

54 **Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2019**

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

54 **Âges et comportements de départ à la retraite : santé et conditions de maintien dans l'emploi**

Conseil d'Orientation des Retraites

54 **Les équipes spécialisées Alzheimer**

Fondation Méderic Alzheimer

55 **Transforming the Future of Ageing**

Science Advice for Policy by European Academies

55 **Objectives and Challenges in the Implementation of a Universal Pension System in France**

Boulhiol H.

55 **Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2019**

Bras P. L.

56 **Pour un système universel de retraite, plus simple, plus juste, pour tous**

Delevoye J. P.

56 **The Impact of Primary Care Incentive Schemes on Care Home Placements for People with Dementia**

Kasteridis P., Liu D., Mason A., et al.

56 **Impact of Increased Long-Term Care Insurance Payments on Employment and Wages in Formal Long-Term Care**

Kondo A.

56 **Fair Long-Term Care Insurance**

Leroux M. P., Pestiaux D. et Ponthiere G.

57 **Les conditions de logement des personnes âgées**

Mahieu R.

57 **On Financing Retirement, Health Care, and Long-Term Care in Japan**

McGrattan E. R., Kazuaki M. et Peralta-Alva A.

57 **Old age or dependence. Which social insurance?**

Nishimura T. et Pestiau P.

57 **Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins**

Penneau A., Bricard D. et Or Z.

58 **Redistributive Effects of Different Pension Systems when Longevity Varies by Socioeconomic Status**

Sanchez-Romero M., Lee R. D. et Prskawetz A.

Assurance maladie

Health Insurance

► Do Health Insurance Mandates Spillover to Education? Evidence from Michigan's Autism Insurance Mandate

ACTON R. K., IMBERMAN S. A. ET LOVENHEIM M. F.
2019

NBER Working Paper Series ; 26079. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26079>

Social programs and mandates are usually studied in isolation, but interaction effects could create spillovers to other public goods. We examine how health insurance coverage affects the education of students with Autism Spectrum Disorder (ASD) in the context of state-mandated private therapy coverage. Since Medicaid benefits under the mandate were far weaker than under private insurance, we proxy for Medicaid ineligibility and estimate effects via triple-differences. While we find little change in ASD identification, the mandate crowds-out special education supports for students with ASD by shifting students to less restrictive environments and reducing the use of ASD specialized teacher consultants. A lack of short-run impact on achievement supports our interpretation of the service reductions as crowd-out and indicates that the shift does not academically harm students with ASD.

► Effects of Direct Care Provision to the Uninsured: Evidence from Federal Breast and Cervical Cancer Programs

BITLER M. ET CARPENTER C.
2019

NBER Working Paper Series ; 26140. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26140>

Much research has studied the health effects of expanding insurance coverage to low-income people, but there is less work on the direct provision of care to the uninsured. We study the two largest federal programs aimed at reducing breast and cervical cancer among uninsured women in the US: one that paid for cancer screenings with federal funds and one that paid for cancer treatments under state Medicaid programs. Using variation in rollout of each program

across states from 1991-2005, we find that funding for cancer treatment did not significantly increase most types of cancer screenings for uninsured women. In contrast, funding for cancer detection significantly increased breast and cervical cancer screenings among 40-64 year old uninsured women, with much smaller effects for insured women (who were not directly eligible). Moreover, we find that these program-induced screenings significantly increased detection of early stage pre-cancers and cancers of the breast but had no significant effect on early stage or other cancers of the cervix. Our results suggest that direct provision can significantly increase healthcare utilization among vulnerable populations.

► On Discrimination in Health Insurance

BOYER-KASSEM T., DUCHÊNE S.

2018

CEEM Working Paper ; 20182. Montpellier Center for Environmental Economics

<https://pdfs.semanticscholar.org/f6bc/810344b284f5eda658fe4a313373a369a54.pdf>

In many countries, private health insurance companies are allowed to vary their premiums based on some information on individuals. This practice is intuitively justified by the idea that people should pay the premium corresponding to their own known risk. However, one may consider this as a form of discrimination or wrongful differential treatment. Our goal in this paper is to assess whether profiling is ethically permissible in health insurance. We go beyond the existing literature in considering a wide range of parameters, be they genetic, non-genetic, or even non-medical such as age or place of living. Analyzing several ethical concerns, and tackling the difficult question of responsibility, we argue that profiling is generally unjust in health insurance.

► **What Is the Rationale for an Insurance Coverage Mandate? Evidence from Workers' Compensation Insurance**

CABRAL M., CUI C. ET DWORSKY M.

2019

NBER Working Paper Series ; 26103. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26103>

There is ongoing policy debate about whether government insurance coverage mandates are necessary to effectively address market failures in private insurance markets. This paper analyzes the demand for insurance in the absence of a coverage mandate and the potential market failure rationale for coverage mandates in the context of workers' compensation insurance. Workers' compensation is a state-regulated insurance program that provides employees with income and medical benefits in the event of work-related injuries or illnesses. Nearly all states have mandated workers' compensation insurance coverage; the sole exception is Texas. Using administrative data from the unique voluntary Texas workers' compensation insurance system, we estimate the demand for workers' compensation insurance leveraging idiosyncratic regulatory updates to relative premiums across industry-occupation classifications. The difference-in-differences estimates indicate that the demand for workers' compensation coverage is price-sensitive, with a 10% increase in premiums leading to approximately a 3% decline in coverage. Drawing upon these estimates and additional data on claim costs, we analyze the potential rationale for government intervention to increase coverage through subsidies or a mandate. This analysis suggests that classic market failure justifications for government intervention in insurance markets—such as adverse selection, market power, and externalities—may not be compelling justifications for a mandate in this setting

► **Rapport d'activité 2018 de la Cnam. Agir ensemble, protéger chacun**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

2019

Paris Cnam

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-referance/assurance-maladie/rapport-activite>

Le rapport d'activité de l'Assurance Maladie met en lumière les actions du réseau qui incarnent les 3 mis-

sions fondamentales que sont l'accès universel aux droits et aux soins, l'accompagnement de chacun dans la préservation de sa santé (promotion des comportements et pratiques favorables à la santé) et l'amélioration du système de santé (notamment la régulation des dépenses). Il présente également des informations actualisées sur l'organisation de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) et sur le réseau de l'Assurance Maladie.

► **Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2020 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2020**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

2019

Paris Cnam

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/190701_CP20_rapport_Vdef_complete.pdf

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2020 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

► **The Impact of the ACA on Insurance Coverage Disparities After Four Years**

COURTEMANCHE C. J., FAZLUL I., MARTON J., *et al.*

2019

NBER Working Paper Series ; 26157. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26157>

The purpose of this paper is to estimate the impact of the major components of the ACA (Medicaid expansion, subsidized Marketplace plans, and insurance market reforms) on disparities in insurance coverage after four years. We use data from the 2011–2017 waves of the

American Community Survey (ACS), with the sample restricted to nonelderly adults. Our methods feature a difference-in-difference-in-differences model, developed in the recent ACA literature, which separately identifies the effects of the nationwide and Medicaid expansion portions of the law. The differences in this model come from time, state Medicaid expansion status, and local area pre-ACA uninsured rate. We stratify our sample separately by income, race/ethnicity, marital status, age, gender, and geography in order to examine access disparities. After four years, we find that the fully implemented ACA eliminated 44 percent of the coverage gap across income groups, with the Medicaid expansion accounting for this entire reduction. The ACA also reduced coverage disparities across racial groups by 26.7 percent, across marital status by 45 percent, and across age groups by 44 percent, with these changes being partly attributable to both the Medicaid expansion and nationwide components of the law.

► **Medicaid Coverage Across the Income Distribution Under the Affordable Care Act**

COURTEMANCHE C. J., MARTON J. ET YELOWITZ A.
2019

NBER Working Paper Series ; 26145. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26145>

This paper examines trends in Medicaid enrollment across the income distribution after the ACA's Medicaid expansion. Using data from the American Community Survey between 2012 and 2017, we compare Medicaid coverage over time in 9 states that expanded Medicaid in 2014 with no previous expansion for able-bodied, working-age adults with 12 states that had not expanded Medicaid by 2019 and also had no previous expansion for such adults. A difference-in-differences model is used to formalize this comparison. Similar to many previous studies, we find that Medicaid coverage increased dramatically for income-eligible adults under 138% of the federal poverty level (FPL). In addition, we show that Medicaid participation increased by 3.0 percentage points for those with incomes above 138% of the FPL from a pre-ACA baseline of 2.7% among this group. While we cannot say with certainty why these individuals were able to participate in Medicaid, we offer several potential explanations that should be the subject of future work. For example,

it is possible that the ACA Medicaid expansions were administered differently at the state or local level than federal rules would require, similarly to differences between effective tax rates and statutory tax rates in many transfer programs.

► **Rapport d'activité 2018 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie**

FONDS CMU
2019

Paris Fonds CMU

http://www.cmu.fr/rapports_activite.php

Le présent rapport d'activité rend compte des travaux accomplis par le Fonds CMU-C en 2018 et dresse un état des lieux des dispositifs d'aide à la couverture complémentaire maladie qu'il finance - la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Fin 2018, près de 7 millions de personnes étaient couvertes par la CMU-C (5,63 millions) ou par un contrat ACS (1,27 million). La dépense prise en charge par le fonds à ce titre s'est établie à 2,7 milliards d'euros. En 2018, deux chantiers majeurs ont jalonné l'activité du Fonds CMU-C : le rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et la préparation de la réforme de la CMU-C.

► **The Affordable Care Act's Effects on Patients, Providers and the Economy: What We've Learned so Far**

GRUBER J. ET SOMMERS B. D.
2019

NBER Working Paper ; 25932. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25932>

As we approach the tenth anniversary of the passage of the Affordable Care Act, it is important to reflect on what has been learned about the impacts of this major reform. In this paper we review the literature on the impacts of the ACA on patients, providers and the economy. We find strong evidence that the ACA's provisions have increased insurance coverage. There is also a clearly positive effect on access to and consump-

tion of health care, with suggestive but more limited evidence on improved health outcomes. There is no evidence of significant reductions in provider access, changes in labor supply, or increased budgetary pressures on state governments, and the law's total federal cost through 2018 has been less than predicted. We conclude by describing key policy implications and future areas for research.

► **Une assurance maladie pour tous à 100 % ?**

LE BRAS P. L.
2019

Sève : *Tes Tribunes de La Santé*(60): 87-106.

Le système français d'assurance maladie est dual ; les assurés sont couverts par l'assurance maladie obligatoire (AMO) mais, aussi, pour 95 % d'entre eux, par une assurance maladie complémentaire (AMC). Instituer une AMO qui couvrirait les dépenses à 100 % permettrait d'assurer à l'ensemble de la population une couverture de bonne qualité et de réduire les renoncements financiers aux soins. Par ailleurs, cette réforme se traduirait par un gain de pouvoir d'achat significatif, elle permettrait une économie d'au moins 7 milliards d'euros, soit les frais de gestion des complémentaires des organismes d'AMC. Les perdants de cette réforme seraient les salariés des organismes d'AMC dont l'emploi serait ainsi mis en cause. Il faut donc accepter d'investir une partie des économies à venir pour assurer leur indemnisation et/ou leur reconversion. Les arguments souvent allégués pour justifier le maintien d'un système dual (liberté de choix, contribution des complémentaires à la prévention ou à la maîtrise des dépenses, préservation d'un espace de solidarité de proximité) s'avèrent, à l'analyse, relever d'une entreprise d'auto légitimation des organismes d'AMC. Évoluer vers une AMO à 100 % se révèle donc une orientation de réforme pertinente. Toutefois, la force des soutiens politiques que les organismes de protection complémentaires sont susceptibles de mobiliser conduit à conclure que cette réforme reste, du moins à ce jour, hautement improbable.

► **Losing Insurance and Behavioral Health Hospitalizations: Evidence from a Large-Scale Medicaid Disenrollment**

MACLEAN J. C., TELLO-TRILLO S. ET WEBBER D.
2019

NBER Working Paper ; 25936. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w25936>

We study the effects of losing insurance on behavioral health – mental health and substance use disorder (SUD) – community hospitalizations. We leverage variation in public insurance coverage eligibility offered by a large-scale and unexpected Medicaid disenrollment in Tennessee. Losing insurance decreased SUD-related hospitalizations but mental illness hospitalizations were unchanged. Use of Medicaid to pay for behavioral health, mental illness and SUD, hospitalizations declined post-disenrollment. Mental illness hospitalization financing shifted to private insurance, Medicare, and patients, while SUD treatment financing shifted entirely to patients. We also investigate the implications of reliance on data that is not representative at the level of the treatment variable and propose a possible solution.

► **Medicaid and Mortality: New Evidence from Linked Survey and Administrative Data**

MILLER S., ALTERKRUSE S., JOHNSON N., *et al.*
2019

NBER Working Paper Series ; 26081. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w26081>

We use large-scale federal survey data linked to administrative death records to investigate the relationship between Medicaid enrollment and mortality. Our analysis compares changes in mortality for near-elderly adults in states with and without Affordable Care Act Medicaid expansions. We identify adults most likely to benefit using survey information on socioeconomic and citizenship status, and public program participation. We find a 0.13 percentage point decline in annual mortality, a 9.3 percent reduction over the sample mean, associated with Medicaid expansion for this population. The effect is driven by a reduction in disease-related deaths and grows over time. We find no evidence of differential pre-treatment trends in outcomes and no effects among placebo groups.

► **Rapport Charges et Produits MSA 2020**

MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE

2019

Bagnolet CCMSA

<https://statistiques.msa.fr/wp-content/uploads/2019/07/Charges-et-Produits-2.pdf>

Le rapport MSA 2020 présente les propositions de la MSA pour contribuer aux politiques publiques de santé. Ces propositions cherchent à accroître l'efficacité du système de santé au bénéfice des ressortissants agricoles et s'inscrivent dans un cadrage financier contraint par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - l'Ondam - dont la progression est fixée à 2,5 % en 2019 par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Ces propositions intègrent également le rôle de la MSA en tant qu'acteur du monde rural ainsi que son approche globale de la santé pour apporter une réponse efficace aux besoins de la personne et adaptée à son territoire de vie. Le rapport Charges et Produits de la MSA pour 2020 comporte trois parties : Le suivi de l'Ondam, les caractéristiques de la population agricole : démographiques, sanitaires, territoriales et en termes de recours aux hospitalisations non programmées, les propositions de la MSA pour contri-

buer aux politiques publiques de santé selon les axes du plan Ondam 2018-2022. En annexe du rapport est présenté un suivi des propositions formulées dans le rapport Charges et Produits MSA 2019.

► **Rapport d'activité 2018**

UNION NATIONALE DES ORGANISMES
D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

2019

Paris Unocam

<http://www.unocam.fr/index.jsp?currentNodeld=304263>

Selon ce rapport d'activité de l'Unocam, l'année 2018 a été marquée par une intense année de concertation avec les pouvoirs publics autour de la réforme dite 100 % santé, l'approfondissement du dialogue conventionnel avec l'assurance maladie obligatoire et les professionnels de santé, la participation active aux travaux et aux délibérations du Comité économique des produits de santé (CEPS) visant à réaliser des gains d'efficacité sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux mais aussi de favoriser l'accès aux traitements innovants pour les patients.

Démographie

Demography

► **World population prospects 2019**

ORGANISATION DES NATIONS UNIS

2019

New York ONU

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/nations-unies-publient-nouvelles-projections-population-mondiale-2019/>

Dans un peu plus d'une décennie, la planète comptera probablement environ 8,5 milliards d'habitants, et près de 10 milliards d'ici 2050, contre 7,7 milliards aujourd'hui. Un petit nombre de pays seront à l'origine de la majeure partie de cette augmentation. Alors que certains pays continuent de croître rapidement, d'autres voient leur population décliner. Dans le même temps, la population mondiale vieillit, l'espérance de vie mondiale continuant à augmenter et la fécondité à baisser. Tels sont les enseignements des dernières

estimations et projections de la population mondiale qui viennent d'être publiées par la Division de la population des Nations Unies (World Population Prospects. The 2019 Revision).

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical technologies

► **Le DMP en établissement de santé.
Retours d'expérience**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2019

Paris ANAP

https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/DMP_etablissement_Sante_REX/DMP_en_etablissement_de_sante_REX.pdf

En mai 2019, plus de 6 millions de DMP sont ouverts. Le dossier médical partagé (DMP) favorise la continuité et la coordination des soins des patients. Après une expérimentation menée dans neuf départements, la généralisation du DMP à l'ensemble des assurés sociaux est entamée depuis novembre 2018. Retours sur les principaux enseignements dans cinq établissements.

► **Livre blanc : contributions
des outils numériques à la transformation
des organisations de santé. Paroles
d'acteurs**

BLUM J. P.
2019

Tome 1. Paris Fédération Hospitalière de France

<https://h20195.www2.hpe.com/v2/Getdocument.aspx?docname=a00074336fre>

Les technologies digitales doivent être utiles à la santé publique en répondant aux besoins des patients et aux usages des soignants. Il est nécessaire qu'elles préservent la confidentialité des données personnelles, qu'elles assurent le fonctionnement des systèmes de prise en charge. Une transition très rapide des usages s'effectue actuellement qui requiert une adaptation – possiblement difficile – pour les citoyens et les professionnels de santé. Il faut veiller à ne pas oublier les plus fragiles que sont les personnes dépendantes, les handicapés, les habitants des zones mal desservies dites zones blanches. D'autre part, les offreurs de services publics ou privés doivent impérativement sécuriser leur système numérique et les adapter à l'usage des patients. Ce Livre Blanc réunit des acteurs de toute la société qui ont exprimé leur vision et leurs

préoccupations relatives à la révolution annoncée par la dématérialisation en santé.

► **How Do Humans Interact with
Algorithms? Experimental Evidence from
Health Insurance**

BUNDORF K., POLYAKOVA M. ET TAI-SEALE M.
2019

NBER Working Paper ; 25976. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25976>

Algorithms increasingly assist consumers in making their purchase decisions across a variety of markets; yet little is known about how humans interact with algorithmic advice. We examine how algorithmic, personalized information affects consumer choice among complex financial products using data from a randomized, controlled trial of decision support software for choosing health insurance plans. The intervention significantly increased plan switching, cost savings, time spent choosing a plan, and choice process satisfaction, particularly when individuals were exposed to an algorithmic expert recommendation. We document systematic selection - individuals who would have responded to treatment the most were the least likely to participate. A model of consumer decision-making suggests that our intervention affected consumers' signals about both product features (learning) and utility weights (interpretation)

► **Big data en santé, IA, e-santé : dossier
documentaire**

CHEVAILLIER G.
2019

Rennes : EHESP

https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2019/06/DD_BigData_2019-06-25.pdf

Ce dossier documentaire fait le point sur les recherches en cours et les évolutions annoncées dans le domaine de la e-santé. Il aborde les questions éthiques et juridiques liées au développement du numérique et de la

e-santé. Enfin, il rend compte des risques et des enjeux liés à l'utilisation des big data en santé

► **Avis 130. Données massives et santé. Une nouvelle approche des enjeux éthiques**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE
2019

Paris CCNE

https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_130.pdf

Poursuivant une réflexion antérieure sur les questions que posent le recueil de données personnelles et les nouvelles possibilités de leur utilisation dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, et à la suite des États généraux de la bioéthique, le CCNE consacre son Avis 130 aux enjeux éthiques que soulève l'utilisation des « données massives » (Big Data). Dans le contexte de mutations technologiques et culturelles accélérées liées au traitement de ces « données massives », le CCNE souligne combien l'accumulation massive de données issues de personnes, comme la capacité accrue qu'a le traitement de ces données de produire de la valeur, nécessitent débat et réflexions éthiques. Cet avis : - énonce des principes éthiques communs à tous les contextes d'utilisation des données massives dans le champ de la santé (chapitre 2); - identifie des enjeux éthiques spécifiques aux situations de soin, de recherche, de gestion des soins, ou de vie personnelle qui utilisent les données massives (chapitre 3); - propose 12 recommandations indispensables au respect des principes éthiques fondamentaux permettant, sans les freiner, le développement des technologies fondées sur les données massives.

► **A Taxonomy of Definitions for the Health Data Ecosystem**

CROSLY S., MARTINEZ C.
2019

Washington DC : Futur of Privacy Forum

https://fpf.org/wp-content/uploads/2019/05/A_Taxonomy_of_Definitions_for_the_Health_Data_Ecosystem_5.29.19_accessible.pdf

Healthcare technologies are rapidly evolving, producing new data sources, data types, and data uses, which precipitate more rapid and complex data sharing. Novel

technologies—such as artificial intelligence tools and new internet of things (IOT) devices and services—and providing benefits to patients, doctors, and researchers. Data-driven products and services are deepening patients' and consumers' engagement, and helping to improve health outcomes. Understanding the evolving health data ecosystem presents new challenges for policymakers and industry ranging from health insurance companies already deeply entrenched in the health sphere to IoT companies just beginning to enter it. As the ecosystem grows, there is an increasing need to better understand and document the stakeholders, the emerging data types and their uses within this new and dynamic health data ecosystem. The goal of the Initiative was to create a framework to enable a better understanding of the current state of the health data ecosystem in one common language and to anticipate where it is heading.

► **Santé digitale**

GRUSON D., ZEITOUN J. D., RAVAUD P., *et al.*
2019

Sève : Les Tribunes de La Santé(60): 23-85.

Ce dossier se penche sur « l'informatisation de la santé » qui, loin de se borner à faciliter la transmission de données et à constituer une aide à la gestion médico-technique, a ouvert des perspectives sans précédent pour le suivi de l'état de santé de chacun, l'aide à la décision médicale ou l'identification de risques sanitaires. La gestion de mégabases de données, l'émergence de l'intelligence artificielle comme la transmission de flux considérable de données de santé remettent en cause bien des piliers de l'organisation sanitaire traditionnelle. Ce dossier présente quelques-unes des facettes de ce bouleversement systémique qui affecte la santé.

► **Numérique : quelle (r)évolution ? Rapport d'analyse prospective 2019**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2019

Paris Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3059747/fr/rapport-analyse-prospective-2019

La révolution numérique est largement engagée dans le champ de la santé, et s'esquisse dans le champ



social et médico-social : accès facilité aux soins et aux accompagnements, mobilisation des données, amélioration des pratiques professionnelles et des parcours, recours à l'intelligence artificielle. Autant de promesses qui imposent d'agir dès à présent pour que le numérique apporte des solutions utiles et efficaces. Ce rapport prospectif développe 29 propositions pour une mobilisation de tous (usagers, professionnels, industriels et État) autour de 4 grandes priorités : faire du numérique une opportunité d'inclusion et d'engagement des usagers ; mais aussi un instrument de la mobilisation des professionnels dans un objectif de qualité et de sécurité des pratiques et des parcours ; engager les acteurs dans une évaluation des outils adaptée qui permette à tous de faire les bons choix et renforce la confiance dans le numérique ; et enfin définir des principes généraux pour garantir un bon usage des données et de l'intelligence artificielle.

► **Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : Rapport d'élaboration des guides de bonne pratique**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2019

Saint-Denis Haute Autorité de Santé: 2 vol.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2975627/fr/favoriser-le-deploiement-de-la-telemedecine-en-confiance

Le remboursement des actes de téléconsultation et de télé expertise est rentré dans le droit commun en 2018 et 2019. La HAS a élaboré plusieurs documents pour faciliter la mise en œuvre de cette pratique médicale à distance par les professionnels de santé et informer les patients. La méthode d'élaboration des documents repose sur l'analyse de la littérature, un groupe de travail et une relecture par un groupe de lecture et les parties prenantes. Elle est décrite dans le rapport d'élaboration. Le guide propose des bonnes pratiques pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de télé expertise. Ces bonnes pratiques concernent tous les actes de téléconsultation et de télé expertise (réalisés en ville, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, domicile des patients) en exercice libéral ou salarié. Les actes non éligibles au remboursement par l'assurance maladie sont également concernés. Ce guide est résumé dans un document court (fiche mémo). Il est accompagné d'une méthode du patient traceur adaptée aux actes de téléconsultation et de télé expertise pour permettre

aux professionnels d'évaluer et d'améliorer leurs pratiques. Un document d'information sur la téléconsultation est destiné au patient. Ce document est proposé dans deux versions avec ou sans prise de rendez-vous.

► **Developing a Strategy for the Health and Care Workforce in England: Summary of a Roundtable Discussion**

KING'S FUND
2018

Londres King's Fund

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/developing-strategy-health-care-workforce-england>

Following publication of the draft 10-year workforce strategy Facing the facts, shaping the future, The King's Fund, the Health Foundation and the Nuffield Trust convened a roundtable event to facilitate discussion on the issues it raised. Attendees came from academia, Health Education England, the Department of Health and Social Care, HM Treasury, NHS Improvement, Care Quality Commission, Public Health England, NHS Employers, NHS Providers, Skills for Care, NHS provider trusts, the Office for Budget Responsibility (OBR) and the Institute for Fiscal Studies (IFS). The event was run under Chatham House Rule and focused on two areas: reflections and opportunities to improve the current modelling underpinning the workforce strategy and how workforce planning could be improved. The discussion sought to facilitate a diverse range of views and perspectives to inform the work of Health Education England, rather than to arrive at an agreed position or set of actions. The following write up provides an overview of the event and reflects the individual points raised and the views expressed in the ensuing discussion.

► **Going Digital: Shaping Policies, Improving Lives**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2019

Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/going-digital-shaping-policies-improving-lives_9789264312012-en

Digital technologies and data are transformational. People, firms and governments live, interact, work

and produce differently than in the past, and these changes are accelerating rapidly. How can we realise the immense promises of digital technologies and data for growth and well-being in a fast evolving world? This report charts the road ahead. It identifies seven policy dimensions that allow governments – together with citizens, firms and stakeholders – to shape digital transformation to improve lives. It also highlights key opportunities, challenges and policies related to each dimension, offers new insights, evidence and analysis, and provides recommendations for better policies in the digital age.

► **La télémédecine : l'expérience des patients et des professionnels de santé en télésurveillance : bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2019

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/telemedecine-l-experience-des-patients-et-des-professionnels-de-sante-en-telesurveillance.pdf>

Après un historique sur le développement de la télémédecine en France, l'objectif de cette bibliographie est de recenser de la littérature scientifique portant sur l'expérience des patients et des professionnels de santé dans le domaine de la télémédecine, et plus particulièrement de la télésurveillance. Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur les bases de données et portails suivants : Medline, Science direct et Web of science, sur la période allant de 2013 à mars 2019. Les références sont accompagnées de résumés et classées par ordre alphabétique d'auteurs. Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité.

Economie de la santé

Health Economics

► **Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence**

BLOOM D. E., CANNING D., KOTSCHY R., *et al.*

2019

NBER Working Paper ; 26003. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26003>

Economists use micro-based and macro-based approaches to assess the effects of health on economic growth. The micro-based approach tends to find smaller effects than the macro-based approach, thus presenting a micro-macro puzzle regarding the economic return on health. We reconcile these two strands of literature by showing that the point estimate of the macroeconomic effect of health is quantitatively close to that found by aggregating the microeconomic effects, when carefully specifying the estimation equations and controlling for spillovers of health at the aggregate level. Our results justify using the micro-

based approach to estimate the direct economic benefits of health interventions.

► **Cartographie médicalisée des dépenses de santé. Poids des pathologies et traitements dans les dépenses d'Assurance Maladie et prévalences sur le territoire. Données 2017 et évolutions 2012-2017**

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

2019

Paris : Cnam

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

Afin de décrire au mieux les déterminants des dépenses de santé, en comprendre les évolutions et en maîtriser la progression, la Caisse nationale de l'Assurance

Maladie réalise chaque année depuis 2012 dans le cadre de son rapport annuel « Charges et produits », une analyse médicalisée des dépenses et des pathologies. Construite à partir des données issues du Système national des données de santé (SNDS), cette Cartographie présente l'évolution des pathologies et des dépenses en France de 2012 à 2017. Cette année, la Cartographie offre une perspective historique sur une période de 6 ans. Elle permet ainsi d'objectiver des tendances durables, comme le nombre croissant de malades chroniques (+1,2 million) ou le poids financier des innovations thérapeutiques, comme celui lié aux nouveaux traitements du cancer du poumon ou du diabète. Elle apporte également des éclairages sur l'évolution des modalités de prise en charge des patients, pathologie par pathologie : ainsi, pour les cancers, on observe l'augmentation des dépenses remboursées des médicaments délivrés en pharmacie de ville, témoins par exemple du développement des chimiothérapies orales. Ces analyses permettent d'identifier certains défis qui se posent dans une perspective de pérennisation du système d'assurance maladie pour pouvoir proposer, à court et moyen terme, des actions d'organisation et de régulation (sur les prix des médicaments, par exemple) ainsi que des mesures de prévention, pour agir à plus long terme.

► **Les régimes spéciaux de retraite de la RATP, de la SNCF et des industries électriques et gazières (IEG)**

COUR DES COMPTES
2019

Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-regimes-speciaux-de-retraite-de-la-ratp-de-la-sncf-et-des-industries-electriques>

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a demandé à la Cour des comptes une enquête sur les régimes spéciaux de retraite de la RATP, de la SNCF et des industries électriques et gazières (IEG), soit des établissements ou entreprises publics ou privés aujourd'hui soumis à la concurrence ou devant l'être à terme. Ce rapport est publié à l'avant-veille de la présentation des recommandations du haut-commissaire à la réforme des retraites dont l'une des mesures fortes sera de supprimer les régimes spéciaux. Ces trois régimes concernent 325 000 cotisants, 347 000 retraités et 135 000 bénéficiaires de réversions. En 2017, ils ont versé 11,4 Md€ de presta-

tions et reçu 5,5 Md€ de contributions publiques, dont 2,8 Md€ pour compenser le déséquilibre démographique des régimes et 1,8 Md€ pour couvrir les droits spécifiques des retraités (principalement le droit à un départ précoce pour certaines catégories de salariés). Gérés depuis le milieu des années 2000 par des caisses autonomes, ils ont fait l'objet en 2008, 2010 et 2014 de réformes visant notamment à harmoniser leurs paramètres avec ceux de la fonction publique. Ces réformes ont été mises en œuvre de manière échelonnée et très progressive, avec des mesures dites d'accompagnement, destinées à garantir l'acceptabilité de la réforme de 2008, qui ont créé un surcoût pour les entreprises qui, au moins jusqu'en 2020, sera supérieur aux gains attendus, et le maintien de nombreuses spécificités. Les objectifs fixés en termes de soutenabilité des régimes, de transparence financière et d'équité ne sont toujours pas atteints pour la Cour qui formule dix recommandations relatives aux régimes et à la gestion des caisses, dans le prolongement des réformes antérieures et dans la perspective d'un système universel de retraite.

► **La situation financière de la sécurité sociale en 2018 : un solde proche de l'équilibre, des efforts de maîtrise des dépenses à poursuivre**

COUR DES COMPTES
2019

Paris Cour des comptes: 60.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-financiere-de-la-securite-sociale-en-2018>

Afin de permettre au Parlement de disposer désormais avant l'été d'une appréciation sur la situation financière des différentes administrations publiques pour l'année écoulée, la Cour a décidé de présenter en deux temps ses analyses annuelles sur la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale comme des collectivités locales. Dans ce cadre, ce rapport présente une analyse des comptes de la sécurité sociale en 2018, exprimés en droits constatés comme l'est la loi de financement de la sécurité sociale. Il constate tout d'abord que le solde de la sécurité sociale en 2018 se rapproche de l'équilibre malgré une progression des dépenses plus forte qu'en 2017 ainsi que le respect de l'Ondam 2018 dans un contexte de moindre progression de l'activité hospitalière. Ce rapport souligne également les éclairages complémentaires apportés par la certification des comptes 2018 du régime général.

► **Are Quality-Adjusted Medical Prices Declining for Chronic Disease? Evidence from Diabetes Care in Four Health Systems**

EGGLESTON K., CHEN B. K., CHEN C. H., et al.
2019

NBER Working Paper ; 25971. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w25971>

Improvements in medical treatment have contributed to rising health spending. Yet there is relatively little evidence on whether the spending increase is “worth it” in the sense of producing better health outcomes of commensurate value—a critical question for understanding productivity in the health sector and, as that sector grows, for deriving an accurate quality-adjusted price index for an entire economy. We analyze individual-level panel data on medical spending and health outcomes for 123,548 patients with type 2 diabetes in four health systems. Using a “cost-of-living” method that measures value based on improved survival, we find a positive net value of diabetes care: the value of improved survival outweighs the added costs of care in each of the four health systems. This finding is robust to accounting for selective survival, end-of-life spending, and a range of values for a life-year or, equivalently, to attributing only a fraction of survival improvements to medical care.

► **La santé rationnée : un mal qui se soigne**

KERVASDOUE J. DE. ET BAZZOCCHI D.
2019

Paris : Economica

L'économie de la santé est une économie du rationnement. La raison en est simple : comme, en France, 92 % du coût des soins médicaux ne sont pas supportés par le patient au moment de ses soins, puisqu'ils sont presque toujours gratuits, la demande du patient est potentiellement infinie, elle doit donc être régulée. Si elle ne peut pas l'être par des mécanismes de marché, l'État est contraint de contrôler de façon autoritaire le montant et/ou les quantités de ressources financières, de biens ou de services affectés aux soins médicaux. La vérité est donc qu'il rationne, même si l'euphémisme utilisé est de dire qu'il « régule ». Tout ou presque est rationné : le nombre de médecins (numerus clausus), les lits hospitaliers, les pharmacies, les équipements lourds, les actes médicaux (nomenclatures), les médicaments remboursés par l'assurance maladie. Il n'y a

de prix que pour les médecins du secteur 2 et pour quelques services (chambres particulières) ou biens médicaux; la règle est le tarif basé sur des nomenclatures et les tarifs ne sont pas des prix. Si, dans le domaine des soins médicaux, les mécanismes de marché sont inégalitaires et inflationnistes, si l'on est éthiquement contraint de recourir à des mécanismes de rationnement, comment les penser et les gérer ? Peut-on dans certaines circonstances, grâce au marché, ne plus sentir peser la chape du rationnement ? Tel est l'objet de cet ouvrage qui traite de la question centrale en économie : l'accès et la répartition des biens rares.

► **The Effect of Political Frictions on Long Term Care Insurance**

LIU W. ET LIU J.
2019

Cambridge Harvard Graduate School of Arts and Science

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3388542

Despite sharply rising prices, the number of companies choosing to operate in the private long term care insurance (LTCI) has dropped from over 100 to just over 30 today. This paper analyzes how product mispricing and regulators' stringency jointly affected insurer dropout in the LTCI market. Using detailed data on LTCI pricing, we show that regulators' political climate – including their election cycles, political capital, political affiliation, and campaign funding – significantly affected price changes in the LTCI market and, subsequently, insurer profits. We then develop a dynamic structural model of insurance company and regulator interactions. Our model demonstrates how insurer supply and social welfare may be decreasing in regulator stringency when cost shocks are large and unpredictable. Using the calibrated model, we find that removing regulators' election cycles would also significantly increase social welfare – equivalent to removing 8% of total cost shocks observed in the LTCI market.

► **Rapport d'information sur la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et sur la situation et les perspectives des comptes sociaux**

VANLERENBERGHE J. M.
2019

Paris Assemblée nationale ; Paris La documentation française

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-661-notice.html>

Les comptes de la sécurité sociale ont poursuivi leur amélioration en 2018, le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) n'affichant plus un déficit « que » de 1,2 milliard d'euros - contre 5,1 milliards l'année précédente. Prises dans leur ensemble, les administrations de sécurité sociale, qui incluent les retraites complémentaires, l'assurance chômage, les hôpitaux, etc., ont même dégagé un excédent de 10,8 milliards d'euros (0,5 point de PIB). Cependant, après avoir analysé les différents facteurs expliquant ce retour à meilleure fortune des comptes sociaux, ce rapport d'information montre qu'au moment même où l'équilibre financier de la sécurité sociale semblait à portée de main, l'objectif va très probablement se dérober en 2019, sous l'effet d'une dégradation de la conjoncture économique et du financement des mesures d'urgence économiques et sociales adoptées en décembre 2018. Une telle tendance pourrait même remettre en cause un autre objectif d'importance : l'extinction complète de la dette de la sécurité sociale en 2024. Dans une deuxième partie, ce rapport d'information examine l'application de plusieurs mesures emblématiques de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Il montre ainsi les paradoxes de ses mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs qui ont, en 2018, davantage profité aux finances publiques. Il constate enfin avec satisfaction que l'intégration du Régime social des indépendants (RSI) au sein du régime général de la sécurité sociale se déroule pour le moment dans de bonnes conditions.

► **Rapport d'information sur les conséquences de la fraude documentaire sur les prestations sociales**

VANLERENBERGHE J. M.
2019

Paris Sénat

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-545-notice.html>

La question de la fraude à l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes nées à l'étranger a surgi dans le débat public il y a quelques mois, certaines tribunes de presse en chiffrant à 14 milliards d'euros le préjudice pour les finances sociales. Le Gouvernement, pour sa part, a toujours récusé ces estimations, parlant d'une fraude mineure.

► **Strategic Sorting: The Role of Ordeals in Health Care**

ZECKHAUSER R. J.
2019

NBER Working Paper ; 26041. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26041>

Ordeals are burdens placed on individuals that yield no direct benefits to others. They represent a dead-weight loss. Ordeals – the most common being waiting time – play a prominent role in health care. Their goal is to direct scarce resources to recipients receiving greater value from them, hence presumed to be more willing to bear an ordeal's burden. Ordeals are intended to prevent wasteful expenditures given that health care is heavily subsidized, yet avoid other forms of rationing, such as quotas or pricing. This analysis diagnoses the economic underpinnings of ordeals. Subsidies to nursing home versus home care illustrate.

Health Status

► **Ma maladie rénale chronique 2022 : dix propositions pour développer la dialyse rénale à domicile. Livre blanc,**

AGUILERA D., BATAILLE S., BECHADE C., *et al.*
2019

Paris : SFNDT

La dialyse à domicile représente un parfait exemple de dysfonctionnement du système : les insuffisants rénaux en phase terminale sont trop souvent incités à se tourner vers des centres de dialyse pour des raisons pratiques ou économiques, les néphrologues préférant garder leurs patients « sous la main » et les établissements de santé cherchant à entretenir une file active. Cette voie imposée se fait au détriment du projet de vie, qui a pourtant vocation à structurer un parcours de soins capable de répondre aux besoins et attentes des patients. La dialyse à domicile est, dans ce contexte, synonyme d'autonomie et de plus grande liberté. Elle doit donc être abordée et explicitée très tôt dans le parcours, bien avant l'entrée en suppléance, de façon à permettre un choix éclairé, répondant au mieux aux aspirations individuelles. L'ouverture vers le domicile sera favorisée par une meilleure intégration de l'expérience patient dans les réflexions et décisions collectives.

► **Les maladies chroniques**

CHASSANG M. ET GAUTIER A.
2019

Paris Cese

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf

En France, 10,7 millions de personnes sont concernées par le dispositif dit des Affections longue durée. Elles sont en réalité bien plus nombreuses, 20 millions selon l'Assurance maladie, soit 35 % de la population couverte par le régime général, à avoir recours à des soins liés à une pathologie chronique. Le vieillissement de la population, les progrès de la médecine qui contribuent à la chronicisation de maladies autrefois aiguës, expliquent pour partie la place croissante des pathologies chroniques. Au-delà, les évolutions des habitudes et conditions de vie et de travail, les pollutions de l'en-

vironnement, jouent un rôle majeur dans l'apparition, le développement et l'aggravation de ces maladies. La maladie chronique est, avant tout, un bouleversement pour les personnes qui en sont atteintes et pour leurs proches. Au-delà, la prévalence en hausse constante de ces pathologies en fait un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé, pour la sauvegarde des principes d'égalité et de solidarité, pour le monde du travail, pour la recherche. Avec cet avis, le Cese formule 20 préconisations autour de trois priorités : agir sur les causes et la connaissance des maladies chroniques, améliorer la pertinence des soins et la fluidité des parcours, consolider l'autonomie des patientes et patients et renforcer leur place dans la définition du processus de soin et d'accompagnement.

► **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires**

DEFOSSEZ G., LE GUYADER PEYROU S., UHRY Z., *et al.*

2019

Saint-Maurice Santé Publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-etude-a-partir-des-registres-des>

Le plan cancer 2014-2019, qui entre dans sa dernière année, s'intitule « Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France ». Il met d'emblée la priorité sur une action concertée visant à réduire les inégalités de tous ordres face aux cancers. Pour être en mesure d'apprécier l'impact des actions préventives ou curatives menées durant les cinq années de ce plan, au regard de l'évolution des facteurs de risque et des pratiques de diagnostic ou de dépistage, notre pays dispose d'un système d'observation dont les registres de cancers constituent le standard de référence. Ce rapport présente l'analyse de l'évolution de l'incidence des cancers (nouveaux cas) et de la mortalité par cancer en France métropolitaine

entre 1990 et 2018 (soit sur une durée de près de 30 années). Il est le fruit d'un partenariat entre le réseau français des Registres du cancer Francim, le service de biostatistique-bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa). Il repose sur les données collectées auprès de nombreuses sources permettant ainsi aux registres d'atteindre l'exhaustivité indispensable à l'estimation de ces indicateurs. La présente étude constitue une référence actualisée de la dernière étude des tendances publiée en 2013 et qui portait sur la période 1980-2012.

► **Le cannabis médical : une évidence ?
Aperçu de la situation en France et dans
le monde**

FIZE E.

2019

Focus(32)

<http://www.cae-eco.fr/Focus-no-32-Le-cannabis-medical-une-evidence-475>

Ce Focus du Conseil d'analyse économique a pour objectif d'aborder le cas du cannabis à usage médical ou thérapeutique. Il n'aborde cependant que la question du cannabis médical et non du récréatif. Le cannabis dit médical peut se définir comme l'utilisation du cannabis (ou d'un composant du cannabis et de sa plante) dans un but thérapeutique. Il peut se présenter sous multiples formes, gélule, huile, spray, inhalation... et pas seulement sous sa forme à fumer. Dans une grande partie des pays, l'utilisateur du cannabis médical ne l'obtient qu'après avis médical et ordonnance et le produit n'est distribué que par les professionnels de la santé. Dans un premier temps, cet article rappelle l'histoire de l'utilisation médicale de la substance. Dans un deuxième temps, il aborde le renouveau de la question du cannabis médical ces dernières années. Les vertus du cannabis médical font l'objet de la troisième partie. La quatrième propose un aperçu de la situation législative dans le monde. La partie suivante traite des risques potentiellement associés au cannabis médical. Enfin la dernière partie explicite les enjeux économiques grandissants.

► **Current and Past Trends in Physical Activity in Four OECD Countries: Empirical Results from Time Use Surveys in Canada, France, Germany and the United States**

GRAFI S. ET CECCHINI M.

2019

OECD Health Working Papers; 112. Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/current-and-past-trends-in-physical-activity-in-four-oecd-countries_22cad404-en

Le manque d'activité physique et une sédentarité excessive sont des facteurs de risque bien connus des maladies non-transmissibles, telles que les maladies du coeur, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, et l'ostéoporose. Ainsi, la réduction de l'inactivité physique et des activités sédentaires et l'augmentation de l'activité physique quotidienne sont devenues des questions majeures de santé publique. À l'aide d'enquêtes emploi du temps représentatives au niveau national, ce papier présente les tendances en termes d'activité physique et de comportements sédentaires au cours du temps, en Allemagne, au Canada, aux États-Unis, et en France. Cette analyse s'intéresse en particulier aux activités physiques sportives.

► **Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. Note de problématique**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2019

Saint-Denis Haute Autorité de Santé

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc

L'AVC est un facteur de risque majeur de dépendance, représentant la première cause de handicap non traumatique, la deuxième cause de démence. Les victimes d'AVC conservent dans 40 % des cas des séquelles de gravité diverse, dans 25 % des séquelles lourdes après un an. L'AVC est aussi une des causes d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Alors que la prise en charge de l'AVC en phase aiguë a progressé depuis la mise en œuvre du Plan AVC (2010-2014), des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des handicaps post AVC en SSR comme en ville. L'accès aux soins de qualité reste en effet considéré comme insuffisant

et inégal sur le territoire. Cette note de problématique présente un état des lieux de la littérature, ciblé sur les modalités de prise en charge de rééducation/réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC.

► **Drogues et addictions. Données essentielles 2019**

MOREL D'ARLEUX J.
2019

Paris : OFDT

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>

Structuré en trois parties, « Drogues et addictions, données essentielles » propose d'abord un état des lieux des consommations, des modes d'usage, des conséquences ainsi que de l'offre et des trafics. La deuxième partie analyse les orientations des politiques et des réponses publiques, avant une série de 12 fiches sur chaque type de produit ou de conduite addictive sans produit : alcool, cannabis, cocaïne, héroïne et autres opioïdes, tabac et cigarette électronique, écrans interactifs, jeux d'argent et de hasard, etc.

► **Influence des modalités de prises en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) sur la durée d'hospitalisation**

NESTRIGUE C., BRICARD D., COM-RUELLE L., *et al.*
2019

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(242)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/242-influence-des-modalites-de-prises-en-charge-de-l-accident-vasculaire-cerebral-avc-sur-la-duree-d-hospitalisation.pdf>

Les parcours de soins des patients sont étudiés ici à travers l'articulation entre le premier épisode de prise en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) en établissement hospitalier de court séjour (Médecine, chirurgie, obstétrique-MCO) et la prise en charge d'aval par d'autres établissements de soins, structures médico-sociales ou en ville. Plus précisément, il s'agit d'observer la variabilité de la durée du primo-épisode hospitalier pour AVC en MCO. La nature de l'AVC et l'état de santé global des patients jouent un rôle déterminant, ainsi que la prise en charge médicale, notamment le passage en Unité neurovasculaire (UNV). Mais au-delà des critères de bonne pratique clinique, la disponibilité de l'offre de soins d'aval, en particulier

les soins de suite et de réadaptation (SSR), permet la réduction de cette durée tout en minimisant les pertes de chances de récupération des victimes d'AVC.

► **Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions**

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES
2019

Luxembourg Office des publications de l'Union européenne

<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/EDR2019.pdf>

Ce rapport fournit une analyse des données les plus récentes sur la situation en matière de drogues et sur les réponses qui sont y apportées dans l'Union européenne, en Norvège et en Turquie. Il est étayé par d'autres sources d'information en ligne, telles que le bulletin statistique de l'OFDT, qui contiennent des données de base. Le dossier du rapport européen sur les drogues comprend également 30 rapports nationaux sur les drogues, lesquels donnent une vue d'ensemble de la situation actuelle pour tous les pays participant au réseau d'information sur les drogues de l'Union européenne.

► **The Effects of Traditional Cigarette and E-Cigarette Taxes on Adult Tobacco Product Use**

PESKO M. F., COURTEMANCHE C. J. ET MACLEAN J. C.
2019

NBER Working Paper ; 26017. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26017>

We study the effects of traditional cigarette tax rate changes and e-cigarette tax adoption on use of these products among U.S. adults. Data are drawn from the Behavioral Risk Factor Surveillance System and National Health Interview Survey data over the period 2011 to 2017. Using a differences-in-differences model, we find that higher traditional cigarette taxes reduce adult traditional cigarette use and increase adult e-cigarette use, suggesting that the products are economic substitutes. E-cigarette tax adoption reduces e-cigarette use, with some heterogeneity across groups, and dilutes the own-tax responsiveness of traditional cigarettes.

► **The Burden of Stroke in Europe Report**

STROKE ALLIANCE FOR EUROPE

2019

Londres King's College

<https://strokeeurope.eu/media/download/>

Stroke is a brain attack, affecting 17 million people worldwide each year. It is the second most common cause of death and a leading cause of adult physical disability. The present study uses the most recent available data to describe stroke epidemiology, prevention and care across the EU. In order to frame the study

and enable comparisons across countries and regions, SAFE required the inclusion of a number of indicators of stroke care quality. There are potentially many such indicators that could have been included; to keep the study manageable in the available time, a shortlist of 12 indicators was chosen to reference different parts of the stroke care "pathway", from prevention to long-term care and support. Information on these indicators and the epidemiology of stroke in each country was gathered through reviewing the scientific literature and by consulting with stroke researchers, clinicians and stroke support organisation representatives.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Perturbateurs endocriniens : effets sur la santé et leviers d'action en région**

CAMARD J. P. ET COLOMBIER C.

2019

Paris : ORSIF

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2019/Perturbateurs/FOCUS_perturbateurs_endocriniens_.pdf

Le 20 mars 2019, la Région Île-de-France signe la charte Villes et territoires « sans perturbateurs endocriniens » et devient ainsi la première région française à s'engager contre ces substances délétères pour la santé. Les collectivités locales, bénéficiaires d'aides régionales relatives aux équipements scolaires, sportifs ou à la petite enfance, et la Région devront respecter des engagements de principe en faveur de l'environnement et de la santé des Franciliens. Parmi les résultats marquants : les perturbateurs endocriniens sont suspectés de perturber la fonction de reproduction, mais ils peuvent aussi être à l'origine de troubles métaboliques (diabète, obésité) et favoriser le développement de cancers hormone-dépendants; les connaissances et les « niveaux de preuve » sont variables selon les substances. Aucune conclusion générale n'est donc possible pour l'ensemble des perturbateurs endocriniens et, globalement, les données scientifiques sur l'homme restent malheureusement faibles. Cependant, pour certaines substances ou pour certaines fenêtres d'exposition, le faisceau de probabilité d'effets sur la reproduction et sur la cancérogénèse se renforce

progressivement; les actions du Conseil régional Île-de-France dans ce domaine sont anciennes. Dès 2013, la Région avait décidé de faire de la lutte contre les perturbateurs endocriniens l'une de ses priorités, et décrété le sujet « grande cause régionale ». La Région avait lancé ainsi un programme d'actions visant à renforcer la prévention et la sensibilisation des franciliens aux effets des perturbateurs endocriniens sur la santé. Aujourd'hui, la Région poursuit son action avec la signature de la charte « Pour des villes et territoires sans perturbateurs endocriniens ». L'action de l'État en région est aussi à signaler notamment au travers du troisième Plan régional santé environnement.

► **Place-Based Drivers of Mortality: Evidence from Migration**

FINKELSTEIN A., GENTZKOW M. ET WILLIAMS H. L.

2019

NBER Working Paper ; 25975. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25975>

We estimate the effect of current location on elderly mortality by analyzing outcomes of movers in the Medicare population. We control for movers' origin locations as well as a rich vector of pre-move health measures. We also develop a novel strategy to adjust for remaining unobservable, based on the assumption that the relative importance of observables and unobservable correlated with movers' destinations is the

same as the relative importance of those correlated with movers' origins. We estimate substantial effects of current location. Moving from a 10th to a 90th percentile location would increase life expectancy at age 65 by 1.1 years, and equalizing location effects would reduce cross-sectional variation in life expectancy by 15 percent. Places with favorable life expectancy effects tend to have higher quality and quantity of health care, less extreme climates, lower crime rates, and higher socioeconomic status.

► **L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales**

LUCAS-GABRIELLI V. ET MANGENEY C.

2019

Document de travail Irdes ; 80. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/080-l-accessibilite-aux-medecins-generalistes-en-ile-de-france-methodologie-de-mesures-des-inegalites-infra-communales.pdf>

Dans un contexte d'inégale répartition de l'offre de soins, l'un des défis majeurs des politiques de santé des pays développés consiste à garantir à la population une égale accessibilité aux soins sur leur territoire. Évaluer ces inégalités d'accessibilité devient alors un enjeu. Depuis quelques années de nouvelles méthodes font objet d'une convergence d'intérêt dans la littérature géographique internationale. Elles se sont imposées en France à travers l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) construit par la Drees et l'Irdes. Ce dernier sert de socle à la définition des zonages déficitaires en médecins généralistes institués en 2017-2018 dans l'ensemble des régions françaises. Pour améliorer encore la mesure, la mobilisation de nouvelles données volumineuses (« big data ») sur la région Île-de-France montre les impacts de différentes évolutions de l'indicateur. La réduction de l'échelle géographique d'observation, de la commune à la maille de 200 mètres, met en exergue des disparités infra-communales importantes. La prise en compte des interactions entre l'offre et la demande à l'échelle régionale est la seconde évolution qui modifie le plus les niveaux d'accessibilité mesurés. L'intégration de la dimension sociale des besoins et des pratiques de mobilité différenciées (voiture, transports en commun...) a des impacts plus locaux. Enfin, la mise en contexte plus globale de l'indicateur, notamment en

tenant compte des offres médicales alternatives en spécialistes de premier recours, conduit à apporter une vision des équilibres infrarégionaux très sensiblement modifiée. Les résultats sont présentés sous forme de scénarios comparant l'effet de chacune des hypothèses introduites. Des séries de cartes permettent également d'en avoir une lecture spatiale (résumé d'auteur).

► **L'accessibilité aux médecins généralistes en Ile-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales**

MANGENEY C.

2019

Synthèse : Observatoire Régional de Santé Ile-de-France

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2019/accessibilite/ORS_synthese_accessibilite.pdf

La France, comme les autres pays développés, se trouve dans un contexte de répartition inégale des ressources en santé sur le territoire. L'Île-de-France n'est pas épargnée par ce processus. La question de l'accès aux médecins généralistes occupe une place croissante dans le débat public. Évaluer les inégalités d'accessibilité est un enjeu. La mesure des niveaux d'accessibilité aux soins s'est notablement améliorée ces dernières années grâce à l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) développé, au niveau national, par la Drees et l'Irdes. En se focalisant sur une seule région (l'Île-de-France), de nouvelles données deviennent disponibles et permettent de proposer des adaptations de cette méthode nationale aux spécificités franciliennes. Différentes hypothèses sont testées. Les résultats sont présentés sous forme de scénarios, illustrés cartographiquement pour en avoir une lecture spatiale. Cette étude a été menée en collaboration avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Parmi les résultats marquants : les résultats sont présentés sous forme de scénarios comparant l'effet de chacune des hypothèses introduites. Des séries de cartes permettent également d'en avoir une lecture spatiale. La réduction de l'échelle géographique d'observation, de la commune à la maille de 200 mètres, met en exergue des disparités infra-communales importantes. La prise en compte des interactions entre l'offre et la demande à l'échelle régionale est la seconde évolution qui modifie le plus les niveaux d'accessibilité mesurés. L'intégration de la dimension sociale des besoins et des pratiques de

mobilité différenciées (voiture, transports en commun...) a des impacts plus locaux. Enfin, la mise en contexte plus globale de l'indicateur, notamment en tenant compte des offres médicales alternatives en spécialistes de premier recours, conduit à apporter une

vision des équilibres infra-régionaux très sensiblement modifiée. Les résultats sont présentés sous forme de scénarios comparant l'effet de chacune des hypothèses introduites. Des séries de cartes permettent également d'en avoir une lecture spatiale.

Handicap

► **Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016 - Premiers résultats des remontées individuelles sur la PCH (RI-PCH)**

BARADJI E.
2019

Etudes Et Résultats (Drees)(117)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/parcours-et-profil-des-beneficiaires-de-la-prestation-de-compensation-du>

Au 31 décembre 2016, 284 100 personnes ont un droit ouvert à la prestation de compensation du handicap (PCH) en France, soit quatre habitants sur mille. Les effectifs se concentrent entre 50 et 64 ans, en raison de la prévalence du handicap qui augmente avec l'âge et des conditions de limites d'âge pour solliciter la prestation. Les hommes sont en proportion plus nombreux parmi les bénéficiaires les plus jeunes, tandis que les femmes sont surreprésentées à partir de 40 ans. 11 % des bénéficiaires sont entrés ou sortis de la PCH au cours de l'année 2016. Un sortant sur trois a quitté la PCH trois ans après son entrée dans le dispositif, et près d'un sortant sur cinq a quitté le dispositif pour cause de décès. Les sortants de 60 ans ou plus se distinguent par des durées de présence plus longues : 15 % étaient présents dès l'année de la mise en œuvre de la PCH (contre 9 % des moins de 60 ans). Entre 2012 et 2016, l'âge moyen des bénéficiaires a augmenté d'un an et demi. Si l'augmentation du nombre de bénéficiaires intervient à tout âge, elle est toutefois plus marquée à partir de 60 ans. Cette hausse s'explique par la montée en charge de la prestation combinée à des effets démographiques et à l'allongement de la durée de présence des bénéficiaires dans la prestation.

► **Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton**

BESSIERE M.
2019

Dossiers De La Drees (Les)(36)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-jeunes-adultes-relevant-de-l-amendement-creton>

L'amendement « Creton », du nom du comédien Michel Creton qui l'avait défendu, permet depuis 1989 le maintien dans un établissement pour enfants handicapés de jeunes adultes ayant atteint l'âge limite pour lequel leur établissement est autorisé, en attente d'une place en structure pour adultes. À partir des données des enquêtes ES- Handicap de la Drees, ce dossier décrit le profil des jeunes bénéficiaires en 2014, en le liant à ses évolutions depuis 2006. Ils sont environ 6 000 fin 2014 et présentent des handicaps et incapacités plus sévères que le reste des jeunes handicapés accueillis en établissement. Une régression logistique, confirme l'influence de la sévérité du handicap et des incapacités sur la probabilité de recourir à l'amendement. Après une augmentation entre 2006 et 2010 où le nombre de jeunes adultes bénéficiaires de l'amendement Creton est passé de 5 000 à 6 000, on enregistre au 31 décembre 2014 une légère diminution avec 5 700 jeunes maintenus dans des établissements pour enfants à ce titre. Leur nombre a donc diminué de 4 %, mais le nombre d'enfants et adolescents accueillis en établissement ayant globalement baissé sur la période, leur part dans le public accueilli par les établissements pour enfants ne fait qu'augmenter, atteignant 6,7 % fin 2014. Cette part varie selon le type d'établissement. On peut noter en 2014 leur forte représentation dans les instituts médico-éducatifs (8,2 %, en hausse d'1,6 point par rapport à 2010), alors que leur part diminue

dans les établissements pour enfants polyhandicapés (de 12,6 % à 10,8 %).

► **SERAFIN-PH. Publication des résultats de l'enquête de coût sur les données 2016**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2019

Paris CNSA

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/serafin-ph-publication-des-resultats-de-lenquete-de-cout-sur-les-donnees-2016>

Le projet SERAFIN-PH, qui vise à réformer la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) du champ du handicap, comporte une phase importante de connaissance fine des coûts actuels des ESMS concernés par la réforme. Ce rapport présente les résultats de la seconde enquête de coûts, réalisée en 2017, sur les comptes 2016.

► **Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants**

LENOIR D. ET DROAL H.

2019

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article734>

Dans le cadre des travaux préparatoires à la prochaine Conférence nationale du handicap, l'Igas a été chargée de formuler des propositions afin d'améliorer et de simplifier la compensation du handicap pour les enfants, en repensant l'articulation entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH). L'extrême complexité du système actuel de prestations et l'insuffisante adaptation aux besoins réels de l'enfant aboutissent à la fois à une piètre qualité de réponse aux situations individuelles et à des dépenses souvent

élevées. Ce rapport propose une nouvelle architecture de prestations permettant d'accompagner les parcours des enfants handicapés, de la naissance à l'âge adulte, en distinguant plus nettement le soutien au revenu des familles et la compensation du handicap de leur enfant, fonctions aujourd'hui entremêlées à l'intérieur de l'AEEH. La mission s'est appuyée sur un groupe de concertation, composé de représentants du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et des parties prenantes (administrations centrales, Départements et caisses nationales de Sécurité sociale). Elle a également organisé des ateliers départementaux et nationaux associant des parents et des agents des services gestionnaires, afin d'être au plus près des besoins des usagers.

► **La notion d'inclusion : quels enjeux, risques et défis pour le secteur médico-social, les personnes accompagnées et la société**

MONCHICOURT N. ET PAYRASTRE P.

2019

Bulletin du Creai Bourgogne-France Comté(370)

Le mot inclusion est désormais un terme fréquemment utilisé par le gouvernement français pour qualifier les évolutions attendues dans le secteur médico-social. Même si sa présence est quasi inexistante dans les textes législatifs, cette notion doit être mise en œuvre dans les établissements et services médico-sociaux, comme en témoignent notamment les projets régionaux de santé (PRS). Dans cet article, le Creai propose dans un premier temps de contextualiser la notion d'inclusion et ses termes connexes. Dans un deuxième temps, il tente d'identifier les composants indispensables à la société inclusive, pour proposer un socle de référence, tout en mettant en garde contre les raccourcis sémantiques parfois utilisés. Enfin, il propose des pistes pour une nouvelle structuration possible de l'offre et du rôle des professionnels du secteur dans ce paysage.

Hospitals

► Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2017

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

2019

Lyon ATIH

<http://www.atih.sante.fr/analyse-comparative-de-l-activite-hospitaliere-entre-les-regions-2017>

Chaque année, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) réalise une analyse nationale de l'activité hospitalière qui offre une vision globale des hospitalisations en France. Dans la continuité de ce panorama national, une déclinaison au niveau régional est proposée. Cette analyse de l'activité hospitalière régionale concerne les quatre champs sanitaires : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Pour cette édition 2017, l'analyse de l'activité hospitalière régionale est abordée selon deux approches : - Une approche production de soins, afin de décrire l'activité hospitalière réalisée par les établissements de santé implantés dans chaque région. - Une approche consommation de soins, afin de décrire les hospitalisations des patients selon leur région de résidence, quel que soit le lieu de prise en charge. En guise d'introduction, quelques éléments chiffrés sont présentés sur l'ensemble des régions pour chacun des quatre champs sanitaires. Ensuite, un atlas régional restitue les analyses de chaque agence régionale de santé (ARS) sur l'activité hospitalière de sa région. Avec leur expertise, elles apportent un éclairage complémentaire notamment sur le contexte démographique, sanitaire et de l'offre de soins, selon une trame commune à toutes les régions. En appui de l'analyse de chaque région, l'Atih a édité un fichier EXCEL par région sur les données 2017. Ces fichiers sont disponibles sur ScanSanté.

► Chiffres clés 2018 de l'HAD

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

2019

Paris : ATIH

<https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-had>

Cette étude réalisée par l'Atih rassemble les chiffres clés 2018 de l'hospitalisation à domicile (HAD) à partir des données collectées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces fiches présentent le nombre d'établissements, le nombre de patients hospitalisés ainsi que des exemples représentatifs de prises en charge.

► Chiffres clés 2018 de l'hospitalisation

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION

2019

Paris : Atih

<https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>

Cette étude réalisée par l'Atih rassemble les chiffres clés 2018 de l'hospitalisation à partir des données collectées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Elle présente le nombre d'établissements, le nombre de patients hospitalisés ainsi que des exemples représentatifs de prises en charge.

► The Health Impacts of Hospital Delivery Practices

CARD D., FENIZIA A. ET SILVER D.

2019

NBER Working Paper ; 25986. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25986>

Hospital treatment practices vary widely, often with little connection to the medical needs of patients. We assess the impact of these differences in the context of childbirth. We focus on low-risk first births, where c-section rates vary enormously across hospitals, and where policymakers have focused much of their atten-

tion in calls for reducing unnecessary c-sections. We find that proximity to hospitals with high c-section rates leads to more cesarean deliveries, fewer vaginal births after prolonged labor, and higher average Apgar scores. Infants born in these hospitals are less likely to be readmitted in the year after birth, but more likely to visit the emergency department for a respiratory-related problem. They also have lower mortality rates, driven by a reduction in the joint probability of prolonged labor and subsequent death. A stylized cost benefit analysis suggests that re-allocating births to high c-section hospitals could lead to net social benefits.

► **Modelling the Dynamic Effects of Elective Hospital Admissions on Emergency Levels in England**

JIMENEZ-MARTIN S., NICODEMO C. ET REDDING S.
2019

IZA Discussion Paper; 12340. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp12340.pdf>

In England as elsewhere, policy makers are trying to reduce the pressure on costs due to rising hospital admissions by encouraging GPs to refer fewer patients to hospital specialists. This could have an impact on elective treatment levels, particularly procedures for conditions which are not life-threatening and can be delayed or perhaps withheld entirely. This study attempts to determine whether cost savings in one area of publicly funded health care may lead to cost increases in another and therefore have unintended consequences by offsetting the cost-saving benefits anticipated by policy makers. Using administrative data from Hospital Episode Statistics (HES) in England we estimate dynamic fixed effects panel data models for emergency admissions at Primary Care Trust and Hospital Trust levels for the years 2004–13, controlling for a group of area-specific characteristics and other secondary care variables. We find a negative link between current levels of elective care and future levels of emergency treatment. This observation comes from a time of growing admissions and there is no guarantee that the link between emergency and elective activity will persist if policy is effective in reducing levels of elective treatment, but our results suggest that the cost-saving benefits to the NHS from reducing elective treatment are reduced by between 5.6 per cent and 15.5 per cent in aggregate as a consequence of increased emergency activity.

► **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins**

MALLEJAC N., OR Z. ET FOURNIER C.
2019

Document de travail Irdes ; 79. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/079-evaluation-d-impact-d-une-nouvelle-organisation-en-chirurgie-orthopedique-sur-les-parcours-de-soins.pdf>

La coordination des soins avant et après une hospitalisation est importante pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et l'efficacité du système de santé. Différents protocoles de soins centrés sur le patient ont été développés dans la littérature médicale. Ils sont de plus en plus promus et employés dans les établissements de santé. Dans cette étude, nous évaluons l'impact de la mise en place d'un protocole de Réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac) en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins dans les cliniques privées. Les données mobilisées proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information en Médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO) concernant les patients ayant séjourné en établissement de santé pour pose de prothèse de hanche ou du genou dans les cliniques privées. Nous analysons l'impact de la Raac sur les durées de séjour, les modes de sortie (Soins de suite et de réadaptation (SSR) ou domicile) et la probabilité de réadmission à 30 et 90 jours. À partir de régressions en doubles différences, nous comparons les résultats des patients opérés dans les établissements labellisés Raac par le Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (Grace) avec ceux des patients pris en charge dans des cliniques témoins comparables. On isole l'effet de la Raac en prenant en compte l'impact potentiel d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe du patient, son indice de co-morbidité et l'offre de soins proche de la résidence du patient (résumé d'auteur).

► **Pay for Performance for Hospitals**

MATHES T., PIEPER D., MORCHE M., *et al.*
2019

Cochrane Database of Systematic Reviews(7): 116.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011156.pub2/full>

<https://www.cochrane.org/fr/CD011156/paiement-la-performance-methodes-de-paiement-ou-de-penalite-pour-encourager-les-hopitaux-ameliorer>

Le but de cette revue Cochrane était de déterminer si le « paiement à la performance » c'est-à-dire le fait d'offrir aux hôpitaux des incitations financières pour atteindre leurs objectifs ou de les pénaliser s'ils n'atteignent pas ces objectifs - peut améliorer la qualité des soins aux patients, l'utilisation des ressources et l'équité. La revue ne s'est pas limitée à un certain problème de santé. Les chercheurs Cochrane ont recueilli et analysé toutes les études pertinentes pour répondre à cette question.

► **Les établissements de santé : édition 2019**

TOULEMONDE F. ET BOISGUERIN B.

2019

Paris : Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>

En 2017, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, par le biais notamment du développement de l'hospitalisation à temps partiel ou de l'hospitalisation à domicile. Dans son édition 2019, les établissements de santé détaille, pour l'année 2017, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, le parcours des patients par disciplines, les caractéristiques du personnel rémunéré (médical et non médical) ou encore les équipements techniques et leur répartition sur le territoire. Les nouveaux indicateurs mis à disposition par la Haute Autorité de santé (HAS) pour évaluer la qualité des soins et la sécurité des patients sont présentés de façon synthétique. Enfin, des éléments de cadrage permettent d'apprécier l'évolution de la santé économique et financière du secteur, ainsi que de son contexte juridique et réglementaire.

Inégalités de santé

Health inequalities

► **Distributional Effects of Education on Health**

BARCELLOS S. H., CARVALHO L. S. ET TURLEY P.

2019

NBER Working Paper ; 25898. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25898>

This paper studies distributional effects of education on health. In 1972, England, Scotland, and Wales raised their minimum school-leaving age from 15 to 16 for students born after 9/1/1957. Using a regression discontinuity design and objective health measures for 0.27 million individuals, we find that education reduced body size and increased blood pressure in middle age. The reduction in body size was concentrated at the upper tail of the distribution with a 7.5 percentage point reduction in obesity. The increase in blood pressure was concentrated at the lower tail of the distribution with no effect on stage 2 hypertension.

► **Associations of Childhood Health and Financial Situation with Quality of Life After Retirement: Regional Variation Across Europe**

BORNHORST C., HEGER D. ET MENSEN A.

2019

Ruhr Economic Papers; 795. Bochum Ruhr-Universität Bochum

Many studies have shown that childhood circumstances can have long term consequences that persist until old age. To better understand the transmission of early life circumstances, this paper analyses the effects of health and financial situation during childhood on quality of life after retirement as well as the mediating role of later life health, educational level, and income in this association. Moreover, this study is the first to compare these pathways across European regions. The analyses are based on data of 13,092 retirees aged = 60 and = 85 years from the fifth wave of the Survey of Health, Aging, and Retirement

in Europe (SHARE) with full information on childhood and later life measures of health, educational level, financial situation, and quality of life as well as relevant covariates. Five European regions are studied: Central-Western Europe (Austria, Germany), Central-Eastern Europe (Czech Republic, Estonia, Slovenia), Northern Europe (Denmark, Sweden), Southern Europe (Italy, Spain), and Western Europe (Belgium, France, The Netherlands). Path analysis is used to identify the direct and indirect effects of childhood measures on quality of life. We find retirees' quality of life to be associated with childhood finances and health in all five European regions. While both the direct and indirect effects of childhood health are rather moderate and homogeneous across regions, especially the direct effects of childhood finances on quality of life after retirement display a distinct North-South gradient being strongest in Southern Europe. Potential explanations for the regional variations are differences in the countries' welfare system

► **Adverse Childhood Experiences and Outcomes Later in Life: Evidence from SHARE Countries**

BRUGIAVINI A., BUJA R. E., KOVACIC M., *et al.*
2019

No.18/WP/2019. Venice University Ca' Foscari of Venice

https://econpapers.repec.org/paper/venwpaper/2019_3a18.htm

In this paper, we investigate whether exposure to adverse experiences during childhood such as physical and emotional abuse affects a set of health and socio-economic outcomes across the lifespan using recent European data from SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). The novelty of our approach consists in exploiting the recently published data on adverse childhood experiences for 19 SHARE countries, which enables us to account for country-specific heterogeneity and investigate the long-run effects of exposure to early-life adverse circumstances on different adult outcomes. Our results highlight a negative long-term effect of exposure to adverse childhood experiences -ACEs on risky behaviour such as smoking, as well as on socio-economic outcomes like unemployment and family dissolution.

► **The Measurement of Health Inequalities: Does Status Matter?**

COSTA-FONT J. ET COWELL F.
2019

IZA Discussion Paper ; 12390. Bonn IZA

<https://www.iza.org/de/publications/dp/12390/the-measurement-of-health-inequalities-does-status-matter>

Approaches to measuring health inequalities are often problematic in that they use methods that are inappropriate for categorical data. The approach here focuses on "pure" or univariate health inequality (rather than income-related or bivariate health inequality) and is based on a concept of individual status that allows a consistent treatment of such data. We use several versions of the status concept and apply methods for treating categorical data to examine self-assessed health inequality for the countries contained in the World Health Survey; we also use regression analysis on the apparent determinants of these health inequality estimates. Our findings indicate major differences in health-inequality rankings depending on the status concept. We find evidence that health inequalities vary with median health status alongside indicators of institutional performance.

► **Does Fiscal Decentralization Affect Regional Disparities in Health? Quasi-Experimental Evidence from Italy**

DI NOVI C., PIACENZA M., ROBONE S., *et al.*
2019

Working Paper;83. Milan Università Cattolica del Sacro Cuore

<https://ideas.repec.org/p/ctc/serie1/def083.html>

Recent theories on fiscal decentralization support the view that sub-national governments who finance a larger share of their spending with taxes raised locally by themselves are more accountable towards their citizens. Whilst evidence on improvements in spending efficiency is relatively common, little is known about the effects on inequalities amongst the population. In this paper we exploit a reform aimed at increasing regional tax autonomy in Italy to provide quasi-experimental evidence on the impact of fiscal decentralization on health disparities between- and within-regions. Our findings, robust to a number of robustness checks, support the view that fiscal decentralization does not impact on between-regional inequalities but can help to reduce inequalities within regions. However, this

last effect depends on the degree of economic development: richer regions are better than poorer ones in containing inequalities.

► **The Impact of Medicaid on Medical Utilization in a Vulnerable Population: Evidence from COFA Migrants**

HALLIDAY T. J., AKEE R., SENTELL T., *et al.*
2019

NBER Working Paper ; 26030. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w26030>

In March 2015, the State of Hawaii stopped covering the vast majority of migrants from countries belonging to the Compact of Free Association (COFA) in the state Medicaid program. COFA migrants were instead required to obtain private insurance in the exchanges established under the Affordable Care Act. Using statewide administrative hospital discharge data, we show that Medicaid-funded hospitalizations and emergency room visits declined in this population by 69% and 42% after the expiration of Medicaid eligibility. This decrease occurred despite the fact that low-income COFA households were eligible for state-funded premium coverage for private insurance. Utilization funded by private insurance did increase, but not enough to offset the declines in Medicaid-funded utilization. Uninsured ER visits increased as a consequence of the expiration of Medicaid benefits. Paradoxically, we also find a substantial increase in Medicaid-funded ER visits by infants after the expiration of benefits.

► **Guide sur la prévention et la lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé**

JUNG E. ET DONNARD G.
2019

Strasbourg : Migrations Santé Alsace
https://www.migrationsante.org/wp-content/uploads/2019/05/GUIDE_VERS-PLUS-D-EGALITE-EN-SANTE_HOMEPRINT.pdf

Ce guide est pensé pour soutenir les professionnels-les et les bénévoles de la santé et du social dans leurs réflexions sur l'accueil de la diversité des publics, l'adaptation et la qualité de la prise en charge, le respect des principes déontologiques et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les objectifs sont de :

sensibiliser aux discriminations vécues par les usagers-ères dans le domaine de la santé ; apporter des éléments d'analyse ; outiller les professionnels-les pour prévenir et lutter contre les discriminations dans leurs pratiques au quotidien.

► **Health of Immigrant Children: The Role of Immigrant Generation, Exogamous Family Setting, and Family Material and Social Resources**

LOI S., PITKANEN J. ET MOUSTGAARD H.
2019

MPIDR Working Papers WP-2019-009. Rostock Max Planck Institute for Demographic Research
<https://ideas.repec.org/p/dem/wpaper/wp-2019-009.html>

Children of first-generation immigrants tend to have better health than the native population, but over generations, the health advantage of immigrant children deteriorates. It is, however, poorly understood how family resources can explain health assimilation, whether the process of assimilation varies across health conditions, and where on the generational health assimilation spectrum children with one immigrant and one native parent (exogamous families) lie. We seek to extend our understanding of the process of health assimilation by analyzing the physical and mental health of immigrant generations, assessing the role of exogamous family arrangements, and testing the contribution of family material and social resources on the offspring's outcomes. We use register-based longitudinal data from a 20% random sample of Finnish households with children born in years 1986-2000, free of reporting bias and loss to follow-up. We estimate the risk of being hospitalized for somatic conditions, psychopathological disorders, and injuries by immigrant generation status. Our results show a negative health assimilation process with higher prevalence of physical and, in particular, mental health problems among second-generation immigrant children than among native children, and to first-generation immigrant children, that is only partially explained by family resources. We find that the children of exogamous families are at especially high risk of developing psychopathological disorders. These results provide strong support for the hypothesis that children of exogamous families constitute a specific health risk group, especially for psychopathological disorders, and that the role of the family seems to be secondary to other unobserved factors.

► **Accounting for the Impact of Medicaid on Child Pover**

KORENMAN S., REMLER D. K. ET HYSON R. T.
2019

NBER Working Paper ; 25973. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w25973>

US Census Bureau poverty measures do not include an explicit need for health care or insurance nor do they consider health insurance benefits to be resources. Consequently, they cannot measure the direct impact of health insurance benefits on poverty. This paper reviews conceptual and practical considerations in incorporating health benefits and needs into poverty measures. We analyze the advantages and disadvantages of various approaches including variants of the Official Poverty Measure (OPM); the Supplemental Poverty Measure (SPM); using a threshold with medical out-of-pocket (MOOP) expenditures; a Medical Care Expenditure Risk (MCER) Index; willingness to pay (WTP) for Medicaid; and the Health-Inclusive Poverty Measure (HIPM; Korenman and Remler 2016). We present estimates of Medicaid's impacts on child poverty, based on the HIPM. This paper was prepared as a background paper for the Committee on Building an Agenda to Reduce the Number of Children in Poverty by Half in 10 Years, of the Board of Children, Youth and Families of the National Academy of Sciences. The paper was submitted in October 2017 and embargoed until the release of the Committee's report, A Roadmap to Reducing Child Poverty, in March of 2019.

► **Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS)**

MINISTÈRE CHARGÉ DES SOLIDARITÉS
2018

Paris Ministère chargé des solidarités
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enquete_parcours_personnes_accueillies_lam_lhss_rapport_final.pdf

La Direction générale de la Cohésion sociale a mandaté le cabinet EY pour réaliser une étude destinée à analyser les parcours des personnes accueillies en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Lits d'Accueil Médicalisés (LAM). De manière plus spécifique, cette étude vise à identifier le rôle joué par ces structures dans le parcours des personnes, ainsi que leur capacité de réponse à leurs besoins d'insertion sociale, d'héber-

gement et de soins, en lien avec les autres acteurs de l'accompagnement. L'insertion sociale, à la fois but et moyen, se définit comme « le résultat des mécanismes d'intégration par lesquels chaque individu tout au long de sa vie assimile les éléments lui permettant d'occuper une place dans les échanges sociaux ». Pour les personnes malades et souvent très marginalisées accueillies en LAM et/ou en LHSS, l'insertion passe avant tout par l'accès aux droits et aux soins, à une solution d'hébergement pérenne, et par le réapprentissage de la vie en communauté. Ce sont sur ces besoins prioritaires que se concentre l'étude.

► **Environmental Health Inequalities in Europe. Second Assessment Report**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
2019

Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe
<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-assessment-report>

La répartition inégale de l'exposition des populations aux conditions environnementales (et aux maladies susceptibles de découler de ces conditions) est fortement liée à tout un ensemble de déterminants socio-démographiques. Les interventions visant à lutter contre ces inégalités en matière d'hygiène de l'environnement doivent être fondées sur une évaluation de leur ampleur et sur le recensement des groupes de population les plus exposés ou les plus vulnérables aux risques environnementaux. Or, les données sont très rares à ce sujet. Pour combler cette lacune, et procéder au suivi des engagements pris lors de la cinquième conférence ministérielle sur l'environnement et la santé organisée en 2010 dans la ville italienne de Parme, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a effectué une évaluation de base de l'ampleur de l'inégalité en matière d'hygiène de l'environnement dans la Région européenne, s'inspirant d'un ensemble de base de 14 indicateurs d'inégalité. Les principales conclusions indiquent que les inégalités socio-économiques et démographiques en termes d'exposition aux risques sont présentes dans tous les pays, bien qu'elles varient d'un pays à l'autre. Le rapport passe en revue les inégalités liées au logement, aux traumatismes et à l'environnement, identifie les lacunes qui doivent encore être comblées en termes de bases factuelles et propose des actions prioritaires à mettre en œuvre

aux niveaux infra régional et national, à la lumière de ces variations nationales.

► **Synthèse descriptive des données du baromètre du renoncement aux soins (BRS)**

REVIL H., DAABEK N. ET BAILLY S.

2019

Grenoble Odenore

<http://odenore.msh-alpes.fr/content/synth%C3%A8se-descriptive-des-donn%C3%A9es-du-barom%C3%A8tre-du-renoncement-aux-soins-brs>

La démarche du Baromètre du renoncement aux soins (BRS) est née en 2014 dans le Gard, dans le cadre d'une collaboration entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore). Elle s'est ensuite déployée à l'ensemble de la France Métropolitaine via la dynamique de généralisation des PFIDASS2. Au fil des années, environ 160 000 questionnaires ont été recueillis et plus de 400 entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès de personnes en renoncement aux soins. Ce document synthétise les principaux résultats des analyses quantitatives descriptives du BRS4. Il s'inscrit dans l'esprit de la démarche BRS, à savoir une volonté d'observer le renoncement/report de soins tel qu'il « se donne à voir » dans les organismes/structures partenaires du baromètre, durant les périodes d'enquête.

► **The Effects of Schooling on Costless Health Maintenance: Overweight Adolescents and Children in Rural China**

ROSENZWEIG M. R. ET ZHANG J.

2019

NBER Working Paper Series ; 26089. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26089>

Obesity is an important global health problem. Although obesity is not directly related to access to health care or constrained by resource deprivation, overweight status is predominantly found in poor, less-educated populations. This paper seeks to identify the causal role of schooling in affecting obesity among children and adolescents, using new estimation methods that exploit unique panel data on young twins in China. The estimates indicate that higher levels of

schooling negatively affect being overweight and positively affect healthy behavior, with a large component of the causal effects due to increased information on the benefits of maintaining a healthy weight. There is also evidence that the higher-income associated with increased schooling increases incentives to invest in health.

► **Médiation en santé : un outil pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ? Actes du séminaire régional, 25 janvier 2019**

VILLE ET TERRITOIRES

2019

Toulouse Villes et Territoires

https://www.villesetterritoireslr.fr/site2015/wordpress/wp-content/uploads/2019/04/La-médiation-en-santé-un-outil-pour-réduire-les-inégalité-sociales-et-territoriales_Villes-et-Territoires.pdf

Le non-accès à la prévention et aux soins, fait désormais l'objet d'une attention croissante en France. La lutte contre le non-recours est notamment inscrite parmi les objectifs stratégiques de l'Assurance Maladie, et les volets précarité de chaque Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) incluent des objectifs de réduction des inégalités. Dans ce contexte, la médiation en santé apparaît comme une solution pour agir sur les difficultés rencontrées par les personnes les plus éloignées des offres de soins et de prévention présentes sur leur territoire. Pour les promoteurs de ce type de pratiques, elles répondent à la nécessité « d'aller vers » les populations les plus fragiles afin de faciliter leur accès à ces offres, ainsi qu'aux ressources disponibles pour les aider à y accéder. Le terme de médiation en santé semble étroitement lié à celui de médiation sociale, mais il a un objectif propre : réduire les inégalités sociales de santé. Quelles pratiques cela recouvre-t-il précisément ? Quelles sont les conditions favorables au développement d'actions de médiation en santé ? Qu'en est-il des médiateurs en santé, de leurs profils et de leur rôle ?

Pharmaceuticals

► **How Well Do Doctors Know Their Patients? Evidence from a Mandatory Access Prescription Drug Monitoring Program**

BUCHMUELLER T. C., CAREY C. M. ET MEILLE G.
2019

NBER Working Paper Series ; 26159. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26159>

Many opioid control policies target the prescribing behavior of health care providers. In this paper, we study the first comprehensive state-level policy requiring providers to access patients' opioid history before making prescribing decisions. We compare prescribers in Kentucky, which implemented this policy in 2012, to those in a control state, Indiana. Our main difference-in-differences analysis uses the universe of prescriptions filled in the two states to assess how the information provided affected prescribing behavior. As many as forty percent of low-volume opioid prescribers stopped prescribing opioids altogether after the policy was implemented. Among other providers, the major margin of response was to prescribe opioids to approximately sixteen percent fewer patients. While providers disproportionately discontinued treating patients whose opioid histories showed the use of multiple providers, there were also economically-meaningful reductions for patients without multiple providers and single-use acute patients.

► **The Price to Consumers of Generic Pharmaceuticals: Beyond the Headlines**

FRANK R. G., HICKS A. ET BERNDT E.
2019

NBER Working Paper Series ; 26120. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26120>

Generic drug prices have been the focus of much attention in recent years, with Congressional committees, executive agencies and private organizations all conducting investigations into the pricing patterns for generic drugs. Price spikes for selected old, off-patent drugs have also been widely reported

in the media. To place these generic price increases into context, we construct two chained Laspeyres consumer price indexes (CPIs), using the 2007-2016 IBM MarketScan Commercial Claims and Encounters Research Database. The first ("direct out-of-pocket CPI") measures consumers' direct out-of-pocket payments to the dispensing pharmacy, while the second ("total CPI") represents the total revenues received by the dispensing pharmacy – the consumers' direct out-of-pocket payments plus the amount paid to the pharmacy by the insurer on behalf of the consumer. We find the chained direct-out-of-pocket CPI for generic prescription drugs declines by about 50% between 2007 and 2016, while the total CPI falls by nearly 80% over the same time period. The smaller decline in the direct out-of-pocket CPI than in the total CPI is due in part to consumers' increasingly moving away from fixed copayment benefit plans to pure coinsurance or a mixed package of coinsurance and copayments. While consumers are experiencing more cost sharing that in fact shifts more of the drug cost burden on to them, on balance in the US consumers have experienced substantial price declines for generic drugs.

► **Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
2018

Saint-Denis Haute Autorité de Santé

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Parce que les multiples points de transition majorent le risque médicamenteux, elle repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé et le patient, tout au long de son parcours. Ce guide a pour objectif de sensibiliser et d'accompagner les professionnels et les

patients à la conciliation médicamenteuse, en favorisant une mise en œuvre progressive de cette démarche et en facilitant son déploiement par la mise à disposition d'outils et de mise en situation éprouvés par les professionnels de santé. Il appartient à chaque établissement de santé, de s'approprier la démarche au regard de son organisation et de la pratique des professionnels de santé. Ce guide est une description des pratiques professionnelles. Il n'a pas été conçu pour décrire l'informatisation de la conciliation. Les applications informatiques doivent permettre la pratique décrite mais ce guide ne se substitue pas à une analyse fonctionnelle informatique.

► **Mortality and Socioeconomic Consequences of Prescription Opioids: Evidence from State Policies**

KAESTNER R. ET ZIEDAN E.

2019

NBER Working Paper Series ; 26135. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26135>

This article presents estimates of the effects of state prescription opioid policies on prescription opioid sales, mortality and socioeconomic outcomes of adults. Our analysis highlights that most prescription opioid use is medically prescribed and that curtailing such use may have adverse effects on wellbeing. We also emphasize that there are significant differences in prescription opioid use and mis-use across demographic groups that may cause state policies to have heterogeneous effects. Results indicate that state policies reduced prescription opioid sales by between 5% and 20% depending on the policy and type of prescription opioid. State "pill mill" laws have been particularly effective at reducing prescription opioid sales. The reductions in prescription opioid sales associated with state policies, however, were not associated with significant changes in mortality or socioeconomic outcomes.

► **Assessing Non-Prescription and Inappropriate Use of Antibiotics**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

2019

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312306/9789289054089-eng.pdf>

This survey was undertaken in the 18 countries and areas that are members of the WHO Regional Office for Europe Antimicrobial Medicines Consumption Network to assess the current status of regulatory and national/area-level activities in eastern European and central Asian countries and areas to support the appropriate use of antibiotics. All countries and areas reported an existing legislative framework governing the marketing authorization of antimicrobial agents, their distribution, assessment of the quality of products in circulation, their prescription and dispensing. Respondents reported a wide range of activities in support of appropriate use of antimicrobials that targeted the general public, doctors and pharmacists. Priority actions for improving the appropriate use of antibiotics identified by respondents were greater enforcement of existing regulations on prescribing and dispensing of antibiotics to ensure prescription-only access, educating health-care professionals about antimicrobial resistance and appropriate use of antibiotics, improving public awareness on rational use of antibiotics and establishing and implementing standard treatment guidelines for use in clinical practice. Dix-huit États et régions membres du Réseau de consommation des médicaments antimicrobiens du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ont participé à une enquête en vue d'évaluer l'état actuel des activités de réglementation et menées aux niveaux national/régional dans les États et régions d'Europe orientale et d'Asie centrale, et de soutenir l'usage approprié des antibiotiques. Les États et les régions ont tous signalé la présence d'un cadre législatif régissant l'autorisation de mise sur le marché d'agents antimicrobiens, leur distribution, l'évaluation de la qualité des produits en circulation, leur prescription et leur délivrance. Les répondants ont fait état d'un large éventail d'activités à l'appui de l'usage approprié des antimicrobiens ciblant le grand public, les médecins et les pharmaciens. Parmi les mesures prioritaires recensées par les répondants en vue d'améliorer l'usage approprié des antibiotiques, il convient de mentionner les suivantes : une application plus stricte des règlements existants sur la prescription et la délivrance des antibiotiques afin d'assurer l'accès uniquement sur ordonnance, la sensibilisation des professionnels des soins de santé à la résistance aux antimicrobiens et à l'usage approprié des antibiotiques, la sensibilisation accrue du public à l'usage rationnel des antibiotiques, ainsi que l'élaboration et l'application de directives thérapeutiques standard pour la pratique clinique.

Methodology

► **Pathways to Good Healthcare Services and Patient Satisfaction: An Evolutionary Game Theoretical Approach**

ALALAWI Z., HAN T. H. ET ZENG Y.
2019

Middlesbrough Teeside University

<https://arxiv.org/abs/1907.07132>

Spending by the UK's National Health Service (NHS) on independent healthcare treatment has been increased in recent years and is predicted to sustain its upward trend with the forecast of population growth. Some have viewed this increase as an attempt not to expand the patients' choices but to privatize public healthcare. This debate poses a social dilemma whether the NHS should stop cooperating with Private providers. This paper contributes to healthcare economic modelling by investigating the evolution of cooperation among three proposed populations: Public Healthcare Providers, Private Healthcare Providers and Patients. The Patient population is included as a main player in the decision-making process by expanding patient's choices of treatment. We develop a generic basic model that measures the cost of healthcare provision based on given parameters, such as NHS and private healthcare providers' cost of investments in both sectors, cost of treatments and gained benefits. A patient's costly punishment is introduced as a mechanism to enhance cooperation among the three populations. Our findings show that cooperation can be improved with the introduction of punishment (patient's punishment) against defecting providers. Although punishment increases cooperation, it is very costly considering the small improvement in cooperation in comparison to the basic model.

► **Testing the Validity of the Single Interrupted Time Series Design**

BAICKER K. ET SVORONOS T.
2019

NBER Working Paper Series ; 26080. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26080>

Given the complex relationships between patients' demographics, underlying health needs, and outcomes, establishing the causal effects of health policy and delivery interventions on health outcomes is often empirically challenging. The single interrupted time series (SITS) design has become a popular evaluation method in contexts where a randomized controlled trial is not feasible. In this paper, we formalize the structure and assumptions underlying the single ITS design and show that it is significantly more vulnerable to confounding than is often acknowledged and, as a result, can produce misleading results. We illustrate this empirically using the Oregon Health Insurance Experiment, showing that an evaluation using a single interrupted time series design instead of the randomized controlled trial would have produced large and statistically significant results of the wrong sign. We discuss the pitfalls of the SITS design, and suggest circumstances in which it is and is not likely to be reliable.

► **Precise or Imprecise Probabilities? Evidence from Survey Response on Late-Onset Dementia**

GIUSTINELLI P., MANSKI C. F. ET MOLINARI F.
2019

NBER Working Paper Series ; 26125. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26125>

We elicit numerical expectations for late-onset dementia in the Health and Retirement Study. Our elicitation distinguishes between precise and imprecise probabilities, while accounting for rounding of reports. Respondents quantify imprecision using probability intervals. Nearly half of respondents hold imprecise dementia probabilities, while almost a third of precise-probability respondents round their reports. We provide the first empirical evidence on dementia-risk perceptions among dementia-free older Americans and novel evidence about imprecise probabilities in a nationally-representative sample. We show, in a specific framework, that failing to account for imprecise or rounded probabilities can yield incorrect predictions of long-term care insurance purchase decisions.

► **Evaluation of Medical Technologies with Uncertain Benefits**

LAKDAWALLA D. N. ET PHELPS C. E.
2019

NBER Working Paper Series ; 26058. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26058>

Cost-effectiveness analysis (CEA) remains the de-facto method of choice to evaluate and compare medical interventions. Standard approaches to CEA use the average (mean) outcomes from clinical effectiveness studies such as randomized controlled trials. This paper generalizes standard methods to include uncertainty in clinical outcomes and proposes a generalized version of the quality-adjusted life-year (QALY), referred to as a quality- and risk-adjusted life-year (QRALY). Our approach requires new information from clinical studies – not only means and variances of health outcomes, but also skewness. With that added parameter, this paper shows how Taylor Series expansions of expected utility can account for two distinct effects of uncertainty: the “insurance value” of reducing overall risks to health, and the “value of hope” produced by the presence of positively skewed outcomes. Simulations demonstrate that stochastic terms are particularly important when baseline disease severity is high, and mean treatment effects are low. They also demonstrate that the variance-based term has the greatest importance among the stochastic terms, although skewness- and kurtosis-based terms can be significant in some situations.

► **Le secret statistique**

LE GLEAU J. P.
2019

Les Ullis : EDP Sciences

Pour établir leurs statistiques, l’Insee et les autres services statistiques publics récoltent de nombreuses informations auprès de nous. Ces informations sont-elles bien protégées ? Finalement, qui peut y avoir accès ? Le secret statistique garantit que nos données ne seront pas divulguées à des tiers. Les règles de mise en œuvre du secret statistique se sont adaptées aux mouvements de la société et à l’évolution des techniques. Il est désormais possible de donner accès à des informations statistiques très détaillées pour les chercheurs, sans rompre la confidentialité. Ces techniques, mises au point pour la statistique, sont maintenant uti-

lisées pour mettre à la disposition des chercheurs des données fiscales, sur la santé, etc. tout en respectant la protection des données personnelles. Cet ouvrage est le premier à faire un bilan complet des règles et pratiques qui permettent de garantir le secret statistique. Une première partie définit l’évolution du secret statistique depuis la guerre. Un chapitre pratique détaille les règles à observer dans la diffusion des statistiques pour préserver la confidentialité des données. Un développement particulier est ensuite fait sur la question difficile de la diffusion de données individuelles. Enfin quelques exemples pris dans d’autres pays donnent un éclairage sur les techniques retenues ailleurs.

► **Glossaire franco-anglais de termes en économie de la santé French-English Glossary of Health Economics Terms**

MAREK A., SAFON M. O. *et al.*
2019

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/2018/ouvrage-005-glossaire-franco-anglais-des-termes-en-economie-de-la-sante.html>

Cette nouvelle édition en ligne du Glossaire franco-anglais des termes, concepts et sigles en économie de la santé, a été revue et augmentée par les équipes des Publications et Documentation de l’Irdes. Outre l’abondement des termes à partir de revues anglo-saxonnes spécialisées, cette édition s’appuie sur les traductions des synthèses de l’Irdes « Questions d’économie de la santé » et des mots-clés du thesaurus MeSH (Medline). Elle s’enrichit également d’un volet thématique qui classe les termes traduits selon les disciplines convoquées (économie, sociologie, géographie...).

► **Identification of a Class of Health-Outcome Distributions Under a Common Form of Partial Data Observability**

MULLAHY J.
2019

NBER Working Paper ; 26011. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26011>

This paper suggests analytical strategies for obtaining informative parameter bounds when multivariate health-outcome data are partially observed in a particular yet common manner. One familiar context is

where $M > 1$ health outcomes' respective totals across $N > 1$ time periods are observed but where questions of interest involve features—probabilities, moments, etc...—of their unobserved joint distribution at each of the N time periods. For instance, one might wish to understand the distribution of any type of unhealthy day experienced over a month but have access only to the separate totals of physically unhealthy and mentally unhealthy days that are experienced. After demonstrating methods to bound, or partially identify, such distributions and related parameters under several sampling assumptions, the paper proceeds to derive bounds on partial effects involving exogenous covariates. These results are applied in three empirical exercises. Whether the proposed bounds prove to be sufficiently narrow to usefully inform decisionmakers can only be determined in context, although it is suggested in the paper's conclusion that the issues considered in this paper are likely to become increasingly important for analysts.

► **Development Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use**

QUINN PATTON M.

2011

New York : The Guilford Press

This study offers a powerful approach to monitoring and supporting social innovations by working in partnership with program decision makers. In this book, eminent authority Michael Quinn Patton shows how to conduct evaluations within a DE framework. Patton draws on insights about complex dynamic systems, uncertainty, nonlinearity, and emergence. He illustrates how DE can be used for a range of purposes: ongoing program development, adapting effective principles of practice to local contexts, generating innovations and taking them to scale, and facilitating rapid response in crisis situations. Students and practicing evaluators will appreciate the book's extensive case examples and stories, cartoons, clear writing style, "closer look" sidebars, and summary tables. Provided is essential guidance for making evaluations useful, practical, and credible in support of social change.

Politique de santé

Health Policy

► **Des soins palliatifs à la médecine palliative : quels enjeux pour l'avenir ?**

CENTRE NATIONAL DES SOINS PALLIATIFS ET DE LA FIN DE VIE

2019

Paris CNSPV

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/press/des-soins-palliatifs-a-la-medecine-palliative-nouvelle-brochure-du-cnspfv/>

Cette synthèse rassemble les réflexions du groupe de travail mandaté par le CNSPFV pour réfléchir aux liens entre soins palliatifs et fin de vie aujourd'hui. Ces réflexions ont été menées sous la présidence de Marcel- Louis Villard, anesthésiste- réanimateur et médecin de soins palliatifs, responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs adulte et pédiatrique, Hôpital Necker, AP- HP, Paris.

► **Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé : Avis de la Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable**

LONGEOT J. F.

2019

Paris Sénat

<http://www.senat.fr/rap/a18-515/a18-515.html>

Pour lutter contre les déserts médicaux, la commission de l'aménagement du territoire, saisie pour avis, a proposé un dispositif prévoyant un stage dans les zones sous- denses durant les études de médecine et salue l'adoption par le Sénat d'une disposition instaurant une année de pratique ambulatoire dans le troisième cycle en priorité dans ces zones.

► **Evaluation des risques sanitaires et environnementaux par les agences : trouver le chemin de la confiance**

MEDEVIELLE P., OUZOULIAS P., BOLO P., *et al.*
2019

Paris Sénat, Paris Assemblée Nationale

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-477-notice.html>

Comment sont évalués les risques sanitaires et environnementaux liés aux substances et produits utilisés dans l'agriculture, l'alimentation ou encore les produits de grande consommation ? Les controverses autour du glyphosate, jugé cancérigène par le Centre international de recherche contre le cancer, qui dépend de l'OMS, alors que les agences d'évaluation européennes et nationales ne retiennent pas un tel classement, ont conduit les commissions des affaires économiques et des affaires européennes de l'Assemblée nationale à saisir l'OPECST afin d'examiner la manière dont travaillent les agences. Qui sont les experts ? Comment prévenir les conflits d'intérêts ? Quels sont les moyens et méthodes des agences ? Le rapport formule 13 recommandations destinées à améliorer le fonctionnement des agences et le travail d'évaluation des risques, mais aussi à mieux organiser le débat public sur les risques, marqué aujourd'hui par une grande confusion, et à fonder les décisions sur des données scientifiques solides.

► **Rapport sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé**

MILON A.
2019

Paris Sénat

<http://www.senat.fr/rap/l18-524/l18-524.html>

Réunie le mercredi 22 mai 2019 sous la présidence de Gérard Dériot, vice-président, la commission des affaires sociales a examiné le rapport d'Alain Milon, président de la commission et rapporteur, et a établi son texte sur le projet de loi n° 404 (2018-2019) relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, adopté par l'Assemblée nationale et sur lequel le Gouvernement a engagé la procédure accélérée. 132 amendements ont été adoptés, dont 104 présentés par le rapporteur. La commission a regretté que le contenu du projet de loi présenté au Parlement, qui renvoie largement à des ordonnances ou décrets ultérieurs, y compris sur des sujets essentiels, forme davantage un

cadre général d'orientations qu'une réforme structurante, en n'abordant ni la question de la gouvernance du système de santé, ni celle de son financement. Si le texte, qui comportait initialement 23 articles, en compte 50 de plus à l'issue de son examen par l'Assemblée nationale, il est pour l'essentiel composé de mesures disparates, souvent déclaratoires, qui peinent à former un ensemble cohérent. Tout en reconnaissant des inflexions positives, la commission s'est montrée réservée quant à la capacité du projet de loi, à l'intitulé pourtant riche de promesses, à opérer une réelle transformation de notre système de santé, alors que ce dernier a été décrit à juste titre comme « à bout de souffle » dans le diagnostic posé à l'issue de la « stratégie de transformation de notre système de santé » qui a constitué la genèse de ce texte. Intervenant juste trois ans après la loi « Santé » de 2016 et s'inscrivant largement dans la continuité de ses objectifs et de ses outils, la loi qui sera définitivement adoptée par le Parlement ne pourra réussir sur le terrain qu'à la condition que la déclinaison réglementaire ou par voie d'ordonnances des réformes esquissées et les moyens associés soient véritablement à la hauteur des enjeux.

► **Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans**

RIST S. ET BARTHET-DERRIEN M. S.
2019

Paris Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-relatif-au-parcours-de-coordination-renforcee-sante-accueil-education>

Ce rapport avance onze propositions, regroupées autour de cinq thèmes, qui dessinent les grandes lignes d'un cahier des charges pour le parcours en santé des enfants de zéro à six ans. Le premier axe de ce cahier des charges concerne la mise en place d'une gouvernance territoriale adaptée, le deuxième axe concerne le développement de l'exercice coordonné, qui doit devenir la référence en matière de santé préventive. Le troisième axe de nos travaux concerne le développement des coopérations pluri-professionnelles de santé. Le quatrième axe de nos travaux porte sur l'information mise à la disposition des familles concernant les examens et bilans de santé préventifs. Enfin, nous insistons sur l'importance des outils de liaison partagés entre professionnels, comme support d'une coordination renforcée.

► **Can Policy Affect Initiation of Addictive Substance Use? Evidence from Opioid Prescribing**

SACKS D. W., HOLLINGSWORTH A. ET NGUYEN T. D.
2019

NBER Working Paper ; 25974. Cambridge NBER
<https://www.nber.org/papers/w2597>

Drug control policy can have unintended consequences by pushing existing users to alternative, possibly more dangerous substances. Policies that target only new users may therefore be especially promising. Using commercial insurance claims data, we provide the first evidence on a set of new policies intended

to reduce opioid initiation in the form of limits on initial prescription length. We also provide the first evidence on the impact of must-access prescription drug monitoring programs (MA-PDMPs), laws that do not target new users, on initial opioid use. Although initial limit policies reduce the average length of initial prescriptions, they do so primarily by raising the frequency of short prescriptions, resulting in increases in opioids dispensed to new users. In contrast, we find that MA-PDMPs reduce opioids dispensed to new users, even though they do not explicitly set out to do so. Neither policy significantly affects extreme use such as doctor shopping among new patients, because such behavior is very rare.

Politique sociale

Social Policy

► **Éradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030**

BOIDIN DUBRULE M. H. ET JUNIQUE S.
2019

Paris Cese
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_18_lutter_grande_pauvrete.pdf

Les préconisations de l'avis du Cese pour éradiquer la grande pauvreté sont déclinées autour de cinq priorités : instaurer un revenu minimum social garanti (I); simplifier l'accès aux droits afin de réduire le non recours qui contribue à aggraver grande pauvreté et exclusion (II); reconnaître un droit effectif à l'accompagnement (III); créer les conditions pour faire de l'éradication de la grande pauvreté une réalité en 2030 (IV); soutenir l'action des acteurs de la solidarité et la mobilisation de la société en faveur de la lutte contre la grande pauvreté (V).

Since the late 1990s, new strategies concerning the role and shape of welfare states have been formulated, many of which are guided by a logic of social investment. This book maps out this new perspective and assesses both its achievements and shortcomings. In doing so, it provides a critical analysis of social investment ideas and policies and opens up for discussion many of Europe's most pressing concerns—such as an aging population, the current economic crisis, and environmental issues—and whether social investment can provide adequate responses to these challenges.

► **Panorama de la société 2019. Les indicateurs sociaux de l'OCDE**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2019

Paris OCDE
https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-societe-2019_e9e2e91e-fr

Le présent ouvrage est la neuvième édition de Panorama de la société, recueil d'indicateurs sociaux de l'OCDE. Ce rapport s'efforce de répondre à la demande croissante de données quantitatives sur le bien-être social et ses tendances. Cette édition actualise certains indicateurs figurant dans les précédentes éditions publiées depuis 2001 et introduit plusieurs

► **Towards a Social Investment Welfare State: Ideas, Policies and Challenges**

MOREL N., PALIER B. ET PALME J.
2016

Bristol : Policy Press

nouveaux indicateurs. Cette édition couvre 25 indicateurs au total. Y sont présentées des données pour les 36 pays membres de l'OCDE. Les données pour l'Argentine, le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, la Fédération de Russie, l'Arabie Saoudite et l'Afrique du Sud sont incluses séparément lorsqu'elles sont disponibles. On trouvera dans le présent rapport un chapitre spécialement consacré aux lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) : combien sont-ils, comment s'en sortent-ils en termes

de résultats économiques et de bien-être, et quelles politiques peuvent améliorer leur inclusion. Le rapport comprend également une section spéciale basée sur l'enquête de 2018 de l'OCDE intitulée « Des risques qui comptent », sur la perception qu'ont les gens des risques sociaux et économiques et sur la manière dont ils pensent que les gouvernements gèrent ces risques. Le rapport fournit également un guide pour aider les lecteurs à comprendre la structure des indicateurs sociaux de l'OCDE.

Prévention

Prevention

► Screening and Selection: The Case of Mammograms

EINAV L., FINKELSTEIN A., OOSTROM T., *et al.*
2019

NBER Working Paper Series ; 26162. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26162>

Debates over whether and when to recommend screening for a potential disease focus on the causal impact of screening for a typical individual covered by the recommendation, who may differ from the typical individual who responds to the recommendation. We explore this distinction in the context of recommendations that breast cancer screening start at age 40. The raw data suggest that responders to the age 40 recommendation have less cancer than do women who self-select into screening at earlier ages. Combining these patterns with a clinical oncology model allows us to infer that responders to the age 40 recommendation also have less cancer than women who never screen, suggesting that the benefits of recommending early screening are smaller than if responders were representative of covered individuals. For example, we estimate that shifting the recommendation from age 40 to age 45 results in over three times as many deaths if responders were randomly drawn from the population than under the estimated patterns of selection. These results highlight the importance of considering the characteristics of responders when making and designing recommendations.

► Is an Ounce of Prevention Worth a Pound of Cure? Estimates of the Impact of English Public Health Grant on Mortality and Morbidity

MARTIN S., LOMAS J. ET CLAXTON K.
2019

CHE Research Paper Series ; 166. York University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP166_Impact_Public_Health_Mortality_Morbidity.pdf

Most previous attempts to estimate the marginal productivity of English health care expenditure have employed instruments that rely on statistical tests alone for their justification. A new approach to instrumentation has proposed the use of 'funding rule' variables as instruments, which can be justified on theoretical grounds. We exploit the availability of a funding formula for local authority (LA) public health expenditure in England to investigate the relationship between such expenditure and mortality. Although there have been many studies of the impact of specific health promotion activities on outcomes, we are not aware of any successful attempts to relate English public health expenditure to mortality. Moreover, by converting healthcare (treatment) expenditure to a local authority geography, we are also able to estimate an outcome specification that includes both treatment (healthcare) and prevention (public health) expenditure. This enables us to identify the relative contribution of both types of expenditure to reductions in mortality. Previously published work has linked effects

on disease specific mortality to changes in quality-adjusted life years. We use these estimates to report the

cost per quality-adjusted life year (QALY) for both treatment and public health (prevention) expenditure.

Prévision - Evaluation- Prevision - Evaluation

► Baromètre 2018 de l'évaluation des politiques publiques en France

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE L'ÉVALUATION
2019
Paris SFE

Ce 3^e baromètre annuel se donne pour objectif premier de promouvoir l'évaluation en partageant largement la connaissance de son évolution en France, d'une part et, par effet miroir, en questionnant les pouvoirs publics sur leurs pratiques d'évaluation, d'autre part. Principale tendance de fond : si l'État reste le principal commanditaire d'évaluations, on constate

cependant une forte croissance de l'activité évaluative des départements et des communes. Ainsi, parmi les chiffres-clés, on peut noter que sur plus de 2 600 évaluations recensées sur la période 2007-2017, 45 % ont été commanditées par l'État (central, déconcentré et agences) et 41 % par les collectivités territoriales. En fin de publication, un focus « Santé » est proposé avec une analyse de la répartition des évaluations selon l'échelle territoriale mais aussi selon les objets observés (dispositifs, programmes, actions et campagnes, ...). Il apparaît à ce propos que les évaluations produites sont majoritairement multi thématiques, dénotant ainsi la transversalité inhérente à ce domaine.

Psychiatry

Psychiatrie

► Chiffres clés 2018 de la psychiatrie

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR
L'HOSPITALISATION
2019
Paris : ATIH

<https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-de-la-psychiatrie>

Cette étude réalisée par l'Atih rassemble les chiffres clés 2018 issus du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (Rim-P). Ces chiffres comprennent notamment le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie en 2018 (424.000), leur ventilation entre les 552 structures psychiatriques de France, ainsi que la répartition des prises en charge à temps complet et à temps partiel.

► Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale

OLIE J. P.
2019

Paris Académie nationale de médecine

<http://www.academie-medecine.fr/soigner-les-maladies-mentales-pour-un-plan-de-mobilisation-nationale/>

Les malades mentaux demeurent les invisibles de nos sociétés, la maladie mentale restant marquée, dans notre imaginaire collectif, par l'étrangeté et l'idée du handicap. Trop nombreux sont ceux qui paient un lourd tribut à la stigmatisation et au renoncement thérapeutique. Pourtant des progrès considérables ont déjà été accomplis durant les 50 dernières années. L'identification des désordres neurobiologiques sous-jacents à ces maladies, la mise en évidence du poids de l'environnement dans leur déclenchement annoncent des avancées majeures en matière de

recherche et surtout de traitement. Les données de l'épidémiologie, le poids et le coût des maladies mentales rendent indispensable une évolution radicale des investissements en recherche et dans l'organisation graduée de l'offre de soins. Pour la psychiatrie du XXI^{ème} siècle, l'objectif n'est plus de prendre en charge et d'accompagner les malades mais de guérir les maladies mentales. Pour y parvenir, une mobilisation nationale et internationale à l'image de celle qui fut engagée il y a quelques années contre le cancer est indispensable.

► **La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE : bibliographie thématique**

SAFON M. O. ET SUHARD V.

2019

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-mentale-en-france-et-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf>

Les maladies mentales représentent une proportion considérable – et croissante – de la charge mondiale de morbidité. On estime qu'une personne sur deux sera atteinte d'une maladie mentale au cours de sa vie, et qu'environ un adulte en âge de travailler sur cinq en souffre à tout moment. Les troubles mentaux ont d'importantes conséquences sur la vie des personnes qui en sont atteintes, et se traduisent par des résultats éducatifs médiocres, des taux de chômage plus élevés, et une moins bonne santé physique. Dans les cas graves, la dépression et d'autres maladies mentales, comme les troubles bipolaires et la schizophrénie, peuvent conduire les personnes au suicide. L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) dans le domaine de la santé mentale pour la période allant de 2000 à mai 2019 avec quelques publications clefs antérieures à ces dates. Le périmètre géographique retenu concerne la France et les pays de l'OCDE. Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases et les portails suivants : Irdes, BDSP, Cairn, Medline et Econlit.

Soins de santé primaires

Primary Health care

► **The Impacts of Physician Payments on Patient Access, Use, and Health**

ALEXANDER D. ET SCHNELL M.

2019

NBER Working Paper Series ; 26095. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26095>

We examine how the amount a physician is paid influences who they are willing to see. Exploiting large, exogenous changes in Medicaid reimbursement rates, we find that increasing payments for new patient office visits reduces reports of providers turning away beneficiaries: closing the gap in payments between Medicaid and private insurers would reduce more than two-thirds of disparities in access among adults and would eliminate disparities among children. These improvements in access lead to more office visits, better self-reported health, and reduced school absenteeism. Our results demonstrate that financial incentives

for physicians drive access to care and have important implications for patient health.

► **The Effects of Multispecialty Group Practice on Health Care Spending and Use**

BAKER L. C., BUNDORF M. K. ET ROYALTY A. B.

2019

NBER Working Paper ; 25915. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25915>

U.S. physicians are increasingly joining multispecialty group practices. In this paper, we analyze how a primary care physician's practice type – single (SSP) versus multispecialty practice (MSP) – affects health care spending and use. Focusing on Medicare beneficiaries who change their primary care physician due to a geographic move, we compare changes in practice patterns before and after the move between patients who switch practice types and those who do not. We use

instrumental variables to address potential selection by patients into practice types after the move. We find that changing from a single to a multi-specialty primary care group practice decreases annual Medicare-financed per capita expenditures by about \$1,600 - a 28% reduction. The effect is driven primarily by changes in hospital expenditures and is concentrated among patients with two or more chronic conditions, suggesting that MSP improves care delivery by reducing hospitalizations among relatively sick patients. The results imply that, while research has shown the potential for physician consolidation to increase prices in some settings, large multispecialty groups also have the potential to lower costs.

► **Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? synthèse du séminaire international pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po**

BERGERON M. ET MOYAL A.
2019

Paris : Sciences Po

<http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/content/quel-avenir-pour-lorganisation-des-soins-primaires-en-france>

Après une définition et un aperçu historique sur les soins primaires, cet ouvrage rassemble les communications données lors d'un congrès (Chaire santé, LIEPP...) sur la recherche et l'organisation des soins primaires en France.

► **The Effects of Primary Care Chronic-Disease Management in Rural China**

CHEN Y., DING H., YU M., *et al.*
2019

NBER Working Paper Series ; 26100. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26100>

Health systems globally face increasing morbidity and mortality from chronic disease, yet many—especially in low- and middle-income countries—lack strong primary care. We analyze China's efforts to promote primary care management for insured rural Chinese with chronic disease, analyzing unique panel data for over 70,000 rural Chinese 2011-2015. Our study design uses variation in management intensity generated by

administrative and geographic boundaries—regression analyses based on 14 pairs of villages within two kilometers of each other but managed by different townships. Utilizing this plausibly exogenous variation, we find that patients residing in a village within a township with more intensive primary care management, compared to neighbors with less intensive management, had more primary care visits, fewer specialist visits, fewer hospital admissions, and lower inpatient spending. No such effects are evident in a placebo treatment year. Exploring the mechanism, we find that patients with more intensive primary care management exhibited better drug adherence as measured by filled prescriptions. A back-of-the-envelope estimate of welfare suggests that the resource savings from avoided inpatient admissions substantially outweigh the costs of the program.

► **Démographie des pharmaciens : panorama au 1^{er} janvier 2019**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS
2019

Paris CNOP

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/458867/2117170/version/1/file/la-demographie-2019-brochure-web.pdf>

Comme chaque année, l'Ordre national des pharmaciens publie son panorama démographique des pharmaciens au 1^{er} janvier 2019. Les tendances observées précédemment se confirment : le maillage territorial est harmonieux, favorisant ainsi l'accès à des soins de proximité, le renouvellement de la profession est assuré, les pharmaciens sont de plus en plus jeunes et la profession est particulièrement féminine.

► **Is Great Information Good Enough? Evidence from Physicians as Patients**

FRAKES M. D., GRUBER J. ET JENA A.
2019

NBER Working Paper ; 26038. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26038>

Stemming from the belief that the key barrier to achieving high-quality and low-cost health care is the deficiency of information and medical knowledge among patients, an enormous number of health poli-

cies are focused on patient education. In this paper, we attempt to place an upper bound on the improvements to health care quality that may emanate from such information campaigns. To do so, we compare the care received by a group of patients that should have the best possible information on health care service efficacy—i.e., physicians as patients—with a comparable group of non-physician patients, taking various steps to account for unobservable differences between the two groups. Our results suggest that physicians do only slightly better in adhering to both low- and high-value care guidelines than non-physicians – but not by much and not always.

► **Who Is Tested for Heart Attack and Who Should Be: Predicting Patient Risk and Physician Error**

MULLAINATHAN S. ET OBERMEYER Z.

2019

NBER Working Paper Series ; 26168. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26168>

In deciding whether to test for heart attack (acute coronary syndromes), physicians implicitly judge risk. To assess these decisions, we produce explicit risk predictions by applying machine learning to Medicare claims data. Comparing these on a patient-by-patient basis to physician decisions reveals more about low-value care than the usual approach of measuring average testing results. It more precisely quantifies over-use: while the average test is marginally cost-effective, tests at the bottom of the risk distribution are highly cost-ineffective. But it also reveals under-use: many patients at the top of the risk distribution go untested; and they go on to have frequent adverse cardiac events, including death, in the next 30 days. At standard clinical thresholds, these event rates suggest they should have been tested. In aggregate, 42.8% of the potential welfare gains of improving testing would come from addressing under-use. Existing policies though are too blunt: when testing is reduced, for example, both low-value and high-value tests fall. Finally, to understand physician error we build a separate algorithm of the physician and find evidence of bounded rationality as well as biases such as representativeness. We suggest models of physician moral hazard should be expanded to include 'behavioral hazard'.

► **WHO European Centre for Primary Health Care: Annual Report of Activities 2018. (2019)**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

2019

Copenhague Bureau régional de l'Europe de l'OMS

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2019/who-european-centre-for-primary-health-care-annual-report-of-activities-2018-2019>

The year 2018 was an exciting period for the WHO European Centre for Primary Health Care. From new technical collaborations on topics including antimicrobial resistance, after-hours care and men's health, to supporting more than 20 countries across the Region to assess primary health care, measure performance and develop health services delivery policies, the year was rich with technical explorations and policy advice to advance integrated health services delivery, people-centred systems and universal health coverage. The Centre brought together country representatives, renowned experts and civil society to share their expertise and firsthand insights in transforming health services delivery through numerous workshops, events and consultations. Importantly, in 2018 we also celebrated the 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata. In commemoration of this landmark event, the Centre supported yearlong technical preparations to publish a special issue of Public Health Panorama, host a regional scientific conference on primary health care, disseminate key messages through various media channels across the Region and, ultimately, convene the Global Conference on Primary Health Care in Astana, Kazakhstan. Now in its third year at its premises in Almaty, the WHO European Centre for Primary Health Care has consolidated a diverse network of local partners. This annual report highlights the activities of the Centre in 2018 across its core areas of work—analysing, advising, and sharing. The report also highlights events related to the 40th anniversary of primary health care and the Centre's plans for 2019.

Health Systems

► **Price Setting and Price Regulation in Health Care. Lessons for Advancing Universal Health Coverage**

BARBER S. L., LORENZONI L. ET ORG P.
2019

Paris OCDE

<https://www.oecd.org/health/price-setting-and-price-regulation-in-health-care-ed3c16ff-en.htm>

The objectives of this study are to describe experiences in price setting and how pricing has been used to attain better coverage, quality, financial protection, and health outcomes. It builds on newly commissioned case studies and lessons learned in calculating prices, negotiating with providers, and monitoring changes. Recognising that no single model is applicable to all settings, the study aimed to generate best practices and identify areas for future research, particularly in low- and middle-income settings. The report and the case studies were jointly developed by the OECD and the WHO Centre for Health Development in Kobe (Japan). This report identifies the objectives of price setting and price regulation in health care, distils “best practices” in price setting and price regulation, assesses how (cost-) effective policy instruments have been used to reach stated objectives and draws policy lessons to drive low- and middle-income country action.

► **Price Setting and Price Regulation in Health Care. Lessons for Advancing Universal Health Coverage. Case Studies**

HALL J., NAGHSH NEJAD M., GANDRE C., *et al.*
2019

Paris OCDE

<https://www.oecd.org/health/price-setting-and-price-regulation-in-health-care-ed3c16ff-en.htm>

Cette annexe au rapport sur la fixation et la régulation des prix dans le système de santé rassemble des études de cas portant sur les pays suivants : Australie, Angleterre, France, Allemagne, Japon, Malaisie, République de Corée, Thaïlande, États-Unis d’Amérique et Maryland.

► **When Dad Can Stay Home: Fathers’ Workplace Flexibility and Maternal Health**

PERSSON P. ET ROSSIN-SLATER M.
2019

NBER Working Paper ; 25902. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25902>

While workplace flexibility is perceived to be a key determinant of maternal labor supply, less is known about fathers’ demand for flexibility or about intra-household spillover effects of flexibility initiatives. This paper examines these issues in the context of a critical period in family life—the months immediately following childbirth—and identifies the impacts of paternal access to workplace flexibility on maternal postpartum health. We model household demand for paternal presence at home as a function of domestic stochastic shocks, and use variation from a Swedish reform that granted new fathers more flexibility to take intermittent parental leave during the postpartum period in a regression discontinuity difference-in-differences (RD-DD) design. We find that increasing the father’s temporal flexibility reduces the risk of the mother experiencing physical postpartum health complications and improves her mental health. Our results suggest that mothers bear the burden from a lack of workplace flexibility—not only directly through greater career costs of family formation, as previously documented—but also indirectly, as fathers’ inability to respond to domestic shocks exacerbates the maternal health costs of childbearing.

► **Health System Review : Poland**

SOWADA C., SAGAN A. ET KOWALSKA-BOKO I.
2019

Health systems in transition review ; Vol. 21 No.1.
Copenhague OMS Bureau régional de l’Europe

Governance of the public health system is divided between the Minister of Health and three levels of territorial self-government. This fragmentation helps explain the slow progress in tackling important and longstanding problems and imbalances, such as high hospital bed numbers and hospital debt, and related to this, an overreliance on hospital care compared

to community-based care. Certain health indicators have improved but remain behind the EU averages and major challenges are mounting. Life expectancy at birth has been increasing but remains three years lower than the EU average. Likewise, preventable and treatable mortality rates have decreased but are much higher than the average rates in the EU. Health challenges include high rates of obesity, a rising burden of mental disorders and population ageing, and are likely to increase demand for health and social care. There are major imbalances in the structure of both physical and human health resources. Provision of care remains skewed towards inpatient care and there are acute shortages of both doctors and nurses.

These structural imbalances will continue to pose a major challenge for the effective delivery of care. The government has committed to increase the share of public expenditure on health to 6% of GDP by 2024. In 2017, Poland devoted 6.7% of its GDP to health, a share that was lower than in most EU Member States. Private financing (mainly out-of-pocket spending) accounts for 30% of current spending on health and its role is much larger in Poland than in most EU Member States. However, the government has pledged to increase public spending from 4.6% of GDP in 2017 to 6% by 2024. This will present an opportunity to address the mounting health challenges as well as tackle the long-standing problems and structural imbalances.

Travail et santé

Occupational Health

► Immigration and Work-Related Injuries: Evidence from Italian Administrative Data

ALACEVICH C. ET NICODEMO C.

2019

[IZA Discussion Paper, 12510. Bonn IZA](#)

<http://ftp.iza.org/dp12510.pdf>

There is growing evidence that foreign-born workers are over represented in physically demanding and dangerous jobs with relatively higher injury hazard rates. Given this pattern, do increasing inflows of foreign-born workers alleviate native workers' exposure to injuries? This paper provides evidence of the effects of immigration on the incidence and severity of work-related accidents. We combine administrative data on work-place accidents in Italy with the Labour Force Survey from 2009 to 2017. Our approach exploits spatial and temporal variation in the distribution of foreign-born residents across provinces. Using province fixed-effects and an instrumental variable specification based on historical settlements of immigrants, we show that inflows of foreign-born residents drive reductions in the injury rate, paid sick leave, and severity of impairment for natives. Next, we investigate potential underlying mechanisms that could drive this effect, such as increased unemployment and selection of the workforce, and the sorting of native workers into less physically demanding jobs. Our results rule out that decreased injuries are driven by higher native unem-

ployment. We find that employment rates are positively associated with immigration, in particular for workers with higher education. While not statistically significant at conventional levels, we also find that average occupational physical intensity for natives is lower in provinces that receive larger foreign-born inflows.

► Gender Differences in the Influence of Mental Health on Job Retention

BARNAY T. ET DEFEBVRE E.

2019

[Paris Université Paris-Est Créteil, Erudite](#)

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:hal:cesptp:hal-02112904&r=hea>

We measure gender differences in the causal impact of the 2006 self-assessed mental health status (anxiety disorders and depressive episodes) on job retention in 2010. We use data from the French Health and Professional Career Path survey. To control for endogeneity biases, we use bivariate probit models to simultaneously explain employment status and mental health. Anxiety disorders reduce men's job retention capacity by up to 12 percentage points (pp). Depressive episodes affect both genders almost equally (around 11pp). More severe cases of both mental health condi-

tions are relevant in determining the capacity of individuals to remain in employment.

► **The Effect of Mental Health on Employment: Accounting for Selection Bias**

BRYAN M., ROBERTS J. ET SEHEL C.
2019

HEDG Working Paper ; 19/14. York University of York
<https://ideas.repec.org/p/yor/hectdg/19-14.html>

This paper estimates the influence of mental health on the probability of being in employment for prime age workers in England and Wales. We use longitudinal data and fixed effects models, and employ techniques generalised by Oster (2013, 2017) to estimate an unbiased effect of changes in mental health in the presence of unobserved confounders. Our results suggest that selection into mental health is almost entirely based on time-invariant characteristics, and hence fixed effects estimates are unbiased in this context. Our preferred specifications indicate that transitioning into poor mental health leads to a reduction of 1.4 percentage points in the probability of employment. The relatively small effect is comparable to estimates from studies around the world that use similar methods. However, it is substantially smaller than the typical instrumental variable estimates, which dominate the literature, and often provide very specific estimates of a local average treatment effect based on an arbitrary exogenous shock that is unlikely to be a policy target. These findings should provide some reassurance to practitioners using fixed effects methods to investigate the impacts of health on work. They should also be useful to policy makers as the average effect of mental health on employment for those whose mental health changes is a highly relevant policy parameter.

► **Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité. Actes du séminaire de recherche de la Drees et de la Dares**

DESPRAT D., *et al.*
2019

Dossiers de la Drees (Les)(38)

La Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), l'Observatoire national

de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes), et la Direction de l'animation de la recherche des études et des Statistiques (Dares) ont organisé un séminaire de recherche qui s'est tenu entre avril et décembre 2018. Il visait à questionner les relations entre santé mentale, organisation du travail, chômage et précarité et souhaitait apporter des éléments de connaissance aux interrogations qui traversent actuellement l'espace public. Plus globalement, ce séminaire était l'occasion d'identifier les points aveugles des études actuelles et les nouvelles pistes de recherche à creuser sur ces thématiques pour déboucher sur la rédaction d'un appel à recherches en sciences humaines et sociales. Ce dossier rassemble les transcriptions des interventions aux quatre séances du séminaire et une synthèse des échanges avec la salle. La première séance questionne l'impact des évolutions les plus récentes de l'organisation du travail et des entreprises sur la santé mentale. La deuxième se penche sur les effets du chômage et de la précarité. La troisième séance introduit le genre comme une composante importante de l'analyse des liens entre santé mentale, travail et chômage. Enfin, la quatrième aborde les dispositifs de prévention et de reconnaissance des souffrances professionnelles.

► **SeaTE: Subjective Ex Ante Treatment Effect of Health on Retirement**

GIUSTINELLI P. ET SHAPIRO M.
2019

NBER Working Paper Series ; 26087. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26087>

The Subjective ex ante Treatment Effect is the difference between the probabilities of an outcome conditional on a treatment. The SeaTE yields ex ante causal effects at the individual level. The paper gives an interpretation in two workhorse econometric frameworks: potential outcomes and dynamic programming. It finds large effect heterogeneity of health on work in two surveys of older workers, the VRI and the HRS. It shows how reduced-form estimates of health on work are biased when there is unobserved heterogeneity in taste for work. Using the VRI's panel structure, it validates the elicited conditional probabilities of work given health.

► **Do Minimum Wages Improve Self-Rated Health? Evidence from a Natural Experiment**

HAFNER L.

2019

IAB-Discussion Paper ; 17/2019. Nüremberg Institute for Employment Research: 27.

<https://ideas.repec.org/p/zbw/iwqwdp/022019.html>

In this paper I evaluate a labor market reform in Germany. In particular, I analyze whether the introduction of the general minimum wage in 2015 had an effect on self-rated health and labor market outcomes of individuals who were likely affected by the reform. I exploit the plausibly exogenous variation in hourly wages induced by the natural policy experiment and apply difference-in-difference analysis combined with propensity score matching. I use survey-data combined with administrative records which enables me to control for a vast set of possibly confounding variables. I find on average significant improvements of self-rated health for individuals who are affected by the reform. My analysis indicates, that reduced stress, due to a significant reduction of weekly working hours potentially drives this result.

► **Le présentéisme au travail : Mieux évaluer pour mieux prévenir**

HAMON-CHOLET S. ET LANFRANCHI J.

2019

Document de travail (Ceet). Paris Cnam

<http://ceet.cnam.fr/publications/documents-de-travail/le-presenteisme-au-travail-mieux-evaluer-pour-mieux-prevenir-1094542.kjsp?RH=1507624655036>

Le présentéisme au travail, ou le fait de venir travailler alors que l'on est malade, est un phénomène rarement étudié en France car sa mesure de grande échelle était impossible jusqu'à récemment. Dans ce document de travail, nous utilisons les données de l'enquête Conditions de Travail 2013, première enquête nationale en population générale permettant une mesure du phénomène afin d'évaluer les déterminants de sa durée sur une année. Déterminer les caractéristiques de l'emploi qui favorisent le présentéisme permet d'orienter les pratiques permettant de le limiter. En effet, la littérature a montré que ce phénomène entraînait des pertes importantes pour l'employeur comme l'employé, en termes de productivité d'une part, de bien-être et de santé d'autre part.

À l'aide de modèles de comptage, nous montrons que le présentéisme est un phénomène assez marqué en termes de qualité de vie au travail. En effet, il est positivement corrélé d'abord à une charge de travail élevée, à de fortes contraintes de temps, de rythme; ensuite, il est aussi lié à l'absence d'autonomie, de latitude décisionnelle. De surcroît, le soutien des collègues et des superviseurs, qui vient parfois atténuer la combinaison délétère charge de travail-faible latitude décisionnelle, apparaît limiter également la durée du présentéisme. Si la réduction du phénomène de présentéisme est un objectif pour les organisations productives, ces résultats suggèrent que les employeurs devraient considérer comment limiter la charge de travail imposée aux salariés et leur concéder une véritable autonomie de décision dans l'organisation de leur travail au jour le jour. De plus, l'insécurité du travail est également corrélée au présentéisme des travailleurs, tandis qu'au contraire les indicateurs d'un travail intéressant, comme d'un travail bien reconnu, les incitent à s'absenter lorsqu'ils sont malades. Enfin, cette étude montre également qu'une part importante de l'influence des conditions et du vécu au travail sur le présentéisme peut avoir un effet délétère sur la santé des travailleurs. Néanmoins elle ne permet pas de déterminer le sens de causalité entre santé et présence au travail mais il s'agit d'une piste importante de recherche future.

► **Working Conditions and Workers' Health**

KUBICEK B., PASKVAN M., PREM R., *et al.*

2019

Luxembourg Publications Office of the European Union

<https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2019/working-conditions-and-workers-health>

This report uses European Working Conditions Survey data to examine working conditions and their implications for worker's health. Ensuring the sustainability of work in the context of ageing populations implies a greater number of people in employment who can remain in the workforce for longer. The report examines the interplay between work demands – which carry an increased risk of exhaustion – and work resources – which support workers in greater engagement and well-being. The findings indicate that physical risks have not increased but remain important, while emotional demands have increased, underlining the growing importance of psychosocial risks at work.

Changes over time suggest that although the risk of poor health is concentrated in certain occupations, those occupations traditionally considered to be protected are increasingly exposed to risks that are likely to affect workers' health and well-being.

► **The Economic Consequences of Hospitalizations for Older Workers Across Countries**

MOMMAERTS C., RAZA S. H. ET ZHENG H.

2019

EPR Discussion Paper;13753

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3395191

This paper estimates the effect of hospital admissions among older workers on economic outcomes across countries. We use harmonized longitudinal survey data from the United States, China, and 13 countries in Europe, and follow the event study design of Dobkin, Finkelstein, Kluender and Notowidigdo (2018) to estimate dynamic effects of a hospitalization on out-of-pocket health expenditures, labor market outcomes, social insurance payments, and household income. We find distinctly different patterns across countries. In contrast to the United States, where hospitalizations lead to large health expenditures and decreases in earnings, individuals in Northern and Southern Europe

are largely protected from negative economic outcomes. Hospitalizations in China lead to even larger out-of-pocket expenditures as a percent of prior income, but do not negatively affect labor market outcomes. Our results largely align with the differences in generosity across countries in social protection institutions that include health systems, social security programs and labor market regulations.

► **OECD Policy Recommendations on Extending Working Lives**

NI LAIMÉ A.

2019

Lives Working Paper ; 2019/77.5. Paris OCDE

Ce document de travail offre un aperçu de l'approche adoptée par l'OCDE concernant le prolongement de la vie active, notamment en ce qui concerne les retraites et les politiques d'emploi. Il décrit brièvement le rôle de l'OCDE dans ce dossier et retrace l'évolution des recommandations de cet organisme sur le prolongement de la vie active, de 2005 à 2018. Entre autres choses, l'ouvrage dissèque les différentes recommandations qui ont été formulées à l'endroit des décideurs, notamment le rehaussement de l'âge de la retraite, la réforme des pensions et la prise de mesures contre la discrimination homme femme.

Vieillesse

Aging

► **CNSA : rapport annuel 2018**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2019

Paris CNSA

Document de référence, le rapport annuel de la CNSA retrace ses activités et la gestion des crédits qui lui sont confiés, issus de ses ressources propres (journal de solidarité, contribution additionnelle de solidarité et contribution sociale généralisée – CSG) et de l'Assurance Maladie, au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Le Conseil de la CNSA a approuvé le rapport annuel à

l'unanimité le 18 avril 2019. Ce rapport revient sur des chantiers importants tels que la labellisation des solutions éditeurs et la mise en service en 2018 du système d'information commun des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans les MDPH pilotes, l'accompagnement au déploiement de projets d'habitat inclusif, le suivi de la réforme tarifaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le soutien au développement et à la transformation de l'offre médico-sociale, la démarche « réponse accompagnée pour tous »... Il fait état de l'avancée des différentes réformes du secteur, de l'attention portée à la valorisation des travaux de recherche et d'actions innovantes. Il évoque

enfin l'appui de la Caisse à la modernisation de l'aide et de l'accompagnement à domicile, l'animation de ses réseaux, plus nombreux chaque année, ou encore l'information du grand public, grâce à la première campagne « Ensemble pour l'autonomie ». En interne, 2018 est à la fois l'année du lancement du projet d'établissement de la Caisse et celle de modalités renouvelées de travail avec le Conseil, avec notamment, en février, un séminaire co-construit par les équipes et les membres du Conseil. C'est aussi l'installation du nouveau Conseil scientifique. C'est enfin l'année où, pour la première fois, la CNSA a pris l'initiative d'inviter l'ensemble des départements et des agences régionales de santé (ARS) pour des rencontres, qui ont été le point de départ de nouvelles relations contractuelles avec les conseils départementaux. Dans la continuité de 2018 qui posait le cadre des principes fondateurs et des caractéristiques d'une société ouverte à tous, le Conseil de la CNSA consacre le chapitre 2 de sa démarche prospective à la logique domiciliaire.

► **Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2019**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR
L'AUTONOMIE

2019

Paris : CNSA

https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_18-05_chiffrescles_page_a_page_bd.pdf

La neuvième édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie met à la disposition des acteurs et des décideurs du secteur médico-social les données disponibles en 2018. La CNSA consacre, par ses ressources propres et les crédits d'assurance maladie qu'elle gère, plus de 26 milliards d'euros au financement des politiques d'aide à l'autonomie, destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. S'y ajoutent, notamment, des financements de l'État, de la Sécurité sociale et des départements. Soit un ensemble de réponses qui doivent progresser et mieux s'articuler pour renforcer la solidarité pour l'autonomie.

► **Âges et comportements de départ à la retraite : santé et conditions de maintien dans l'emploi**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2019

Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article539.html>

L'état de santé de l'assuré ainsi que ses conditions de maintien dans l'emploi sont des éléments importants dans la mesure où ils jouent à la fois en tant que déterminants dans les décisions individuelles d'anticipation de l'âge de départ à la retraite, et en tant que déterminants des conditions réglementaires permettant ces départs anticipés. La première partie du dossier porte sur le lien entre l'état de santé des seniors et leur départ à la retraite. La deuxième partie du dossier revient quant à elle sur l'importance des conditions de travail pour le maintien dans l'emploi. Enfin, la troisième partie interroge de manière théorique la problématique de la santé et des conditions de maintien dans l'emploi dans un système universel en rendement défini.

► **Les équipes spécialisées Alzheimer**

FONDATION MÉDERIC ALZHEIMER

2019

Lettre De L'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer (La)(53)

https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/lettre_observatoire_53.pdf

Rattachées à des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou à des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), ces équipes se composent a minima d'un infirmier coordinateur, de deux assistants de soins en gériatrie et d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien. Elles interviennent uniquement sur prescription médicale et dispensent 12 à 15 séances de réhabilitation, avec une possibilité de renouvellement tous les ans. L'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer a réalisé en 2018 une enquête nationale auprès de l'ensemble des équipes spécialisées Alzheimer. Cette enquête avait pour objectif de faire état de la répartition des ESA sur le territoire, de contribuer à la connaissance des pratiques de soins et d'accompagnement de ces équipes, et d'identifier les principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des interventions.

► **Transforming the Future of Ageing**

SCIENCE ADVICE FOR POLICY BY EUROPEAN
ACADEMIES

2019

Berlin SAPEA

This Evidence Review Report examines how public health aimed at protecting and improving the health of people and their communities can improve the prospects of current and future ageing of EU citizens. In 2016, there were 98 million people in the European Union (EU) aged 65 years or older, compared with 80 million children aged below 16 years. Taking into consideration that the life expectancy of the next generation of older adults is likely to surpass that of their parents, it becomes absolutely necessary to foresee and plan for the challenges that they will face. The two combined strategies are: promoting healthy lifestyles over the life course, as well as detecting and modifying early and mid-life risk factors of impaired function and chronic diseases, in order to delay age-related disability; providing more appropriate health and social care for the aged EU population by offering integrated and holistic care in all-age community and health care facilities. Both of the aforementioned approaches must bear in mind that: technology will not only transform entire population attitudes toward life but will also revolutionise care delivery systems whatever the impact of technology, an adequate number of skilled health care professionals is absolutely essential

► **Objectives and Challenges
in the Implementation of a Universal
Pension System in France**

BOULHIOL H.

2019

**Economics Department Working Papers ; 1553. Paris
OCDE**

<http://www.oecd.org/economy/surveys/france-economic-snapshot/>

The mission of the French High Commission for Pension Reform is to prepare the reform introducing a universal pension points system in France. This paper explains why implementing a universal points system in France would increase transparency, reduce inequality and generate efficiency gains for the whole economy. It documents the experience of OECD countries which have opted for a points or a notional defined contribution (NDC) schemes, and provides a technical

framework to compare defined benefit, points and NDC pension systems. The paper discusses some key issues related to the main parameters of the new system. While it can include a wide range of redistribution schemes depending on political choices, indexation rules should be designed in a way that maximises, as much as possible, the rates of return on pension contributions within a pay-as-you-go system while ensuring financial sustainability and accounting for changes in life expectancy. This implies that the value of the point would vary at the individual level depending on the cohort and the effective age of retirement based on actuarial principles. No country having a points system currently uses age-cohort point values, and France could be the first one to introduce such an innovation. This Working Paper relates to the 2019 OECD Economic Survey of France.

► **Évolutions et perspectives des retraites
en France : rapport annuel du Conseil
d'orientation des retraites - Juin 2019**

BRAS P. L.

2019

Paris Conseil d'orientation des retraites:

<http://www.cor-retraites.fr/article541.html>

Pour cette sixième édition du rapport annuel du COR, il a été procédé à une actualisation des projections à court, moyen et long terme du système de retraite. Une synthèse a également été ajoutée. Le rapport se compose de deux parties : la première présente les évolutions démographiques (fécondité, mortalité etc.) et économiques (chômage, salaires, productivité etc.) observées sur le passé et prévisibles à l'avenir selon différents scénarios, dont dépend le système de retraite et qui déterminent en partie les évolutions des indicateurs de suivi et de pilotage. La seconde partie décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, à l'aune des indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le COR. Sont présentées notamment les évolutions des indicateurs permettant d'apprécier l'objectif de pérennité financière du système de retraite et les leviers de pilotage du système.

► **Pour un système universel de retraite, plus simple, plus juste, pour tous**

DELEVOYE J. P.
2019

Paris Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/un-systeme-universel-de-retraite-plus-simple-plus-juste-pour-tous>

Plus de 18 mois de concertation et de dialogue avec les partenaires sociaux, les citoyens et les acteurs de la retraite ont nourri les préconisations du Haut-Commissaire à la réforme des retraites pour bâtir un système universel. Ce projet de société est porté par des objectifs forts en termes d'équité et de lisibilité. Il implique une solidarité qui ne dépendra plus des statuts et des professions mais qui s'inscrit dans un pacte collectif entre les générations. Cette solidarité sera le fondement d'un système construit pour préserver durablement nos retraites et pour restaurer la confiance des jeunes générations dans un système de protection sociale adapté au XXI^{ème} siècle. Le système universel de retraite tel qu'il est proposé résulte de travaux approfondis. Ces préconisations, remises au Premier ministre, constituent les propositions formulées par Jean-Paul Delevoye et sont soumises au débat.

► **The Impact of Primary Care Incentive Schemes on Care Home Placements for People with Dementia**

KASTERIDIS P., LIU D., MASON A., *et al.*
2019

CHE Research Paper Series ; 164. York University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP164_care-home_placements_dementia.pdf

The interface between primary care and long-term care is complex. In the case of dementia, this interface may be influenced by incentives offered to GPs as part of the Quality and Outcomes Framework (QOF) to provide an annual review for patients with dementia. The hypothesis is that the annual reviews reduce the likelihood of admission to a care home by supporting the patient to live independently and by addressing carers' needs for support.

► **Impact of Increased Long-Term Care Insurance Payments on Employment and Wages in Formal Long-Term Care**

KONDO A.
2019

IZA Discussion Paper ; 12383. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp12383.pdf>

This paper examines the effect of raising Long-term Care Insurance (LTCI) payments on employment and wages of workers in the long-term care (LTC) industry. Specifically, I use the change in the regional premium in 2012 as an exogenous shock to the insurance fee schedule: the change in the unit price of LTCI service ranges from a decrease of 2.8% to an increase of 4.2%. I find no increase in the number of employees in the establishments, registered under the LTCI scheme, in municipalities where the regional premium increased. The earnings and working hours of LTC workers did not increase, either.

► **Fair Long-Term Care Insurance**

LEROUX M. P., PESTIAUX D. ET PONTIERE G.
2019

Cesinfo Working Paper; 7760. Munich Center for Economic Studies

https://ideas.repec.org/p/ces/ceswps/_7660.html

The study of optimal long-term care (LTC) social insurance is generally carried out under the utilitarian social criterion, which penalizes individuals who have a lower capacity to convert resources into well-being, such as dependent elderly individuals or prematurely dead individuals. This paper revisits the design of optimal LTC insurance while adopting the ex post egalitarian social criterion, which gives priority to the worst-off in realized terms (i.e. once the state of nature has been revealed). Using a lifecycle model with risk about the duration of life and risk about old-age dependence, it is shown that the optimal LTC social insurance is quite sensitive to the postulated social criterion. The optimal second-best social insurance under the ex post egalitarian criterion involves, in comparison to utilitarianism, higher LTC benefits, lower pension benefits, a higher tax rate on savings, as well as a lower tax rate on labor earnings.

► **Les conditions de logement des personnes âgées**

MAHIEU R.
2019

Questions Retraite & Solidarité : Les Etudes(27)

https://retraitesolidarite.caissedesdepots.fr/sites/default/files/QRS27_juillet2019.pdf

Le maintien le plus longtemps possible des personnes dépendantes à leur domicile suppose des conditions de logement adaptées, qu'il s'agisse des caractéristiques des logements eux-mêmes (taille, confort, accessibilité...) ou de leur plus ou moins grande proximité géographique avec les services nécessaires aux personnes âgées. La présente étude vise à éclairer cette question en mobilisant les données du recensement de la population pour l'année 2015. Les analyses mettent en évidence d'importantes disparités sociales et territoriales en termes de conditions de logement des personnes âgées. Ces dernières sont très souvent propriétaires de leur logement et souffrent rarement de problèmes de surpeuplement sauf dans quelques zones très densément peuplées. En revanche moins de 20 % d'entre elles résident dans un appartement avec ascenseur, ce qui pose souvent des problèmes d'accessibilité. Ces problèmes sont d'autant plus aigus que les personnes âgées déménagent peu et lorsqu'elles déménagent, peu le font pour un appartement avec ascenseur. Par ailleurs, l'accès aux soins de spécialistes comme les ophtalmologues ou les cardiologues est assez inégal selon les départements et les catégories sociales : la part des personnes âgées de plus de 80 ans qui n'ont pas de cabinet d'ophtalmologie dans leur « pseudo-canton » et qui sont dépourvues de véhicules automobiles est globalement de 10 %, mais avec un écart de presque 10 points entre les diplômés du supérieur (3 %) et les personnes sans diplôme ou bien n'ayant que le brevet (12 %). Dans certains départements ruraux la part des personnes âgées de 80 ans et plus qui font face à ce type de situation excède 30 %.

► **On Financing Retirement, Health Care, and Long-Term Care in Japan**

MCGRATTAN E. R., KAZUAKI M. ET PERALTA-ALVA A.
2019

Minneapolis Federal Reserve Bank of Minneapolis: 40.

<https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2018/11/28/On-Financing-Retirement-Health-and-Long-term-Care-in-Japan-46355>

Japan is facing the problem of how to finance retirement, health care, and long-term care expenditures as the population ages. This paper analyzes the impact of policy options intended to address this problem by employing a dynamic general equilibrium overlapping generations model, specifically parameterized to match both the macro- and microeconomic level data of Japan. We find that financing the costs of aging through gradual increases in the consumption tax rate delivers better macroeconomic performance and higher welfare for most individuals relative to other financing options, including raising social security contributions, debt financing, and a uniform increase in health care and long-term care copayments.

► **Old age or dependence. Which social insurance?**

NISHIMURA T. ET PESTIAU P.
2019

Discussion Paper 19-03. Osaka: Osaka University

We consider a society where individuals differ according to their productivity and their risk of mortality and dependency. We show that according to the most reasonable estimates of correlations among these three characteristics, if one had to choose between a public pension system and a long-term care social insurance, the latter should be chosen by a utilitarian social planner. With a Rawlsian planner, the balance between the two schemes does depend on the comparison between the probabilities of the worst off individual and the probabilities of the rest of society.

► **Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins**

PENNEAU A., BRICARD D. ET OR Z.
2019

Document de travail Irdes ; 81. Paris Irdes:

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/081-ameliorer-la-prise-en-charge-sanitaire-et-sociale-des-personnes-agees-impact-des-plans-personnalises-de-sante-sur-les-parcours-de-soins.pdf>

Assurer une prise en charge sanitaire et sociale adaptée aux besoins des personnes âgées est un enjeu majeur des politiques publiques. Dans le cadre des

expérimentations Parcours santé des aînés (Paerpa), lancées en 2014 pour améliorer la prise en charge des personnes âgées en « risque de perte d'autonomie », un outil de coordination, le Plan personnalisé de santé (PPS), a été proposé. Le PPS est un outil innovant qui a pour objectif d'améliorer la coordination et la continuité des prises en charge sanitaires et sociales, et ainsi de prévenir la perte d'autonomie, d'éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation et la polymédication. Notre étude vise à évaluer l'impact de la réalisation d'un PPS sur les parcours de soins en observant l'évolution de la consommation de soins et de la qualité de prise en charge des personnes âgées qui en bénéficient (résumé d'auteur).

► **Redistributive Effects of Different Pension Systems when Longevity Varies by Socioeconomic Status**

SANCHEZ-ROMERO M., LEE R. D. ET PRSKAWETZ A.
2019

NBER Working Paper ; 25944. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w25944>

We propose a general analytical framework to model the redistributive features of alternative pension systems when individuals face ex ante differences in mortality. Differences in life expectancy between high and low socioeconomic groups are often large and have widened recently in many countries. Such longevity gaps affect the actuarial fairness and progressivity of public pension systems. However, behavioral responses to longevity and policy complicate analysis of possible reforms. Here we consider how various pension systems would perform in a general equilibrium OLG setting with heterogeneous longevity and ability. We evaluate redistributive effects of three Notional Defined Contribution plans and three Defined Benefit plans, calibrated on the US case. Compared to a benchmark non-redistributive plan that accounts for differences in mortality, US Social Security reduces regressivity from longevity differences, but would require group-specific life tables to achieve progressivity. Moreover, without separate life tables, despite apparent accounting gains, lower income groups would suffer welfare losses and higher income groups would enjoy welfare gains through indirect effects of pension systems on labor supply.

Index des auteurs Author index

A

Acton R. K.	11
Agence Nationale d'Appui à la Performance.....	16
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.....	30 , 45
Aguilera D.	23
Akee R.	34
Alacevich C.	50
Alalawi Z.	39
Alexander D.	46
Alterkruse S.	14
Arleux J.	25

B

Baicker K.	39
Bailly S.	36
Baker L. C.	46
Baradji E.	28
Barber S. L.	49
Barcellos S. H.	32
Barnay T.	50
Barthet-Derrien M. S.	42
Bataille S.	23
Bazzocchi D.	21
Bechade C.	23
Bergeron M.	47
Berndt E.	37
Bessiere M.	28
Bitler M.	11
Bloom D. E.	19
Blum J. P.	16
Boidin Dubrule M. H.	43
Boisguerin B.	32
Bolo P.	42
Bornhorst C.	32
Boulhiol H.	55
Boyer-Kassem T.	11
Bras P. L.	55
Bricard D.	25 , 57
Brugiavini A.	33
Bryan M.	51

Buchmueller T. C.	37
Buia R. E.	33
Bundorf K.	16
Bundorf M. K.	46

C

Cabral M.	12
Caisse nationale d'Assurance maladie.....	12 , 19
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	29 , 53 , 54
Camard J. P.	26
Canning D.	19
Card D.	30
Carey C. M.	37
Carpenter C.	11
Carvalho L. S.	32
Cecchini M.	24
Centre National des Soins palliatifs et de la Fin de Vie.....	41
Chassang M.	23
Chen B. K.	21
Chen C. H.	21
Chen Y.	47
Chevallier G.	16
Claxton K.	44
Colombier C.	26
Comité consultatif national d'éthique	17
Com-Ruelle L.	25
Conseil d'Orientation des Retraites.....	54
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens..	47
Costa-Font J.	33
Cour des Comptes	20
Courtemanche C. J.	12 , 13 , 25
Cowell F.	33
Crosley S.	17
Cui C.	12

D

Daabek N.	36
Defebvre E.	50
Defossez G.	23

Delevoye J. P.	56
Desprat D.	51
Ding H.	47
Di Novi C.	33
Donnard G.	34
Droal H.	29
Duchêne S.	11
Dworsky M.	12

E

Eggleston K.	21
Einav L.	44

F

Fazlul I.	12
Fenizia A.	30
Finkelstein A.	26 , 44
Fize E.	24
Fondation Méderic Alzheimer	54
Fonds CMU	13
Fournier C.	31
Frakes M. D.	47
Frank R. G.	37

G

Gandre C.	49
Gautier A.	23
Gentzkow M.	26
Giustinelli P.	39 , 51
Grafi S.	24
Gruber J.	13 , 47
Gruson D.	17

H

Hafner L.	52
Halliday T. J.	34
Hall J.	49
Hamon-Cholet S.	52
Han T. H.	39
Haute Autorité de Santé.....	17 , 18 , 24 , 37
Heger D.	32
Hicks A.	37
Hollingsworth A.	43

Hyson R. T.	35
------------------	----

I

Imberman S. A.	11
---------------------	----

J

Jena A.	47
Jimenez-Martin S.	31
Johnson N.	14
Jung E.	34
Junique S.	43

K

Kaestner R.	38
Kasteridis P.	56
Kazuaki M.	57
Kervasdoue J.	21
King's Fund.....	18
Kondo A.	56
Korenman S.	35
Kotschy R.	19
Kovacic M.	33
Kowalska-Boko I.	49
Kubicek B.	52

L

Lakdawalla D. N.	40
Lanfranchi J.	52
Le Bras P. L.	14
Lee R. D.	58
Le Gleau J. P.	40
Le Guyader Peyrou S.	23
Lenoir D.	29
Leroux M. P.	56
Liu D.	56
Liu J.	21
Liu W.	21
Loi S.	34
Lomas J.	44
Longeot J. F.	41
Lorenzoni L.	49
Lovenheim M. F.	11
Lucas-Gabrielli V.	27

M

Maclean J. C.....	14 , 25
Mahieu R.	57
Mallejac N.	31
Mangeney C.	27
Manski C. F.....	39
Marek A.	40
Martinez C.....	17
Martin S.	44
Marton J.....	12 , 13
Mason A.....	56
Mathes T.	31
McGrattan E. R.	57
Medevielle P.....	42
Meille G.	37
Mensen A.....	32
Miller S.....	14
Milon A.....	42
Ministère chargé des Solidarités	35
Molinari F.	39
Mommaerts C.....	53
Monchicourt N.	29
Morche M.....	31
Morel N.....	43
Moustgaard H.	34
Moyal A.	47
Mullahy J.....	40
Mullainathan S.....	48
Mutualité Sociale agricole	15

N

Naghsh Nejad M.....	49
Nestrigue C.....	25
Nguyen T. D.....	43
Nicodemo C.	31 , 50
Ni Laimé A.	53
Nishimura T.	57

O

Obermeyer Z.....	48
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies	25
Olie J. P.....	45
Oostrom T.	44
Organisation de Coopération et de Développement Économiques.....	18 , 43

Organisation des Nations Unis.....	15
Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional de l'Europe	35 , 38 , 48
Org P.....	49
Or Z.....	31 , 57
Ouzoulias P.....	42

P

Palier B.....	43
Palme J.	43
Paskvan M.	52
Payraastre P.....	29
Penneau A.	57
Peralta-Alva A.....	57
Persson P.....	49
Pesko M. F.....	25
Pestiau P.	57
Pestiaux D.....	56
Phelps C. E.....	40
Piacenza M.	33
Pieper D.	31
Pitkanen J.....	34
Polyakova M.....	16
Ponthiere G.	56
Prem R.	52
Prskawetz A.....	58

Q

Quinn Patton M.....	41
---------------------	----

R

Ravaud P.....	17
Raza S. H.....	53
Redding S.....	31
Remler D. K.....	35
Revil H.	36
Rist S.....	42
Roberts J.....	51
Robone S.....	33
Rosenzweig M. R.....	36
Rossin-Slater M.....	49
Royalty A. B.....	46

S

Sacks D. W.	43
Safon M. O.	19 , 40 , 46
Sagan A.	49
Sanchez-Romero M.	58
Schnell M.	46
Science Advice for Policy by European Academies	55
Sechel C.	51
Sentell T.	34
Shapiro M.	51
Silver D.	30
Société Française de l'Évaluation.	45
Sommers B. D.	13
Sowada C.	49
Stroke Alliance for Europe	26
Suhard V.	46
Svoronos T.	39

T

Tai-Seale M.	16
Tello-Trillo S.	14
Toulemonde F.	32
Turley P.	32

U

Uhry Z.	23
Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire	15

V

Vanlerenberghe J. M.	22
Ville et Territoires.	36

W

Webber D.	14
Williams H. L.	26

Y

Yelowitz A.	13
Yu M.	47

Z

Zeckhauser R. J.	22
Zeitoun J. D.	17
Zeng Y.	39
Zhang J.	36
Zheng H.	53
Ziedan E.	38