

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Février 2020 / February 2020

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-Health - Medical Technologies</i>
Économie 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>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie- Statistique	<i>Methodology – Statistics</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary health care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Care 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 **A Behavioral Decomposition Of Willingness To Pay For Health Insurance**
Baillon A., Kraft A. D., O'Donnell O., et al.
- 11 **Rapport annuel 2018. L'Assurance Maladie - Risques professionnels**
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
- 11 **Health Insurance And Mortality: Experimental Evidence From Taxpayer Outreach**
Goldin J., Lurie I. Z. et McCubin J.
- 12 **How Do Low-Income Enrollees In The Affordable Care Act Marketplaces Respond To Cost-Sharing?**
Lavetti K. J., Deleire T. et Ziebarth N. R.
- 12 **The Impact Of Expanding Public Health Insurance On Safety Net Program Participation: Evidence From The ACA Medicaid Expansion**
Schmidt L., Shore-Sheppard L. D. et Watson T.
- 12 **Does One Medicare Fit All? The Economics Of Uniform Health Insurance Benefits**
Shepard M., Baicker K. et Skinner J. S.

Démographie

Demography

- 13 **Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers**
Athari E., Papon S. et Robert-Bobee I.
- 13 **Demographic Obstacles To European Growth**
Cooley T. F., Henriksen E. et Nusbaum C.
- 13 **France, portrait social. Edition 2019**
Institut National de la Statistique et des études Économiques

- 13 **Mortality And Life Expectancy Trends In The UK: Stalling Progress**
Marshall L., Finch D., Cairncross L., et al.

E-santé – Technologies médicales

E-Health - Medical Technologies

- 14 **Étude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine : synthèse de l'étude**
Asip Santé
- 14 **Données massives (Big data) en santé, Intelligence artificielle (IA), e-santé**
Chevaillier G.
- 14 **L'économie et la société à l'ère du numérique : édition 2019**
Cousteaux A. S.
- 14 **Health In The 21st Century. Putting Data To Work For Stronger Health Systems**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- 15 **L'évaluation médico-économique de la télémédecine : Bibliographie thématique**
Safon M. O.

Économie de la santé

Health Economics

- 15 **Time-Varying Income Elasticities Of Healthcare Expenditure For The OECD And Eurozone**
Casas I., Gao J., Peng B., et al.
- 15 **The Impact Of Sugar-Sweetened Beverage Taxes On Purchases: Evidence From Four City-Level Taxes In The U.S**
Cawley J., Frisvold D. E. et Jones D.
- 16 **The Economic Cost Of Air Pollution : Evidence From Europe**
Dechezlepretre A., Rivers N. et Stadler N.

- 16 **A Descriptive Analysis Of Health Care Use By High-Cost, High-Need Patients In England**
Dreyer K., Parry W., Jayatunga W., et al.
- 16 **How Do Economic Shocks Affect Family Health Care Spending Burdens?**
Grafova I. B., Monheit A. C. et Kumar R.
- 17 **Lutter contre les fraudes aux prestations sociales, un levier de justice sociale pour une juste prestation**
Grandjean C. et Goulet N.
- 17 **Les lois de financement de la sécurité sociale : bilan et perspectives**
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale
- 17 **Predicting Insurance Demand From Risk Attitudes**
Jaspersen J. G., Ragin M. A. et Sydnor J. R.
- 18 **Compte provisoire de la protection sociale : le retour à l'excédent de 2017 s'amplifie en 2018**
Lecanu C.
- 18 **Drivers Of Health Care Expenditure: Final Report**
Mason A., Rodriguez Santana, I., Aragon M. J., et al.
- 18 **Le rapport économique social et financier annexé au PLF pour 2020**
Ministère de l'Économie
- 19 **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020**
Ministère chargé de la Santé
- 19 **Are Alcohol Excise Taxes Overshifted To Prices? Systematic Review And Meta-Analysis Of Empirical Evidence From 29 Studies**
Nelson J. P. et Moran J. R.
- 19 **Social Protection Expenditure And Its Financing In Europe: A Study Of National Policies**
Spasova S. et Ward T.
- 20 **Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 : 3 tomes**
Veran O.

État de santé Health Status

- 20 **The Long-Run Effects Of Cesarean Sections**
Costa-Ramon A., Kortelainen M., Rodriguez-Gonzalez A., et al.
- 20 **Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant**
Haut Conseil de la Santé publique
- 20 **L'influence du tabac sur la mortalité en Europe**
Janssen F.
- 21 **Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi**
Pisarik J.

Géographie de la santé Geography of health

- 21 **Système de santé : Que faut-il nationaliser ? Que faut-il décentraliser ?**
Cercle Galien
- 21 **Rapport d'information sur l'évaluation de l'accès aux services publics dans les territoires ruraux**
Dufregne J. P. et Mattei J. P.
- 22 **Construction locale de santé : Étude de cas internationaux et réflexions sur la situation française**
Fleuret S.
- 22 **Objets géographiques et processus de changement : approche spatio-temporelle**
Mathian H. et Sanders L.
- 22 **Mieux connaître la santé des franciliens et ses déterminants dans les nouveaux territoires de coordination : Études de l'ORS Île-de-France**
Observatoire Régional de la Santé Ile-de-France

Handicap Disability

- 23 **La recherche française sur le polyhandicap : éléments d'état des lieux et perspectives de développement**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 23 **Premières propositions sur des modèles de financement possibles dans le cadre de la réforme tarifaire SERAFIN-PH. Rapport de synthèse**
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- 24 **Politiques et dispositifs du handicap en France : aide-mémoire**
Camberlein P.
- 24 **L'allocation aux adultes handicapés**
Cour des Comptes
- 24 **Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social**
Denormandie P.
- 25 **La pair-aidance dans les établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap**
Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs
- 25 **Étude relative à l'accessibilité des formules de répit et à leur impact sur les aidants familiaux de personnes en situation de handicap**
Le Duff, R.
- 25 **Unis pour les soins : actes du colloque**
Ministère chargé de la Santé

Hôpital Hospital

- 26 **Mieux soigner, moins héberger. Optimisation du parcours patient**
Agence Nationale d'Appui à la Performance
- 26 **Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans**
Boisguerin B.
- 26 **En 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu**
Boisguerin B., Delaporte A., Gateaud G., et al.

- 27 **Évaluation des maisons de naissance en France : premiers résultats**
Chantry A., Sauvegrain P., Roelens I., et al.
- 27 **L'emploi dans la fonction publique hospitalière**
Chataigner N., Julliard S. et Soulat L.
- 27 **Competition On Unobserved Attributes: The Case Of The Hospital Industry**
Chone P. et Wilner L.
- 28 **Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux**
De Peretti C., Woimant, F. et Schnitzler A.
- 28 **Impacts Of Hospital Wait Time On Patient Health And Labor Supply**
Godoy A., Furre Haaland V. et Huitfeldt I.
- 28 **How Do Hospitals Respond To Payment Incentives?**
Gowrisankaran G., Joiner K. A. et Lin J.
- 29 **Methodological Development Of International Measurement Of Acute Myocardial Infarction 30-Day Mortality Rates At The Hospital Level**
Padget M., Biondi N. et Brownwood I.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 29 **Refugees' And Irregular Migrants' Self-Selection Into Europe: Who Migrates Where?**
Aksoy C.G. et Poutvaara P.
- 29 **L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions**
Bartoli F., Felinger F., Sauliere J., et al.
- 30 **Quarante ans d'inégalités de niveau de vie et de redistribution en France (1975-2016)**
Blasco J. et Picard S.
- 30 **What Is The Evidence On Availability And Integration Of Refugee And Migrant Health Data In Health Information Systems In The WHO European Region?**
Bozorgmehr K., Biddle L., Rohleder S., et al.
- 31 **Asylum Seekers In Belgium: Options For A More Equitable Access To Health Care. A Stakeholder Consultation**
Dauvin M., Detollenaere J. et De Laet C.

- 31 **Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales**

Défenseur des Droits

- 32 **Health For Everyone? Social Inequalities In Health And Health Systems**

Devaux M., Couffinhal A. et Mueller M.

- 32 **Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. L'enquête Premiers pas**

Dourgnon P., Guillaume S., Jusot F., et al.

- 33 **Intergenerational Health Mobility: Magnitudes And Importance Of Schools And Place**

Fletcher J. et Jajtner K. M.

- 33 **The Intergenerational Transmission Of Health In The United States: A Latent Variables Analysis**

Halliday T. J., Mazumder B. et Wong A.

- 33 **Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas**

Jusot F., Dourgnon P., Guillaume S., et al.

- 34 **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France : rapport 2018**

Médecins du Monde

- 34 **Country Profiles On Environmental Health Inequality. A Supplement To Environmental Health Inequalities In Europe. Second Assessment Report**

Organisation Mondiale de la Santé. Bureau de l'Europe

- 34 **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2019**

Secours Catholique

- 35 **Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue**

Wittwer J., Raynaud D., Dourgnon P., et al.

Médicaments Pharmaceuticals

- 35 **Rapport d'activité 2018**

Comité Economique des Produits de Santé

- 35 **L'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM)**

Cour des Comptes

- 36 **The Geography Of Prescription Pharmaceuticals Supplied To The U.S.: Levels, Trends And Implications**

Chaloupka F. J., Levy M. R. et White J. S.

- 36 **Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles**

Maugat S. et Berger-Carbonne A.

- 36 **Abandoned by Coal, Swallowed by Opioids?**

Metcalf G. E. et Wang Q.

- 37 **What Can The United States Learn From Pharmaceutical Spending Controls In France?**

Rodwin M. A.

Méthodologie- Statistique Methodology - Statistics

- 37 **Échantillonnage des enquêtes VQS 2014 et CARE-ménages-2015**

Carriere A., Haag O. et Soullier N.

Politique publique Public Policy

- 38 **Panorama des administrations publiques 2019**

Organisation de Coopération et de Développement Économiques

Politique de santé Health Policy

- 38 **Rapport sur le Projet de loi relatif à la bioéthique**

Académie Nationale de Médecine

- 39 **Improving Healthcare Quality In Europe: Characteristics, Effectiveness And Implementation Of Different Strategies**

Busse R., Klazinga N., Panteli D., et al.

39 **Position Of KCE On Patient Involvement In Health Care Policy Research**

Cleemput I., Dauvrin M. et Kohn L.

39 **L'évaluation socioéconomique de l'investissement social. Comment mettre en œuvre des analyses coûts-bénéfices pour les politiques d'emploi, de santé et d'éducation**

Fougere D. et Helm A.

40 **Expérimentations innovantes en santé (article 51) : mise en œuvre du dispositif en 2018. Rapport du Conseil stratégique**

Ministère chargé de la Santé

Politique sociale

Social Policy

40 **Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées : les départements ont attribué 2 millions de prestations fin 2018**

Abdouni S.

40 **L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2019**

Abdouni S., Amrous N., Antunez K., et al.

41 **En 2018, le nombre d'allocataires de minima sociaux repart légèrement à la hausse**

Calvo M.

41 **Protection contre la pauvreté et gains monétaires au travail depuis vingt ans**

Cusset P. Y., Maigne G. et Vermersch G.

41 **Dispositifs universels de soutien au revenu des ménages modestes : protection contre la pauvreté et incitation à l'activité depuis 2000. Une analyse sur cas-types**

Cusset P. Y. et Vermersch G.

Prévention

Prevention

42 **La prévention et la prise en charge de l'obésité**

Cour des Comptes

42 **Les interventions et mesures de prévention pour réduire les inégalités en matière de tabagisme chez les jeunes**

Gamache L.,

42 **Représentations des soins et information sur le cancer et ses facteurs de risque : Baromètre cancer 2015**

Santé publique France

Psychiatrie

Psychiatry

43 **Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux**

Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés

43 **The Community Mental Health Framework For Adults And Older Adults**

National Health Service

43 **Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment**

Greacen T. et Jouet E.

44 **Mental Health: The Hidden Epidemic**

Mackay C.

44 **Organisation Of Mental Health Care For Adults In Belgium**

Mistiaen P., Cornelis J., Detollenaere J., et al.

44 **La psychiatrie dans les Hauts-de-France : Évolutions depuis 2000**

Theve A., Plancke L. et Armariel A.

Sociologie

Sociology

44 **L'innovation ordinaire**

Alter N.

45 **La co-construction : une alternative managériale**

Foudriat M. et Barreyre J. Y. p.

45 **Sociologie de l'innovation**

Gaglio G.

- 45 **Du neuf avec des vieux ? Télémédecine d'urgence et innovation en contexte gériatrique**
Gaglio G.

Soins de santé primaires

Primary health care

- 46 **10 000 médecins de plus depuis 2012**
Anguis M., Chaput H. et Marbot C.
- 46 **Who Cares When You Close Down? The Effects Of Primary Care Practice Closures On Patients**
Bischoff T. et Kaiser B.
- 46 **Les étudiants européens dans le troisième cycle de médecine en France**
Bocognano A., Lhermet C. et Petit V.
- 46 **Comment se déterminent les choix de spécialité et de région de formation des étudiants en médecine ?**
Caby D., Deffin C. et Zafar J. D.
- 47 **Selection With Variation In Diagnostic Skill: Evidence From Radiologists**
Chan D. C., Gentzow M. et Yu C.
- 47 **L'activité physique sur prescription en France : Etat des lieux 2019**
Charles M., Larras B., Bigot J., et al.
- 47 **Does The Provision Of Physician Services Respond To Competition?**
Chone P., Coudin E. et Pla A.
- 48 **French GPs' Willingness To Delegate Tasks: May Financial Incentives Balance Risk Aversion?**
Combes J. B., Paraponaris A. et Videau Y.
- 48 **Le livre blanc de la profession infirmière : reconnaître la contribution infirmière au système de santé**
Conseil National de l'Ordre des infirmiers
- 48 **L'ordre des médecins : rapport public thématique**
Cour des Comptes
- 48 **Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits**
Croguennec Y.

- 49 **Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3ème cycle des études médicales**
Golfouse A. et Pheng B.

- 49 **Health Care Workforce: Views On Expanding Medicare Graduate Medical Education Funding To Nurse Practitioners And Physician Assistants**
Government Accountability Office

- 49 **Modèle de plan personnalisé de coordination en santé**
Haute Autorité de Santé

- 50 **53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins**
Millien C.

- 50 **Accès aux soins : guide pratique pour les élus**
Ministère chargé de la Santé

- 50 **Déclaration d'Astana : conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, 25-26 octobre 2018**
Organisation Mondiale de la Santé

Systemes de santé

Health Care Systems

- 50 **Profils de santé par pays**
Commission Européenne

- 51 **The State Of Medical Education And Practice In The UK: The Workforce Report 2019**
General Medical Council

- 51 **A Fresh Look At The Health-Wealth Correlation: A Case Study Of European Countries**
Neumann S., Garcia-Munos T. et Neuman T.

- 51 **Health At A Glance 2019 : OECD Indicators**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques

Travail et santé Occupational Health

- 52 **Long-Run Effects Of Health Shocks In A Highly Regulated Labour Market**
Belloni M., Simonetti I. et Zantomio F.
- 52 **Work-Related Musculoskeletal Disorders: Prevalence, Costs And Demographics In The EU**
De Kok J., Vroonhof P., Snijders J., et al.
- 52 **Les programmes de santé mentale en milieu de travail : une valeur ajoutée pour les employés et les employeurs. Plan directeur pour les programmes de santé mentale en milieu de travail**
Deloitte
- 53 **Comment ont évolué les expositions des salariés du privé aux risques professionnels sur les vingt-dernières années ? Premiers résultats de l'enquête Sumer 2017**
Memmi S., Rosankis E., Sandret N., et al.
- 53 **Sickness Absence And Unemployment Revisited**
Pichler S. et Thonnes S.
- 53 **How To Respond To Chronic Health Problems In The Workplace?**
Vargas Llave O., Vanderleyden J. et Weber T.

Vieillesse Aging

- 54 **Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)**
Bernard X., Brunel M., Couvert N., et al.
- 54 **Les futurs retraités auront-ils travaillé plus longtemps pour percevoir au final des retraites plus faibles ?**
Boulhol H. et Geppert C.
- 54 **The "Red Herring" After 20 Years: Ageing And Health Care Expenditures**
Breyer F. et Lorenz N.
- 54 **Vieillesse et nouvelles technologies : enjeux éthiques et juridiques - Pour des technologies au service des capacités et du bien commun**
Brugere S. et Gzil F.

- 55 **Personnes âgées à domicile : comment faire beaucoup mieux sans dépenser plus ?**
Brux J. d. et Martinez-Zavala T.
- 55 **Financement des retraites et bouclage macroéconomique**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 55 **Perspectives des retraites en France à l'horizon 2030**
Conseil d'Orientation des Retraites
- 56 **À 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 11,2 ans pour les femmes et à 10,1 ans pour les hommes**
Deroyon T.
- 56 **Can Your House Keep You Out Of A Nursing Home?**
Diepstraten M., Douven R. et Wouterse B.
- 56 **Plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge 2020-2024**
El Kohmri M.
- 56 **Formal Home Care, Informal Support And Caregiver Health: Should Other People Care?**
Juin S.
- 57 **Ageing Europe. Looking At The Lives Of Older People In The EU. 2019 Edition**
Eurostat
- 57 **Promoting Healthy Ageing. Background Report For The 2019 Japanese G20 Presidency**
Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- 57 **Does An Increase In Formal Care Affect Informal Care? Evidence Among The French Elderly**
Perdrix E. et Roquebert Q.
- 57 **The Mental Health Effect Of Retirement**
Picchio M. et Van Ours. J. C.
- 58 **Gender Differences In Active Ageing: Findings From A New Individual-Level Index For European Countries And Health In Childhood**
Steinmayr D., Weichselbaumer D. et Winter-Ebmer R.
- 58 **Analyse des tarifs des EHPAD en 2018**
Toupin M. H. et Moreau C.

58 **Sustainable Health Financing With
An Ageing Population: Will Population
Ageing Lead To Uncontrolled Health
Expenditure Growth?**

Williams G., Cylus J., Roubal T., et al.

Health Insurance**► A Behavioral Decomposition Of Willingness To Pay For Health Insurance**

BAILLON A., KRAFT A. D., O'DONNELL O., *et al.*
2019

Tinbergen Institute Discussion Paper ; TI 2019-077/I. Tiberger

<https://papers.tinbergen.nl/19077.pdf>

Despite widespread exposure to substantial medical expenditure risk in low-income populations, health insurance enrollment is typically low. This is puzzling from the perspective of expected utility theory. To help explain it, this paper introduces a decomposition of the stated willingness to pay (WTP) for insurance into its fair price and three behavioral deviations from that price due to risk perception and risk attitude consistent with prospect theory, plus a residual. To apply this approach, we elicit WTP, subjective distributions of medical expenditures and risk attitude (utility curvature and probability weighting) from Filipino households in a nationwide survey. We find that the mean stated WTP of the uninsured is less than both the actuarially fair price and the subsidized price at which public insurance is offered. This is not explained by downwardly biased beliefs: both the mean and the median subjective expectation are greater than the subsidized price. Convex utility in the domain of losses pushes mean WTP below the fair price and the subsidized price, and the transformation of probabilities into decision weights depresses the mean further, at least using one of two specific decompositions. WTP is reduced further by factors other than risk perception and attitude.

► Rapport annuel 2018. L'Assurance Maladie - Risques professionnels

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
2019

Paris Cnam

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-reference/assurance-maladie-risques-professionnels/rapports-annuels>

Ce rapport de gestion 2018 fait le point complet sur les finances de la branche AT/MP et l'indemnisation des victimes avec l'analyse détaillée de la sinistralité (accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles). Plusieurs focus sur une problématique particulière sont également présentés : évolution de la sinistralité des accidents du travail sur le long terme, les arrêts de travail suite à une chute, les troubles musculo-squelettiques, les cancers professionnels et le risque routier.

► Health Insurance And Mortality: Experimental Evidence From Taxpayer Outreach

GOLDIN J., LURIE I. Z. ET MCCUBIN J.
2019

NBER Working Paper Series ; 26533. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26533>

We evaluate a randomized pilot study in which the IRS sent informational letters to 3.9 million taxpayers who paid a tax penalty for lacking health insurance coverage under the Affordable Care Act. Drawing on administrative data, we study the effect of the intervention on taxpayers' subsequent health insurance enrollment and mortality. We find the intervention led to increased coverage in the two years following treatment and that this additional coverage reduced mortality among middle-aged adults over the same time period. Our results provide the first experimental evidence that health insurance reduces mortality.

► **How Do Low-Income Enrollees In The Affordable Care Act Marketplaces Respond To Cost-Sharing?**

LAVETTI K. J., DELEIRE T. ET ZIEBARTH N. R.

2019

NBER Working Paper Series ; 26430. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26430>

The ACA requires insurers to provide cost-sharing reductions (CSRs) to low-income consumers on the marketplaces. We link 2013-2015 All-Payer Claims Data to 2004-2013 administrative hospital discharge data from Utah and exploit policy-driven differences in the value of CSRs that are solely determined by income. We find that enrollees with lower cost sharing have higher levels of health care spending, controlling for past health care use. We estimate the demand elasticity of total health care spending to be -0.10, but find larger elasticities for emergency room care, lifestyle drugs, and low-value care. We also find positive cross-price elasticities between outpatient and inpatient care.

► **The Impact Of Expanding Public Health Insurance On Safety Net Program Participation: Evidence From The ACA Medicaid Expansion**

SCHMIDT L., SHORE-SHEPPARD L. D. ET WATSON T.

2019

NBER Working Paper Series ; 26504. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26504>

The expansion of public insurance eligibility that occurred with the Affordable Care Act (ACA) Medicaid expansions may have spillover effects to other public assistance programs. We explore the impact of the ACA on two large safety net programs: the Earned Income Tax Credit (EITC) and the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). We use a county border-pair research design, examining county-level administrative measures of EITC and SNAP participation in contiguous county pairs that cross state lines where the county on one side of the border experienced the Medicaid expansion and the county on the other side did not. This approach allows us to focus narrowly on differences arising from the ACA Medicaid expansion choice, implicitly controlling for local economic trends that could affect safety net

participation. Our results suggest that the Medicaid expansion increased participation in SNAP, and possibly in the EITC, in counties that expanded relative to nearby counties that did not expand. We corroborate and extend these results using individual level data from the American Community Survey (ACS). Our results show that access to one safety net program may increase take-up of others.

► **Does One Medicare Fit All? The Economics Of Uniform Health Insurance Benefits**

SHEPARD M., BAICKER K. ET SKINNER J. S.

2019

NBER Working Paper Series ; 26472. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26472>

There is increasing interest in expanding Medicare health insurance coverage in the U.S., but it is not clear whether the current program is the right foundation on which to build. Traditional Medicare covers a uniform set of benefits for all income groups and provides more generous access to providers and new treatments than public programs in other developed countries. We develop an economic framework to assess the efficiency and equity tradeoffs involved with reforming this generous, uniform structure. We argue that three major shifts make a uniform design less efficient today than when Medicare began in 1965. First, rising income inequality makes it more difficult to design a single plan that serves the needs of both higher- and lower-income people. Second, the dramatic expansion of expensive medical technology means that a generous program increasingly crowds out other public programs valued by the poor and middle class. Finally, as medical spending rises, the tax-financing of the system creates mounting economic costs and increasingly untenable policy constraints. These forces motivate reforms that shift towards a more basic public benefit that individuals can “top-up” with private spending. If combined with an increase in other progressive transfers, such a reform could improve efficiency and reduce public spending while benefiting low income populations.

Demography

► **Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers**

ATHARI E., PAPON S. ET ROBERT-BOBEE I.
2019

In: [France, portrait social. Edition 2019.]. Paris : Insee: 11-26.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>

Ce chapitre revient sur 40 ans de grandes évolutions démographiques. La France métropolitaine compte désormais 65 millions d'habitants contre 53 millions en 1975. 78 % de cette hausse est due au solde naturel, 22 % au solde migratoire. 13,4 % de la population a 65 ans ou plus en 1975 contre 20,3 % en 2019.

► **Demographic Obstacles To European Growth**

COOLEY T. F., HENRIKSEN E. ET NUSBAUM C.
2019

NBER Working Paper Series ; 26503. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26503>

Since the early 1990's the growth rates of the four largest European economies—France, Germany, Italy, and the United Kingdom—have slowed. This persistent slowdown suggests a low-frequency structural change is at work. A combination of longer individual life expectancies and declining fertility have led to gradually ageing populations. Demographic change affects economic growth directly through households savings and labor supply decisions and also growth indirectly through the pension systems and the need to fund them. Tax increases to balance budgets will impose additional distortions to individual factor-supply choices. We quantify the growth effects from aging and from the financing of public pensions, and we estimate the welfare gains from pension reforms.

► **France, portrait social. Edition 2019**

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES
2019

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238781>

Dans cette édition 2019, l'Insee propose quarante ans d'évolution de la société française concernant la démographie, le temps de travail, la mobilité sociale, les inégalités de vie et de redistribution et les opinions des Français. Trois dossiers analysent ensuite de manière approfondie certains aspects de la société française avec l'évolution du niveau de vie des familles monoparentales, les effets de l'imposition conjointe sur le niveau de vie des couples mariés ou pacés comparés à une situation où il serait individualisé et l'effet des réformes socio-fiscales intervenues en 2018 sur le niveau de vie des ménages.

► **Mortality And Life Expectancy Trends In The UK: Stalling Progress**

MARSHALL L., FINCH D., CAIRNCROSS L., *et al.*
2019

Londres Health Foundation

https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2019/HL04_Mortality-trends-in-the-UK.pdf

Since 2011 improvements in life expectancy in the UK have stalled, and for certain groups of the population, gone into reverse. This report presents new analysis of mortality data, exploring what has happened, who is affected and what is driving current trends. The analysis uncovers worrying trends, including a rising number of avoidable deaths among the under 50s and a widening gap in life expectancy between the richest and poorest. There is no single cause of the slowdown, and no single solution: instead actions must be taken on the wider factors that shape the conditions in which people are born, grow, live, work and age.

E-santé – Technologies médicales

E-Health - Medical Technologies

► **Étude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine : synthèse de l'étude**

ASIP SANTÉ
2019

Paris Asip.

<https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/telemedecine>

À la demande du ministère chargé de la santé en mars 2018, l'Asip Santé a réalisé une étude nationale pour accompagner le déploiement de la télémédecine. Cette étude couvre plusieurs chantiers dont un état des lieux des plateformes régionales de télémédecine, la formalisation d'un référentiel fonctionnel socle d'un système de télémédecine et une réflexion sur les questions de sécurité relatives à la vidéotransmission dans le cadre des téléconsultations.

► **Données massives (Big data) en santé, Intelligence artificielle (IA), e-santé**

CHEVAILLIER G.
2019

Rennes : Ehesp

https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2019/10/DD_BigData_2019-10-07.pdf

Aujourd'hui les technologies comme l'IA (intelligence artificielle), le Big Data (données massives en santé) ou la santé connectée, sont en passe d'évoluer de façon très rapide. La révolution numérique transforme nos sociétés et nos vies. Entre autres caractéristiques, elle génère la production d'immenses quantités de données. L'effet conjugué de l'augmentation exponentielle de la puissance de calcul et de stockage des ordinateurs permet ainsi aux acteurs publics et privés de disposer de moyens inégalés dans l'histoire pour analyser et diffuser leurs données. Aujourd'hui les technologies comme l'IA (intelligence artificielle), le Big Data (données massives en français) ou la santé connectée sont en passe d'évoluer de façon très rapide. Les croissances exponentielles respectives de ces technologies sont sur le point de se rencontrer, permettant à chacune de se développer encore plus rapidement. Les technologies analytiques du Big Data en santé vont permettre de développer des traitements médicaux adaptés à

chacun en fonction de son code génétique. Mais dans le domaine des soins de santé, le Big Data seul n'est pas suffisant. Il est nécessaire d'utiliser l'intelligence artificielle en complément. Ce dossier documentaire aborde les aspects suivants : Questions éthiques et juridiques ; La politique de santé à l'ère du numérique ; E-santé, santé connectée : enjeux et pratiques.

► **L'économie et la société à l'ère du numérique : édition 2019**

COUSTEAUX A. S.
2019

Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238635>

Cet ouvrage inédit rassemble les données de la statistique publique rendant compte des transformations de l'économie et de la société par le numérique.

► **Health In The 21st Century. Putting Data To Work For Stronger Health Systems**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2019

Paris : OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-in-the-21st-century_e3b23f8e-en

This report explores how data and digital technology can help achieve policy objectives and drive positive transformation in the health sector while managing new risks such as privacy, equity and implementation costs. It examines the following topics: improving service delivery models; empowering people to take an active role in their health and their care; improving public health; managing biomedical technologies; enabling better collaboration across borders; and improving health system governance and stewardship. It also examines how health workforces should be equipped to make the most of digital technology. The report contains findings from surveys of OECD countries and shares a range of examples that illustrate the potential benefits as well as challenges of the digital transfor-

mation in the health sector. Findings and recommendations are relevant for policymakers, health care providers, payers, industry as well as patients, citizens and civil society.

► **L'évaluation médico-économique de la télémédecine : Bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2019

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-evaluation-medico-economique-de-la-telemedecine.pdf>

La télémédecine regroupant plusieurs formes d'organisation de la pratique médicale à distance, elle peut

constituer un vecteur important d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient dans le cadre du parcours de soins. L'objectif de cette bibliographie est de recenser la littérature scientifique portant sur les études d'évaluation économique et clinique de la télémédecine et plus particulièrement de la télésurveillance avec un focus sur la télésurveillance pour insuffisance cardiaque. Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur les bases de données et portails suivants : Irdes, BDSP, Medline et Science direct sur la période allant de 2010 à juin 2019 avec quelques références clés antérieures. Les revues de littérature (scoping review, literature review et systematic review) ont été privilégiées. Les références sont accompagnées de résumés et classées par ordre alphabétique d'auteurs. Cette bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité.

Économie de la santé

Health Economics

► **Time-Varying Income Elasticities Of Healthcare Expenditure For The OECD And Eurozone**

CASAS I., GAO J., PENG B., *et al.*
2019

Working Paper ; 28/19. Melbourne Monash University

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:msh:ebwps:2019-28&r=hea>

Income elasticity dynamics of health expenditure is considered for the OECD and Eurozone over the period 1995-2014. Motivated by some modelling challenges, this paper studies a class of non-linear cointegration panel data models, controlling for cross-section dependence and certain endogeneity. Using the corresponding methods, our empirical analyses show a slight increase in the income elasticity of the healthcare expenditure over the years, but still with values under 1, meaning that healthcare is not a luxury good in the OECD and Eurozone.

► **The Impact Of Sugar-Sweetened Beverage Taxes On Purchases: Evidence From Four City-Level Taxes In The U.S**

CAWLEY J., FRISVOLD D. E. ET JONES D.
2019

NBER Working Paper Series ; 26393. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26393>

Since 2017, many U.S. cities have implemented taxes on sugar-sweetened beverages (SSBs) to decrease consumption of sugary beverages and raise revenue. In this paper, we analyze household receipt data to examine the impact of SSB taxes on households' purchases of taxed and untaxed beverages in the four largest U.S. cities with such taxes: Philadelphia, Pennsylvania; San Francisco, California; Seattle, Washington; and Oakland, California. We estimate the impact of these taxes by comparing changes in monthly household purchases in the treatment cities to changes in one of two comparison groups: 1) areas adjacent to the treatment cities; or 2) a matched set of households nationally. We find that an increase in the beverage tax rate of 1 cent per ounce decreases household purchases of taxed beverages by 53.0 ounces per month or 12.2 percent. This impact is small in magnitude and con-

sistent with a reduction in individual consumption of 5 calories per day per household member and eventual reduction in weight of 0.5 pounds. When we examine results separately by city, we find that the decline was concentrated in Philadelphia, where the tax decreased purchases by 27.7 percent. We do not find impacts of the taxes in the other three cities combined.

► **The Economic Cost Of Air Pollution : Evidence From Europe**

DECHEZLEPRETRE A., RIVERS N. ET STADLER N.
2019

OECD Economics Department Working Papers ; 1584. Paris OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/economics/the-economic-cost-of-air-pollution-evidence-from-europe_56119490-en

Cette étude montre de manière empirique à partir de données européennes que la pollution de l'air a des effets négatifs directs sur la croissance économique. Elle combine des mesures de pollution atmosphérique obtenues par satellite avec des données sur le niveau de l'activité économique régionale au niveau NUTS-3 pour toute l'Union Européenne sur la période 2000-15. L'utilisation de variables instrumentales basées sur les inversions thermiques dans l'atmosphère permet d'établir l'effet causal de la pollution de l'air sur l'activité économique. Les résultats montrent qu'une augmentation de la concentration de particules fines (PM_{2,5}) de 1µg/m³ (correspondant à une augmentation d'environ 10 % à la moyenne de l'échantillon) entraîne une réduction du Produit Intérieur Brut de 0.8 % la même année. Quatre-vingt-quinze pour cent de cet impact provient d'une diminution de la production par travailleur, qui peut émaner d'une augmentation de l'absentéisme ou d'une baisse de la productivité au travail. Par conséquent, les résultats de cette étude suggèrent que les politiques publiques visant à réduire la pollution de l'air peuvent contribuer positivement à la croissance économique. En effet, les bénéfices économiques considérables liés à la réduction de la pollution atmosphérique établis par cette analyse dépassent largement les coûts d'abattement, de telle sorte que des réglementations plus sévères sur la qualité de l'air peuvent être justifiées pour des motifs purement économiques, même sans prendre en compte leurs bénéfices bien connus en termes de santé publique.

► **A Descriptive Analysis Of Health Care Use By High-Cost, High-Need Patients In England**

DREYER K., PARRY W., JAYATUNGA W., *et al.*
2019

Londres Health Foundation

<https://www.health.org.uk/publications/a-descriptive-analysis-of-health-care-use-by-high-cost-high-need-patients-in-england>

Funding increases for the NHS in England have been less than historical norms since 2010, resulting in pressures across the health service. Despite this, there has been little research to understand the distribution and concentration of health care costs across the population. Identifying 'high-cost, high-need users' and examining the way in which they use health care services might help to find initiatives to reduce costs or to improve efficiency. The key contribution of this paper is the analysis of the distribution of both primary and secondary health care costs in England. The design, delivery and management of high-cost, high-need patients has important implications for overall health system costs. Interventions that focus on better managing these patients in primary care and the community, reducing the need for unplanned and costly hospital admissions, could help reduce costs and improve the quality of care. However, further work is needed to understand the extent to which these costs (particularly those from inpatient hospital settings) are avoidable and how strategies and interventions might be used to sustainably manage these costs, as well as to understand the role of system partners such as social care. This analysis is limited to primary and secondary costs and it does not incorporate all costs associated with health care in England.

► **How Do Economic Shocks Affect Family Health Care Spending Burdens?**

GRAFOVA I. B., MONHEIT A. C. ET KUMAR R.
2019

NBER Working Paper Series ; 26443. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26443>

We use data from the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) for the years 2004 - 2012 to examine the impact of economic shocks on the family's out-of-pocket health care spending burden. We define this burden as the share of family income devoted to out-

of-pocket health care spending. In contrast to static, cross-sectional analyses, our study examines how the within-family change in spending burden over the two-year MEPS observation period responds to losses in family income, insurance, and employment. We also consider the impact of such losses on single-mother and two-parent families. To do so, we apply fractional response and health expenditure models using the correlated random effects (CRE) method to control for time-invariant, unobserved heterogeneity across family units. We find evidence that the change in the out-of-pocket spending burden is sensitive to income shocks, and that income changes rather than changes in health spending per se appears to drive changes in the out-of-pocket burden.

► **Lutter contre les fraudes aux prestations sociales, un levier de justice sociale pour une juste prestation**

GRANDJEAN C. ET GOULET N.
2019

Paris Sénat.

<http://www.carolegrandjean.fr/wp-content/uploads/2019/11/LFPS-GRANDJEAN-GOULET-octobre-2019.pdf>

Ce rapport répond à la lettre de mission du Premier Ministre, datée du 28 mai 2019, relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Dans un contexte d'évolutions législatives telles que la loi relative à la lutte contre la fraude et la loi pour un État au service d'une société de confiance ayant ouvert sur le droit à l'erreur ; mais aussi d'enjeux majeurs concernant l'accès aux droits pour le citoyen, ou encore les fraudes aux cotisations sociales, le Premier Ministre a souhaité rappeler que la fraude « contrevient aux fondements du pacte républicain ». Aussi, la volonté politique de verser la juste prestation, de limiter les abus et de simplifier la relation de nos organismes avec le citoyen pour plus de Solidarité est sans conteste. La présente mission s'inscrit dans une démarche de transparence, et prend en compte la nouvelle législation sur le droit à l'erreur. Le périmètre de la mission comprend également le non recours et tient compte de la situation dans les outre mers. L'étude s'appuie sur des travaux antérieurs de l'Assemblée nationale comme les rapports des parlementaires Cloarec ou Tian sur les fraudes et sur une exigence de méthodologie. Il apporte aussi un éclairage de la vision européenne.

► **Les lois de financement de la sécurité sociale : bilan et perspectives**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA
PROTECTION SOCIALE
2019

Paris HCFi-PS.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCFIPS/2019/HCFIPS - 2019 - Rapport bilan LFSS.pdf>

Suite à la lettre de mission du Premier ministre, le HCFiPS a consacré l'essentiel de ses travaux en 2018-2019 à l'examen des apports et limites du vote annuel des lois de financement de la sécurité sociale. Après avoir présenté les apports de ces lois, le Haut conseil formule 28 recommandations destinées à améliorer le processus démocratique, tant au niveau du Parlement que dans l'association des partenaires sociaux, à repenser un périmètre des LFSS en adéquation avec les enjeux actuels de la Sécurité sociale du XXI^{ème} siècle, et à améliorer les capacités de pilotage financier afin de garantir un financement durablement équilibré de la sécurité sociale française, en éliminant le recours à la dette, ces trois objectifs formant un ensemble cohérent de l'avis des membres du HCFiPS.

► **Predicting Insurance Demand From Risk Attitudes**

JASPERSEN J. G., RAGIN M. A. ET SYDNOR J. R.
2019

NBER Working Paper Series ; 26508. Cambridge
NBER

<https://www.nber.org/papers/w26508>

Can measured risk attitudes and associated structural models predict insurance demand? In an experiment (n=1,730), we elicit measures of utility curvature, probability weighting, loss aversion, and preference for certainty and use them to parameterize seventeen common structural models (e.g., expected utility, cumulative prospect theory). Subjects also make twelve insurance choices over different loss probabilities and prices. The insurance choices show coherence and some correlation with various risk-attitude measures. Yet all the structural models predict insurance poorly, often less accurately than random predictions. Simpler prediction heuristics show more promise for predicting insurance choices across different conditions.

► **Compte provisoire de la protection sociale : le retour à l'excédent de 2017 s'amplifie en 2018**

LECANU C.

2019

Etudes Et Resultats(1131).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1131.pdf>

D'après les résultats provisoires, le solde de la protection sociale poursuit son redressement en 2018 pour atteindre 11,1 milliards d'euros, après un retour à l'excédent en 2017 (+ 5,2 milliards d'euros). Les ressources de la protection sociale, malgré un léger ralentissement (+ 2,4 % après + 2,8 % en 2017), restent en effet plus dynamiques que les dépenses. Ces dernières progressent de 1,6 %, à un rythme légèrement plus faible que l'année précédente (+ 1,8 % en 2017). Le montant des ressources de la protection sociale s'établit à 798,3 milliards d'euros. Celles-ci restent dynamiques, à l'image du marché du travail. La bascule entre cotisations sociales et contribution sociale généralisée (CSG) mise en oeuvre dans le cadre des mesures dites « en faveur du pouvoir d'achat des actifs » modifie la structure de ces ressources. La part des impôts et taxes affectés augmente, passant ainsi de 24 % en 2017 à 26 % en 2018, tandis que celle des cotisations sociales baisse de deux points entre 2017 et 2018 (61 % contre 59 %).

► **Drivers Of Health Care Expenditure: Final Report**

MASON A., RODRIGUEZ SANTANA, I., ARAGON M. J., *et al.*

2019

CHE Research Paper Series ; 169. York University of York

<https://ideas.repec.org/p/chy/respap/169cherp.html>

Since the NHS was established in 1948, growth in health care expenditure (HCE) has outpaced the rise in both GDP and in total public expenditure. Known drivers of HCE growth include demographic factors, income and wealth effects, technology and cost pressures. To identify the challenges and opportunities for developing a model of healthcare demand, this report addressed two research questions: 1. What are the drivers of past trends in health care expenditure and how much has each of the drivers contributed to past increases in expenditure? 2. How much has each type of service contributed to past trends in health care

expenditure and why have there been different trends for different types of care? We set out a conceptual framework for understanding drivers of HCE, placing it in the broader context of underlying drivers of demand and macroeconomic trends. We reviewed studies from higher-income countries published over the last decade, and analysed datasets compiled in-house of cost and volume of care by different settings. We linked data on HCE trends to relevant, settingspecific evidence from the literature review. We identified 52 studies using aggregate data and 54 individual-level studies. The relative contribution of different drivers could not be quantified due to heterogeneity in study methodologies. Aggregate studies using longer panels of data show that the relationship between HCE and its drivers is non-linear, varies over time and varies cross countries. These studies mostly find a strong, positive relationship between HCE and technological progress. Individual-level studies usually rely on observational, non-experimental data from administrative databases, such as claims data or registers, or on survey data or cohort studies. Trends in HCE from 2008/9 to 2016/17 reveal that the largest rises were in high cost drugs (231%), chemotherapy (113%) and attendances at A&E (59%) or outpatient departments (57%). Most evidence on the drivers of HCE related to hospital care, but we found no studies explaining the factors behind the rise in expenditure on chemotherapy or high cost drugs. We conclude by presenting four lessons that could inform decisions on building a projections model of health care expenditure.

► **Le rapport économique social et financier annexé au PLF pour 2020**

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE

2019

Paris DG Trésor.

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2019/10/01/publication-du-rapport-economique-social-et-financier-plf-pour-2020>

Ce rapport publié le 1^{er} octobre 2019 est rédigé par la DG Trésor avec l'appui de la direction du Budget, de la direction de la Législation fiscale et de la direction de la Sécurité sociale. Il expose la stratégie de politique économique du gouvernement autour de quatre piliers : Renforcer notre modèle social pour construire une société plus juste; Libérer le plein potentiel de l'Économie française; Faire émerger le modèle de croissance de demain; Transformer l'État et restaurer

l'équilibre de nos finances publiques. Il détaille également les perspectives économiques 2019- 2020 et les perspectives de finances publiques.

► **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2020

Paris : Ministère chargé de la Santé

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2020/DossierPresse_PLFSS2020.pdf

Ce dossier présente le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020 et ses annexes. Face à l'urgence économique et sociale, le gouvernement a adopté fin 2018 des mesures fortes pour répondre aux attentes des citoyens en matière de pouvoir d'achat et de justice sociale. Ajoutés à la révision des perspectives de croissance dans un environnement international moins porteur, ces éléments conduisent à retarder le retour à l'équilibre de l'ensemble des régimes de base, sans remettre toutefois en cause l'objectif du gouvernement en matière de redressement des comptes sociaux, ni celui de désendettement de la sécurité sociale. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 s'inscrit dans cette perspective, en poursuivant l'effort important engagé depuis 2018 de maîtrise des dépenses sociales, comme de l'ensemble des dépenses publiques, tout en veillant à préserver et soutenir nos concitoyens modestes et fragiles : - l'Ondam sera tenu en 2019 pour la dixième année consécutive; - l'Ondam, fixé à 2,3 % en 2020, représente un effort de maîtrise de l'évolution des dépenses de plus de 4 Md€; - les conventions d'objectifs et de gestion avec les organismes de sécurité sociale, signées au cours de l'année 2018, permettent de maîtriser l'évolution des dépenses de fonctionnement et d'action sociale, tout en accélérant la transformation et le virage numérique de ces organismes. En 2020, les dépenses du régime général et du fonds de solidarité vieillesse évolueraient globalement de 2,3 %, après 2,4 % en 2019.

► **Are Alcohol Excise Taxes Overshifted To Prices? Systematic Review And Meta-Analysis Of Empirical Evidence From 29 Studies**

NELSON J. P. ET MORAN J. R.

2019

New York AAWE

<https://www.wine-economics.org/aawe-working-paper-no-237-economics/>

This paper conducts the first comprehensive review and meta-analysis for estimates of alcohol tax pass-through rates. The review examines data coverage by country; econometric models; and results for under- or overshifting by beverage. Several primary studies indicate substantial overshifting of alcohol taxes. Median rates also suggest taxes are overshifted. Precision weighted- averages calculated for two samples show beer taxes are overshifted and wine-spirits taxes are fully shifted. Meta-regressions corrected for publication bias indicate, however, that full-shifting of alcohol taxes cannot be rejected for any beverage. Results are useful for alcohol tax policy and future research on tax incidence.

► **Social Protection Expenditure And Its Financing In Europe: A Study Of National Policies**

SPASOVA S. ET WARD T.

2019

Bruxelles Commission européenne.

This report describes the state of play as regards financing models for European social protection systems, as well as their strengths and weaknesses, identifies the change in levels of financing for social protection systems during the period 2005-2016, analyse the changes in the main sources of financing for these systems during the period 2005-2016 (or the latest year for which data are available) and assesses the main impact of past (since 2005) reforms and the possible impact of recent and current changes.

► **Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 : 3 tomes**

VERAN O.

2019

Paris Assemblée nationale.

http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/alt/plfss_2020

Ce rapport présente les motifs et commente les dispositions du projet de loi pour la sécurité sociale pour 2020.

État de santé

Health Status

► **The Long-Run Effects Of Cesarean Sections**

COSTA-RAMON A., KORTELAINEN M., RODRIGUEZ-GONZALEZ A., *et al.*

2019

VATT Working Papers 125/2019. Helsinki Vatt Institute for Economic Research

<https://www.doria.fi/handle/10024/172439>

This paper analyzes the long-term effects of potentially avoidable C-sections on children's health. Using Finnish administrative data, we document that physicians perform more unplanned C-sections during their regular working hours on days that precede a weekend or public holiday and use this exogenous variation as an instrument for C-sections. We supplement our instrumental variables results with a differences-in-differences estimation that exploits variation in birth mode within sibling pairs and across families. Our results suggest that avoidable unplanned C-sections increase the risk of asthma, but do not affect other immune-mediated disorders previously associated with C-sections.

► **Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

2019

Paris HCSP.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=744>

Ce rapport constitue un inventaire des sources de données sur l'enfant, puis analyse les domaines traités en appréciant l'intensité et la qualité des dispositifs de suivi. Il propose un ensemble de recommandations portant sur les aspects et les déterminants de la santé de l'enfant qu'il est indispensable de mieux documenter ou de suivre, pour contribuer à évaluer les politiques publiques vis-à-vis des enfants et des axes de recherche à développer. Ce rapport est complété par un avis relatif aux données de recherche et études sur la santé et le développement global de l'enfant du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) et du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA).

► **L'influence du tabac sur la mortalité en Europe**

JANSSEN F.

2019

Population Et Sociétés(571)

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/influence-du-tabac-sur-mortalite-europe/>

En Europe, l'épidémie de tabac a influé sur les niveaux et tendances de la mortalité, ainsi que sur les différences entre les sexes et entre les pays. En 2014, le tabac réduit l'espérance de vie des hommes de 2,7 ans en moyenne et celle des femmes de 1,0 an. Le tabac explique 28 % de l'écart d'espérance de vie entre les sexes. L'épidémie de tabac est la plus avancée dans le Nord-Ouest de l'Europe. L'effet du tabac y est en recul chez les hommes, mais n'a pas encore atteint son pic chez les femmes, et leurs mortalités dues au tabac

sont proches. Sans le tabac, l'espérance de vie n'aurait pas stagné dans des pays comme le Danemark et les Pays-Bas chez les hommes dans les années 1950-1960, et chez les femmes dans les années 1980-1990. Elle aurait augmenté en général de façon plus importante, et les évolutions des hommes et des femmes auraient été plus proches.

► **Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi**

PISARIK J.

2019

Etudes Et Résultats(1134)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1134.pdf>

L'état de santé des jeunes adultes est très satisfaisant en moyenne : près de neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix se perçoivent en bonne ou très bonne santé et ils

déclarent peu de maladies chroniques (14 %) ou de restrictions d'activités (8 %). Pour la première fois, l'enquête nationale sur les ressources des jeunes, permet d'aller au-delà de ce constat général et d'éclairer la situation de groupes particuliers en matière de santé perçue, de couverture et de recours aux soins en les comparant à l'ensemble des jeunes adultes. Les jeunes chômeurs ou inactifs (hors étudiants) et les jeunes cumulant emploi et études déclarent ainsi un moins bon état de santé perçu. C'est aussi le cas pour les jeunes les moins diplômés et ceux qui n'habitent plus chez leurs parents. Ces écarts s'observent également pour la couverture par une complémentaire santé et pour le renoncement aux soins. Si 92 % des jeunes sont couverts par une complémentaire, ils ne sont que 85 % parmi les jeunes chômeurs ou inactifs. Ces derniers déclarent plus souvent avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois : 7 % ont ainsi renoncé à consulter un médecin, et 6 % un dentiste, contre 4 % de l'ensemble des jeunes adultes pour chacun de ces professionnels de santé.

Géographie de la santé

Geography of health

► **Systeme de santé : Que faut-il nationaliser ? Que faut-il décentraliser ?**

CERCLE GALIEN

2019

s.l Cercle Galien.

https://www.prixgalien.fr/wp-content/uploads/2019/12/CERCLE_GALIEN-RAPPORT-2019-basse-def_compressed.pdf

Dans un contexte d'évolution rapide des innovations thérapeutiques, numériques, réglementaires et organisationnelles, le tout dans un environnement économique contraint, les acteurs de santé doivent imaginer et mettre en place de nouvelles modalités de prise en charge des patients dans les parcours de soins ville-hôpital qui répondent aux attentes de tous. Avec un comité d'experts qui regroupe décideurs institutionnels, professionnels de santé, experts, industriels et entrepreneurs, le Cercle Galien analyse la façon dont les organisations peuvent intégrer ces innovations de façon pérenne et efficace pour optimiser les prises en charge.

► **Rapport d'information sur l'évaluation de l'accès aux services publics dans les territoires ruraux**

DUFREGNE J. P. ET MATTEI J. P.

2019

Paris Assemblée Nationale.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i2297.pdf>

S'appuyant sur un rapport de la Cour des comptes de mars, les rapporteurs de la mission J.P Dufrègne et J.P. Mattei propose que la politique d'accès aux services publics dans les territoires ruraux repose sur deux piliers. D'une part, la couverture numérique, premier des services publics, indispensable à la fois à l'accès aux services publics et à l'attractivité des territoires ruraux (I). D'autre part, ce vaste projet, aussi ambitieux que coûteux, doit impérativement aller de pair avec la recherche d'un meilleur équilibre entre un accompagnement plus attentif des personnes à l'accès dématérialisé des services et le maintien d'un service de proximité (II). Enfin, au-delà des aléas d'une politique de grande ampleur, il faudra, pour la mener à bien,

l'inscrire dans une politique de l'aménagement du territoire renouvelée étayée par des moyens financiers pour conforter les propositions des rapporteurs (III).

► **Construction locale de santé : Étude de cas internationaux et réflexions sur la situation française**

FLEURET S.
2017

Paris : Éditions matériologiques

Au moment de la sortie de ce livre, la France connaît des mutations territoriales qui touchent la médecine de proximité et la santé publique. Ce livre esquisse des pistes de réflexions et d'actions pour une autre politique de santé, où l'humain et son territoire sont au centre des préoccupations sanitaires et sociales qui concourent à la santé, au soin et au bien-être corporel. Ce livre repose sur la conviction qu'en France, le premier niveau de santé devrait être repensé au regard d'expériences menées dans plusieurs endroits du monde (y compris dans l'Hexagone) et qui témoignent de l'intérêt d'une construction locale de la santé basée sur la prise en compte de ses déterminants médicaux et non médicaux, l'articulation entre les différents acteurs du territoire et la participation des citoyens. À partir d'études de cas observés au Canada, au Mali, au Brésil et dans l'ouest de la France, l'auteur développe le concept de construction locale de la santé.

► **Objets géographiques et processus de changement : approche spatio-temporelle**

MATHIAN H. ET SANDERS L.
2014

Londres : Iste éditions

Qu'il s'agisse de l'évolution des inégalités scolaires, des conséquences de la métropolisation ou encore des transformations de paysages, les phénomènes sociaux et environnementaux partagent des enjeux épistémologiques et méthodologiques similaires. S'appuyant sur la géographie humaine, la géographie environnementale et l'archéologie, cet ouvrage propose un ensemble construit de concepts et de démarches permettant d'appréhender, de représenter et d'analyser les données spatio-temporelles. Afin d'explicitier les changements concernant les systèmes

spatiaux, il développe des notions issues notamment des sciences de l'information, des sciences de la complexité et des champs thématiques en fonction d'une problématique spatio-temporelle. Émaillé d'exemples concrets, cet ouvrage analyse l'identification critique des entités concernées (phase conceptuelle), la description du changement (méthodes exploratoires et analyse statistique) et la compréhension des processus sous-jacents à l'évolution du phénomène étudié (modèles de simulation).

► **Mieux connaître la santé des franciliens et ses déterminants dans les nouveaux territoires de coordination : Études de l'ORS Île-de-France**

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE
2019

Paris ORSIF.

<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/profils-des-territoires-de-coordination.html>

L'ORS Île-de-France publie, pour chacun des 22 territoires, un profil synthétique à partir des dernières données socio-démographiques, environnementales et sanitaires disponibles, apportant ainsi une connaissance fine de ces espaces infra-départementaux. Cette publication actualise et complète une première série de profils réalisés en 2018

Disability

► **La recherche française sur le polyhandicap : éléments d'état des lieux et perspectives de développement**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2019

Paris CNSA.

Ce rapport constitue une synthèse des travaux menés à l'IReSP en 2018 et 2019 dans le cadre de l'axe recherche du volet polyhandicap de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, relatif à la mise en place d'un consortium de recherche et à la préfiguration d'une cohorte de personnes polyhandicapées pour la recherche. Sa première partie se penche sur la difficile caractérisation du polyhandicap selon le cadre d'action considéré. Le polyhandicap est tout à la fois une catégorie d'action publique et un objet de recherche : comment la recherche française peut-elle se positionner en référence à cette catégorie d'action ? Sont ensuite présentés en partie 2 les travaux du DESP de l'INSERM chargé des études bibliométriques et les constats posés par les services de documentation spécialisés. Dans l'attente de l'expertise collective à venir, ils donnent un aperçu de la visibilité de la recherche française sur le polyhandicap à l'international. Partant des enseignements de la bibliométrie, le travail de synthèse de l'état des lieux de la recherche française sur le polyhandicap en sciences humaines et sociales (SHS), fruit du groupe de travail « recherche », est ensuite exposé en partie 3. Ce travail a conduit à l'identification de besoins de recherche prioritaires. La restitution des travaux conduits à l'IReSP se poursuit (partie 4) par l'étude des données disponibles permettant de qualifier les situations de polyhandicap à domicile, en établissement et en soins de suite et de réadaptation (SSR). Un bref détour par les données disponibles à l'international permet de donner du relief aux différentes conclusions. La difficulté de dénombrer ces situations, de qualifier les soins reçus (volet sanitaire et médico-social) et de documenter des profils fonctionnels est exposée. L'ensemble de ces constats sur les données et sur les besoins de connaissance ont nourri la réflexion du groupe de travail « cohorte » qui s'est réuni pour traiter de l'opportunité de la mise en place d'une cohorte de personnes polyhandicapées. Cette

réflexion est restituée en dernière partie et ouvre des pistes de design pour une infrastructure de recherche.

► **Premières propositions sur des modèles de financement possibles dans le cadre de la réforme tarifaire SERAFIN-PH. Rapport de synthèse**

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

2019

Paris CNSA.

https://www.cnsa.fr/documentation/rapport_final.pdf

Le 5^e comité stratégique de la réforme de la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour personnes handicapées, appelée SERAFIN-PH, s'est tenu le 14 novembre 2019. Ces différents travaux ont permis d'aboutir à la définition de 3 familles de scénarios : Premier scénario : financement des opérateurs (ESMS et autres intervenants) sur la base d'un droit de tirage individuel à partir des caractéristiques de la personne. Dans ce scénario, l'évaluation de la situation individuelle permet de déterminer un panier de prestations qui pourra être personnalisé ou « standardisé ». Les opérateurs (établissements, services ou prestataires) seront financés en fonction des prestations réalisées. Deuxième scénario : financement des ESMS à partir des caractéristiques de la personne et de l'ESMS, appréciées au moment de l'évaluation. Dans ce scénario, la prise en compte des caractéristiques des personnes et des caractéristiques de l'ESMS permet d'asseoir et d'objectiver l'allocation de ressources à la structure. Troisième scénario : financement mixte, qui délimite le périmètre des prestations directes qui rentreront dans le droit de tirage individuel.

► **Politiques et dispositifs du handicap en France : aide-mémoire**

CAMBERLEIN P.

2019

Paris : Dunod

Cet ouvrage offre en 22 chapitres l'essentiel de ce qu'il faut connaître du dispositif d'action publique auprès des personnes handicapées. Citons parmi les grandes thématiques traitées : l'historique des politiques publiques et la loi du 11 février 2005; les définitions du handicap et les différentes déficiences; les personnes handicapées en France et leurs associations représentatives; la coordination, la planification, l'évaluation, l'orientation et l'allocation de moyens; la CNSA, l'ARS, la MDPH et la CDAPH; les prestations, allocations et ressources et la protection sociale; la scolarité, la formation, l'emploi; les établissements et services et les professionnels; l'accessibilité, etc. Il est à jour des données législatives et réglementaires.

► **L'allocation aux adultes handicapés**

COUR DES COMPTES

2019

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lallocation-aux-adultes-handicapes-aah>

Créée en 1975, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap qui ne disposent pas de revenus d'activité. Financé intégralement par l'État, ce minimum social, d'un montant mensuel de base de 900 €, est perçu par plus de 1,1 million de personnes, pour un coût de 9,7 Md€ en 2018. Le nombre d'allocataires de l'AAH rapporté à la population a augmenté de manière très rapide depuis dix ans. Sa part dans le budget de l'État progresse également à un rythme soutenu : elle est passée de 2,8 % en 2007 à 4,5 % en 2017, soit une hausse annuelle de 400 M€ en moyenne (+70 % en dix ans). Ces deux évolutions ont conduit la Cour des comptes à examiner les mécanismes d'attribution et de renouvellement de cette prestation, 2^e minimum social versé en France. La Cour des comptes formule neuf recommandations pour améliorer le fonctionnement de l'AAH, afin notamment de garantir une meilleure équité territoriale, un égal accès à ce dispositif, une amélioration des liens entre AAH et accompagnement médico-social ou professionnel des bénéficiaires, et un renforcement des

procédures de contrôle, pour terminer par la mesure phare « Donner la majorité des voix à l'État, en tant que financeur, en CDAPH pour les décisions relatives à l'AAH ».

► **Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social**

DENORMANDIE P.

2019

Paris : Ministère chargé du handicap.

https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/panier_de_soins_des_esms-denormandie_ph_07102019.pdf

Le docteur Philippe Denormandie a remis à Agnès Buzyn et Sophie Cluzel son rapport visant à améliorer le parcours de soin des personnes handicapées accompagnées par les établissements et services médico-sociaux, lundi 2 décembre 2019. Ces travaux complètent ceux précédemment conduits avec Marianne Cornu-Pauchet, directrice du fonds CMU-C (désormais Fonds de la CSS). Leur rapport, remis en juillet 2018, avait pointé la nécessité de revoir le périmètre du panier de soins des établissements et services médico-sociaux pour les personnes handicapées. Cette nouvelle copie, rédigée avec Stéphanie Talbot de la DGCS, propose une clarification des modalités de financement des soins. D'une part, la contribution de l'Assurance maladie « doit être davantage mobilisé(e) pour permettre une plus forte accessibilité aux soins de ville, pour des parcours plus fluides, plus protecteurs du libre choix des personnes ». D'autre part, les établissements médico-sociaux doivent s'engager pour assurer la coordination de la prévention et de soins et la « prise en charge des actes nécessaires à l'autonomie des personnes », notamment grâce à la création d'un « forfait santé », identifié dans les budgets médico-sociaux et négocié avec les ARS. Une expérimentation sera lancée pour 2 ans. Intégrée dans le PLFSS 2020, elle sera déployée sous l'égide d'un comité de pilotage multi-acteurs.

► **La pair-aidance dans les établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap**

FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE PRIVÉS NON LUCRATIFS
2019

Paris Fehap.

https://www.fehap.fr/jcms/la-federation/publications/guides/guide-la-pair-aidance-dans-les-etablissements-et-services-accompagnant-des-personnes-en-situation-de-handicap-fehap_302625

La pair-aidance repose sur l'idée qu'une personne présentant une situation particulière développe un « savoir expérientiel », une « expertise d'usage », c'est-à-dire un ensemble de compétences techniques acquises du fait de cette situation. Le pair-aidant peut mobiliser ses compétences et transmettre son expérience pour aider une autre personne qui est dans une situation semblable ou comparable mais moins expérimentée dans un domaine spécifique. La pair-aidance peut ainsi se concevoir entre personnes en situation de handicap ou malades, ainsi qu'entre proches aidants : familles, amis. Ce guide-repère, élaboré de manière partenariale (Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre, chargé des Personnes handicapées; Comité Interministériel du Handicap; Handidactique; Croix-Rouge française; APF France Handicap; Unapei; APAJH; Unafam; Trisomie 21 France; Association Nous Aussi; Centre Hospitalier de Sainte Anne; Apei de Beauvais; CCOMS de Lille; EPS Barthélémy Durand), est un outil pour les structures qui souhaitent lancer une réflexion sur l'intégration de l'accompagnement par les pairs dans leur projet de service, faire émerger des projets et donner toute leur place aux savoirs expérientiels.

► **Étude relative à l'accessibilité des formules de répit et à leur impact sur les aidants familiaux de personnes en situation de handicap**

LE DUFF, R.

2019

Paris Ancreai.

<http://ancreai.org/wp-content/uploads/2019/10/Rapport-int%C3%A9gral-Etude-AIDER-09-2019-1.pdf>

Alors que 8,3 millions de personnes s'occupent d'un proche dépendant (parent, enfant, conjoint) en raison d'un handicap, d'une maladie ou de l'avancée en âge, le Groupe de Coopération Sociale et Médicosociale Aider, vient de publier une étude réalisée à sa demande par l'Ancreai sur l'accessibilité du répit pour ces derniers. Si le répit a des effets bénéfiques à 3 niveaux (pour les aidants, pour les aidés et pour la relation aidant/aidé), le GCSMS Aider déplore que de nombreux aidants n'y aient jamais accès ou alors trop tardivement, notamment quand surviennent les situations de surmenage ou d'indisponibilité. Ainsi, le GCSMS Aider appelle les professionnels à « penser aidants » et à créer des réponses diversifiées sur tout le territoire afin de répondre à la multitude de besoins des aidants.

► **Unis pour les soins : actes du colloque**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2019

Paris Ministère chargé de la santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/actes-du-colloque-unis-pour-l-acces-aux-soins>

Cette publication rassemble les actes du colloque organisé par le ministère chargé de la santé à Paris, le 18 septembre 2019. Cette journée a permis de dresser un bilan de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, de faire connaître les initiatives prometteuses et de construire ensemble les conditions du parcours de demain. Ce congrès a réuni des personnes en situation de handicap, des chercheurs, des enseignants, des professionnels du monde de la santé partageant la même ambition : dessiner ensemble la carte des progrès.

Hospital

► **Mieux soigner, moins héberger.
Optimisation du parcours patient**

AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE
2019

Zoom sur... Paris ANAP

<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/zoom-sur-mieux-soigner-moins-heberger-optimisation-du-parcours-patient>

Cette publication fait la synthèse d'une réflexion engagée auprès d'une trentaine d'équipes hospitalières volontaires pour améliorer le parcours de leurs patients et accompagnées par l'Anap entre 2016 et 2018. Elle se décompose en trois parties. La première constitue le 'fil rouge' de la méthodologie proposée. Elle vise à mettre en place, dans une optique prioritaire de qualité des soins, une réflexion médico-soignante permettant d'ajuster la durée du séjour hospitalier au seul besoin du patient. La deuxième est directement issue de la réflexion précédente : lorsque le séjour peut ne se réduire qu'à une seule journée, on entre dans le domaine des prises en charge ambulatoires pour lesquelles il existe des potentiels de développement à l'initiative des équipes médico-soignantes. La troisième partie tire les conséquences des réflexions précédentes : lorsque la durée inutile de séjour a pu être réduite et que les prises ambulatoires substitutives ont pu être mises en œuvre, il apparaît des potentiels capacitaires pouvant être mis au service d'un meilleur accueil des patients notamment ceux qui sont issus des urgences. De l'initiation de ce raisonnement jusqu'à sa mise en œuvre par les professionnels, le chemin est long. Et il faut l'accepter. Mais une chose est certaine : cette évolution ne pourra aboutir que par la conviction puis l'adhésion de ceux qui conduiront cette adaptation.

► **Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans**

BOISGUERIN B.
2019

Etudes Et Résultats(1128)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1128.pdf>

Les enfants de moins de 15 ans représentent 27 % de l'ensemble des passages aux urgences d'après la dernière enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières de la Drees réalisée en 2013. Le taux de recours aux urgences des enfants est beaucoup plus élevé que celui des autres groupes d'âge, à l'exception des 85 ans ou plus. La prise en charge des enfants se différencie de celle des patients âgés de 15 à 74 ans : elle concerne davantage la traumatologie et comporte moins d'examen complémentaires. La durée de passage des enfants aux urgences est ainsi plus courte, même en cas d'hospitalisation. La prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois commence plus rapidement que celle des autres enfants, en raison de leur plus grande vulnérabilité. Ils sont plus souvent soumis à des analyses biologiques que les enfants plus âgés. Un quart des nourrissons seront hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences. Dans les points d'accueil pédiatriques, la proportion d'enfants en bas âge est plus importante. Davantage pré-orientés vers les urgences pédiatriques par un médecin, ils y sont plus rapidement évalués et leur passage comporte moins d'examen complémentaires que dans les autres services d'urgence.

► **En 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu**

BOISGUERIN B., DELAPORTE A., GATEAUD G., *et al.*
2019

Etudes Et Résultats(1130)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1130.pdf>

En 2018, 1 356 hôpitaux publics, 681 établissements privés à but non lucratif et 999 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 3 036 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (396 000 lits) ou à temps partiel (77 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2018 (-1,0 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+2,4 %). Comme en 2017, la hausse du nombre de places est plus forte

en moyen séjour (+7,6 %) qu'en court séjour (+2,3 %). L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée. Elle représente une part encore modeste de l'offre de soins, même si elle progresse sensiblement chaque année. En 2018, ses capacités de prise en charge poursuivent leur augmentation (+3,4 %) et représentent 5,5 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

► **Évaluation des maisons de naissance en France : premiers résultats**

CHANTRY A., SAUVEGRAIN P., ROELENS I., *et al.*

2019

Paris Inserm.

<http://www.epopé-inserm.fr/evaluation-des-maisons-de-naissance-en-france-premiers-resultats-1370>

Les maisons de naissance (MDN) font partie intégrante de l'offre de soins en périnatalité dans la plupart des pays à haut niveau de ressources économiques. Elles proposent un changement de paradigme en offrant un modèle de soins continu, patient-centré, innovant, avec un accouchement réalisé en ambulatoire et qui valorise la salutogénèse (soins de prévention). La France a récemment autorisé l'ouverture de 8 MDN qui sont en cours d'expérimentation. L'objectif de ce rapport est d'évaluer la qualité des soins qui y sont prodigués à travers plusieurs dimensions : la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins. Une étude épidémiologique descriptive nationale de l'activité des 8 maisons de naissance françaises a été menée à partir des données informatisées renseignées dans le dossier commun d'évaluation Audipog de l'année 2018. La population d'étude concernait toutes les femmes suivies en MDN pendant la grossesse et ayant un accouchement planifié dans ces structures.

► **L'emploi dans la fonction publique hospitalière**

CHATAIGNER N., JULLIARD S. ET SOULAT L.

2019

Questions Retraite & Solidarité : Les Etudes(28)

<https://retraitesolidarite.caisseledesdepots.fr/content/questions-retraite-solidarite-les-tudes-n-28>

Au cours de l'année 2016, la fonction publique hospitalière (FPH) a employé 1,2 million de personnes

hors praticiens hospitaliers, internes et externes, dont 32 % de contractuels. Toutefois, les contrats étant souvent de courte durée, le temps de travail hebdomadaire plus réduit et les niveaux de rémunération plus faibles que pour les fonctionnaires, les contractuels ne représentent que 21 % de l'emploi public hospitalier en équivalent temps plein (ETP) et 18 % de la masse salariale. Entre 2011 et 2016, la part des fonctionnaires en ETP a diminué de 2 points sous l'effet à la fois d'une augmentation du nombre de contractuels et d'une hausse de leur durée annuelle moyenne travaillée. Les rémunérations moyennes des contractuels et leur ancienneté ont également augmenté plus fortement sur la période. Les contractuels forment une population assez jeune et concentrée sur des emplois de catégorie C. 34 % des emplois de la FPH sont occupés par des aides-soignants et des agents des services hospitaliers (ASH), et 25 % par des infirmiers. Les rémunérations en ETP annualisé des contractuels sont en moyenne inférieures à celles des titulaires avec des écarts variables selon les emplois (de 9 % pour les aides-soignants et ASH et de 27 % pour les infirmiers qui sont les deux principaux emplois). Les centres hospitaliers généraux concentrent la moitié de l'emploi. Au sein des centres hospitaliers régionaux, universitaires, généraux et spécialisés, 30 % de l'emploi est occupé par des aides-soignants et ASH et 27 % par des infirmiers, alors que les maisons de retraite comptent 55 % d'aides-soignants et d'ASH et 8 % d'infirmiers.

► **Competition On Unobserved Attributes: The Case Of The Hospital Industry**

CHONE P. ET WILNER L.

2019

Documents de travail ; G2019/07. Paris Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4220229>

Afin de caractériser les interactions stratégiques sur des marchés où des caractéristiques inobservées des produits, endogènes, ne sont pas observées par l'économètre, il est proposé d'estimer un modèle structurel de concurrence en utilité. La méthode est illustrée dans le cas du secteur hospitalier. Les utilités offertes sont inférées des parts de marché locales à partir de relations d'exclusion à la AKM. Les fonctions-objectifs des hôpitaux sont identifiées au moyen de l'introduction progressive de plus fortes incitations financières sur la période d'étude. Offrir plus d'utilité à chaque patient implique des coûts marginaux par patient plus élevés, ce qui entraîne que les utilités sont, pour

l'essentiel, des compléments stratégiques. Des simulations contrefactuelles montrent que les incitations ont affecté les parts de marché, mais ont eu peu d'impact sur le nombre total d'admissions. Nous quantifions les gains qui en résultent pour les patients et les pertes pour les hôpitaux.

► **Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux**

DE PERETTI C., WOIMANT, F. ET SCHNITZLER A.
2019

Dossiers de La Drees (Les)(44).

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd44_la_patientele_des_ssr.pdf

L'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR) a été profondément réorganisée par les décrets et circulaires de 2008 qui distinguent les services SSR polyvalents et les SSR autorisés pour une activité spécialisée, parmi lesquels les SSR spécialisés pour les affections du système nerveux et les SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur qui représentaient à eux seuls plus du quart de l'activité SSR en 2017. Le SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur prend en charge 49 % des admissions en SSR pour affection ou traumatisme du système ostéo-articulaire. Les pathologies les plus fréquentes y sont les suites de pose d'implant articulaire (27 % des séjours), les affections non traumatiques du rachis (25 %), les lésions traumatiques (16 %) et les lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule ou du genou (12 %). Le SSR spécialisé pour les affections du système nerveux prend en charge 55 % des séjours SSR pour affection du système nerveux. Les pathologies les plus fréquentes sont les accidents vasculaires cérébraux (31 % des admissions), les maladies neurodégénératives hors démences (17 %), les « autres affections du système nerveux », qui comprennent de nombreuses séquelles neurologiques (15 %), et les lésions médullaires (13 %). Entre 2013 et 2017, la capacité en lits ou places a augmenté dans ces deux secteurs : +16 % en SSR « locomoteur » et +25 % en SSR « système nerveux », dont la capacité demeure toutefois inférieure à celle du précédent. Parallèlement, les admissions ont respectivement augmenté de 12 % et 30 %. En termes de répartition régionale de l'offre de soins, les disparités géographiques se sont légèrement réduites entre 2013 et 2017 pour les SSR spécialisés étudiés. Toutefois, les disparités restent très marquées en 2017

à un niveau 3 fois supérieur à celui l'ensemble du secteur SSR, pour les SSR « locomoteur » comme pour les SSR « système nerveux ».

► **Impacts Of Hospital Wait Time On Patient Health And Labor Supply**

GODOY A., FURRE HAALAND V. ET HUITFELDT I.
2019

Discussion Paper; 919. Oslo Statistics Norway

<https://econpapers.repec.org/paper/ssbdispap/919.htm>

We estimate the effects of wait time for orthopedic surgery on health and labor market outcomes of Norwegian workers. Our identification strategy exploits variation in wait times for surgery generated by the idiosyncratic variation in system congestion at the time of referral. While we find no significant evidence of lasting health effects, longer wait times have persistent negative effects on subsequent labor supply. For every 10 days spent waiting for surgery, we estimate health-related workplace absences increase 8.7 days over the five years following referral, and the likelihood of permanent disability insurance increases by 0.4 percentage point. Cost benefit calculations point to sizable fiscal savings from shorter wait times.

► **How Do Hospitals Respond To Payment Incentives?**

GOWRISANKARAN G., JOINER K. A. ET LIN J.
2019

NBER Working Paper Series ; 26455. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26455>

A literature has found that medical providers inflate bills and report more conditions given financial incentives. We evaluate whether Medicare reimbursement incentives are driven more by bill inflation or coding costs. Medicare reformed its payment mechanism for inpatient hospitalizations in 2007, increasing coding costs. We first examine whether increased extra reimbursements from reporting more diagnoses lead hospitals to report more high bill codes. We find that increases in reimbursements within narrow patient groups led to more high bill codes before 2007 but not after. Using the payment reform, we then test for costly coding by comparing hospitals that adopted electronic medical records (EMRs) to others. Adopters

reported relatively more top bill codes from secondary diagnoses after the reform, exclusively for medical patients, with a negative effect for surgical patients. This is consistent with EMRs lowering coding costs for medical discharges but increasing them for surgical ones. We further use a 2008 policy where Medicare implemented financial penalties for certain hospital-acquired conditions. EMR hospitals coded relatively more of these conditions following the penalization, lowering revenues. Together, this evidence is contrary to bill inflation but consistent with costly coding. Reducing coding costs may increase inpatient Medicare costs by \$1.04 billion annually.

► **Methodological Development Of International Measurement Of Acute Myocardial Infarction 30-Day Mortality Rates At The Hospital Level**

PADGET M., BIONDI N. ET BROWNWOOD I.

2019

OECD Health Working Papers ; 114. Paris OCDE

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:oeclsaad:114-en&r=hea>

International quality measurement work is moving beyond the consideration of health system or national level variations to understand variations within countries and enable more meaningful cross-country comparison. Hospital performance is one key area where policy makers are increasing their focus on reducing variation, lifting the overall standards of care while minimizing the widespread differences in access and quality of care that are evident within health systems. In 2014 the OECD launched the Hospital Performance Project to better understand performance across countries and strengthen international comparisons. From 2015-2018 the OECD developed a method for measuring hospital level acute myocardial infarction 30-day mortality for international comparison. The methodological development and pilot data collections undertaken over this time have resulted in robust and feasible approach to ongoing routine international hospital level data collections on AMI 30-day mortality rates with potential applications to other subnational level indicators. This paper discusses the development of this measurement including technical as well as practical aspects of collecting, displaying, and analysing such data.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Refugees' And Irregular Migrants' Self-Selection Into Europe: Who Migrates Where?**

AKSOY C.G. ET POUTVAARA P.

2019

IZA Discussion Paper Series ; 12800. Bonn Iza

<http://ftp.iza.org/dp12800.pdf>

We analyze self-selection of refugees and irregular migrants and test our theory in the context of the European refugee crisis. Using unique datasets from the International Organization for Migration and Gallup World Polls, we provide the first large-scale evidence on reasons to emigrate, and the self-selection and sorting of refugees and irregular migrants. Refugees and female irregular migrants are positively self-selected with respect to human capital, while male irregular migrants are negatively self-selected. These patterns are similar when analyzing individually

stated main reason to emigrate, country-level conflict intensity, and sub-regional conflict intensity. Migrants respond to economic incentives and border policies.

► **L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions**

BARTOLI F., FELINGER F., SAULIERE J., *et al.*

2019

Paris Igas.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article748>

Ce rapport de l'Igas et de l'IGF est une réponse à la saisine conjointe des deux ministres en charge respectivement des solidarités et de la santé et des comptes publics, sur l'aide médicale d'Etat (AME). Il s'inscrit dans la suite de travaux réalisés sur le sujet en 2007 et 2010. Répondant à la fois à des considérations de santé

publique et humanitaires, ce dispositif, mis en place en 1999, vise à dispenser les soins nécessaires à des étrangers en situation irrégulière présents sur notre territoire. Il est financé par l'État à hauteur de 904 millions d'euros en 2018, cependant que l'assurance maladie prend en charge, à hauteur de 200 milliards d'euros environ, les soins de l'ensemble des assurés sociaux (les demandeurs d'asile étant, pour mémoire, rattachés à cette dernière catégorie). Dans un contexte de progression ralentie de la dépense d'AME et de stabilisation de la population bénéficiaire, cette mission portait sur l'analyse des contextes de recours à l'AME et des soins dispensés dans ce cadre, sur la structure et la dynamique de la dépense, ainsi que sur l'identification de mesures susceptibles d'assurer durablement le suivi et la maîtrise de cette dépense ainsi que le bon usage de ce dispositif. La mission a réalisé, d'une part, une analyse des données de dépenses disponibles à l'échelle nationale, et, d'autre part, une analyse concrète des processus d'instruction des demandes d'AME dans les CPAM les plus concernées et des dossiers de soins dans les hôpitaux accueillant une importante proportion de ces patients. Ces travaux ont été complétés par de nombreux entretiens avec les acteurs concernés au sein de l'assurance maladie, des hôpitaux et du monde médical, du milieu associatif et d'autres institutions ayant une voix sur ces questions de « juste droit » (notamment le Défenseur des Droits et le Comité consultatif national d'éthique). Ces analyses permettent de préciser les similitudes et spécificités des soins dispensés dans le cadre de l'AME par rapport à la consommation de soins des assurés sociaux; elles soulignent aussi la rigueur des modalités d'instruction et de gestion de cette procédure, qui se sont progressivement adaptées et sont devenues de plus en plus strictes – au prix d'ailleurs de coûts de gestion élevés pour l'assurance maladie comme pour les hôpitaux – mais ne peuvent pour autant détecter ou prévenir certains abus. C'est sur ces enjeux que se concentrent les 14 recommandations de la mission, largement inspirées par les professionnels qui mettent en œuvre cette procédure et sont au contact des patients : elles visent ainsi essentiellement à empêcher les fraudes et les dévoiements de ce dispositif, tout en assurant l'effectivité de l'accès aux soins (y compris en ville) pour ceux qui en ont besoin et en allégeant sa gestion, en particulier dans les hôpitaux. Ces propositions relèvent d'une approche pragmatique, opérationnelle, cohérente avec la vocation de l'AME et avec l'organisation d'ensemble du système de santé français. Les choix faits dans d'autres pays européens pour la prise en charge médicale des étrangers irréguliers témoignent d'une

même recherche d'ajustements continus et de cohérence dans le contexte de systèmes de santé souvent plus décentralisés, moins uniformes sur le territoire national, moins libéraux pour les patients, orientés par des lignes de premier recours.

► **Quarante ans d'inégalités de niveau de vie et de redistribution en France (1975-2016)**

BLASCO J. ET PICARD S.

2019

In: [France, portrait social. Edition 2019.]. Paris : Insee: 61-80.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238443?sommaire=4238781>

Entre 1975 et 2016, en France métropolitaine, le niveau de vie médian après redistribution a augmenté de 56 % en euros constants. Il a progressé de façon quasiment continue de 1975 au milieu des années 2000 et stagne depuis la crise de 2008. Quel que soit l'indicateur retenu, les inégalités de niveau de vie ont fortement diminué de 1975 jusqu'au début des années 2000. Elles ont augmenté ensuite, même si l'augmentation ponctuelle liée à la crise de 2008 a été largement compensée à partir de 2013. Au final, les inégalités se retrouvent au niveau de 1990, très en deçà du début de période, mais un peu plus élevées que les minima atteints au début des années 2000. Les évolutions des inégalités de niveau de vie de ces quarante dernières années suivent généralement celles des inégalités avant redistribution, même si la redistribution atténue les inégalités de départ et réduit l'ampleur de leurs évolutions. Cependant, depuis 2008, l'effet redistributif accru du système socio-fiscal a largement compensé la hausse des inégalités avant redistribution.

► **What Is The Evidence On Availability And Integration Of Refugee And Migrant Health Data In Health Information Systems In The WHO European Region?**

BOZORGMEHR K., BIDDLE L., ROHLEDER S., *et al.*

2019

Copenhague: OMS

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-availability-and-integration-of-refugee-and-migrant-health-data-in-health-information-systems-in-the-who-european-region-2019>

L'augmentation rapide et récente des mouvements transfrontaliers de population met en avant l'importance de disposer de données fiables sur la santé des réfugiés et des migrants pour la planification de la santé publique. Ce rapport exploratoire examine les bases factuelles sur la disponibilité et l'intégration des données relatives à la santé des réfugiés et des migrants dans les systèmes d'information sanitaire de la région européenne de l'OMS. Si ces données sont disponibles dans 25 des 53 États membres de la région, on observe des différences quant à la disponibilité, aux types de données et aux principales sources de collecte de données. À l'exception des pays disposant de registres de la population, les principales sources de données sont les dossiers médicaux, les dossiers spécifiques aux maladies et les données de notification. L'intégration des données est souvent limitée, et les enquêtes de suivi sanitaire et les méthodes de mise en relation des données sont insuffisamment utilisées. On mentionnera parmi les considérations politiques l'harmonisation des définitions des migrants, la promotion de la coordination/gouvernance de la collecte de données, le suivi de la performance des systèmes d'information sanitaire, la promotion de l'échange de données d'expérience entre les pays, l'exploitation de la mise en relation des données, le développement de la surveillance sanitaire existante, la réduction des obstacles aux soins de santé, ainsi que le renforcement des systèmes généraux d'information sanitaire.

► **Asylum Seekers In Belgium: Options For A More Equitable Access To Health Care. A Stakeholder Consultation**

DAUVIRIN M., DETOLLENAERE J. ET DE LAET C.
2019

KCE Report; 319B. Bruxelles KCE.
<https://kce.fgov.be/fr/node/4831>

Tout migrant qui arrive sur le sol belge et y demande l'asile reçoit automatiquement un accès aux soins de santé pendant le temps que durent les procédures. Or plusieurs rapports belges et internationaux ont souligné que l'accès à ces soins n'est pas égal pour tous les demandeurs d'asile. Il a été demandé au Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de proposer des pistes pour remédier à cette situation, qui met la Belgique en porte-à-faux avec les traités internationaux qu'elle a signés. L'essentiel du problème réside dans le fait que le financement de ces soins de santé dépend d'instances différentes selon que le demandeur

d'asile est hébergé dans un centre d'accueil collectif ou dans une Initiative locale d'accueil gérée par un CPAS. Le KCE propose de simplifier l'organisation de l'accès aux soins en intégrant tout dans une même enveloppe globale. Qui va gérer cette enveloppe ? Différentes options sont possibles; le KCE les a analysées, mais la décision finale revient au pouvoir politique.

► **Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales**

DÉFENSEUR DES DROITS
2019

Paris Le Défenseur des droits.

<https://defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2019/10/les-refus-de-soins-discriminatoires-tests-dans-trois-specialites>

Ce rapport présente les résultats d'une enquête intitulée « Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales » réalisée, à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, par une équipe de recherche du TEPP-CNRS. Malgré l'existence de dispositifs visant à garantir un accès aux soins pour les plus démunis, tels que la CMU-C ou l'ACS, l'étude démontre que les pratiques de certains professionnels de santé freinent la pleine effectivité de l'accès aux soins. Basée sur un testing téléphonique réalisé entre février et mai 2019, elle a pour objectif de mesurer les différences de traitement dans l'accès aux soins auprès de chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres et selon deux critères : l'origine supposée de la patiente (identifiée à travers son nom) et la vulnérabilité économique (identifiée par le fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS). C'est la première fois qu'une telle enquête est réalisée à l'échelle nationale. Plus de 1 500 cabinets de ces trois spécialités ont été testés, 4 500 demandes de rendez-vous et 3 000 tests ont été effectués dans ce cadre. Par ailleurs, elle a permis de tester pour la première fois l'accès aux soins des personnes qui bénéficient de l'ACS. Les résultats mettent en évidence une forte discrimination selon la situation de vulnérabilité économique dans les trois spécialités médicales testées. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, sont le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Cette analyse révèle que ces discriminations sont nettement plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que

pour les profils relevant de la CMU-C. Ces différences peuvent renvoyer soit à la méconnaissance de l'ACS, soit encore aux difficultés administratives et aux délais de remboursement supérieurs qui sont anticipés par les professionnels de santé. Sans surprise, ces pratiques sont plus marquées chez les professionnels du secteur 2 (hors Optam) par rapport à ceux du secteur 1, ce qui confirme la présence d'une rationalité économique des professionnels de santé dans leurs refus de soins discriminatoire. L'intensité de ces refus de soins est variable selon les régions, avec une fréquence plus élevée en Ile-de-France, indépendamment de la densité médicale locale. L'étude révèle également, dans certaines régions seulement, des discriminations selon l'origine. Régulièrement dénoncés, ces refus de soins discriminatoires sont contraires à la déontologie et à l'éthique médicale et considérés comme des délits au regard de la loi, rappelle le Défenseur des droits. La perspective de l'intégration de l'ACS et de la CMU-C au sein de la nouvelle « complémentaire santé solidaire laisse ouverte la question de l'évolution future des refus de soins discriminatoires pour les bénéficiaires de la nouvelle complémentaire.

► **Health For Everyone? Social Inequalities In Health And Health Systems**

DEVAUX M., COUFFINHAL A. ET MUELLER M.
2019

Paris : OCDE

<https://www.oecd.org/publications/health-for-everyone-3c8385d0-en.htm>

Good health is a key component of people's well-being. It is a value in itself but – through its influence on social, education and labour market outcomes – being in good or bad health has also wider implications on people's chances of leading a fulfilling and productive life. Yet, even in the OECD countries, health inequality persists with severe consequences on the goal of promoting inclusive growth. This report documents a comprehensive range of inequalities in health and health systems to the detriment of disadvantaged population groups in a large set of OECD and EU countries. It assesses the gaps in health outcomes and risk factors between different socio-economic groups. When it comes to health systems, the report measures inequalities in health care utilisation, unmet needs and the affordability of health care services. For each of these different domains, the report identifies groups of countries that display higher, intermediate, and low

levels of inequality. The report makes a strong case for addressing health-related inequalities as a key component of a policy strategy to promote inclusive growth and reduce social inequalities. It also provides a framework for more in-depth analyses on how to address these inequalities at country level.

► **Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. L'enquête Premiers pas**

DOURGNON P., GUILLAUME S., JUSOT F., *et al.*
2019

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(244).

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/244-etudier-l-acces-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf>

L'Aide médicale de l'État (AME), l'assurance maladie destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière en France, reste très mal connue. Quelles sont les caractéristiques sociales, économiques et sanitaires des personnes étrangères en situation irrégulière bénéficiant de l'AME? Qui sont celles qui ne recourent pas au dispositif? Pour quelles raisons? Quels sont les recours aux soins et à l'assurance santé des personnes étrangères en situation irrégulière? L'AME permet-elle à ses assurés d'accéder aux services de santé? Les récents débats portant sur une possible réforme de l'AME n'ont pu s'appuyer que sur des informations éparpillées et incomplètes. L'enquête Premiers pas vise à apporter de premières réponses à ces questions. Elle a été menée en 2019 auprès de 1 223 étrangers sans titre de séjour dans 63 lieux et structures, à Paris intra-muros et dans l'agglomération de Bordeaux. Après une description du protocole, de l'organisation de la collecte et du bilan statistique de l'enquête, nous présentons la structure de l'échantillon. Ce deuxième Questions d'économie de la santé sur l'accès à l'AME des personnes étrangères en situation irrégulière à partir de l'enquête Premiers pas s'inscrit dans une série. Le premier revenait sur l'histoire des droits de cette population en France et dressait un état des lieux des connaissances et ignorances concernant le dispositif de l'AME. Le troisième sera consacré à l'analyse de l'accès à l'AME.

► **Intergenerational Health Mobility: Magnitudes And Importance Of Schools And Place**

FLETCHER J. ET JAJTNER K. M.
2019

NBER Working Paper Series ; 26442. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26442>

Nascent research suggests intergenerational health mobility may be relatively high and non-genetic factors may make room for policy intervention. This project broadens this direction by considering heterogeneous intergenerational health mobility in spatial and contextual patterns. With 14,797 parent-child pairs from a school-based representative panel survey of adolescents (Add Health), this study finds large spatial variation in intergenerational health mobility in the United States. On average relative mobility in this sample is approximately 0.17 and expected health rank for children of parents at the 25th percentile of parent health is 47. These metrics however mask substantial spatial heterogeneity. In cases of low health mobility, rank-rank slopes can approach 0.5 or expected child health rank may only be the 34th percentile. Descriptive school- and contextual-level correlates of this spatial variation indicate localities with higher proportions of non-Hispanic blacks, school PTAs, or a school health education requirement may experience greater health mobility.

► **The Intergenerational Transmission Of Health In The United States: A Latent Variables Analysis**

HALLIDAY T. J., MAZUMDER B. ET WONG A.
2019

IZA Discussion Paper Series ; 12740. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp12740.pdf>

Social scientists have long documented that many components of socioeconomic status such as income and education have strong ties across generations. However, health status, arguably a more critical component of welfare, has largely been ignored. We fill this void by providing the first estimates of the Intergenerational Health Association (IHA) that are explicitly based on a non-linear latent variable model. We develop an estimation procedure for a non-linear model with categorical outcomes in which the latent index is a mixed-linear model and contains covari-

ates that might not vary within cross-sectional units. Adjusting for only age and gender, we estimate an IHA of 0.3 indicating that about one third of a parent's health status gets transmitted to their children. Once we add additional mediators to the model, we show that education, and particularly children's education, is an important transmission channel in that it reduces the IHA by one third. Finally, we show that estimates of the IHA from non-linear models are only moderately higher than those from linear models, while rank-based mobility estimates are identical.

► **Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas**

JUSOT F., DOURGNON P., GUILLAUME S., *et al.*
2019

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(245)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>

La France a choisi de longue date de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière avec l'Aide médicale gratuite puis, depuis 2000, l'Aide médicale de l'État (AME). L'existence d'un tel dispositif ne garantit pas, à elle seule, que l'ensemble des personnes éligibles y accèdent ni en fassent usage. Nous étudions ici le recours à l'AME et ses déterminants à partir des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 auprès d'un échantillon de personnes étrangères sans titre de séjour. Seules 51 % des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME. Près de la moitié des personnes sans titre de séjour déclarant souffrir de pathologies nécessitant des soins, comme le diabète ou les maladies infectieuses, ne sont dans les faits pas assurées pour la santé, ni par l'AME, ni par l'assurance maladie de droit commun. Le recours à l'AME est un peu plus important chez les 10 % ayant cité la santé parmi leurs motifs de migration. Il est cependant assez peu corrélé aux problèmes de santé, en dehors des troubles musculo-squelettiques. Le recours à l'AME augmente avant tout avec la durée de séjour sur le territoire. Ces résultats suggèrent que la plupart des migrants ont peu de connaissances de l'AME et n'ont pas tous la capacité à se saisir d'un dispositif complexe. Même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour

n'ont pas l'AME. Ce troisième Questions d'économie de la santé sur l'accès à l'Aide médicale de l'Etat des personnes étrangères en situation irrégulière s'inscrit dans une série. Le premier rappelle l'histoire des droits de cette population en France et dresse un état des lieux des connaissances sur le dispositif de l'AME. Le deuxième présente l'enquête Premiers pas.

► **Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France : rapport 2018**

MÉDECINS DU MONDE
2019

Paris Médecins du Monde.

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/presse/2019/10/15/19e-rapport-de-lacces-aux-soins-de-medecins-du-monde>

L'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leurs problèmes de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire. Au travers de ces programmes d'intervention en France, le rapport de l'année 2018 fait le même constat que celui des années précédentes : la grande majorité des personnes, qu'elle soit bénéficiaire de l'AME ou demandeuse d'asile, que nous accueillons et soignons dans nos centres d'accueil, de soin et d'orientation (CASO) se trouve physiquement et psychologiquement épuisée et nécessite une prise en charge médicale immédiate. Parmi elles, 85,7 % n'ont aucune couverture maladie.

► **Country Profiles On Environmental Health Inequality. A Supplement To Environmental Health Inequalities In Europe. Second Assessment Report**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU 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>

Environmental determinants are a major contributor to health and well-being but are not distributed equally. In most countries, disadvantaged population groups tend to be significantly more exposed to environmental risks. Major assessment reports published in 2012 and 2019 reviewed the status of environmental health inequalities within countries in the WHO European Region. This report is a supplement to the second assessment report and presents country profiles on environmental health inequalities related to housing conditions, basic services, urban environments and transport, work settings and injuries. The profiles provide information on the changes between the first and the second assessment reports, giving quick and effective insight into the inequality increases or reductions over time for many indicators. Knowledge of national inequality features can support environmental and intersectoral action to identify and protect those who carry a disproportionate environmental burden, thereby contributing to a reduction in health inequalities.

► **L'état de la pauvreté en France : rapport statistique 2019**

SECOURS CATHOLIQUE
2019

Paris Secours Catholique.

<https://www.secours-catholique.org/etat-de-la-pauvrete-en-france-2019>

Cette publication rassemble les constats et analyses sur la précarité issus de l'observation sur l'ensemble du territoire national de plus de 72 000 situations (sur les 1 347 500 personnes accueillies en 2018). Pour son rapport 2019, l'association a complété son étude d'une analyse de la situation des migrants en France et dans le monde. Le Secours Catholique alerte sur une hausse de l'extrême pauvreté et sur la précarisation de plus en plus importante des migrants arrivant sur le terri-

toire. Dans sa deuxième partie, il dresse le constat de la nécessité pour tous de l'accès aux droits fondamentaux et porte un regard international sur la situation des populations migrantes à travers le monde.

► **Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue**

WITTEWER J., RAYNAUD D., DOURGNON P., *et al.*
2019

Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(243)

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/243-protger-la-sante-des-personnes-etrangees-en-situation-irreguliere-en-france.pdf>

Depuis sa création en 2000, l'Aide médicale de l'État (AME), assurance publique permettant aux personnes étrangères en situation irrégulière d'accéder à des services de santé, polarise le débat. Quand certains rappellent le devoir de protection d'une population

vulnérable et l'universalité du droit à la protection de la santé en France, d'autres suspectent un dévoiement du système qui favoriserait l'immigration irrégulière. Dans un contexte de fortes contraintes financières pour le système de santé, les questions de légitimité, de coût et d'efficacité de l'AME sont posées de façons plus aiguës. Pour autant, les informations sur les personnes sans-papiers comme sur ce dispositif sont longtemps restées très lacunaires. Le projet Premier pas, mené par l'université de Bordeaux et l'Irdes se fonde sur ce constat et vise à étudier l'accès à l'AME et le recours aux services de santé des personnes en situation irrégulière en France. Trois Questions d'économie de la santé proposent : de décrire le contexte et la problématique de la protection des personnes en situation irrégulière en France; puis une présentation de l'enquête Premier pas recueillie auprès des personnes éligibles à l'AME; enfin les premiers résultats de l'enquête sur l'accès à l'AME de ces personnes. Ce premier article revient sur l'histoire des droits à la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France et dresse un état des lieux des connaissances, comme des besoins de connaissances sur le dispositif.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Rapport d'activité 2018**

COMITÉ ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ
2019

Paris Comité Economique des Produits de Santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ceps-comite-economique-des-produits-de-sante#Rapport-d-activite-2018>

Le présent rapport, consacré aux médicaments, décrit les principales activités du Comité au cours de l'année 2018. Il traite de la description du marché (chapitre I), de l'activité de fixation des prix et de la régulation conventionnelle (chapitre II) ainsi que des autres modes de régulation (chapitre III). Le chapitre IV porte sur les statistiques d'activité du comité, les dossiers traités dans le secteur du médicament et les délais de traitement de ces dossiers.

► **L'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM)**

COUR DES COMPTES
2019

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lagence-nationale-de-securite-des-medicaments-et-des-produits-de-sante-ansm>

L'agence nationale de sécurité des médicaments et de produits de santé (ANSM), qui s'est substituée en 2012 à l'agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé, a pour missions d'évaluer leurs bénéfices et leurs risques et de garantir leur sécurité en continu. Sur sa mission d'autorisation d'essais cliniques et de mise sur le marché des médicaments, l'ANSM doit consolider son influence scientifique en Europe, ce qui suppose aussi de réduire le nombre des comités de protection des personnes. Sur sa mission de vigilance,

l'ANSM gagnerait à renforcer l'exigence de sécurité sanitaire pour les dispositifs médicaux, et les moyens consacrés aux produits cosmétiques devraient être étoffés. La relation entre les administrations de tutelle et l'agence devrait s'inscrire dans un cadre contractuel renouvelé. Le transfert du financement à l'assurance maladie, décidé pour 2020, devrait faciliter cette évolution. Enfin, pour maintenir la confiance des citoyens, l'ANSM doit poursuivre son effort de transparence et renforcer ses contrôles en interne. La Cour formule huit recommandations à cet effet.

► **The Geography Of Prescription Pharmaceuticals Supplied To The U.S.: Levels, Trends And Implications**

CHALOUPKA F. J., LEVY M. R. ET WHITE J. S.

2019

NBER Working Paper Series ; 26524. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26524>

Prescription pharmaceuticals are frequently used consumer products, whose manufacturing location is commonly held as a trade secret by firms and U.S. regulatory agencies. Here we use previously non-publicly available data to describe levels and trends in the manufacturing locations of the most commonly used prescription pharmaceuticals, off-patent generic drugs, intended to be consumed by Americans. We find that the base ingredients required for the manufacturing of these prescription drugs are overwhelmingly and increasingly manufactured in non-domestic locations, specifically India and China. The manufacturing of finished prescription drugs for the American market is equally split between domestic and foreign locations, but is increasingly foreign as well. The growing American reliance on non-domestic manufacturing of prescription drugs is important for stakeholders to appreciate given current quality and pricing concerns involving these products and their potential susceptibility to interruptions in supply. We discuss implications of these levels and trends for current domestic and international policy discussions.

► **Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles**

MAUGAT S. ET BERGER-CARBONNE A.

2019

Saint-Maurice Santé Publique France.

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/consommation-d-antibiotiques-et-antibioresistance-en-france-en-2018>

La lutte contre l'antibiorésistance est une problématique à la hauteur des défis écologiques de l'époque actuelle. L'Organisation mondiale de la santé porte ses actions selon une approche « une seule santé » (« One Health ») depuis 2015, incitant à l'articulation de la prévention entre santé humaine, santé animale et environnement. En France, la consommation d'antibiotiques en santé humaine amorce une diminution depuis 2016. La Journée européenne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques du 18 novembre 2019 s'inscrit dans la semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques et mobilise l'ensemble des acteurs : citoyens, patients, professionnels de la santé humaine et animale, décideurs. Dans cet objectif, depuis 2014, trois agences nationales - Santé publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) - ainsi que l'Assurance maladie et leurs ministères de tutelle réunissent leurs efforts et leurs partenaires pour présenter de manière commune les chiffres clefs de la consommation et de la résistance aux antibiotiques dans une perspective de santé globale (« One Health »). Ce rapport présente et analyse les données 2019.

► **Abandoned by Coal, Swallowed by Opioids?**

METCALF G. E. ET WANG Q.

2019

NBER Working Paper Series ; 26551. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26551>

Opioid addition and mortality skyrocketed over the past decade. A casual look at the geographic incidence of opioid mortality shows sharply higher mortality rates in the Appalachian region, especially in coal-mining areas. This has led observers to make a link that was characterized by one newspaper as "abandoned

by coal, swallowed by opioids.” We test that theory using restricted death data and mine level coal production data. Specifically, we examine whether higher reliance on coal mining in a county’s economy leads to higher or lower opioid mortality. We find a positive relationship between the share of coal miners among total local labor force and county-level opioid mortality rates. This contradicts the “abandoned by coal, swallowed by opioids” story. Rather our results suggest that the higher rates of injury in underground coal mining (in particular) lead to greater amounts of opioid consumption and mortality. An implication is that the decline in coal mining in the United States may have a positive spillover in the form of reduced mortality from opioid use.

► **What Can The United States Learn From Pharmaceutical Spending Controls In France?**

RODWIN M. A.

2019

Issue Brief: 10.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2019/nov/what-can-united-states-learn-drug-spending-controls-france>

In France, retail drug spending declined 1.98 percent from 2008 to 2018, while in the United States it grew an average of 3.6 percent annually from 2008 to 2017. The French health system controls drug prices by determining maximum prices based on added therapeutic value and external reference pricing; employing negotiation to set prices and limit price increases; and capping total spending to a global budget

Méthodologie- Statistique

Methodology – Statistics

► **Échantillonnage des enquêtes VQS 2014 et CARE-ménages-2015**

CARRIERE A., HAAG O. ET SOULLIER N.

2019

Dossiers De La Drees (Les)(43)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/echantillonnage-des-enquetes-vqs-2014-et-care-menages-2015>

L’enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) a pour but d’éclairer le débat public sur les conditions de vie des seniors et en particulier sur la façon dont ils font face à la perte d’autonomie. La perte d’autonomie concerne essentiellement les très grands âges, dans des proportions qui restent néanmoins faibles. Selon la Drees (Enquête Aide sociale) et l’Insee (estimations provisoires de population au 01/01/2016), tous lieux de vie confondus, 20,8 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont bénéficiaires de l’allocation personnalisée d’autonomie (APA) et 12,3 % le sont à domicile. Pour interroger un nombre suffisant de personnes dépendantes vivant en logement ordinaire, il est donc nécessaire de les surreprésenter lors du tirage de l’échantillon. Or, aucune source administrative ne permet de repérer exactement cette population

cible. Une première enquête permettant de disposer d’une première estimation du niveau de dépendance des personnes de 60 ans ou plus est donc nécessaire : c’est le rôle principal de l’enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS). Les répondants à cette enquête serviront alors de base de sondage pour l’enquête CARE, volet « ménages ». En outre, l’enquête VQS devant par définition couvrir un grand nombre de ménages sur l’ensemble du territoire français, il a été décidé de la rendre représentative au niveau du département, afin de pouvoir estimer des taux de prévalence de la perte d’autonomie à cette échelle. Ainsi l’échantillonnage de l’enquête VQS avait deux principaux objectifs : - Servir de base de sondage au volet « ménage » de l’enquête CARE qui est une enquête réalisée en face-à-face par des enquêteurs de l’Insee. Cette base de sondage doit donc se limiter aux zones d’action enquêteurs (ZAE) de l’échantillon maître (EM) de l’Insee et assurer une représentativité départementale, ce qui suppose de couvrir également les communes situées en dehors des ZAE de l’EM. La première partie de l’article présente les travaux mis en oeuvre pour définir le plan de sondage de l’enquête VQS. Ces estimations se basent sur les résultats de la précédente édition des enquêtes VQS 2007 et Handicap- Santé Ménages 2008. La suite de

l'article concerne l'enquête CARE et présente les hypothèses prises pour définir le plan de sondage de l'enquête sans en connaître la base de sondage et ce afin de répondre aux besoins du nouveau Cadre d'Emploi des enquêteurs (NCEE). Enfin, la dernière partie pré-

sente la méthodologie mise en oeuvre pour le tirage de l'échantillon de CARE une fois la base de sondage disponible, sous contrainte du respect des allocations par ZAE livrées en 2014.

Politique publique

Public Policy

► Panorama des administrations publiques 2019

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2019

Paris OCDE.

<https://doi.org/10.1787/81ed48c5-fr>

Le Panorama des administrations publiques fournit des données fiables et comparables à l'échelle internationale sur les activités des administrations publiques et leurs résultats au sein des pays membres de l'OCDE. Dans la mesure du possible, elle présente aussi des données pour l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Colombie, le Costa Rica, la Fédération de Russie, l'Inde et l'Indonésie. Cette revue est la seule source de données disponibles dans certains domaines de la gouvernance publique. Elle couvre les intrants, les processus et les indicateurs sur les produits et réalisations

obtenues ainsi que des informations contextuelles sur chaque pays. L'édition 2019 inclut des indicateurs portant sur les intrants qui sont axés sur les finances publiques et l'emploi public; les processus incluent des données sur les institutions, les pratiques et procédures budgétaires, la gestion des ressources humaines, la gouvernance de la réglementation, les marchés publics, et l'ouverture et la transition numérique de l'administration. Les réalisations couvrent les principaux résultats des pouvoirs publics (ex. la confiance, la réduction des inégalités) et les indicateurs portant sur l'accessibilité, la réactivité et la qualité des services publics de l'éducation, de la santé et de la justice, ainsi que sur le degré de satisfaction des citoyens à leur égard. Les indicateurs de gouvernance sont particulièrement utiles pour surveiller et évaluer le progrès des administrations publiques dans les réformes du secteur public.

Politique de santé

Health Policy

► Rapport sur le Projet de loi relatif à la bioéthique

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

2019

Paris Académie nationale de médecine.

<http://www.academie-medecine.fr/rapport-sur-le-projet-de-loi-relatif-a-la-bioethique/>

Les trois premières lois « dites de Bioéthique » votées en 1994 prévoyaient une révision régulière afin d'adapter les dispositions législatives et réglementaires aux avancées scientifiques. Depuis, deux révisions ont eu

lieu, l'une en 2004 et l'autre en 2011. A chaque fois l'Académie nationale de médecine a fait connaître ses positions au travers d'un rapport voté en séance plénière. Une troisième révision, à partir d'un Projet de loi relatif à la bioéthique présenté au Conseil des ministres le 24 juillet 2019, devait être discutée à l'Assemblée nationale à partir du 24 septembre 2019. Le texte de loi sera porté pendant les débats parlementaires par le ministère des solidarités et de la santé associé aux ministères de la justice et de la recherche pour les thèmes qui les concernent. Un débat national

préparatoire appelé Etats-Généraux de la Bioéthique a été organisé en 2018, largement ouvert aux citoyens et aux associations. Dans le même temps plusieurs rapports ont été réalisés, par le Comité consultatif national d'éthique, par une Commission de l'Assemblée nationale et par le Conseil d'Etat. Ces rapports ont donné lieu à de nombreuses auditions. Le Comité d'éthique de l'Académie nationale de médecine (ANM), au même titre que d'autres comités d'éthique de différentes académies et organismes de recherche, a été entendu en tant que tel après des travaux internes. Le présent rapport voté le 17 septembre 2019 exprime la position officielle de l'Académie de médecine.

► **Improving Healthcare Quality In Europe: Characteristics, Effectiveness And Implementation Of Different Strategies**

BUSSE R., KLAZINGA N., PANTELI D., *et al.*
2019

Health Policies Series ; 53. Copenhagen OMS - Bureau régional de l'Europe.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf>

Quality improvement initiatives take many forms, from the creation of standards for health professionals, health technologies and health facilities, to audit and feedback, and from fostering a patient safety culture to public reporting and paying for quality. For policy-makers who struggle to decide which initiatives to prioritise for investment, understanding the potential of different quality strategies in their unique settings is key. This volume, provides an overall conceptual framework for understanding and applying strategies aimed at improving quality of care. Crucially, it summarizes available evidence on different quality strategies and provides recommendations for their implementation. This book is intended to help policy-makers to understand concepts of quality and to support them to evaluate single strategies and combinations of strategies. Les initiatives d'amélioration de la qualité revêtent de nombreuses formes, allant de la définition de normes pour les professionnels de santé, les technologies sanitaires et les établissements de santé, à l'audit et au retour d'informations, en passant par la promotion d'une culture de sécurité des patients, la publication de rapports publics et la rémunération de la qualité. Il est particulièrement important que les responsables politiques ayant du mal à décider quelles sont les initiatives prioritaires en matière d'investisse-

ment puissent comprendre le potentiel des différentes stratégies de qualité dans leur contexte particulier. Cette publication fournit un cadre conceptuel global pour comprendre et appliquer les stratégies d'amélioration de la qualité des soins. Elle résume surtout les données probantes disponibles sur les différentes stratégies de qualité et émet des recommandations pour leur mise en œuvre. L'ouvrage a pour but d'aider les responsables politiques à comprendre les concepts de qualité et à évaluer les stratégies, considérées séparément ou conjointement.

► **Position Of KCE On Patient Involvement In Health Care Policy Research**

CLEEMPUT I., DAUVRIN M. ET KOHN L.
2019

KCE Report; 320B. Bruxelles KCE.

C'est une tendance mondiale depuis cinq à dix ans : les patients sont de plus en plus souvent impliqués dans la recherche scientifique lorsqu'elle vise à conseiller les décideurs politiques sur les orientations en matière de soins de santé. Cependant, cela se produit encore trop souvent 'parce qu'il le faut bien' et leurs connaissances spécifiques en tant qu'experts du vécu ne sont pas suffisamment prises en compte. Le Centre fédéral d'Expertise en Soins de Santé (KCE) est la première institution publique belge à examiner comment elle peut impliquer les patients de la manière la plus structurée et la plus cohérente possible dans ses études. Il formule 18 prises de position sur le sujet, la prochaine étape étant l'élaboration d'un guide méthodologique proposant des recommandations pratiques.

► **L'évaluation socioéconomique de l'investissement social. Comment mettre en œuvre des analyses coûts-bénéfiques pour les politiques d'emploi, de santé et d'éducation**

FOUGERE D. ET HELM A.
2019

Document de travail; N°2019-06. Paris France Stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/evaluation-socioeconomique-de-linvestissement-social>

Le calcul socioéconomique est utilisé depuis longtemps en France pour évaluer les projets d'infrastructures de transport. Depuis 2013, il est généralisé à l'en-

semble des investissements publics civils d'un montant supérieur à 20 millions d'euros. Dans quelle mesure peut-on l'étendre aux politiques comptabilisées en dépenses de fonctionnement mais assimilables à un investissement « social »? Ce document de travail de France stratégie l'applique aux domaines de l'emploi, de l'éducation et de la santé.

► **Expérimentations innovantes en santé (article 51) : mise en œuvre du dispositif en 2018. Rapport du Conseil stratégique**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2019

Paris Ministère chargé de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article51_081018.pdf

L'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 vise à « permettre à toute personne ayant un intérêt à agir dans le système de santé de proposer de nouveaux modèles d'organisation ou de financement et de les tester en vie réelle ». Le dispositif est opérationnel depuis avril 2018 et a fait l'objet d'un bilan après 18 mois de fonctionnement en octobre 2019. Si l'année 2019 a été une année de découverte et d'apprentissage, elle n'en a pas moins permis aussi d'autoriser plus de projets d'expérimentations que les dix dernières années cumulées. Une cinquantaine de projets sera autorisée, au total, d'ici la fin de l'année. Les premiers patients ont commencé à bénéficier des prises en charge innovantes. Les premiers professionnels et établissements de santé ont aussi reçu les premiers financements expérimentaux. L'année 2020 est donc pleine de promesses, et elle devra être l'occasion d'un premier bilan sur les premières expérimentations.

Politique sociale

Social Policy

► **Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées : les départements ont attribué 2 millions de prestations fin 2018**

ABDOUNI S.
2019

Etudes Et Résultats(1129)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1129.pdf>

D'après l'enquête Aide sociale menée chaque année par la Drees, les départements ont délivré, fin 2018, 2,01 millions de prestations d'aide sociale à des personnes âgées ou handicapées, en France métropolitaine et dans les DOM, soit une augmentation de 1,4 % en un an. Les personnes âgées ont bénéficié, fin 2018, de 1,47 million d'aides sociales départementales, un chiffre en hausse de 1 % par rapport à 2017. Ces prestations comprennent 54 % d'aides à domicile et 46 % d'aides à l'accueil. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente 90 % de l'ensemble des aides aux personnes âgées : 777 600 bénéficiaires à domicile et 548 000 en établissement. Fin 2018, 124 100 personnes âgées perçoivent l'aide sociale à l'hébergement (ASH), soit 8 % des aides aux personnes âgées. Le nombre d'aides sociales départementales allouées

aux personnes handicapées s'établit à 545 800, dont 70 % d'aides à domicile et 30 % d'aides à l'accueil. Ce nombre augmente de 2,7 % entre 2017 et 2018, principalement en raison de la hausse de la prestation de compensation du handicap (PCH), accordée à 314 800 personnes au 31 décembre 2018 et représentant 58 % des aides aux personnes handicapées.

► **L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2019**

ABDOUNI S., AMROUS N., ANTUNEZ K., *et al.*
2019

Paris : Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aas2019.pdf>

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale et relèvent, pour moitié, de la responsabilité des départements. Fin 2017, ces derniers octroient 4,2 millions de prestations d'aide sociale, couvrant ainsi 6,2 % de la population française. Ces prestations représentent une dépense annuelle nette de 37,8 milliards d'euros, un

montant qui a progressé de 0,8 % en un an et de 12 % en cinq ans. En 2018, le nombre d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées croît de 1,4 % et le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) de 0,7 %. L'aide sociale départementale est, dans cet ouvrage, étudiée dans son ensemble puis, plus en détail, pour les personnes âgées, les personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion. Les analyses portent sur les effectifs et les caractéristiques des bénéficiaires, les dépenses et les personnels associés, sous l'angle des évolutions, récentes ou de plus long terme, et des disparités territoriales. L'ouvrage présente également le contenu et l'organisation de l'action sociale des communes et des intercommunalités. Cette nouvelle édition s'enrichit notamment de résultats sur la prévalence de la perte d'autonomie, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées.

► **En 2018, le nombre d'allocataires de minima sociaux repart légèrement à la hausse**

CALVO M.
2019

Etudes Et Résultats(1133)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1133.pdf>

Fin 2018, 4,25 millions de personnes sont allocataires d'un minimum social. Avec les conjoints et les enfants à charge, environ 7 millions de personnes, soit 11 % de la population, sont couvertes par les minima sociaux. Le nombre d'allocataires augmente légèrement en 2018 (+0,6 %), alors qu'il était stable en 2017 (+0,1 %) et avait diminué de 1,3 % en 2016, première baisse depuis 2008. Après deux années de recul, les effectifs du revenu de solidarité active (RSA) repartent à la hausse (+1,1 %). Ceux de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) continuent d'augmenter (+2,7 %), au même rythme que depuis 2012. Le nombre d'allocataires du minimum vieillesse augmente également, de 2,8 % alors qu'il stagnait depuis 2013, à la suite de sa revalorisation au 1^{er} avril 2018. Les effectifs de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA) continuent de progresser (+15,4 %), suivant ceux des demandeurs d'asile. En revanche, les effectifs de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) connaissent une baisse toujours plus forte (-11,1 % en 2018) et ceux de l'allocation temporaire d'attente (ATA) continuent de s'éteindre progressivement suite à la suppression de cette allocation, en septembre 2017.

► **Protection contre la pauvreté et gains monétaires au travail depuis vingt ans**

CUSSET P. Y., MAIGNE G. ET VERMERSCH G.
2019

Paris France Stratégie

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/dispositifs-universels-de-soutien-revenu-menages-modestes-protection-contre-pauvrete>

Avec la création du RMI en 1988, la France s'est dotée d'un dispositif universel de solidarité visant à protéger ses bénéficiaires des formes extrêmes de pauvreté. À cet objectif initial s'est ajouté le souci de ne pas décourager les ménages sans emploi de reprendre une activité : plusieurs dispositifs pérennes d'intéressement leur ont permis de cumuler prestations sociales et revenus d'activité.

► **Dispositifs universels de soutien au revenu des ménages modestes : protection contre la pauvreté et incitation à l'activité depuis 2000. Une analyse sur cas-types**

CUSSET P. Y. ET VERMERSCH G.
2019

42.

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/dispositifs-universels-de-soutien-revenu-menages-modestes-protection-contre-pauvrete>

Ce document propose tout d'abord une vue d'ensemble des prestations sociales, en analysant l'évolution des effectifs, des montants versés aux ménages et des dépenses liées à ces prestations depuis 2000. Il présente ensuite, sur cas-type, la façon dont le revenu disponible des ménages augmente en fonction de leur revenu d'activité. En annexe, il rappelle les principaux résultats des études consacrées à l'impact de ces dispositifs sur les comportements des actifs en termes de participation au marché du travail.

Prévention

► La prévention et la prise en charge de l'obésité

COUR DES COMPTES

2019

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-et-la-prise-en-charge-de-lobesite>

Ce rapport d'évaluation réalisé à la demande de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale rappelle le triste bilan français dans le domaine de l'obésité qui concerne 49 % des adultes et 17 % des enfants de 6 à 17 ans. Les pouvoirs publics ont adopté, depuis 2001, des plans nationaux pour tenter de mieux prendre en charge cette pandémie. Ainsi, depuis 2005, le nombre de personnes obèses s'est stabilisé mais les inégalités sociales et territoriales se sont aggravées, en particulier dans les départements d'outre-mer. Les politiques de prévention et de lutte contre l'obésité sont volontaristes, en particulier les campagnes d'information et de communication, mais elles souffrent d'un manque de lisibilité et de coordination, et leurs effets sont, par ailleurs, difficiles à mesurer. Quant à la prise en charge médicale des patients, elle est encore insuffisante malgré les efforts engagés, notamment pour les enfants, dont le suivi s'est amélioré grâce aux réseaux pédiatriques de prévention et de soins et aux centres spécialisés de l'obésité. Parmi les pistes évoquées par la Cour des comptes pour améliorer la prévention de l'obésité : l'adoption d'une régulation plus contraignante envers les industriels de l'agroalimentaire, un meilleur encadrement de la publicité de certains produits alimentaires les moins bons sur le plan nutritionnel, voire une surtaxation, l'adoption de taux maximaux de sel, de sucre et de gras dans la composition nutritionnelle des aliments, déterminés au terme d'une concertation avec les industriels, l'extension du champ de l'exercice infirmier de pratique avancée à la prise en charge de l'obésité, la généralisation rapide de parcours de soins intégrant des interventions pluridisciplinaires et adaptés aux enfants en risque d'obésité et leur prise en charge par l'assurance maladie.

► Les interventions et mesures de prévention pour réduire les inégalités en matière de tabagisme chez les jeunes

GAMACHE L.,

2019

Montréal INSPQ.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2594_interventions_mesures_prevention_reduire_inegalites_tabagisme_jeune.pdf

Il existe d'importantes disparités en matière de tabagisme chez les jeunes selon le statut socioéconomique. Comme la majorité des fumeurs débutent à l'adolescence, les inégalités en matière de tabagisme chez les jeunes se maintiennent généralement à l'âge adulte (OMS-Europe, 2014) et se traduisent très souvent en inégalités en matière de morbidité et de mortalité prématurée. Cette synthèse de connaissances a été réalisée afin d'identifier les mesures et les interventions de prévention susceptibles de pouvoir réduire les inégalités en matière d'initiation au tabac chez les jeunes. L'impact des interventions a été évalué en termes d'équité, c'est-à-dire en comparant leurs effets entre les groupes socioéconomiques.

► Représentations des soins et information sur le cancer et ses facteurs de risque : Baromètre cancer 2015

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2019

Saint-Maurice Santé publique France.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-cancer-2015.-representations-des-soins-et-information-sur-le-cancer-et-ses-facteurs-de-risque>

Les résultats du Baromètre cancer 2015 confortent ceux des éditions précédentes et montrent que certaines catégories socioprofessionnelles méritent une attention particulière pour combler le déficit d'information. La majorité des Français semblent bien informés sur l'influence des habitudes de vie sur la santé. Le déficit d'information concerne plutôt les facteurs de risque environnementaux naturels et les agents physiques et infectieux. Moins d'une personne sur dix cite les campagnes de prévention comme source d'information. La télévision n'est plus le media-roi mais reste

la principale source pour les catégories socioprofessionnelles défavorisées.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux**

CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DES LIBERTÉS

2019

Paris CGLPL.

<https://www.cglpl.fr/2019/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenu-es-atteintes-de-troubles-mentaux/>

Depuis sa création, le Contrôleur général des lieux de privation des libertés (CGLPL) a relevé à de nombreuses reprises les carences de la prise en charge de la santé mentale des personnes détenues et leurs lourdes conséquences. Il dresse un constat accablant de cette situation et entend réaffirmer le principe d'une égalité réelle d'accès aux soins et de traitement entre les patients détenus et le reste de la population. Les constats du CGLPL portent sur des situations concrètes : des pathologies lourdes aggravées par l'enfermement et l'isolement, un risque de suicide accru et des conditions de détention qui perturbent l'accès aux soins, nuisent à leur efficacité et, finalement, privent la sanction pénale de son sens. A l'origine de ces situations, trois facteurs principaux peuvent être identifiés : la méconnaissance des pathologies affectant la population pénale, l'insuffisance des moyens institutionnels de leur prise en charge et la banalisation d'atteintes quotidiennes aux droits fondamentaux, parfois de faible gravité, mais récurrentes.

► **The Community Mental Health Framework For Adults And Older Adults**

NATIONAL HEALTH SERVICE

2019

Londres NHS.

<https://www.england.nhs.uk/publication/the-community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults/>

The Community Mental Health Framework describes how the Long Term Plan's vision for a place-based community mental health model can be realised, and how community services should modernise to offer whole-person, whole-population health approaches, aligned with the new Primary Care Networks.

► **Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment**

GREACEN T. ET JOUET E.

2019

Toulouse : Erès

Par le rétablissement, l'inclusion sociale et l'empowerment, une personne vivant avec un trouble psychique devient actrice de sa propre vie, citoyenne à part entière, experte de son expérience. La notion de rétablissement rappelle que, même pour des pathologies lourdes comme la schizophrénie, les psychoses, la majorité des personnes peuvent se rétablir et mener une vie comme tout un chacun. L'inclusion sociale ajoute l'idée que, si la moitié du travail vers le rétablissement est l'affaire de l'usager, l'autre moitié du travail est à faire par la société elle-même. De même qu'on aménage la ville pour que la personne en fauteuil roulant puisse s'inclure dans la société, on doit aménager les esprits et l'organisation de la vie de tous les jours pour supprimer tout mécanisme d'exclusion sociale, toute stigmatisation, toute discrimination contre la personne handicapée psychique. Enfin, l'empowerment consiste à mettre à la disposition de la personne les moyens pour acquérir les savoirs, savoir-faire et pouvoirs nécessaires – notamment par l'accès à la formation tout au long de la vie – pour apprendre à vivre avec sa maladie et jouer un vrai rôle dans la société.

► **Mental Health: The Hidden Epidemic**

MACKAY C.

2019

The Parliament Politics, Policy and People Magazine:

<https://www.theparliamentmagazine.eu/articles/opinion/mental-health—hidden-epidemic>

‘A “Health In All Policies” approach should also apply in mental health, as it touches on areas as diverse as employment, migration, and social affairs. Mental health-friendly policies must be integrated into all sectors and all Member States.

► **Organisation Of Mental Health Care For Adults In Belgium**

MISTIAEN P., CORNELIS J., DETOLLENAERE J., *et al.*

2019

KCE Report; 318B. Bruxelles KCE.

<https://kce.fgov.be/fr/node/4831>

Les soins de santé mentale ont fait l’objet d’un certain nombre de réformes au cours des dernières décennies en Belgique. Ce rapport cartographie le paysage actuel de ces soins et d’en identifie les lacunes et les possibles recoupements. Mais comme les besoins de la population belge ne sont pas connus – car il n’existe

pas de chiffres fiables sur ce sujet – le KCE n’a pas été en mesure de vérifier si l’offre de soins correspond à ces besoins. En plus d’un système efficace d’encodage des données et d’une incitation des acteurs concernés à procéder à l’encodage, le gouvernement devrait renforcer sa politique de soins orientés vers la communauté, notamment en rendant les soins de santé mentale plus accessibles (notamment sur le plan financier), en prévoyant des lieux où l’information nécessaire serait facilement abordable et en élargissant l’offre d’habitats adaptés

► **La psychiatrie dans les Hauts-de-France : Évolutions depuis 2000**

THEVE A., PLANCKE L. ET ARMARIEL A.

2019

Saint-André-Lez-Lille F2RSM.

<https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/psy-hauts-de-france.pdf>

Ce rapport dresse un portrait de l’offre de soins en psychiatrie dans les Hauts-de-France et de son évolution depuis 2000. Il pointe une hausse des places d’hospitalisation à temps partiel (+ 24 %), même si leur nombre reste limité par rapport au temps complet. Par ailleurs, l’offre privée a fortement augmentée, le nombre de cliniques passant de 6 à 13.

Sociologie

Sociology

► **L’innovation ordinaire**

ALTER N.

2000

Paris : PUF

Les entreprises contemporaines se définissent par leur mouvement bien plus que par leurs règles. Ce mouvement est peu ordonné. Il charrie pêle-mêle des cultures et pratiques du passé, des acteurs du présent et des décisions engageant l’avenir. Il est le résultat d’un flux permanent d’innovations dont le processus souvent inattendu et jamais programmable, produit à la fois engagement et lassitude, remise en ordre et déviance. Ce processus repose initialement sur des

croyances qui s’érigent parfois en dogmes et d’autres fois en véritables capacités à élaborer collectivement de nouvelles pratiques sociales. Cette expérience bouleverse les cadres sociaux convenus. Elle amène les acteurs à se mettre à distance de leurs investissements cognitifs et affectifs. Ils choisissent parfois d’agir et d’autres fois de tenir leur rôle. Ils deviennent ambivalents. Réintroduisant la question du don contre don et des conflits de temporalité dans l’analyse des organisations, ce livre retrouve les questions de sociologie générale (résumé de l’éditeur).

► **La co-construction : une alternative managériale**

FOUDRIAT M. ET BARREYRE J. Y. P.
2019

Rennes : Presses de l'Ehesp

Proche de la notion de participation, la co-construction renvoie à une question concrète : comment des acteurs ayant des intérêts ou des points de vue différents peuvent-ils élaborer un projet partagé ? Aujourd'hui, cette problématique intéresse particulièrement l'action sociale, la gouvernance des organisations, le développement territorial, la formation des adultes, les recherches collaboratives... Cet ouvrage répond à 3 objectifs : il apporte une clarification conceptuelle, analyse la progressive reconnaissance de la co-construction dans le champ social et les raisons de son engouement, nettement confirmé depuis la 1^{re} édition (même si les réalisations et les pratiques restent encore hésitantes ou peu fréquentes), et détaille les principaux problèmes théoriques et méthodologiques au centre des démarches co-constructives. Ces développements théoriques sont illustrés par de nombreuses situations réelles, analysées et commentées. Cette 2^e édition, soigneusement révisée et augmentée, consacre un nouveau chapitre à la problématique de la flexibilité cognitive relative aux questions du changement de points de vue et du lâcher-prise. Elle s'enrichit également d'un développement sur la prise en compte des jeux des acteurs pris dans des « boucles systémiques ».

► **Sociologie de l'innovation**

GAGLIO G.
2011

Paris : PUF

L'innovation est tendance. Elle est même devenue un idéal à atteindre dans nos sociétés : on ne compte plus les articles de presse qui affublent une idée, un produit, une méthode de ce noble titre tandis que se multiplient les récits de success stories qui confinent au conte de fée. L'impératif est simple : il faut innover, être innovant... ou disparaître ! En réalité, appréhender le concept d'innovation d'un point de vue sociologique invite plutôt à analyser le cheminement sinueux, incertain, qui va de la confection d'un objet jusqu'à sa diffusion massive, en passant par ses transformations ou ses déclinaisons. L'innovation est en effet un processus, que cet ouvrage décortique et explicite.

► **Du neuf avec des vieux ? Télémédecine d'urgence et innovation en contexte gériatrique**

GAGLIO G.
2018

Toulouse : Presses universitaires du Midi

Les maisons de retraite ne sont pas spontanément associées au thème de l'innovation. Pourtant, ces espaces professionnels se sont profondément transformés ces dernières années, sous l'effet conjugué du vieillissement des résidents, de la multiplication des dispositifs techniques pour y faire face et du déploiement de systèmes d'information « métier ». Dans la continuité et à l'aide d'une étude de cas, cet ouvrage envisage l'arrivée de la télémédecine dans des Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) du nord-est de la France. Plus particulièrement, il raconte l'histoire d'une « valise » de télémédecine qui visait une meilleure prise en charge des urgences. Par la télétransmission de mesures médicales (typiquement un électrocardiogramme) au centre 15 du Samu, le but était d'éviter des déplacements jugés parfois inutiles par les médecins de personnes fragiles au service des urgences. Or, rien ne s'est passé comme prévu. L'ouvrage raconte les péripéties de cette expérimentation, son inspiration, ses espoirs, ses ratés, ses relances, et en extrait des enseignements pour la sociologie de l'innovation, en envisageant ce phénomène dans des organisations en réseau. Autrement dit, ce livre examine comment des acteurs ont tenté de faire du neuf avec des « vieux » et ce que l'on peut en tirer sur l'enjeu de la médicalisation du grand âge dans nos sociétés.

Primary health care

► 10 000 médecins de plus depuis 2012

ANGUIS M., CHAPUT H. ET MARBOT C.
2019

Etudes Et Résultats (Drees)(1061)

http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf

En France, au 1^{er} janvier 2018, 226 000 médecins sont en activité. Parmi eux, 45 % sont des médecins généralistes et 44 % exercent à l'hôpital au moins une partie de leur temps. Depuis six ans, l'effectif de médecins a progressé de 4,5 %, sous l'effet de la hausse du nombre de médecins hospitaliers.

► Who Cares When You Close Down? The Effects Of Primary Care Practice Closures On Patients

BISCHOFF T. ET KAISER B.
2019

Document de travail ; 1907. Bern Bern Universität

<https://ideas.repec.org/p/ube/dpvwib/dp1907.html>

This paper investigates the consequences that patients face when their regular primary care provider closes down her practice, typically due to retirement. We estimate the causal impact of closures on patients' utilization patterns, medical expenditures, hospitalizations, and health plan choice. Employing a difference-in-difference framework, we find that patients who experience a discontinuity of care persistently adjust their utilization pattern by shifting visits away from ambulatory primary care providers (-12%) towards specialist care (+10%), and hospital outpatient facilities (+5%). The magnitude of these effects depends considerably on the local availability of primary care. We also observe that patients with chronic conditions shift their utilization more strongly towards other providers. Our results have potential implications for health policy in at least two dimensions: practice closures may lead to an inefficient use of healthcare services and deteriorate access to primary care, particularly in regions where the supply of primary care doctors is low.

► Les étudiants européens dans le troisième cycle de médecine en France

BOCOGNANO A., LHERMET C. ET PETIT V.
2019

Etudes ; 1. Paris ONDPS.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_-_etudes_-_bat_-_291019_-_web.pdf

La formation des médecins est un volet déterminant de la démographie médicale. Le numerus clausus pour l'entrée en médecine et l'accès au 3^{ème} cycle à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) en constituent aujourd'hui les principaux leviers de régulation. Dans cette étude, l'ONDPS s'intéresse à l'analyse d'un phénomène encore peu documenté : « Les étudiants européens dans le 3^{ème} cycle de médecine en France ». En effet, en 2018, on compte plus de 600 étudiants européens qui ont présenté leur candidature aux ECN qui donnent accès au 3^e cycle des études médicales en France. Leur nombre a quadruplé depuis 2012, et en 2018 ils représentaient 6,6 % des candidats. L'étude de l'ONDPS apporte un éclairage sur le parcours de formation de ces étudiants. Une connaissance fine de ces flux migratoires deviendra essentielle aux projections de démographie médicale.

► Comment se déterminent les choix de spécialité et de région de formation des étudiants en médecine ?

CABY D., DEFFIN C. ET ZAFAR J. D.
2018

Documents de Travail ; 2018/5. Paris DG Trésor

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2018/07/06/document-de-travail-n-2018-5-comment-se-determinent-les-choix-de-specialite-et-de-region-de-formation-des-etudiants-en-medicine>

L'organisation des études de santé en France s'articule autour de deux concours : la PACES en fin de première année, et les ECN en fin de sixième année qui permettent aux étudiants de choisir un poste d'interne, pour une spécialité et une région de formation données, en fonction du classement qu'ils ont obtenu. Après avoir analysé les évolutions passées relatives à ces deux concours, le document détermine les caractéristiques

téristiques qui semblent déterminantes dans les choix pour une spécialité ou une région de formation, à partir d'une modélisation ad-hoc développée à cette fin. Cette modélisation permet en outre d'estimer, si entre choix de la spécialité ou choix de la région de formation, l'un prédomine ou non sur l'autre. Les principaux résultats montrent que les choix ne dépendent que très peu du sexe des étudiants et que le choix de la spécialité paraît prédominant relativement à celui de la région de formation. À cet égard, la forte différenciation entre spécialités et le relativement faible intérêt pour la médecine générale ou pour les disciplines liées à la prévention sont potentiellement des éléments à prendre en compte quant à l'allocation optimale de l'offre de soins concernant les besoins immédiats et à venir.

► **Selection With Variation In Diagnostic Skill: Evidence From Radiologists**

CHAN D. C., GENTZHOU M. ET YU C.
2019

NBER Working Paper Series ; 26467. Cambridge NBER

<https://www.nber.org/papers/w26467>

Physicians, judges, teachers, and agents in many other settings differ systematically in the decisions they make when faced with similar cases. Standard approaches to interpreting and exploiting such differences assume they arise solely from variation in preferences. We develop an alternative framework that allows variation in both preferences and diagnostic skill, and show that both dimensions are identified in standard settings under quasi-random assignment. We apply this framework to study pneumonia diagnoses by radiologists. Diagnosis rates vary widely among radiologists, and descriptive evidence suggests that a large component of this variation is due to differences in diagnostic skill. Our estimated model suggests that radiologists view failing to diagnose a patient with pneumonia as more costly than incorrectly diagnosing one without, and that this leads less-skilled radiologists to optimally choose lower diagnosis thresholds. Variation in skill can explain 44 percent of the variation in diagnostic decisions, and policies that improve skill perform better than uniform decision guidelines. Failing to account for skill variation can lead to highly misleading results in research designs that use agent assignments as instruments.

► **L'activité physique sur prescription en France : Etat des lieux 2019**

CHARLES M., LARRAS B., BIGOT J., *et al.*
2019

Paris Onaps.

http://www.onaps.fr/data/documents/191017_Onaps_Sport%20sur%20ordonnance_Rapport_vf.pdf

L'Onaps et le Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être ont initié fin 2018 un travail visant à établir un état des lieux des initiatives locales et institutionnelles en matière de prescription d'activité physique en France, qui rentre dans le cadre d'une des actions de la Stratégie nationale sport santé 2019-2024. Ce rapport a pour objectif de dessiner les profils, les acteurs impliqués, les partenaires et les modèles économiques de près de 100 dispositifs ayant répondu à l'enquête menée.

► **Does The Provision Of Physician Services Respond To Competition?**

CHONE P., COUDIN E. ET PLA A.
2019

Document de Travail; 2019-20. Palaiseau CREST

<https://ideas.repec.org/p/crs/wpaper/2019-20.html>

We assess the extent to which specialist physicians respond to local competition when deciding how much services to provide under a fee-for-service payment system. We use an exhaustive administrative panel data set of French physicians, and account for the dual nature of the regulatory environment, with part of the physicians being subject to price regulation. The activity of fee-regulated physicians depends only on their individual preferences, and is not affected by changes in their demand or competitive environment. By contrast, the prices charged by free-billing physicians decrease and their activity increases with physician density. Reaction functions are upward-sloping, with the quantities of services provided being strategic complements. Our findings are consistent with a static oligopoly model where the consumption-leisure preferences of doctors exhibit strong income effects.

► **French GPs' Willingness To Delegate Tasks: May Financial Incentives Balance Risk Aversion?**

COMBES J. B., PARAPONARIS A. ET VIDEAU Y.
2019

Wp 09-2019. Paris Université Paris-Est Créteil, Erudite

<https://ideas.repec.org/p/aim/wpaimx/1910.html>

Delegating tasks to paramedics is a fairly recent development in France. So far it has essentially been developed in hospitals and is incipient in general practice. This paper focuses on the willingness of general practitioner to do so. A 2012 survey of 2,000 GPs might help anticipate GPs' willingness to delegate. This paper tests whether a more favourable funding system might help increase GP willingness. We implement a quasi-experimental design wherein GPs are randomly selected to form three groups of equal size, each of them being exposed to a different funding scheme when declaring their willingness to delegate tasks to nurses: Fully Funded (FF) by the social security administration, self-funded by GPs' revenues (Self-Funded, SF) and half-funded by both the social security administration and GPs (Half-Funded, HF). GPs' likelihood to favour task delegation is estimated with a probit model that especially considers a GP's attitude towards risk (aversion or tolerance) among a set of covariates, such as age, gender, rural/urban area, GP density and funding scheme. This article shows that, first, GPs are more likely to favour delegation, when they share a lower proportion of the cost. Second, the effect of risk aversion on the likelihood of favouring delegation is not altered by the funding scheme.

► **Le livre blanc de la profession infirmière : reconnaître la contribution infirmière au système de santé**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES IINFIRMIERS
2019

Paris CNOI.

<https://www.ordre-infirmiers.fr/espace-presse/les-grands-dossiers/le-livre-blanc-de-la-profession-infirmiere.html>

Ce livre blanc a pour objectif de faire reconnaître la contribution infirmière au système de santé. Il comprend vingt-six propositions, expression de la volonté de la profession, organisent ce document pour une quête de reconnaissance. Il a été élaboré à partir des résultats de la grande consultation infirmière, un

exercice inédit invitant chaque infirmier de France et d'Outre-mer à donner ses idées sur l'avenir de la profession.

► **L'ordre des médecins : rapport public thématique**

COUR DES COMPTES

2019

Paris Cour des comptes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lordre-des-medecins>

Après l'ordre des chirurgiens-dentistes en 2016 et celui des masseurs kinésithérapeutes en 2017, la Cour des comptes a contrôlé le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), 46 conseils départementaux (sur 101) et les 24 conseils régionaux. Créé en 1945, l'ordre des médecins est un organisme privé chargé d'une mission de service public. Son rôle est de veiller au respect, par les praticiens, des règles de déontologie et de défendre l'indépendance et l'honneur de la profession. Il dispose de ressources annuelles d'environ 85 M€, provenant des cotisations obligatoires de quelque 300 000 médecins, de réserves de 152 M€ et d'un patrimoine évalué à 110 M€. L'ordre n'a que marginalement tenu compte des recommandations formulées par la Cour en 2012 à l'issue de son précédent contrôle : il reste marqué par des problèmes de gouvernance, de sérieuses défaillances de gestion, des insuffisances persistantes dans l'exercice de ses missions et un manque de rigueur dans le traitement des plaintes des patients.

► **Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits**

CROGUENNEC Y.

2019

Etudes Et Résultats(1135)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1135.pdf>

En 2018, 26 200 élèves sont inscrits dans l'un des 484 établissements dispensant une formation d'aide-soignant. Le nombre de diplômés de cette formation est quasi-stable et s'élève à 22 800 en 2018. En revanche, le nombre d'inscrits en formation baisse pour la deuxième année consécutive (-6 % entre 2016 et 2018), tout comme celui des candidats au concours d'entrée qui diminue fortement depuis 2014 (-42 %). En 2017,

l'âge moyen d'entrée en formation est de 28 ans et 7 mois. Les étudiants qui commencent une formation d'aide-soignant sont en moyenne plus âgés que ceux intégrant une autre formation de la santé (25 ans et 5 mois pour l'ensemble), notamment parce qu'ils sont moins nombreux à sortir de formation initiale (26 % contre 65 % dans l'ensemble des formations de santé). Si les promotions des formations de santé sont très largement féminines, celles d'étudiants aides-soignants figurent parmi les plus féminisées : 90 % des nouveaux entrants en formation sont des femmes, contre 84 % pour l'ensemble des formations de santé. La part d'inscrits ayant un père employé ou ouvrier (68 %) et celle d'inscrits ayant une mère employée ou ouvrière (63 %) sont supérieures aux parts d'employés ou d'ouvriers au sein de la population ayant déjà occupé un emploi.

► **Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3ème cycle des études médicales**

GOLFOUSE A. ET PHENG B.

2015

Paris ONDPS.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_oct2015-3.pdf

Après une première étude sur les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans cinq pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni), réalisée en collaboration avec Ylios, qui s'interrogeait sur la diversité des dispositifs destinés à orienter l'installation des médecins en ville, l'ONDPS publie une seconde étude sur les mobilités internationales des quatre professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens. Réalisée en collaboration avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), elle a pour objectif : - de procéder à une description exhaustive et historique de l'environnement réglementaire (français et européen) des flux d'étudiants et de diplômés étrangers et de cerner le stock et les flux de professionnels diplômés à l'étranger, de nationalité étrangère ou française, qui s'installent en France; - de définir très précisément les données statistiques disponibles en la matière, tant en termes de flux entrants que sortants (taux d'évaporation des diplômés français). A travers ces deux études, qui ont bénéficié de l'engagement et de l'apport d'un grand nombre d'acteurs de la santé, l'ONDPS espère apporter un éclairage utile sur la situation actuelle

notamment d'une croissance récente et importante des installations de professionnels à diplôme étranger, en particulier pour les médecins et les chirurgiens-dentistes, et préconise que ce travail puisse être utilisé afin d'enrichir de nouveaux modèles de projection : - en comparant la situation française, en distinguant les professions, les spécialités, et le lieu d'exercice (établissement de santé ou ville) avec celle de quelques autres pays européens; - en mesurant si cet afflux de diplômés étrangers présente ou non une fonction correctrice par rapport aux régions et spécialités considérées comme sous-dotées; - en réfléchissant à l'articulation actuelle entre les dispositifs réglementaires qui régissent l'installation et les dispositifs de régulation.

► **Health Care Workforce: Views On Expanding Medicare Graduate Medical Education Funding To Nurse Practitioners And Physician Assistants**

GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE

2019

Washington GAO.

<https://www.gao.gov/products/GAO-20-162>

Studies point to a physician shortage in the U.S., making it harder for people to get needed health care. Training more nurse practitioners and physician assistants could help people get care. Most federal funding to educate health care providers funds physician residencies through Medicare's graduate medical education program. Could that program be expanded to include nurse practitioners and physician assistants? According to stakeholders, there could be benefits and challenges. For example, the program would provide reliable funding from year to year. But stakeholders were also concerned about diverting resources from physician residencies.

► **Modèle de plan personnalisé de coordination en santé**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2019

Saint-Denis Has.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3082395/fr/modele-de-plan-personnalise-de-coordination-en-sante

Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) est un outil de partage d'informations pour l'ensemble

des acteurs professionnels et les usagers. Il facilite la coordination des parcours de santé complexes en s'appuyant sur les systèmes d'informations en santé. Il repose sur une démarche centrée sur la personne et son entourage et permet de personnaliser les prises en charge médicales, et les accompagnements sociaux et médicosociaux.

► **53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins**

MILLIEN C.
2018

Etudes Et Résultats (Drees)(1062)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1062.pdf>

Dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien des politiques en vigueur, le nombre d'infirmiers devrait augmenter de 53 % entre 2014 et 2040 pour atteindre 881 000 infirmiers actifs en 2040.

► **Accès aux soins : guide pratique pour les élus**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
2019

Paris Ministère chargé de la santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-elus-14-11-2019-vf.pdf>

Ce guide pratique s'adresse aux élus confrontés aux inégalités territoriales en matière d'accès aux soins. Il a pour objectif de leur donner une vision d'ensemble du cadre législatif et réglementaire et des dispositifs publics mobilisables. Il vise également à leur proposer des éléments méthodologiques concrets pour guider leurs initiatives et mettre en valeur les démarches portées avec succès par d'autres collectivités territoriales.

► **Déclaration d'Astana : conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, 25-26 octobre 2018**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2018

Genève OMS.

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>

Cette déclaration des chefs d'État et de gouvernement, ministres et représentants des États et des gouvernements, participant à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, réunis à Astana les 25 et 26 octobre 2018, réaffirme les engagements pris dans la Déclaration ambitieuse et visionnaire d'Alma-Ata de 1978 et dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, pour parvenir à la santé pour tous.

Systemes de santé

Health Care Systems

► **Profils de santé par pays**

COMMISSION EUROPÉENNE
2019

Luxembourg : Officiel des publications de l'Union européenne

https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_fr

Des experts de l'OCDE et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ont préparé une série de 30 profils par pays couvrant tous les États

membres de l'Union européenne, ainsi que l'Islande et la Norvège. Les profils de santé par pays produits dans le cadre du cycle sur l'état de santé dans l'UE constituent un guichet unique de connaissances et d'informations sur le système de santé d'un pays, qui est mis en perspective en le comparant aux systèmes des autres pays de l'UE. Chaque profil allie profondeur et brièveté afin de rendre les analyses utiles et accessibles à un large public. Bien qu'ils suivent un format et une méthode standard, chaque profil est adapté aux par-

ticularités du pays concerné, de manière que l'analyse soit la plus pertinente possible. Depuis leur première édition en 2017, les profils par pays sont devenus une importante source de connaissances et d'informations pour les acteurs de la politique de santé. Chaque profil par pays donne un bref aperçu de la situation sanitaire et des déterminants de la santé (axés sur les facteurs de risques comportementaux), présente l'organisation du système de santé et analyse l'efficacité, l'accessibilité et la capacité d'adaptation de chaque système de santé.

► **The State Of Medical Education And Practice In The UK: The Workforce Report 2019**

GENERAL MEDICAL COUNCIL
2019

Londres GMC.

https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/the-state-of-medical-education-and-practice-in-the-uk--workforce-report_pdf-80449007.pdf

This report draws on the GMC's medical register data and findings from a new survey on doctors' workplace experiences. It sets out recommendations to help inform emerging workforce strategies and people plans across the UK. The data shows that the UK's medical register continues to grow, with many overseas doctors joining our workforce. However, the GMC states that health services must prioritise strategies to retain UK and non-UK trained doctors, and develop supportive workplace cultures with compassionate leaders.

► **A Fresh Look At The Health-Wealth Correlation: A Case Study Of European Countries**

NEUMANN S., GARCIA-MUNOS T. ET NEUMAN T.
2019

Bratislava CELSI

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:cel:dpaper:52&r=hea>

This paper contributes to the development-health literature by studying the correlation between development measures (see below) and health measures - one subjective ('self-assessed-health-status'), and the other one objective (the individual's 'number of chronic diseases'). Correlations are examined for 29 European countries, using the SHARE data set, and

country-level development measures. Specifically, we examine whether country fixed-effects in regressions of health measures, controlling for individual socio-demographic variables, are significantly correlated with country development variables, which include: logarithm of per-capita GDP; the Human Development Index; the Social Progress Index; life expectancy; percentage of GDP spent on health; and the novel measure expressed by the Environmental Health Index. The novelty of our study is the introduction of a channel for the significant health-wealth correlation, speculating that the driving forces are psychological.

► **Health At A Glance 2019 : OECD Indicators**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2019

Paris OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

Health at a Glance compares key indicators for population health and health system performance across OECD members, candidate and partner countries. It highlights how countries differ in terms of the health status and health-seeking behaviour of their citizens; access to and quality of health care; and the resources available for health. Analysis is based on the latest comparable data across 80 indicators, with data coming from official national statistics, unless otherwise stated. Alongside indicator-by-indicator analysis, an overview chapter summarises the comparative performance of countries and major trends, including how much health spending is associated with staffing, access, quality and health outcomes. This edition also includes a special focus on patient-reported outcomes and experiences, with a thematic chapter on measuring what matters for people-centred health systems.

Occupational Health

► Long-Run Effects Of Health Shocks In A Highly Regulated Labour Market

BELLONI M., SIMONETTI I. ET ZANTOMIO F.
2019

No.32/WP/2019. Venice University Ca' Foscari of Venice.

Based on administrative data covering employment, social security and hospital record histories, we investigate the effect of acute cardiovascular health shocks resulting in unplanned hospitalisation, on blue collars' long-term labour outcomes in Italy. The Italian institutional setting, characterised by a highly regulated labour market and high job protection, is different from that of countries – mainly Nordic and Anglo-Saxon – covered in previous studies. We apply matching and parametric regression techniques to remove possible bias arising from observable and time-invariant unobservable confounders. Results point at sizeable and persistent reductions in employment and labour income, while hours and wage adjustments appear limited. Whereas a relatively generous social insurance system might compensate the earnings loss, our findings question the appropriateness of existing labour inclusion policies.

► Work-Related Musculoskeletal Disorders: Prevalence, Costs And Demographics In The EU

DE KOK J., VROONHOF P., SNIJDERS J., *et al.*
2019

Bilbao OSHA.

https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/Work-related_MSDs_prevalence_costs_and_demographics_in_the_EU_report.pdf

Ce document rassemble et analyse les informations issues des principales enquêtes de l'UE et des données administratives, complétées et enrichies par des sources nationales. Il vise à fournir une base factuelle solide pour aider les décideurs politiques, les chercheurs et la communauté de la sécurité et de la santé au travail aux niveaux européen et national dans leur tâche de prévention des TMS liés au travail.

► Les programmes de santé mentale en milieu de travail : une valeur ajoutée pour les employés et les employeurs. Plan directeur pour les programmes de santé mentale en milieu de travail

DELOITTE
2019

sl Deloitte.

<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/about-deloitte/ca-fr-about-blueprint-for-workplace-mental-health-final-aoda.pdf>

Les problèmes de santé mentale chez les travailleurs exercent d'énormes pressions sur les coûts pour les employeurs canadiens. Et il reste des obstacles aux investissements dans les programmes de santé mentale, notamment un manque de connaissance des meilleures pratiques ainsi qu'un manque de preuves montrant que de tels investissements peuvent avoir une incidence positive sur le résultat net d'une entreprise. Pour surmonter ces obstacles, les employeurs canadiens ont besoin de preuves concrètes attestant que les programmes de santé mentale en milieu de travail constituent un investissement plutôt qu'un coût. Cette étude, la première du genre au Canada, fournit de telles preuves. Les auteurs de ce rapport ont procédé à une analyse des données historiques sur les investissements effectués et les économies réalisées par sept entreprises canadiennes à différentes étapes du processus de mise en oeuvre de programmes de santé mentale en milieu de travail, et mené des entretiens auprès d'experts et de dirigeants de dix entreprises, afin de déterminer le RCI dans ces programmes, les défis courants à relever et les éléments essentiels pour la réussite de tels programmes, ainsi que les meilleures pratiques devant être envisagées par les employeurs. Tout au long de l'étude, les employeurs ont affirmé qu'ils aimeraient avoir accès à des renseignements et à des outils leur permettant de prendre des décisions basées sur des faits quant à la façon d'investir dans la santé mentale et maximiser ainsi les avantages des programmes mis en place. Les employeurs doivent également être en mesure d'évaluer et de surveiller les résultats et les avantages, tout comme dans le cas de leurs autres investissements. Dans cette optique, le rapport propose un plan directeur pour la mise en oeuvre progressive de programmes de santé mentale

en milieu de travail, ainsi qu'une approche pour évaluer les résultats de tels programmes.

► **Comment ont évolué les expositions des salariés du privé aux risques professionnels sur les vingt-dernières années ? Premiers résultats de l'enquête Sumer 2017**

MEMMI S., ROSANKIS E., SANDRET N., *et al.*
2019

DARES Analyses(41).

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/comment-ont-evolué-les-expositions-des-salariés-du-secteur-privé-aux-risques>

Dans le secteur privé, la plupart des expositions des salariés aux contraintes physiques ont baissé entre 1994 et 2017, à l'exception du bruit. L'exposition à au moins un produit chimique concerne un tiers des salariés en 2017, un niveau légèrement inférieur à celui de 1994. L'exposition à au moins un produit cancérigène concerne encore 10 % des salariés, soit 1,8 million de personnes. Sur les vingt dernières années, le signalement des expositions à des agents biologiques a augmenté. Ces expositions aux risques physiques, chimiques et biologiques s'inscrivent dans un contexte organisationnel toujours très contraint. L'intensité du travail a augmenté depuis 20 ans, même si elle s'est stabilisée entre 2010 et 2017. Bien que les marges de manœuvre favorisant l'autonomie au travail soient en recul, les salariés se plaignent moins souvent en 2017 qu'en 2003 de manquer de moyens pour faire correctement leur travail. Après un pic en 2010, le signalement de comportements hostiles revient en 2017 au niveau de 2003, tandis que la tension au travail se stabilise à un niveau élevé et que les écarts entre salariés se creusent concernant le manque de reconnaissance au travail. Afin de lutter contre l'ensemble de ces expositions, près d'un salarié sur deux est couvert par des pratiques formalisées de prévention des risques professionnels.

► **Sickness Absence And Unemployment Revisited**

PICHLER S. ET THONNES S.
2019

Paderborn Paderborn University

<https://econpapers.repec.org/paper/pdndispap/53.htm>

In this paper we use administrative data from a sickness fund to estimate the relationship between sickness absence and unemployment. Previous research suggests that sickness absence is procyclical. However, we show that this largely depends on disease and employee characteristics. In line with our theoretical analysis employee characteristics affect incentives faced by individuals. In particular, we find large differences depending on whether workers change jobs. While workers who stay with the same employer reduce sickness absence during recessions, while workers switching employers reduce sickness absence during booms. Finally, contagious diseases appear to be the driver of procyclical sickness absence.

► **How To Respond To Chronic Health Problems In The Workplace?**

VARGAS LLAVE O., VANDERLEYDEN J. ET WEBER T.
2019

Luxembourg Office des publications de l'Union européenne.

https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef19008en.pdf

Comment répondre aux problèmes de santé chroniques sur le lieu de travail ? Cette note d'Eurofound tente de répondre à cette question, alors que le nombre de travailleurs vivant avec ces problèmes est en augmentation dans l'Union européenne et que leur capacité de travail en est affectée à divers degrés. Si certains sont incapables de le faire, beaucoup souhaitent et seraient en mesure de continuer à travailler si leur lieu de travail était adapté pour répondre à leurs besoins. Le maintien en emploi est une question clé pour les décideurs dans le contexte du vieillissement démographique et de la diminution de la population en âge de travailler. La note politique examine la prévalence des maladies chroniques sur les lieux de travail de l'UE, son impact sur la capacité de travail, l'ampleur des ajustements apportés aux lieux de travail pour les travailleurs atteints de ces maladies et ses effets sur la qualité de l'emploi.

Aging

► **Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)**

BERNARD X., BRUNEL M., COUVERT N., *et al.*
2019

Dossiers de La Drees (Les)(45)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd45.pdf>

Ce dossier présente les résultats des volets « aidants » des enquêtes « CARE » auprès des seniors à domicile : il s'agit donc de la description de l'aide par les aidants eux-mêmes, et de leur ressenti sur cette aide. En France métropolitaine, 3,9 millions de proches aidants déclarés par une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile lui apportent une aide régulière, en raison de son âge ou d'un problème de santé, pour l'un au moins des trois grands types d'aides (vie quotidienne, soutien moral, aide financière ou matérielle).

► **Les futurs retraités auront-ils travaillé plus longtemps pour percevoir au final des retraites plus faibles ?**

BOULHOL H. ET GEPPERT C.
2019

Paris : OCDE

<https://www.oecd.org/fr/retraites/pensions-publiques/OCDE-Synthese-Futurs-Retraites-2019.pdf>

Cette synthèse analyse l'impact des récentes réformes des retraites, incluant pour la première fois des comparaisons entre les pensions des personnes qui commencent à travailler aujourd'hui et celles qui ont pris leur retraite récemment

► **The “Red Herring” After 20 Years: Ageing And Health Care Expenditures**

BREYER F. ET LORENZ N.
2019

Cesifo Working Papers; 7951. Munich Cesifo

https://ideas.repec.org/p/ces/ceswps/_7951.html

20 years ago, Zweifel, Felder and Meier (1999) established the by now famous “red-herring” hypothesis,

according to which population ageing does not lead to an increase in per capita health care expenditures (HCE) because the observed positive correlation between age and health care expenditures (HCE) in cross-sectional data is exclusively due to the facts that mortality rises with age and a large share of HCE is caused by proximity to death. This hypothesis has spurred a large and still growing literature on the causes and consequences of growing HCE in OECD countries, but the results of empirical studies have been rather mixed. In light of the imminent population ageing in many of these countries it is still being discussed whether unfunded social health insurance systems will be sustainable, in particular as long as they promise to provide universal and unlimited access to medical care including the latest advances. In this paper, we present a critical survey of the empirical literature of the past 20 years on this topic and draw some preliminary conclusions regarding the policy question mentioned above. In doing so we distinguish four different versions of the red herring hypothesis and derive the logical connections between them. This will help to understand what empirical findings are suitable to derive predictions on the future sustainability of HCE.

► **Vieillessement et nouvelles technologies : enjeux éthiques et juridiques - Pour des technologies au service des capacités et du bien commun**

BRUGERE S. ET GZIL F.
2019

Paris Silvereco.

<http://www.france-silvereco.fr/2019/11/rapport-sur-les-enjeux-ethiques-et-juridiques>

Ce rapport commandé par le président de la filière Silver Economie à l'avocate Solenne Brugère et au philosophe Fabrice Gzil, porte sur les enjeux éthiques et juridiques liés à l'utilisation croissante des nouvelles technologies au service des seniors.

► **Personnes âgées à domicile : comment faire beaucoup mieux sans dépenser plus ?**

BRUX J. D. ET MARTINEZ-ZAVALA T.
2019

Paris Citizing.

<https://www.adedom.fr/actu-adessadomicile/etude-citizing-pour-adessadomicile-personnes-agees-domicile-comment-faire>

Cette étude, commanditée par une fédération d'associations d'aide à domicile, propose un New Deal pour le grand âge au domicile. Au-delà des services d'aide à domicile traditionnels, il prévoit pour toutes les personnes âgées dépendantes, de l'aide administrative, une coordination avec les services médicaux, de l'accompagnement favorisant le lien social et des ateliers de formation au numérique. Pour en démontrer les avantages financiers et humains, une évaluation socio-économique a été réalisée, qui révèle que proposer un « bouquet de services » n'a pas de surcoût économique pour la société.

► **Financement des retraites et bouclage macroéconomique**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2019

Paris COR.

<https://www.cor-retraites.fr/node/522>

Ce dossier se propose de faire le point sur les conséquences macroéconomiques du recours à différents leviers de financement du système de retraite. Après avoir analysé les différentes composantes du financement du système de retraite en France et en Europe, le dossier tente d'éclairer la question : qui, des salariés ou des employeurs, supporte vraiment la cotisation retraite ? Il fournit également des éléments illustrant combien une simple approche comptable de telle ou telle mesure, qui n'intègre pas les effets de bouclage macroéconomique, ne permet pas d'en apprécier réellement la portée. Enfin, le dossier explique les ressorts d'un financement alternatif (« taxe robot ») et apporte des éléments de clarification sur la nature juridique d'une cotisation vieillesse non génératrice de droits.

► **Perspectives des retraites en France à l'horizon 2030**

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
2019

Paris Cor.

<https://www.cor-retraites.fr/node/519>

Ce rapport du Conseil d'orientation des retraites, transmis aux partenaires sociaux le 18 novembre 2019, et rédigé à la demande du Premier ministre, confirme la fragilité du système actuel par répartition. Dans son audit sur l'équilibre financier des régimes de retraite à horizon 2030, il indique que les régimes seront en déficit en 2025 dans une fourchette comprise entre 7,9 milliards et 17,2 milliards d'euros constants (0,3 à 0,7 point de PIB). Ce besoin de financement varie suivant la convention comptable choisie et la croissance de la productivité anticipée. Le scénario le plus réaliste tournerait autour de 11,2 milliards d'euros (0,4 % du PIB). Ces nouvelles projections aboutissent à un solde financier qui, d'après le Cor, « serait ainsi quasiment identique » à celui mentionné dans son dernier rapport annuel, diffusé en juin dernier. Et le Cor de conclure qu'« au total, l'apparition du besoin de financement du système de retraite sur la période de projection résulterait davantage d'une réallocation des ressources au sein des administrations publiques au détriment de l'assurance vieillesse (via des effets de structure liés à la population active et la démographie) qu'à une hausse des dépenses du système qui restent stables en regard du PIB ». Le Président comme le Premier ministre souhaitant que les retraites soient à l'équilibre au moment de l'entrée en vigueur du nouveau système universel, soit en théorie en 2025, le COR est obligé d'analyser des mesures visant à combler un déficit. Mais dans le contexte social actuel, les mesures proposées dans le rapport, recul de l'âge de départ, augmentation de la durée de cotisation requise pour le taux plein, hausse des cotisations ou baisse des pensions, sont drastiques et paraissent difficiles à faire passer. La désindexation des pensions comme l'augmentation des prélèvements présentent de gros inconvénients. Les arguments en faveur de l'instauration d'un « âge pivot », préconisé par le rapport Delevoye, apparaissent plus solides. Sachant que selon le Cor, l'âge moyen effectif de départ augmentera de toute façon à terme autour de 64 ans avec la législation actuelle.

► **À 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 11,2 ans pour les femmes et à 10,1 ans pour les hommes**

DEROYON T.

2019

Etudes Et Résultats(1127)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1127.pdf>

L'espérance de vie sans incapacité correspond au nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes. Elle est calculée à partir de données exhaustives de mortalité et d'une question sur l'incapacité posée à un échantillon de 14 000 ménages. En 2018, elle s'élève en France à 64,5 ans pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes. Au cours des dix dernières années, l'espérance de vie sans incapacité est restée globalement stable pour les femmes : même si une baisse a été observée entre 2008 et 2009, celle-ci s'est progressivement résorbée les années suivantes. Pour les hommes, la légère hausse intervenue durant ces dix dernières années reste à confirmer, car elle est essentiellement due à une progression de l'espérance de vie sans incapacité de 10 mois entre 2017 et 2018. Entre 2008 et 2018, l'espérance de vie a, en revanche, augmenté pour les hommes (+1 an et 10 mois) comme pour les femmes (+1 an) pour s'établir respectivement à 79,4 ans et 85,3 ans.

► **Can Your House Keep You Out Of A Nursing Home?**

DIEPSTRATEN M., DOUVEN R. ET WOUTERSE B.

2019

CPB Discussion Paper. La Hague CPB

We examine the impact of the accessibility of an older individual's house on her use of nursing home care. We link administrative data on the accessibility of all houses in the Netherlands to data on long-term care use of all older persons from 2011-2014. We find that older people living in more accessible houses are less likely to use nursing home care. The effects increase with age and are largest for individuals aged 90 or older. The effects are stronger for people with physical limitations than for persons with cognitive problems. We also provide suggestive evidence that older people living in more accessible houses substitute nursing home care by home care.

► **Plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge 2020-2024**

EL KOHMRI M.

2019

Paris Ministère chargé de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

Après quatre mois de travail, et de concertation avec les différents acteurs du secteur, ce rapport sur les aides à domicile réalisé par la mission El Kohmri pointe les dysfonctionnements d'une situation qui perdure depuis de nombreuses années. Il propose cinq axes de travail et émet 59 mesures pour dresser une feuille de route pluri-annuelle.

► **Formal Home Care, Informal Support And Caregiver Health: Should Other People Care?**

JUIN S.

2019

Erudite Working Paper ; 21-2019. Créteil ERUDITE

In the context of an aging population, it is important to study informal caregivers who are the main providers of support for dependent elderly people. This work estimates how social support (i.e. informal support received from the family/social network and formal home care) affects caregivers' general and mental health. To take into account potential endogeneity biases, instrumental variables models are estimated on a sample of 755 non-coresiding caregivers from the French Disability and Health Survey (2008-2009). The results show that an increase in formal care hours significantly reduces the probability that caregiving affects health and that it leads to sleep disorders or depression. Regarding informal support, an increase in the number of informal caregivers limits the risk that caregivers feel morally tired and that they have palpitations/tachycardia or sleep disorders. This study highlights the importance of improving access to formal home care services and of encouraging informal support and solidarity.

► **Ageing Europe. Looking At The Lives Of Older People In The EU. 2019 Edition**

EUROSTAT
2019

Statistical books. Luxembourg Publications Office of the European Union.

<https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistical-books/-/KS-02-19-681>

This publication provides a broad range of statistics that describe the everyday lives of the European Union's (EU) older generations. Figures covering the total population do not always reveal the full and sometimes complex picture of what is happening at a more detailed level within society. Looking at various socioeconomic statistics by age promotes a better understanding of intergenerational differences and also allows us to draw a detailed picture of the daily lives of older people across the EU. Population ageing is a phenomenon that affects almost every developed country in the world, with both the number and proportion of older people growing across the globe. This transformation is likely to have a considerable impact on most aspects of society and the economy, including housing, healthcare and social protection, labour markets, the demand for goods and services, macroeconomic and fiscal sustainability, family structures and intergenerational ties.

► **Promoting Healthy Ageing. Background Report For The 2019 Japanese G20 Presidency**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
2019

Paris OCDE.

<https://www.oecd.org/g20/topics/global-health/G20-report-promoting-healthy-ageing.pdf>

Ce document de l'OCDE présente trois grandes séries de recommandations visant à promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé. Trois conclusions sont également mises de l'avant par les auteurs, soit : 1) le vieillissement de la population a des implications majeures pour les systèmes économiques et sociaux; 2) promouvoir le vieillissement en bonne santé a des retombées positives importantes; 3) les politiques permettant d'atteindre le vieillissement en bonne santé exigent l'adoption d'une approche « tout au long de la vie ».

► **Does An Increase In Formal Care Affect Informal Care? Evidence Among The French Elderly**

PERDRIX E. ET ROQUEBERT Q.
2019

Paris PSE halshs-02370689

<https://ideas.repec.org/p/hal/psewpa/halshs-02370689.html>

Demographic aging is associated with an increasing demand for long term care, which can be provided both by professionals (formal care) or by relatives (informal care). Facing this increasing demand, public policies encourage the consumption of formal care. One expected impact of these policies is to relieve relatives' burden. This paper investigates the causal impact of formal care use on informal care among formal care users. We propose an original instrument for formal care use, using local disparities in the price of formal care providers. Using the recent French survey CARE, which is focused on the elderly population, we use a two-part model to disentangle between extensive and intensive margin of informal care. An exogenous increase informal care is found to slightly decrease the probability to use informal care, but there is no significant effect at the intensive margin. Reforms extending the generosity of public policies for formal care use can thus be expected to have a limited effect on informal care use.

► **The Mental Health Effect Of Retirement**

PICCHIO M. ET VAN OURS. J. C.
2019

Tinbergen Institute Discussion Paper ; TI 2019-081/V. Rotterdam Tinbergen Institute

<https://econpapers.repec.org/paper/tinwpaper/20190081.htm>

We study the retirement effects on mental health using a fuzzy regression discontinuity design based on the eligibility age to the state pension in the Netherlands. We find that the mental effects are heterogeneous by gender and marital status. Retirement of partnered men positively affects mental health of both themselves and their partners. Single men retiring experience a drop in mental health. Female retirement has hardly any effect on their own mental health or the mental health of their partners. Part of the effects seem to be driven by loneliness after retirement.

► **Gender Differences In Active Ageing: Findings From A New Individual-Level Index For European Countries And Health In Childhood**

STEINMAYR D., WEICHSELBAUMER D. ET WINTER-EBMER R.

2019

Linz Johannes Kepler University of Linz

http://d.repec.org/n?u=RePEc:jku:econwp:2019_02&r=hea

We use data from wave 6 of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to construct an individual-level index of active ageing for people aged between 50 and 90 years. We develop nine sub-indices for different dimensions, which are then aggregated to the final index. This individual-level index allows to analyze inequalities between age cohorts, dimensions, countries, and other individual-characteristics that are covered by SHARE. We focus on differences between the sexes. Overall, women score lower than men with 54.9 index-points compared to 57.7 for men. We present gender differences in active ageing for some sub-populations as a showcase for this new individual-level index.

► **Analyse des tarifs des EHPAD en 2018**

TOUPIN M. H. ET MOREAU C.

2019

Analyses Statistiques 8. Paris CNSA

https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_2018_des_ehpad_vf.pdf

Au 31 décembre 2018, 89 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont transmis leurs prix 2018 à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour un affichage sur le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Fin 2018, le prix médian en hébergement permanent d'une chambre individuelle en Ehpad, calculé à partir des données des 6 668 EHPAD ayant transmis leurs prix, s'élève à 1 977 euros par mois, soit 24 euros de plus (+1,22 %) que le prix médian constaté en 2017 (calculé à partir des données de 6 140 Ehpad). À titre de comparaison, sur un périmètre constant de 5 367 Ehpad ayant saisi leur prix sur trois années, le prix médian en hébergement permanent d'une chambre individuelle en Ehpad s'élève à 1 978 euros par mois, soit 23 euros de plus (+1,18 %) que le prix médian constaté en 2017 (1 955 euros). La CNSA propose ici une nouvelle étude

des prix des Ehpad, qui intègre : une analyse du taux de variation global et du taux de variation moyen annuels sur trois ans; un classement des prix médians départementaux selon le statut juridique des Ehpad; une analyse des prestations comprises dans le tarif hébergement (en sus des prestations sociales).

► **Sustainable Health Financing With An Ageing Population: Will Population Ageing Lead To Uncontrolled Health Expenditure Growth?**

WILLIAMS G., CYLUS J., ROUBAL T., *et al.*

2019

The economics of healthy and active ageing series. Copenhagen Office des publications du bureau régional de l'Europe.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329382/19978073-eng.pdf>

In this brief, the authors use historical data on per person health spending by age group to develop a set of projections on health care spending growth through 2060 due to population ageing for a) countries that already have a large share of the population at older ages and b) countries with relatively younger populations that are undergoing rapid population ageing. Hypothetical scenarios are also explored in recognition that health spending by age patterns might vary in the future. These analyses find that population ageing is not, and will not become, a major driver of growth in health expenditures. Moreover, they suggest that in countries where age demographics are changing but the size of the older population is not yet large, the costs of improving coverage and access to services for older people is likely to be manageable and now is a good time to begin investing in the health system while the population is relatively young. However, while population ageing will not become a main driver of health expenditure growth, policy choices related to how health services are delivered, the prices paid (or negotiated) for services, medicines and technologies, and volumes of care will ultimately determine health spending by age trends. The authors conclude by considering policy options that can be implemented to target these factors, helping to limit future growth in health expenditures within a context of population ageing.

Index des auteurs Author index

A

Abdouni S.....	40
Académie Nationale de Médecine.....	38
Agence Nationale d'Appui à la Performance.....	26
Aksoy C.G.	29
Alter N.	44
Amrous N.....	40
Anguis M.....	46
Antunez K.....	40
Aragon M. J.....	18
Armariel A.....	44
Asip Santé.....	14
Athari E.....	13

B

Baicker K.....	12
Baillon A.....	11
Barreyre J. Y.....	45
Bartoli F.....	29
Belloni M.....	52
Berger-Carbonne A.....	36
Bernard X.....	54
Biddle L.....	30
Bigot J.....	47
Biondi N.....	29
Bischoff T.....	46
Blasco J.....	30
Bocognano A.....	46
Boisguerin B.....	26
Boulhol H.....	54
Bozorgmehr K.....	30
Breyer F.....	54
Brownwood I.....	29
Brugere S.....	54
Brunel M.....	54
Brux J.....	55
Busse R.....	39

C

Caby D.....	46
Cairncross L.....	13
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.....	11
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.....	23
Calvo M.....	41
Camberlein P.....	24
Carriere A.....	37
Casas I.....	15
Cawley J.....	15
Cercle Galien.....	21
Chaloupka F. J.....	36
Chan D. C.....	47
Chantry A.....	27
Chaput H.....	46
Charles M.....	47
Chataigner N.....	27
Chevaillier G.....	14
Chone P.....	27 , 47
Cleemput I.....	39
Combes J. B.....	48
Comité Economique des Produits de Santé.....	35
Commission Européenne.....	50
Conseil d'Orientation des Retraites.....	55
Conseil National de l'Ordre des Infirmiers.....	48
Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés.....	43
Cooley T. F.....	13
Cornelis J.....	44
Costa-Ramon A.....	20
Coudin E.....	47
Couffinhal A.....	32
Cour des Comptes.....	24 , 35 , 42 , 48
Cousteaux A. S.....	14
Couvert N.....	54
Croguennec Y.....	48
Cusset P. Y.....	41
Cylus J.....	58

D

Dauvrin M.....	31 , 39
Dechezlepretre A.....	16
Défenseur des Droits.....	31

Deffin C.....	46
De Kok J.....	52
De Laet C.....	31
Delaporte A.....	26
Deleire T.....	12
Deloitte.....	52
Denormandie P.....	24
De Peretti C.....	28
Deroyon T.....	56
Detollenaere J.....	31 , 44
Devaux M.....	32
Diepstraten M.....	56
Donnell O.....	11
Dourgnon P.....	32 , 33 , 35
Douven R.....	56
Dreyer K.....	16
Dufregne J. P.....	21

E

El Kohmri M.....	56
Eurostat.....	57

F

Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs.....	25
Felinger F.....	29
Finch D.....	13
Fletcher J.....	33
Fleuret S.....	22
Foudriat M.....	45
Fougere D.....	39
Frisvold D. E.....	15
Furre Haaland V.....	28

G

Gaglio G.....	45
Gamache L.....	42
Gao J.....	15
Garcia-Munos T.....	51
Gateaud G.....	26
General Medical Council.....	51
Gentzhow M.....	47
Geppert C.....	54
Godoy A.....	28
Goldin J.....	11

Golfouse A.....	49
Goulet N.....	17
Government Accountability Office.....	49
Gowrisankaran G.....	28
Grafova I. B.....	16
Grandjean C.....	17
Greacen T.....	43
Guillaume S.....	32 , 33
Gzil F.....	54

H

Haag O.....	37
Halliday T. J.....	33
Haut Conseil de la Santé publique.....	20
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale.....	17
Haute Autorité de Santé.....	49
Helm A.....	39
Henriksen E.....	13
Huitfeldt I.....	28

I

Institut National de la Statistique et des Études Économiques.....	13
---	----

J

Jajtner K. M.....	33
Janssen F.....	20
Jaspersen J. G.....	17
Jayatunga W.....	16
Joiner K. A.....	28
Jones D.....	15
Jouet E.....	43
Juin S.....	56
Julliard S.....	27
Jusot F.....	32 , 33

K

Kaiser B.....	46
Klazinga N.....	39
Kohn L.....	39
Kortelainen M.....	20
Kraft A. D.....	11

Kumar R..... 16

L

Larras B..... 47
Lavetti K. J. 12
Lecanu C..... 18
Le Duff, R. 25
Levy M. R. 36
Lhermet C..... 46
Lin J. 28
Lorenz N. 54
Lurie I. Z. 11

M

Mackay C. 44
Maigne G. 41
Marbot C. 46
Marshall L..... 13
Martinez-Zavala T..... 55
Mason A..... 18
Mathian H. 22
Mattei J. P. 21
Maugat S. 36
Mazumder B..... 33
McCubin J..... 11
Médecins du Monde..... 34
Memmi S. 53
Metcalf G. E..... 36
Millien C..... 50
Ministère chargé de la Santé..... 19 , 25 , 40 , 50
Ministère de l'Économie..... 18
Mistiaen P. 44
Monheit A. C..... 16
Moran J. R..... 19
Moreau C. 58
Mueller M..... 32

N

National Health Service..... 43
Nelson J. P..... 19
Neumann S..... 51
Neuman T..... 51
Nusbaum C..... 13

O

Observatoire Régional de la Santé Ile-de-France..... 22
Organisation de Coopération et de Développement Économiques..... 14 , 38 , 51 , 57
Organisation Mondiale de la Santé..... 34 , 50

P

Padget M..... 29
Panteli D. 39
Papon S. 13
Paraponaris A..... 48
Parry W. 16
Peng B. 15
Perdrix E. 57
Petit V..... 46
Pheng B..... 49
Picard S. 30
Picchio M..... 57
Pichler S..... 53
Pisarik J. 21
Pla A. 47
Plancke L..... 44
Poutvaara P. 29

R

Ragin M. A. 17
Raynaud D..... 35
Rivers N. 16
Robert-Bobee I. 13
Rodriguez-Gonzalez A. 20
Rodriguez Santana, I..... 18
Rodwin M. A..... 37
Roelens I. 27
Rohleder S. 30
Roquebert Q..... 57
Rosankis E. 53
Roubal T..... 58

S

Safon M. O..... 15
Sanders L. 22
Sandret N..... 53

Santé publique France.....	42
Sauliere J.	29
Sauvegrain P.	27
Schmidt L.....	12
Schnitzler A.....	28
Secours Catholique.....	34
Shepard M.	12
Shore-Sheppard L. D.	12
Simonetti I.....	52
Skinner J. S.....	12
Snijders J.	52
Soulat L.	27
Soullier N.....	37
Spasova S.	19
Stadler N.....	16
Steinmayr D.....	58
Sydnor J. R.	17

T

Theve A.	44
Thonnes S.	53
Toupin M. H.....	58

V

Vanderleyden J.....	53
Vargas Llave O.....	53
Veran O.	20
Vermersch G.	41
Videau Y.....	48
Vroonhof P.....	52

W

Wang Q.	36
Ward T.....	19
Watson T.....	12
Weber T.....	53
Weichselbaumer D.	58
White J. S.	36
Williams G.....	58
Wilner L.....	27
Winter-Ebmer R.	58
Wittwer J.....	35
Woimant, F.	28
Wong A.	33
Wouterse B.	56

Y

Yu C.....	47
-----------	----

Z

Zafar J. D.....	46
Zantomio F.	52
Ziebarth N. R.	12