

Veille scientifique en économie de la santé

Septembre 2018

[Sommaire en français](#)

Watch on Health Economics Literature

September 2018

[Contents list in English](#)

Veille scientifique en économie de la santé

Septembre 2018

Centre de documentation de l'Irdes

Assurance maladie	Médicaments
Démographie	Méthodologie – Statistique
Économie de la santé	Politique de santé
E-santé	Politique publique
Etat de sante	Prévention
Géographie de la santé	Soins de santé primaires
Handicap	Systèmes de santé
Hôpital	Travail et santé
Inégalités sociales de santé	Vieillessement

Présentation

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

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

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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication	Denis Raynaud
Documentalistes	Marie-Odile Safon Véronique Suhard
Maquette & Mise en pages	Franck-Séverin Clérembault
Mise en ligne web	Aude Sirvain
ISSN	2556-2827

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



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

Sommaire

Assurance maladie

- 11** **Effects of the Affordable Care Act on Health Behaviors After Three Years**
Courtemanche C., et al.
- 11** **Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable**
Debeaupuis J. et Marty-Chastan C.
- 11** **Take-Up, Drop-Out, and Spending in ACA Marketplaces**
Diamond R., et al.
- 12** **Premium Levels and Demand Response in Health Insurance: Relative Thinking and Zero-Price Effects**
Douven R., et al.
- 12** **Insurance Expansions and Children's Use of Substance Use Disorder Treatment**
Hamersma S. et Maclean C.
- 12** **Extrapolation Using Selection and Moral Hazard Heterogeneity from Within the Oregon Health Insurance Experiment**
Kowalski A. E.
- 13** **La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres**
Perronnin M. et Louvel A.
- 13** **Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être**
Pierre A., Jusot F., Raynaud D.
- 14** **Cost-Sharing Design Matters: A Comparison of the Rebate and Deductible in Healthcare**
Remmerswaal M., et al.

Démographie

- 14** **Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable**
Moisy M.

Économie de la santé

- 14** **Évaluation médico-économique du paiement à l'épisode de soins**
Bizard F.
- 15** **Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2017**
Cour des Comptes.
- 15** **Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale**
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale.
- 15** **Health Insurance, Endogenous Medical Progress, and Health Expenditure Growth**
Frankovic I. et Kuhn M.
- 16** **The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**
Nishi T.
- 16** **Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine**
Penneau A., Pichetti S., Espagnacq M.

E-santé

- 17** **Données de santé : nouvelles perspectives pour les acteurs et les systèmes de soins**
Association Lir
- 17** **Donner un sens à l'intelligence artificielle. Pour une stratégie nationale et européenne**
Conseil National du Numérique.
- 17** **Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise - Rapport d'élaboration de la fiche mémo**
Haute Autorité de Santé.

Etat de sante

- 18** **Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum - Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM**
Institut National du Cancer.
- 18** **Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence**
Observatoire National du Suicide.
- 18** **Air Pollution and Mental Health: Evidence from China**
Chen S., et al.
- 18** **Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé**
Mara D.
- 19** **How Is Depression Related to Education?**
Normandeau S.

Géographie de la santé

- 19** **L'aménagement du territoire en France**
Desjardins X. et Geneau Delamarlière I.

Handicap

- 19** **Mental Health, Human Rights and Standards of Care**
Organisation Mondiale de la Santé.
- 20** **Physical Disability and Labor Market Discrimination: Evidence from a Field Experiment**
Bellemare C., et al.
- 20** **Health, Employment, and Disability: Implications from the Undocumented Population**
Borjas G. J. et Slusky D.
- 20** **Parcours de santé des personnes en situation de handicap en Centre Val-de-Loire**
Observatoire Régional de la Santé.

Hôpital

- 20** **Tensions entre normes professionnelles et personnelles des personnels soignants : Histoire d'une résistance ordinaire dans la relation de service aux patients âgés**
Amine A., et al.
- 21** **Productivity of the English NHS: 2015/16 Update**
Castelli A., et al.
- 21** **Construire une évaluation d'un SI au domicile du patient en HAD**
Cazeneuve H., et al.
- 21** **Managing the Hospital and Social Care Interface : Interventions Targeting Older Adults**
Cheung R., et al.
- 22** **Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2017**
Daniau C., et al.
- 22** **What underlies the observed hospital volume-outcome relationship?**
Huguet M., et al.
- 22** **Hospital Competition Under Pay-For-Performance: quality, Mortality and Readmissions**
Lisi D., et al.
- 22** **Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997**
Oberlin P. et De Peretti C.
- 23** **Does Price Competition Damage Healthcare Quality?**
Roos A. F., et al.
- 23** **Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment**
Saghafian S. et Hopp W. J.

Inégalités sociales de santé

- 24** **Migrants and Refugees: Good Practices in Hospitals and Healthcare Services**
Hope Survey
- 24** **Les revenus et le patrimoine des ménages : Édition 2018**
Blasco J. c., et al.

- 24 La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher**
Cash R. et Kervasdoué J.
- 25 Pauvreté, Égalité, Mortalité: Mortality (In) Equality in France and the United States**
Currie J., et al.
- 25 Mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires chez les femmes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité**
Diene E., et al.
- 25 Take-Up and Targeting: Experimental Evidence from SNAP**
Finkelstein A. et Notowidigdo M. J.
- 25 Programme Cosmop : surveillance de la mortalité par cause selon l'activité professionnelle. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1976 à 2005**
Geoffroy-Perez B., et al.
- 26 Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé »**
Gorza M. et Eilstein D.
- 26 Des inégalités de niveau de vie plus marquées une fois les dépenses pré-engagées prises en compte**
Lelievre M. et Remila N.

Médicaments

- 27 Surveillance de la consommation des antibiotiques - Réseau ATB-Raisin. Résultats 2016**
Santé Publique France.
- 27 Efficacité et effets indésirables des statines : évidences et polémiques**
Bezin J. et Bordet R.
- 27 The Rising Cost of Medicines to the NHS. What's the Story?**
Ewbank L., et al.
- 28 Innovation and Diffusion of Medical Treatment**
Hamilton B. H. et al.
- 28 The Impact of New Drug Launches on Life-Years Lost in 2015 from 19 Types of Cancer in 36 Countries**
Lichtenberg F. R.

- 28 The Debate on Indication-Based Pricing in the U.S. and Five Major European Countries**
Towse A., et al.

Méthodologie – Statistique

- 29 Designing and Conducting Mixed Methods Research**
Creswell J. W. et Plano Clark V. L.
- 29 Tail and Center Rounding of Probabilistic Expectations in the Health and Retirement Study**
Giustinelli P., et al.
- 29 A Cautionary Note on the Reliability of the Online Survey Data: The Case of Wage Indicator**
Smyk M., et al.

Politique de santé

- 30 La stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) : évaluation de la mise en œuvre et propositions d'évolution**
Bartoli F., et al.
- 30 Moral NIMBY-ism? Understanding Societal Support for Monetary Compensation to Plasma Donors in Canada**
Lacetera N. et Macis M.
- 30 La démocratie en santé en question(s)**
Lefevre K., et al.
- 31 Rapport d'information sur la pollution atmosphérique**
Tocqueville N.

Politique publique

- 31 Dictionnaire des politiques publiques**
Boussaguet L., Jacquot S., et al.
- 31 Lutter contre la pauvreté des familles et des enfants : constats et propositions du HCFEA. Note de synthèse**
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age.

Prévention

- 31** **Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé**
Dupays S., *et al.*

Soins de santé primaires

- 32** **The Effects of Home Health Visit Length on Hospital Readmission**
Andreyeva E., *et al.*
- 32** **Global Ideas, National Challenges : The Introduction of Disease Management and Pay-For-Performance in France and Germany**
Brunn M.
- 33** **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017**
Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- 33** **La formation aux professions de la santé en 2015 : (hors professions médicales et pharmaceutiques)**
Croguennec Y.
- 33** **The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2016 to 2030**
Dall T., *et al.*
- 34** **Rapport de la Mission deuxième cycle des études de médecine**
Dubois-Rande J et Hennion-Imbault Q.
- 34** **Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires**
Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M.
- 34** **La santé en réseaux : qualité des soins, entreprise à mission et contrats dérogatoires**
Jager W.
- 35** **Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé**
Laude A. et Tabuteau D.
- 35** **Les déserts médicaux. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?**
Mangeney C. et Gremy I.

- 35** **Les politiques de lutte contre la désertification médicale : les enseignements français et étrangers : bibliographie thématique**
Safon M. O.

Systèmes de santé

- 36** **Multimorbidity: A Priority for Global Health Research**
Academy of Medical Science.
- 36** **L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas**
Carlac'H, D., *et al.*
- 36** **Varieties of Health Care Devolution: 'Systems or Federacies'?**
Costa Font J. et Perdakis L.
- 36** **Health System Performance Assessment in the WHO European Region: Which Domains and Indicators Have Been Used by Member States for Its Measurement?**
Fekri O., *et al.*
- 37** **Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018**
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.
- 37** **Organization and Financing of Public Health Services in Europe: Country Reports**
Rechel B., *et al.*

Travail et santé

- 38** **Social Security Programs and Retirement Around the World: Working Longer - Introduction and Summary**
Bailey Jones, *et al.*
- 38** **Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico administratives**
Barnay, T. *et al.*
- 38** **Accidents du travail et de trajet des salariés seniors en France. Années 2011 et 2012**
Briere J. et Schwaab Y.

- 39 Do Working Hours Affect Health? Evidence from Statutory Workweek Regulations in Germany**
Cygan-Rehm K. et Wunder C.
- 39 Rehabilitation and Return to Work After Cancer — Instruments and Practices**
European Agency for Safety and Health at Work.
- 39 The Impact of Sickness Absenteeism on Productivity: New Evidence from Belgian Matched Panel Data**
Grinza E. et Rycx F.
- 40 Does Minimum Wage Affect Workplace Safety?**
Hradil V.
- 40 Inequalities in Labour Market Consequences of Common Mental Disorders**
Jarl J., et al.
- 40 Do Opioids Help Injured Workers Recover and Get Back to Work? The Impact of Opioid Prescriptions on Duration of Temporary Disability**
Savych B., et al.
-
- Veille scientifique**
- 41 Des représentations des patients âgés aux pratiques de gestion des soins : Vers une opportunité de co-production soignant-soigné**
Amine A., et al.
- 41 Long-Run Trends in the Economic Activity of Older People in the UK**
Banks J., et al.
- 41 Quelle réforme du système de retraite ? Les grands enjeux**
Bozio A., et al.
- 42 Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018**
Bras P. L.
- 42 Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)**
Bricard D., Or Z., Penneau A.
- 42 Working Longer in the U.S.: Trends and Explanations**
Coile C.
- 42 Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017**
Commissariat Général à l'Égalité des Territoires.
- 43 Avis n°128. Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?**
Comité Consultatif National d'Éthique.
- 43 L'emploi des seniors**
Cordesse A.
- 43 Early Social Security Claiming and Old-Age Poverty: Evidence from the Introduction of the Social Security Early Eligibility Age**
Engelhardt G. V., et al.
- 44 Vieillir dans la dignité**
Esch M. O.
- 44 Tarifs APA : Étude des réalités départementales**
Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité.
- 45 Vieillesse et accès au bien vieillir : enjeux d'innovation et de régulation**
Gannon V. et Touze F.
- 45 Why Are People Working Longer in the Netherlands?**
Kalwij A., et al.
- 45 The Recent Rise of Labor Force Participation of Older Workers in Sweden**
Laun L. et Palme M.
- 45 Co-Payments in Long-Term Home Care: Do They Affect the Use of Care?**
Non M.
- 46 Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats**
Or Z., Bricard D., Le Guen N., et al.
- 46 Labor Force Participation of the Elderly in Japan**
Oshio T., et al.
- 46 The Kids Are Alright - Labour Market Effects of Unexpected Parental Hospitalisations in the Netherlands**
Rellstab S., et al.

47 Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Ricordeau P. et Bouih Y. c.

47 Dépendance : les enseignements oubliés du rapport du HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie »

Terra Nova.

Assurance maladie

► **Effects of the Affordable Care Act on Health Behaviors After Three Years**

COURTEMANCHE C., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24511. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24511>

This paper examines the impacts of the Affordable Care Act (ACA) – which substantially increased insurance coverage through regulations, mandates, subsidies, and Medicaid expansions – on behaviors related to future health risks after three years. Using data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System and an identification strategy that leverages variation in pre-ACA uninsured rates and state Medicaid expansion decisions, we show that the ACA increased preventive care utilization along several dimensions, but also increased risky drinking. These results are driven by the private portions of the law, as opposed to the Medicaid expansion. We also conduct subsample analyses by income and age.

► **Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable**

DEBEAUPUIS J. ET MARTY-CHASTAN C.

2018

Paris Ministère chargé de la Santé

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_tiers_payant_avril_18.pdf

Ce rapport de l'Igas sur les conditions de déploiement du tiers-payant intégral propose le calendrier dans lequel peuvent s'inscrire ce déploiement et les priorités en termes d'accès pour des populations ou des modalités de consultations. Ce rapport sera transmis au parlement et la ministre souhaite que les déploiements prévus auprès des professionnels de santé soient mis en œuvre conformément aux préconisations de la mission. Pour les cas d'obligation légale, le taux de tiers payant des actes médicaux atteint aujourd'hui 85 %. La mission préconise d'accélérer encore sur la part obligatoire avec pour objectif d'améliorer encore les taux de rejets et de s'approcher à trois ans (fin 2020) de 100 % de tiers payant en ACS, ALD et maternité. Les outils développés par l'assurance maladie obligatoire

sont déjà disponibles et en cours de diffusion auprès des professionnels de santé (téléservice d'accès aux droits ADRI notamment). Les outils des organismes d'assurance maladie complémentaires (téléservice de droits complémentaires et de calculs IDB-CLC) sont en cours de développement et devront couvrir 75 % des assurés dès mi-2018 et la quasi-totalité en septembre 2019. Les éditeurs de logiciel mettront à disposition l'ensemble des outils nécessaires à la généralisation du tiers payant mi-2019 au plus tard. Ils devront également préciser très rapidement la montée en charge des différents logiciels sur la période 2018-2019. Les obstacles techniques à la généralisation du tiers payant intégral seront donc levés au plus tard fin 2019. Les concertations ont par ailleurs montré l'intérêt de développer plus particulièrement et plus rapidement le tiers-payant intégral pour certaines activités ou populations prioritaires en termes d'accès aux soins et de santé publique : actes pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, comme les actes de dépistage du cancer, actes réalisés pendant la période de permanence des soins, activité en centre de santé, jeunes et étudiants. Afin de sécuriser la montée en charge du tiers payant, l'Igas suggère enfin de pérenniser le comité de pilotage et de mettre en place un tableau de bord partagé afin d'évaluer l'outil et la qualité de service rendu aux professionnels de santé.

► **Take-Up, Drop-Out, and Spending in ACA Marketplaces**

DIAMOND R., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24668. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24668>

The Affordable Care Act (ACA) established health insurance marketplaces where consumers can buy individual coverage. Leveraging novel credit card and bank account micro-data, we identify new enrollees in the California marketplace and measure their health spending and premium payments. Following enrollment, we observe dramatic spikes in individuals' health care consumption. We also document widespread attrition, with more than half of all new enrollees dropping coverage before the end of the plan year. Enrollees who drop out re-time health spending to the months

of insurance coverage. This drop-out behavior generates a new type of adverse selection: insurers face high costs relative to the premiums collected when they enroll strategic consumers. We show that the pattern of attrition undermines market stability and can drive insurers to exit, even absent differences in enrollees' underlying health risks. Further, using data on plan price increases, we show that insurers largely shift the costs of attrition to non-drop-out enrollees, whose inertia generates low price sensitivity. Our results suggest that campaigns to improve use of social insurance may be more efficient when they jointly target take-up and attrition.

► **Premium Levels and Demand Response in Health Insurance: Relative Thinking and Zero-Price Effects**

DOUVEN R., *et al.*
2017

CPB Discussion Paper; 366. La Hague CPB

<https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Discussion-Paper-366-Premium-levels-and-demand-response-in-health-insurance.pdf>

In health care systems with a competitive health insurance market, governments or other sponsors (e.g. employers) often subsidize premiums to encourage enrolment. These subsidies are typically independent of plan choice leaving the absolute premium differences in place so as not to distort consumer choice of plan. Such subsidies do, however, change the relative premium differences across plans, which, according to theories from behavioral economics, can affect choice. Consumers might be sensitive to differences relative to a reference premium ("relative thinking"). Furthermore, consumers might be particularly sensitive to a reference premium of zero ("zero-price effect"), a relevant range for some subsidized health insurance markets. This paper tests these ideas with two sources of evidence. We argue that observed equilibria in Germany and the U.S. Medicare Advantage markets are consistent with a powerful zero-price effects, resulting in an equilibrium focal pricing at zero. This contrasts with the Netherlands where equilibrium premiums are well above zero. In an empirical test using hypothetical questions in a web-based survey in these three countries, we also find evidence for both a relative thinking and a zero-price effect in the demand for health insurance. Our findings imply that well-designed subsidies can leverage relative thinking to increase demand

elasticity for health plans. Creation of a powerful reference price (e.g., at zero), however, risks subverting price competition.

► **Insurance Expansions and Children's Use of Substance Use Disorder Treatment**

HAMERSMA S. ET MACLEAN C.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24499. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24499>

This study provides the first evidence on the effects of U.S. state-level private and public insurance expansions on specialty substance use disorder (SUD) treatment use among children ages 12 to 18. We examine both private and public expansions over the period 1996 to 2010. Public insurance expansions are measured by changes in income thresholds for Medicaid and the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Private expansions are generated by state laws that compel private insurers to cover SUD treatment services at 'parity' with general healthcare services. We apply differences-in-differences regression models and leverage an all-payer admissions dataset. Our findings suggest that expansions, both private and public, lead to increases in admissions to treatment and increased insurance coverage among children in treatment. After public expansions, we find that treated children are more likely to be younger and to have previous experience with treatment, but less likely to be referred by the criminal justice system. We find no evidence that public expansions crowd out adult admissions, and in fact both public and private expansions increase at least some types of admissions among adults.

► **Extrapolation Using Selection and Moral Hazard Heterogeneity from Within the Oregon Health Insurance Experiment**

KOWALSKI A. E.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24647. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24647>

I aim to shed light on why emergency room (ER) utilization increased following the Oregon Health Insurance Experiment but decreased following a Massachusetts

policy. To do so, I unite the literatures on insurance and treatment effects. Under an MTE model that assumes no more than the LATE assumptions, comparisons across always takers, compliers, and never takers can inform the impact of policies that expand and contract coverage. Starting from the Oregon experiment as the «gold standard,» I make comparisons within Oregon and extrapolate my findings to Massachusetts. Within Oregon, I find adverse selection and heterogeneous moral hazard. Although previous enrollees increased their ER utilization, evidence suggests that subsequent enrollees will be healthier, and they will decrease their ER utilization. Accordingly, I can reconcile the Oregon and Massachusetts results because the Massachusetts policy expanded coverage from a higher baseline, and new enrollees reported better health.

► **La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres**

PERRONNIN M. ET LOUVEL A.

2018

Études et Résultats (Drees) (1048)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-complementaire-sante-en-2014-5-de-non-couverts-et-12-parmi-les-20-les-plus>

En 2012 et 2014, près de 5 % des personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires. L'absence de couverture complémentaire est souvent liée au revenu. Elle est plus fréquente chez les chômeurs, les inactifs en âge de travailler, et les jeunes adultes. Parmi les salariés du secteur privé, près de 7 sur 10 bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur employeur. Certaines catégories de salariés, les personnes en CDD, les employés de commerce, et les ouvriers non qualifiés sont moins souvent couverts par ce biais. Les indépendants, les fonctionnaires et les retraités sont, eux, très majoritairement couverts par des contrats individuels et se déclarent moins souvent bien couverts pour leurs soins que les salariés du secteur privé titulaires d'un contrat collectif.

► **Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être**

PIERRE A., JUSOT F., RAYNAUD D.

2018

Document de travail Irdes; 75. Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/documents-de-travail.html#DT75>

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Elle s'accompagne en sus d'une amélioration de la portabilité de cette complémentaire pour les chômeurs jusqu'à douze mois après la rupture du contrat de travail. Cette réforme a été largement soutenue par les pouvoirs publics qui souhaitent généraliser, à tous, la couverture santé par une complémentaire de qualité. Elle pose toutefois un certain nombre de questions en termes d'équité et d'efficacité. En effet, non seulement elle exclut de facto la quasi totalité des individus sans emploi qui sont plus souvent précaires, mais en plus, elle contraint les salariés à ne pas pouvoir choisir leur niveau de couverture santé optimal au regard de leurs besoins de soins et de leurs préférences. En mobilisant le cadre théorique de l'utilité espérée, nous proposons dans ce travail de simuler les gains et les pertes de bien-être à attendre de cette réforme sur l'ensemble de la population. Nous mobilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012, appariées aux données de remboursements de l'Assurance maladie à partir desquelles nous élaborons une situation contrefactuelle de la réforme de l'Accord national interprofessionnel (Ani). Nous tenons compte en particulier des effets indirects que cette réforme devrait induire sur le marché individuel de la complémentaire santé et sur le marché du travail, et mobilisons un indicateur subjectif des préférences des individus vis-à-vis du risque.

► **Cost-Sharing Design Matters: A Comparison of the Rebate and Deductible in Healthcare**

REMMERSWAAL M., et al.

2017

CPB Discussion Paper; 367. La Hague CPB: 18.

<https://www.cpb.nl/en/publication/cost-sharing-design-matters-a-comparison-of-the-rebate-and-deductible-in-healthcare>

Since 2006, the Dutch population has faced two different cost-sharing schemes in health insurance for curative care: a mandatory rebate of 255 euros in 2006 and 2007, and since 2008 a mandatory deductible. Using

administrative data for the entire Dutch population, we compare the effect of both cost-sharing schemes on healthcare consumption between 2006 and 2013. We use a regression discontinuity design which exploits the fact that persons younger than eighteen years old neither face a rebate nor a deductible. Our fixed effect estimate shows that for individuals around the age of eighteen, a one euro increase of the deductible reduces healthcare expenditures 18 eurocents more than a euro increase of the rebate. These results demonstrate that differences in the design of a cost-sharing scheme can lead to substantial different effects on total healthcare expenditure.

Démographie

► **Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable**

MOISY M.

2018

Études Et Résultats (Drees) (1046)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-espérance-de-vie-en-bonne-sante>

En 2016, l'espérance de vie en bonne santé s'élève en France à 64,1 ans pour les femmes et à 62,7 ans pour les

hommes. Elle est stable depuis dix ans. Parallèlement, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans, qui s'établit à 10,5 ans pour les femmes et 9,4 ans pour les hommes, a augmenté au cours de cette période : respectivement +0,9 an et +0,8 an. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de progression de l'espérance de vie à la naissance. En 2016, celle-ci atteint 85,3 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. Alors que la France occupe l'une des meilleures places en matière d'espérance de vie à la naissance, elle est assez proche de la moyenne européenne pour l'espérance de vie en bonne santé.

Économie de la santé

► **Évaluation médico-économique du paiement à l'épisode de soins**

BIZARD F.

2018

Paris SOFCOT

<http://www.sofcot.fr/CNP-SOFCOT/Actualites/Remuneration-forfaitisee-d-un-episode-de-soin>

Réalisé à la demande de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFCOT) et du BLOC, ce rapport porte sur les conséquences de la rémunération au forfait d'un épisode de soins sur

la prothèse de hanche et de genou telle qu'elle se pratique en Suède et aux États-Unis. Ses conclusions rapportent des résultats mitigés, un mode de rémunération à haut risque pour les patients comme pour les soignants. Il met en garde également contre la mise en œuvre de modèles étrangers en France. En effet, dans le cadre français, un certain nombre de prérequis ne sont pas réunis pour démarrer l'expérimentation. Ainsi, la France enregistre un important retard en matière de numérisation et d'investissements et des preuves ne sont pas établies sur la qualité et la pertinence des soins.

► **Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2017**

COUR DES COMPTES.

2018

Paris Cour des comptes

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000330/index.shtml>

Ce douzième rapport de la Cour des comptes sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale porte sur l'exercice 2017. Pour la cinquième année consécutive, elle certifie les comptes de la totalité des entités du régime général, en formulant toutefois 28 réserves, contre 31 pour l'exercice 2016. Ces réserves portent, en grande majorité, sur la maîtrise des risques et sur les procédures de contrôle interne. Le rapport souligne toutefois que depuis le premier exercice soumis à certification (2006), des progrès importants ont été observés dans l'ensemble des branches du régime général, selon un rythme et une ampleur variables.

► **Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE.

2018

Paris HCFi-PS

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/etat-lieux-enjeux-reformes-financement-de-protection-sociale>

Étant donné l'impact des dernières lois sur le financement de la protection sociale, notamment les Lois de finances et les Lois de financement de la sécurité sociale pour 2018 (hausse de la CSG en contrepartie de la baisse ou de la suppression de certaines cotisations de salariés et travailleurs indépendants, fin du CICE en 2019 par intégration dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales des employeurs, ...), mais aussi des autres textes en préparation comme le projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, le Haut Conseil s'est donc attaché à analyser le contexte économique dans lequel s'inscrivent ces différentes réformes, les décisions déjà adoptées et celles pour lesquelles des options doivent être prises. Cette réflexion, qui montre bien que les enjeux auxquels est confronté le système de protection sociale français sont considérables, a été déclinée dans sept éclairages. Les éclairages 1 et 3 font notamment un point complet

et actualisé sur les hypothèses macro-économiques révisées et leur impact sur les régimes de protection sociale. Dans le deuxième éclairage sont présentées les tendances récentes d'évolution de la compétitivité de l'économie française et du coût du travail, ainsi que le rôle joué par le CICE. Le quatrième éclairage montre les conséquences, en 2018, de ces évolutions des taux des différents prélèvements sociaux sur la structure des recettes de l'assurance chômage et des branches de la sécurité sociale, compte tenu des transferts entre organismes sociaux auxquels ont procédé les lois financières de l'automne. Ces changements, opérés à titre transitoire pour 2018, renforcent la dimension universelle du financement des prestations en nature de l'assurance maladie et modifient fortement la structure des recettes de l'Unédic. La nouvelle mesure d'exonération générale de cotisations sociales, qui transforme, à compter du 1^{er} janvier 2019, le CICE en un allègement pérenne de cotisations employeurs et renforce au niveau du Smic les allègements généraux, fait l'objet d'une présentation dans le cinquième éclairage. Le sixième éclairage porte sur les évolutions de court terme, notamment le renforcement du rôle de l'Acosse en matière de recouvrement des prélèvements sociaux. Enfin, le septième éclairage se livre à un exercice plus prospectif, dans des domaines – les retraites, la politique familiale et le financement des dépenses sociales des départements – où des projets de réforme sont en cours de réflexion, sans avoir donné lieu à ce stade à des décisions.

► **Health Insurance, Endogenous Medical Progress, and Health Expenditure Growth**

FRANKOVIC I. ET KUHN M.

2018

Econ Wps 01/2018. Vienna Vienna Institute of Technology

http://www.econ.tuwien.ac.at/wps/econ_wp_2018_01.pdf

We study the impact of health insurance expansion in the US on health expenditure, longevity growth and welfare in an overlapping generations economy in which individuals purchase health care to lower mortality. We consider three sectors: final goods production; a health care sector, selling medical services to individuals; and an R&D sector, selling increasingly effective medical technology to the health care sector. We calibrate the model to match the development of the US economy/health care system from 1965 to 2005 and study numerically the impact of the

insurance expansion on health expenditures, medical progress and longevity. We find that more extensive health insurance accounts for a large share of the rise in US health spending but also boosts the rate of medical progress. A welfare analysis shows that while the moral hazard associated with subsidized health care creates excessive health care expenditure, the gains in life expectancy brought about by induced medical progress more than compensate for this. By mitigating an intergenerational externality associated with the longevity benefits from current medical innovation the expansion of health insurance constitutes a Pareto improvement.

► **The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**

NISHI T.

2018

MPRA Paper : 86329. Munich MPRA

<https://econpapers.repec.org/paper/pramprapa/86329.htm>

Cost sharing, including copayment and coinsurance, is often used as a means of containing medical expenditure by reducing unnecessary or excessive use of health-care resources. Previous studies have reported the effects of reducing the coinsurance rate in Japan from 30% to 10% on demand for medical care among people aged 70 years. However, the coinsurance rate in Japan for individuals aged 70–74 years old has recently been increased from 10% to 20%. This study aimed to estimate the economic impact of coinsurance rate revision on health-care resource utilization using interrupted time-series analysis of employee health insurance claims data. I classified those who were born in FY 1944 and whose coinsurance rates decreased to 20% into the 10%-reduction group. It was found that the 10%-reduction group showed a lower increase of health-care utilization than the 20%-reduction group. However, no significant differences were observed in the overall and inpatient settings. The results of this study suggest that increasing the coinsurance rate among elderly people would reduce outpatient health-care resource utilization; however, it would not necessarily reduce overall health-care resource utilization.

► **Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine**

PENNEAU A., PICHETTI S., ESPAGNACQ M.

2018

Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(233)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/233-le-systeme-de-protection-sociale-limite-les-restes-a-charge-lies-aux-soins-des-personnes-qui-recourent-a-l-aide-humaine.pdf>

Les personnes qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités du quotidien ont souvent des dépenses de santé élevées. Cette aide est en effet fréquemment associée à des pathologies nécessitant une prise en charge sanitaire lourde et à l'achat de dispositifs médicaux coûteux qui peuvent s'accompagner de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire importants. Pour autant, on ne connaît pas la capacité du système de protection sociale à limiter le niveau de reste à charge pour cette population. À partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménages, les profils des personnes âgées de 20 ans et plus recourant à l'aide humaine et qui vivent à domicile sont analysés en termes de caractéristiques sociodémographiques, d'état de santé, de dépenses de santé, d'accès aux dispositifs de protection sociale et de restes à charge. Deux populations sont distinguées, les personnes âgées de plus ou de moins de 60 ans dont les caractéristiques et accès aux droits diffèrent. Les personnes âgées de plus de 20 ans sont 4,4 millions à recourir à cette aide, soit 9 % des plus de 20 ans, et leurs dépenses de santé croissent avec l'intensité de leur recours. Leur reste à charge est le double de celui de la population générale mais ne croît pas avec le degré de recours à l'aide humaine. Et si l'Assurance maladie parvient à lisser les restes à charge moyens liés aux dépenses de santé grâce aux exonérations du ticket modérateur, des restes à charge élevés persistent pour des personnes recourant à l'aide humaine avec des consommations de soins spécifiques tels les orthèses et prothèses ou les hospitalisations en psychiatrie.

E-santé

► **Données de santé : nouvelles perspectives pour les acteurs et les systèmes de soins**

ASSOCIATION LIR

2018

Paris LIR

http://www.lir.asso.fr/images/content/Documents/Etudes/etude_lir_ey_donnees_de_sante_nouvelles_perspectives.pdf

Cette étude a pour objectif d'identifier les leviers et les points d'ancrage pour une utilisation optimisée des données de santé en France. Elle est le fruit d'une réflexion prospective qui a permis de poser les perspectives de l'utilisation des données de santé pour les acteurs et les systèmes de soins. Des exemples d'initiatives mises en place dans les pays nordiques et anglo-saxons y sont présentés, démontrant l'intérêt de l'exploitation et du chaînage des données comme accélérateurs de la transformation des systèmes de soins.

► **Donner un sens à l'intelligence artificielle. Pour une stratégie nationale et européenne**

CONSEIL NATIONAL DU NUMÉRIQUE.

2018

Paris Conseil National du numérique

http://www.cnumerique.fr/wp-content/uploads/2015/07/CNNum_Rapport-Sante%CC%81-bien-commun-de-la-soci%C3%A9t%C3%A9-num%C3%A9rique.pdf

Ce document identifie quatre secteurs prioritaires où la France doit particulièrement concentrer son effort de développement de l'intelligence artificielle : la défense, les transports, l'environnement et la santé. En matière de santé, l'intelligence artificielle ouvre des perspectives très prometteuses pour améliorer la qualité des soins au bénéfice du patient et réduire leur coût – à travers une prise en charge plus personnalisée et prédictive – mais également leur sécurité – grâce à un appui renforcé à la décision médicale et une meilleure traçabilité. Elle peut également contribuer à améliorer l'accès aux soins des citoyens, grâce à des dispositifs de pré-diagnostic médical ou d'aide à l'orientation dans le parcours de soins. Près de vingt ans après la création de la base nationale des données médico-administratives (SNIIRAM), la France doit à nouveau faire figure de pionnière en investissant mas-

sivement dans les capacités de recherche et d'innovation en matière d'IA appliquée à la santé. Ces capacités reposent à la fois sur la mise en place de systèmes adaptés aux usages liés à l'IA visant à platformiser le domaine, des procédures d'accès aux données plus fluides et un cadre pour expérimenter « en conditions réelles » les solutions émergentes. L'appropriation de l'IA en santé dépend également de la capacité à accompagner les patients et professionnels de santé dans la transformation des pratiques médicales, ainsi qu'à structurer et animer en continu un débat national sur les usages éthiques de l'IA en santé.

► **Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise - Rapport d'élaboration de la fiche mémo**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.

2018

St Denis La Plaine HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2742462/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine-rapport-prealable

En 2018, le financement des actes de téléconsultation et de télé-expertise entre dans le droit commun. Afin d'accompagner ce déploiement sur le territoire national et d'assurer la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise, la ministre des solidarités et de la santé a saisi la Haute Autorité de santé (HAS) pour définir les situations cliniques, les champs et les publics pour lesquels les actes de téléconsultation et de télé-expertise devraient être exclus avec une réponse attendue à la fin du premier trimestre 2018. Dans le but d'apporter une réponse dans le délai imparti, la HAS a fait le choix d'élaborer une fiche mémo intitulée « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise ». L'analyse de la littérature et la concertation des parties prenantes n'ont pas permis d'identifier de situation d'exclusion clinique a priori. En revanche, des critères d'éligibilité à vérifier en amont de la réalisation d'un acte de téléconsultation et de télé-expertise ont été identifiés.

Etat de sante

► **Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum - Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER.

2018

Etat des lieux et des connaissances

http://www.e-cancer.fr/content/download/233155/3195375/file/Stade_au_diagnostic_des_cancers_du_sein_du_colon_du_rectum_mel_20180418.pdf

Ce rapport fournit la première estimation nationale des stades au diagnostic des cancers du sein et des cancers colorectaux (période 2009- 2012). Le stade au diagnostic apporte un nouvel éclairage pour évaluer les politiques publiques de prévention, de dépistage et de lutte contre les cancers, en association avec les circonstances du diagnostic et les taux de survie associés.

► **Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence**

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE.

2018

Paris : DREES

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000075/index.shtml>

Ce troisième rapport, constitué de deux dossiers, traite d'une part des enjeux éthiques de la prévention du suicide, notamment les risques de « contagion » encouru par la couverture médiatique des suicides. Le second dossier est axé sur le suicide des adolescents, 2ème cause de mortalité des 15- 24 ans en France, après les accidents de la route, soit 16 % des décès en 2014.

► **Air Pollution and Mental Health: Evidence from China**

CHEN S., et al.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24686. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24686>

A large body of literature estimates the effect of air pollution on health. However, most of these studies

have focused on physical health, while the effect on mental health is limited. Using the China Family Panel Studies (CFPS) covering 12,615 urban residents during 2014 – 2015, we find significantly positive effect of air pollution – instrumented by thermal inversions – on mental illness. Specifically, a one-standard-deviation (18.04 µg/m³) increase in average PM_{2.5} concentrations in the past month increases the probability of having a score that is associated with severe mental illness by 6.67 percentage points, or 0.33 standard deviations. Based on average health expenditures associated with mental illness and rates of treatment among those with symptoms, we calculate that these effects induce a total annual cost of USD 22.88 billion in health expenditures only. This cost is on a similar scale to pollution costs stemming from mortality, labor productivity, and dementia.

► **Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé**

MARA D.

2018

Paris Ministère chargé de la santé

http://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf

Les étudiants en santé sont exposés à des situations stressantes pouvant avoir des répercussions sur leur santé mentale. En réponse à la mission qui lui a été confiée par le Gouvernement, ce rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, qui s'appuie sur des auditions de représentants des étudiants en santé, fait ressortir la vulnérabilité particulière des étudiants face à l'anxiété, au mal-être et à la maltraitance, dans un contexte général de difficulté des systèmes de santé et d'évolution des métiers. Le document expose la faiblesse de l'encadrement lors des stages, liée à l'augmentation du nombre d'étudiants, et la perte du collectif dans l'équipe de soins. Il recommande la création d'un centre national d'appuis visant à promouvoir la qualité de vie des soignants et de leurs étudiants. Les premières priorités de ce centre seraient de proposer des formations pour les responsables de formations et les représentants des étudiants, et créer, en urgence, un parcours de soins psychiatrique et psychologique.

► **How Is Depression Related to Education?**

NORMANDEAU S.

2018

Paris : OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/education/how-is-depression-related-to-education_782fc82d-en

People with higher levels of education report less prevalence of depression in all OECD countries with data. A greater share of women than men report suffering

from depression, but the share decreases more steeply for women than for men as educational attainment increases. Employment is associated with a lower share of self-reported depression, especially among low-educated adults. Given that mental illness has its onset in childhood or adolescence, these findings highlight the important role education systems play in ensuring students complete their education and successfully transition into the workplace.

Géographie de la santé

► **L'aménagement du territoire en France**

DESJARDINS X. ET GENEAU DELAMARLIÈRE I.

2016

Paris : La documentation française

Depuis les années 1960, époque d'affirmation de la politique de l'aménagement du territoire en France avec la création de la Datar, acteurs, objectifs et méthodes de l'aménagement du territoire ont été profondément renouvelés. L'organisation volontaire de l'espace pour le développement économique, l'équité sociale ou encore la préservation des ressources sont

toujours des ambitions d'actualité. Mais, pour répondre à ces enjeux, de nouvelles manières de concevoir l'aménagement du territoire sont à inventer. Réunis autour de cette conviction, les auteurs de l'ouvrage analysent huit thématiques majeures de l'aménagement du territoire : l'utilisation et la protection des ressources naturelles, l'équipement, la contribution au développement économique, la réduction des inégalités, l'environnement, la modification de la hiérarchie des villes, le traitement des espaces de faible densité et, enfin, le rôle du citoyen, élu ou non, dans l'élaboration des politiques.

Handicap

► **Mental Health, Human Rights and Standards of Care**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.

2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-human-rights-and-standards-of-care-2018>

Le projet de l'OMS sur les adultes présentant des déficiences psycho-sociales et intellectuelles et vivant en institution dans la Région européenne de l'OMS vise un groupe très marginalisé et vulnérable dont les droits, la qualité de vie et la réinsertion dans la société sont sérieusement compromis par des pratiques institutionnelles dépassées et souvent inhumaines. Son but est de promouvoir et de faciliter la désinstitutionalisation.

Les objectifs spécifiques du projet étaient de pallier le manque de connaissances sur le nombre et les caractéristiques de ces établissements de long séjour, et de recenser les lacunes actuelles en matière de normes de soins sous l'angle de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Cette publication examine et évalue la qualité des soins et la protection des droits de l'homme dans des établissements de plus de 20 pays de la Région à l'aide du kit QualityRights de l'OMS. Elle définit les mesures à prendre afin de parvenir à la désinstitutionalisation et d'assurer le respect des droits des personnes présentant des déficiences psycho-sociales et intellectuelles.

► **Physical Disability and Labor Market Discrimination: Evidence from a Field Experiment**

BELLEMARE C., et al.

2018

CESifo Working Paper Series No. 6986- Category 4: Labour Markets. Munich CESifo

https://ideas.repec.org/p/ces/ceswps/_6986.html

We investigate the determinants and extent of labor market discrimination toward people with physical disabilities using a large scale field experiment. Applications were randomly sent to 1477 private firms advertising open positions. We find that average callback rates of disabled and non-disabled applicants are respectively 14.4% and 7.2%. We find this differential does not result from accessibility constraints related to firm infrastructures. We also find that mentioning eligibility to a government subsidy to cover the cost of workplace adaptation does not increase callback rates. Finally, we estimate that a lower bound of the proportion of discriminating firms is 49.7%.

► **Health, Employment, and Disability: Implications from the Undocumented Population**

BORJAS G. J. ET SLUSKY D.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24504. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24504>

Disability benefit recipients in the United States have nearly doubled in the past two decades, growing substantially faster than the population. It is difficult to

estimate how much of this increase is explained by changes in population health, as we often lack a valid counterfactual. We propose using undocumented immigrants as the counterfactual, as they cannot currently claim benefits. Using NHIS microdata, we estimate models of disability as a function of medical conditions for both the legal and undocumented populations. The relationship between health and disability is far stronger for those with legal status than it is for those who are undocumented. We find that almost all of the difference in disability trends between the two populations can be explained by different responses to underlying health impairments.

► **Parcours de santé des personnes en situation de handicap en Centre Val-de-Loire**

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ.

2018

Orléans ORS Centre Val de Loire

https://orscentre.org/images/files/publications/handicaps_et_personnes_agees/Rapports/PSPH.pdf

Cette étude, commanditée par l'Agence régionale de santé (ARS) s'inscrit dans une priorité nationale, en fixant 3 grands objectifs à cette étude : identifier les problématiques et les améliorations possibles des parcours de santé des personnes en situation de handicap; repérer les actions, les expériences existantes, effectives ou envisagées pour améliorer et faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sous toutes ses formes; identifier les conditions permettant d'améliorer le parcours des personnes en situation de handicap aux urgences, et de limiter les entrées potentiellement évitables dans les services d'urgences.

Hôpital

► **Tensions entre normes professionnelles et personnelles des personnels soignants : Histoire d'une résistance ordinaire dans la relation de service aux patients âgés**

AMINE A., et al.

2018

sl : Halshs archives ouvertes

Cette recherche a pour objectif d'explorer une relation de service encore mal connue : la prestation de soins aux patients en milieu hospitalier. Au travers d'une étude qualitative menée auprès du personnel soignant d'un service de gériatrie en Ile de France, nous mettons à jour un phénomène de résistance ordinaire aux normes prescrites, né de deux niveaux de tensions : tensions entre le temps du patient et le temps

de l'organisation, d'une part, et entre prescription du pouvoir d'agir du patient et la perception de sa vulnérabilité limitant potentiellement ses capacités à agir. Cette résistance ordinaire s'exprime dans du bricolage et des ruses amenant les soignants à hybrider leurs pratiques quotidiennes pour assurer leur mission de soins. Au fil du temps, ces pratiques hybridées se diffusent et s'institutionnalisent.

► **Productivity of the English NHS: 2015/16 Update**

CASTELLI A., *et al.*

2018

CHE Research Paper Series ; 152. York University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP152_NHS_productivity_update2015_16.pdf

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

► **Construire une évaluation d'un SI au domicile du patient en HAD**

CAZENEUVE H., *et al.*

2018

sl : Halshs archives ouvertes

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01706664>

Nous avons pu établir que l'évaluation d'un système d'information au domicile du patient passe par la prise en compte de sa valeur d'usage, ce qui induit la prise en compte des rationalités des acteurs et du contexte de l'hospitalisation à domicile (HAD). Nous avons montré comment, à partir d'une enquête qualitative portant sur deux HAD, nous pouvions rendre compte des usages du SI au domicile en faisant émerger les processus ainsi que les attentes des professionnels, usagers du SI, à sur la base d'entretiens. À partir de ces éléments, nous avons pu pointer que les objectifs du SI n'était pas synonyme avec les attentes des professionnels et que ceux-ci étaient susceptibles d'opter

pour des solutions alternatives, parfois informelles, susceptibles de faciliter la conduite de leurs objectifs. Cette tendance au contournement appelle à « décoller » l'usage du SI et la satisfaction quant aux échanges d'information lors d'une évaluation d'un SI. À partir de ce constat, nous proposons de faire usage du modèle Delone et McLean en mettant au centre de l'évaluation la relation entre usage et satisfaction pour la qualité du SI, la qualité du support et le transfert d'informations entre les acteurs de la prise en charge du patient au domicile et la structure HAD (résumé d'auteur).

► **Managing the Hospital and Social Care Interface : Interventions Targeting Older Adults**

CHEUNG R., *et al.*

2018

Londres The Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-03/hospital-and-social-care-interface-final-web.pdf>

The health and social care sectors are dependent on one another to succeed. But the boundary – or interface – between the two is challenged daily: care received in one of the sectors has a direct impact on the other. This report focuses on that interface. This report explores the actions and strategies that providers and commissioners have put in place to improve the interface between secondary and social care, with a focus on what hospitals can do. In particular, we look at: collaboration to prevent avoidable hospital admissions, the interface between hospitals and social care providers when patients are discharged from hospital, the relationship between commissioners and social care providers and wholesale organisational integration. Drawing on the experience of seven case study sites, as well as evidence of what has worked to date, we make five recommendations for national policy-makers. We also make seven recommendations for local hospital leaders.

► **Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2017**

DANIAU C., *et al.*
2018

Études et Enquêtes. Saint-Maurice SPF

Tous les cinq ans, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé (ENP) produit une photographie des infections nosocomiales en France. Ce document rapporte les résultats de son étude conduite entre le 15 mai et le 30 juin 2017 dans 403 établissements de santé tirés au sort.

► **What underlies the observed hospital volume-outcome relationship?**

HUGUET M., *et al.*

Documents de travail; WP 1809. Ecully Groupe d'Analyse et de Théorie Economique

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3186407

Studies of the hospital volume-outcome relationship have highlighted that a greater volume activity improves patient outcomes. While this finding has been known for years in health services research, most studies to date have failed to delve into what underlies this relationship. This study aimed to shed light on the basis of the hospital volume effect by comparing treatment modalities for epithelial ovarian carcinoma patients. Hospital volume activity was instrumented by the distance from patients' homes to their hospital, the population density, and the median net income of patient municipalities. We found that higher volume hospitals appear to more often make the right decisions in regard to how to treat patients, which contributes to the positive impact of hospital volume activities on patient outcomes. Based on our parameter estimates, we found that the rate of complete tumor resection would increase by 10% with centralized care, and by 6% if treatment decisions were coordinated by high volume centers compared to the ongoing organization of care. In both scenarios, the use of neoadjuvant chemotherapy would increase by 10%. As volume alone is an imperfect correlate of quality, policy makers need to know what volume is a proxy for in order to devise volume-based policies.

► **Hospital Competition Under Pay-For-Performance: quality, Mortality and Readmissions**

LISI D., *et al.*
2018

Discussion Papers in Economics ; 18/03. York University of York

https://econpapers.repec.org/paper/yoryorken/18_2f03.htm

Health outcomes, such as mortality and readmission rates, are commonly used as indicators of hospital quality and as a basis to design pay-for-performance (P4P) incentive schemes. We propose a model of hospital behaviour under P4P where patients differ in severity and can choose hospital based on quality. We assume that risk-adjustment is not fully accounted for and that unobserved dimensions of severity remain. We show that the introduction of P4P which rewards lower mortality and/or readmission rates can weaken or strengthen hospitals' incentive to provide quality. Since patients with higher severity have a different probability of exercising patient choice when quality varies, this introduces a selection bias (patient composition effect) which in turn alters quality incentives. We also show that this composition effect increases with the degree of competition. Critically, readmission rates suffer from one additional source of selection bias through mortality rates since quality affects the distribution of survived patients. This implies that the scope for counterproductive effects of P4P is larger when financial rewards are linked to readmission rates rather than mortality rates. We also show that our results are robust in the presence of public reporting, and discuss welfare implications.

► **Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997**

OBERLIN P. ET DE PERETTI C.
2018

Études Et Résultats (Drees)(1051)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/chirurgie-de-l-obesite-20-fois-plus-d-interventions-depuis-1997>

La chirurgie bariatrique, destinée à traiter chirurgicalement les grands obèses, s'est rapidement développée en France depuis plus de vingt ans. Le nombre d'interventions est passé de 2 800 (1997) à 59 300. (2016). Le taux d'hospitalisation a progressé de 0,5 à 8,9 séjours pour 10 000 personnes. Les femmes représentent plus

de 80 % des patients opérés. L'âge moyen est de 41,6 ans en 2016 et la plupart des patients ont entre 25 et 54 ans. Au-delà de cet âge, le nombre d'opérés diminue rapidement. Les taux d'hospitalisation des patients de plus de 64 ans ont presque décuplé en vingt ans. Le nombre de patients mineurs opérés chaque année est très faible, mais il a lui aussi tendance à augmenter. Si le secteur privé lucratif réalisait 80 % des interventions en 1997, sa part a diminué depuis. En 2016, il réalise 63 % des interventions, tandis que 15 % des interventions ont lieu dans des centres hospitaliers régionaux, 17 % dans les autres hôpitaux publics et 5 % dans le secteur privé non lucratif. En 2016, la chirurgie bariatrique représente 4,3 % de l'activité de chirurgie digestive contre 3,1 % en 2006.

► **Does Price Competition Damage Healthcare Quality?**

ROOS A. F., *et al.*

2018

Tinbergen Institute Discussion Paper ; 2018-040. Amsterdam Tinbergen Institute

<https://papers.tinbergen.nl/18040.pdf>

One of the reasons why regulators are hesitant about permitting price competition in healthcare markets is that it may damage quality when information is poor. Evidence on whether this fear is well-founded is scarce. We provide evidence using a reform that permitted Dutch health insurers and hospitals to freely negotiate prices for elective procedures. Unlike previous research that has relied on indicators of the quality of urgent treatments, we take advantage of the plausible absence of selection bias in our setting to identify the effect on quality of non-acute hip replacements. Using administrative data on all admissions to Dutch hospitals, we find no evidence that increased exposure to price competition reduces quality measured by readmission rates, despite the lack of publicly available information on this outcome. In fact, there is evidence of a temporary, positive impact on quality. Our estimated null effect over the full post-liberalization period is robust.

► **Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment**

SAGHAFIAN S. ET HOPP W. J.

2017

HKS Working Paper . RWP17-044. Cambridge Harvard University

<https://research.hks.harvard.edu/publications/getFile.aspx?id=1602>

Increasing quality transparency is widely regarded as a strong mechanism for improving the alignment between patient choices and provider capabilities, and thus, is widely pursued by policymakers as an option for improving the healthcare system. We study the effect of increasing quality transparency on patient choices, hospital investments, societal outcomes (e.g., patients social welfare and inequality), and the healthcare market structure (e.g., medical or geographical specialization). We also examine potential reasons behind the failure of previous public reporting efforts, and use our analysis to identify ways in which such efforts can become more effective in the future. Our analytical and numerical results calibrated with data reveal that increasing quality transparency promotes increased medical specialization, decreased geographical specialization, and induces hospitals to invest in their strength rather than their weakness. Furthermore, increasing quality transparency in the short-term typically improves the social welfare as well as the inequality among patients. In the long-term, however, we find that increasing transparency can decrease social welfare, and even a fully transparent system may not yield socially optimal outcomes. Hence, a policymaker concerned with societal outcomes needs to accompany increasing quality transparency with other policies that correct the allocation of patients to hospitals. Among such policies, we find that policies that incentivize hospitals are usually more effective than policies that incentivize patients. Finally, our results indicate that, to achieve maximal benefits from increasing quality transparency, policymakers should target younger, more affluent, or urban (i.e., high hospital density area) patients, or those with diseases that can be deferred.

Inégalités sociales de santé

► **Migrants and Refugees: Good Practices in Hospitals and Healthcare Services**

HOPE SURVEY

2018

Bruxelles HOPE

http://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/03/HOPE-SURVEY_Migrants_and_refugees_March-2018.pdf

The increasing mobility and diversity of the population strongly affect healthcare services and hospitals: people on the move face greater health risks, suffer from conditions not commonly found in Europe and have different expectations about health services. Access to adequate health care is further complicated by language barriers and migrants often being socially disadvantaged. Although health services are used to accommodating cultural diversity, European hospitals are facing new challenges. HOPE and its members have been discussing this topic for many years. In the recent context of intensified migratory pressure on some EU countries, it seemed essential to collaborate and share good practices as well as knowledge on the specific health needs of migrants. The HOPE Board of Governors has recently urged members to review and list good practices. The present document is the result of this work.

► **Les revenus et le patrimoine des ménages : Édition 2018**

BLASCO J. C., *et al.*

2018

Paris : INSEE

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3549502>

L'Insee présente dans cet ouvrage les principaux indicateurs sur les revenus et les patrimoines des ménages ainsi que des analyses sur les inégalités monétaires, la pauvreté et le patrimoine des ménages. La vue d'ensemble aborde les évolutions des inégalités et de la pauvreté en 2015 et sur longue période. Un premier dossier étudie la situation des très hauts revenus en 2015. Un deuxième évalue combien coûte un jeune adulte à ses parents. Le troisième porte sur l'achat d'une résidence principale et l'impact de la crise entre 2004 et 2015. Le dernier dossier examine la transmission de patrimoine. Enfin, une trentaine de fiches thématiques complètent ces analyses en fournissant les

derniers chiffres essentiels, commentés et illustrés, sur les revenus, le niveau de vie, la pauvreté, le patrimoine et l'endettement (résumé d'auteur).

► **La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher**

CASH R. ET KERVASDOUE J.

2018

Paris Economica

Si les soins médicaux en France font encore partie des meilleurs du monde, ils ne sont plus les premiers. En revanche, ils sont trop souvent onéreux, inégalitaires et inefficaces. En effet, les traitements pour une même maladie varient d'un praticien à l'autre, d'un hôpital à l'autre, voire d'un service à l'autre au sein du même établissement ce qui a de lourdes conséquences médicales et économiques. Comment se fait-il qu'avec le même corpus de connaissances, le même système de paiement des professionnels de santé et des hôpitaux, l'on constate une telle hétérogénéité ? Non seulement il existe une inégalité de l'accès aux soins mais il y a aussi, et surtout, une inégalité des soins : excellents ici, plus discutables là. Peut-on alors, en même temps, réduire cette tragique inégalité et soigner mieux pour moins cher ? Oui, comme le révèlent les 20 exemples de cet ouvrage. Qu'il s'agisse de médicaments, d'actes chirurgicaux ou d'examens diagnostiques, on constate, selon les lieux de prise en charge, des surprescriptions, des sousprescriptions et des prescriptions inadaptées au cas des patients. À partir de ces études de cas, les auteurs montrent comment interagissent à des degrés divers des forces économiques mais aussi sociologiques, éthiques, ethnologiques et politiques. Leurs influences délétères sont les signes d'un système qui n'est pas géré et qui, trop souvent, se perd dans la recherche de remèdes généraux à des questions spécifiques.

► **Pauvreté, Égalité, Mortalité: Mortality (In) Equality in France and the United States**

CURRIE J., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24623. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24623>

We develop a method to compare levels and trends in inequality in mortality in the United States and France in a similar framework. The comparison shows that while income inequality has increased in both the United States and France, inequality in mortality in France remained remarkably low and stable. In the United States, inequality in mortality increased for older groups (especially women) while it decreased for children and young adults. These patterns highlight the fact that despite the strong cross-sectional relationship between income and health, there is no necessary connection between changes in income inequality and changes in health inequality.

► **Mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires chez les femmes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité**

DIENE E., *et al.*
2018

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/146567/533818/version/1/file/synthese-mortalite-prematuree-maladies-cardiovasculaires-femmes-selon-categorie-sociale-secteur-activite.pdf>

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont moins bien documentées chez les femmes que chez les hommes alors qu'elles partagent avec eux des facteurs de risque comportementaux (consommation de tabac, d'alcool) mais aussi professionnels (risques psychosociaux, travail de nuit, travail posté, bruit). Chez les femmes, la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires diminue entre 1976 et 2002 et présente un gradient social croissant des cadres vers les ouvrières et des différences selon les secteurs. Le rôle des déterminants sociaux et des facteurs professionnels dans cette mortalité prématurée ne doit pas être négligé. Les secteurs professionnels les plus à risque, notamment l'hôtellerie-restauration et l'industrie manufacturière, pourraient être particulièrement ciblés par les actions de prévention, avec une attention encore plus grande aux catégories les plus défavorisées.

► **Take-Up and Targeting: Experimental Evidence from SNAP**

FINKELSTEIN A. ET NOTOWIDIGDO M. J.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24652. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24652>

This paper develops a framework for evaluating the welfare impact of various interventions designed to increase take-up of social safety net programs in the presence of potential behavioral biases. We calibrate the key parameters using a randomized field experiment in which 30,000 elderly individuals not enrolled in – but likely eligible for – the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) are either provided with information that they are likely eligible, provided with this information and also offered assistance in applying, or are in a “status quo” control group. Only 6 percent of the control group enrolls in SNAP over the next 9 months, compared to 11 percent of the Information Only group and 18 percent of the Information Plus Assistance group. The individuals who apply or enroll in response to either intervention receive lower benefits and are less sick than the average enrollee in the control group. The results are consistent with the existence of optimization frictions that are greater for needier individuals, suggesting that the poor targeting properties of the interventions reduce their welfare gains.

► **Programme Cosmop : surveillance de la mortalité par cause selon l'activité professionnelle. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1976 à 2005**

GEOFFROY-PEREZ B., *et al.*
2018

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2018/Programme-Cosmop-surveillance-de-la-mortalite-par-cause-selon-l-activite-professionnelle>

Le programme de surveillance Cosmop a pour objectif principal de décrire de façon systématique et régulière, à l'échelle de la population française, la répartition des décès pour différentes causes, selon des caractéristiques professionnelles. Ce rapport dresse un bilan de l'exploitation des informations du Panel DADS de l'Insee, échantillon longitudinal représentatif de sala-

riés en France, apparié aux causes médicales de décès du CépiDc de l'Inserm. Les résultats présentés illustrent la grande variété des indicateurs qu'il est possible de produire à partir de ces sources en fonction des questions posées. Ces indicateurs permettent de disposer d'une image représentative des situations professionnelles couvertes par le champ de la déclaration annuelle des données sociales à l'échelle nationale et d'apporter des éléments d'argumentation en cas de d'urgence de signaux sanitaires à l'échelle d'une population réduite d'actifs. La mise à jour régulière de ce type de base de données et leur exploitation périodique permettra d'étudier l'évolution de la mortalité en relation avec l'activité professionnelle sur les périodes plus récentes, de détecter des modifications des caractéristiques épidémiologiques en population, et d'objectiver ainsi des situations les plus à risque afin de guider la décision pour la mise en œuvre de mesures préventives.

► **Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé »**

GORZA M. ET EILSTEIN D.

2018

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/Outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-Inegalites-sociales-de-sante-2013-2015>

Le présent rapport synthétise les travaux réalisés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé » de Santé publique France et les met à disposition des acteurs du domaine ainsi que du public. Il présente les outils facilitant l'intégration de la dimension socio-économique dans les activités de surveillance de Santé publique France. Ceux-ci ont été organisés autour de trois axes : une approche individuelle portant sur les variables socio-économiques pouvant être utilisées dans les approches individuelles (enquêtes); - une approche écologique portant sur les indices de désavantage social pouvant être utilisés dans les approches écologiques (systèmes de surveillance); une définition de la notion de vulnérabilité à visée opérationnelle.

► **Des inégalités de niveau de vie plus marquées une fois les dépenses pré-engagées prises en compte**

LELIEVRE M. ET REMILA N.

2018

Études Et Résultats (Drees)(1055

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/des-inegalites-de-niveau-de-vie-plus-marquees-une-fois-les-depenses-pre>

L'analyse des inégalités et de la pauvreté s'appuie sur le revenu disponible des ménages. Celui-ci est en partie utilisé pour des dépenses pré-engagées, difficilement renégociables à court terme. Parmi ces dépenses, les loyers et charges pèsent lourds. Le statut d'occupation du logement dépendant du niveau de vie et de la situation familiale, le poids des dépenses pré-engagées dans le revenu disponible des ménages est ainsi plus élevé pour les ménages pauvres (61 %) et les familles monoparentales (40 %) que pour l'ensemble des ménages (30 %). Raisonner à partir du revenu dit « arbitrage » - les dépenses pré-engagées du revenu disponible - se rapproche du ressenti qu'ont les personnes de leurs marges de manœuvre financières. L'équivalent du taux de pauvreté s'établit à 23 %.

Médicaments

► Surveillance de la consommation des antibiotiques - Réseau ATB-Raisin. Résultats 2016

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE.
2018

Saint-Maurice : Santé Publique France

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

La surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) ATB- Raisin participe au bon usage des ATB. Les objectifs sont de permettre à chaque établissement de santé (ES) de décrire et d'analyser ses consommations et de les confronter aux données de résistance bactérienne en se situant par rapport à un ensemble comparable d'ES. Les ATB à visée systémique de la classe J01 de la classification Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), la rifampicine, les imidazolés per os et la fidaxomicine, ainsi que les antifongiques à visée systémique de la classe J02 (volet optionnel), dispensés en hospitalisation complète, ont été exprimés en nombre de doses définies journalières (DDJ) et rapportés à l'activité selon les recommandations nationales et de l'Organisation mondiale de la santé (système ATC- DDD, 2016). Des données de résistance ont été collectées pour sept couples bactérie/antibiotique pour permettre à chaque ES d'explorer sa situation en matière de pression de sélection, d'une part, et d'écologie contribuant à l'utilisation de certains antibiotiques, d'autre part.

► Efficacité et effets indésirables des statines : évidences et polémiques

BEZIN J. ET BORDET R.
2018

Paris Académie nationale de médecine

<http://www.academie-medecine.fr/efficacite-et-effets-indesirables-des-statines-evidences-et-polemiques/>

L'introduction des statines comme traitement des dyslipidémies a révolutionné la prise en charge de cette pathologie et de multiples études randomisées et contrôlées ont confirmé que cette classe thérapeutique réduisait les événements cardio-vasculaires majeurs en prévention secondaire et en prévention primaire. Cette classe de médicaments est actuelle-

ment recommandée par les recommandations internationales afin de réduire le risque cardio-vasculaire en diminuant le taux de LDL cholestérol circulant avec un niveau de preuve très élevé. Cependant une polémique récurrente a alimenté les interrogations de la population sur l'efficacité et l'innocuité des statines et conduit de nombreux patients à interrompre leur traitement. Ce rapport a pour but d'analyser de manière objective les preuves en faveur de l'efficacité, de l'efficacité et des effets indésirables des traitements par statines, mais aussi d'étudier les raisons qui sous-tendent la polémique et les conséquences pour la population des arrêts intempestifs de traitement.

► The Rising Cost of Medicines to the NHS. What's the Story?

EWBANK L., et al.
2018

Londres King's Fund Institute

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-implications-health-social-care>

Medicines are a vital part of modern health care. The question of how to give patients access to them in a way that the NHS can afford has exercised policy-makers and politicians for many years. In this briefing, we look at how much the health service spends in total on medicines, both generics and branded medicines, based on publicly available data. In recent years, spending on branded medicines has been constrained by the Pharmaceutical Price Regulation Scheme a new instalment of which is currently under negotiation. We also explore policies used to try to control growth in costs and the choices policy-makers are likely to face in the future.

► **Innovation and Diffusion of Medical Treatment**

HAMILTON B. H. *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24577. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24577>

This paper develops and estimates a dynamic structural model of demand for a multi-attribute product. The demand side equilibrium supports a product spectrum, the characteristics of which evolve over time in response to supply innovations induced by the composition and extent of aggregate demand. The direction and speed of innovation is inefficient because individuals create an externality by not accounting for their influence on the discovery process. We apply the model to drugs invented to combat the HIV epidemic, during which frequent, incremental innovations in medication were punctuated by sporadic breakthroughs. In this application products differ in their efficacy and their propensity to cause side effects. Our biennial data on four American cities track a replenished panel of individuals for over twenty years, from when drugs were not only ineffective but also created debilitating side effects, to when the market matured. We find that the externalities are quantitatively important and that even a temporary subsidy would have improved average social welfare and been more equitable.

► **The Impact of New Drug Launches on Life-Years Lost in 2015 from 19 Types of Cancer in 36 Countries**

LICHTENBERG F. R.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24536. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24536>

This study employs a two-way fixed effects research design to measure the mortality impact and cost-effectiveness of cancer drugs: it analyzes the correlation across 36 countries between relative mortality from 19 types of cancer in 2015 and the relative number of drugs previously launched in that country to treat

that type of cancer, controlling for relative incidence. One additional drug for a cancer site launched during 2006-2010 is estimated to have reduced the number of 2015 disability-adjusted life years (DALYs) lost due to cancer at that site by 5.8%. The estimated cost per life-year gained at all ages in 2015 from cancer drugs launched during 2006-2010 is \$1635. We estimate that drugs launched during the entire 1982-2010 period reduced the number of cancer DALYs lost in 2015 by about 23%. In the absence of new drug launches during 1982-2010, there would have been 26.3 million additional DALYs lost in 2015.

► **The Debate on Indication-Based Pricing in the U.S. and Five Major European Countries**

TOWSE A., *et al.*
2018

Londres OHE

<https://www.ohe.org/system/files/private/publications/OHE%20IBP%20Final%20Report%20May%202018%20%28Revised%29.pdf>

This report sets out the results of two pieces of work. First, we identify and summarise a number of key published papers in the area of Indication-Based Pricing (IBP) in order to set out the current state of debate and understanding around the issue. Then, we consider the possibilities for undertaking IBP in six countries – France, Germany, Italy, Spain, UK and US – exploring the formal regulatory framework. Finally, we set out the key issues to be debated in order to take IBP forwards. The purpose of this report is to leave the reader with a better understanding of the state of the debate on the merits and demerits of moving from a price for a drug to a price for each use of a drug. Such a move is predicated on an assumption that price should reflect incremental value. By incremental value we mean the additional health and health related gain delivered to the patient over and above the current standard of care. We take this approach as a given, although it is not accepted by all stakeholders, some of whom argue for cost-based pricing. The case for and against an alternative perspective to value-based pricing is not addressed in this paper.

Méthodologie – Statistique

► **Designing and Conducting Mixed Methods Research**

CRESWELL J. W. ET PLANO CLARK V. L.
2018

Los Angeles : Sage Publishing

Combining the latest thinking in the field with practical, step-by-step guidance, the Third Edition of John W. Creswell and Vicki L. Plano Clark's *Designing and Conducting Mixed Methods Research* now includes seven mixed methods designs with accompanying journal articles illustrating each design. The authors walk readers through the entire research process and present updated examples from published mixed methods studies drawn from multiple disciplines. In addition, this new edition includes information about the dynamic and evolving nature of the field of mixed methods research, four additional methodological approaches, and coverage of new directions in mixed methods.

► **Tail and Center Rounding of Probabilistic Expectations in the Health and Retirement Study**

GIUSTINELLI P., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24559. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24559>

A growing number of surveys elicit respondents' expectations for future events on a 0-100 scale of percent chance. These data reveal substantial heaping at multiples of 10 and 5 percent, suggesting that respondents round their reports. This paper studies the nature of rounding by analyzing response patterns across expectations questions and waves of the Health and Retirement Study. We discover a tendency by about half of the respondents to provide more refined responses in the tails of the scale than the center. Only about five percent provide more refined responses in the center than the tails. We find that rounding varies across question domains, which range from personal health to personal finances to macroeconomic events. We develop a two-stage framework to characterize person-specific rounding. The first stage uses observed responses to infer respondents' rounding practice in each question domain and scale segment. The second

stage replaces each original point response with an interval, representing the range of possible values of the respondent's true latent belief implied by the degree of rounding inferred in the first stage. We study how the inferred rounding types in the first stage vary with respondent characteristics, including age and cognitive abilities.

► **A Cautionary Note on the Reliability of the Online Survey Data: The Case of Wage Indicator**

SMYK M., *et al.*
2018

Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11503.pdf>

We investigate the reliability of data from the Wage Indicator (WI), the largest online survey on earnings and working conditions. Comparing WI to nationally representative data sources for 17 countries reveals that participants of WI are not likely to have been representatively drawn from the respective populations. Previous literature has proposed to utilize weights based on inverse propensity scores, but this procedure was shown to leave reweighted WI samples different from the benchmark nationally representative data. We propose a novel procedure, building on covariate balancing propensity score, which achieves complete reweighting of the WI data, making it able to replicate the structure of nationally representative samples on observable characteristics. While rebalancing assures the match between WI and representative benchmark data sources, we show that the wage schedules remain different for a large group of countries. Using the example of a Mincerian wage regression, we find that in more than a third of the cases, our proposed novel reweighting assures that estimates obtained on WI data are not biased relative to nationally representative data. However, in the remaining 60% of the analyzed 95 datasets systematic differences in the estimated coefficients of the Mincerian wage regression between WI and nationally representative data persists even after reweighting. We provide some intuition about the reasons behind these biases. Notably, objective factors such as access to the Internet or richness appear to matter, but self-selection (on unobservable characteristics) among WI participants appears to constitute an important source of bias.

Politique de santé

► **La stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) : évaluation de la mise en œuvre et propositions d'évolution**

BARTOLI F., *et al.*

2017

Rapport IGAS ; 2017-117, Rapport CGEDD ; 011609-01, Rapport CGAAER ; 17103

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article654>

Un perturbateur endocrinien est une substance chimique qui altère le fonctionnement du système hormonal des êtres vivants, induisant des impacts sur la faune, avec atteinte à la biodiversité, et sur la santé des êtres humains, notamment pendant la période foetale. Ces substances sont susceptibles d'augmenter la prévalence d'un certain nombre de pathologies. Trois ans après l'engagement de la Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE), ce rapport inter-inspections en évalue la mise en œuvre et propose de relancer une nouvelle programmation stratégique selon cinq axes : développer la recherche, renforcer la surveillance sanitaire et environnementale, caractériser les dangers, gérer les risques, former, sensibiliser et informer.

► **Moral NIMBY-IsM? Understanding Societal Support for Monetary Compensation to Plasma Donors in Canada**

LACETERA N. ET MACIS M.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24572. Cambridge NBER:

<http://papers.nber.org/papers/W24572>

The growing demand for plasma, especially for the manufacture of therapeutic products, prompts discussions on the merits of different procurement systems. We conducted a randomized survey experiment with a representative sample of 826 Canadian residents to assess attitudes toward legalizing payments to plasma donors, a practice that is illegal in several Canadian provinces. We found no evidence of widespread societal opposition to payments to plasma donors. On the contrary, over 70% of respondents reported that they would support compensation. Our Canadian respond-

ents were more in favor of paying plasma donors elsewhere than in Canada, but the differences were small, suggesting a weak role for moral "NIMBY-ism" or relativism. Moral concerns were the respondents' main reason for opposing payments, together with concerns for the safety of plasma from compensated donors, although most of the plasma in Canada does come from paid U.S. donors. Among those in favor of legalizing payments to donors, the main rationale was to guarantee a higher domestic supply. Finally, roughly half of those who declared to be against payments reported that they would reconsider their position if domestic supply plus imports did not cover domestic demand. Most Canadians, therefore, seem to espouse a consequentialist view on issues related to the procurement of plasma.

► **La démocratie en santé en question(s)**

LEFEUVRE K., *et al.*

2018

Rennes : Presses de l'Ehesp

Démarche visant à associer usagers, professionnels et décideurs publics dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, la démocratie en santé fait désormais partie intégrante de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale. À ses débuts hésitante et perçue confusément, elle se diffuse aujourd'hui comme une culture à part entière grâce à des lois qui l'appuient et des pratiques innovantes. Mais comment la démocratie en santé s'exerce-t-elle concrètement ? Comment des patients peuvent-ils devenir experts et former des médecins ? Quelles sont les modalités de représentation des usagers au sein des établissements et des instances de décision ? De quels moyens les usagers-citoyens disposent-ils pour s'exprimer et participer à l'amélioration du système de soins ? À travers 10 questions que chacun peut se poser, cet ouvrage apporte aux professionnels du sanitaire, du social et médico-social, représentants des usagers et associations de patients une présentation simple et concise de l'histoire, des atouts et limites de la démocratie en santé pour envisager l'avenir de notre système de santé.

► **Rapport d'information sur la pollution atmosphérique**

TOCQUEVILLE N.
2018

Paris Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>

Malgré la baisse continue des émissions et des concentrations de polluants enregistrées ces dernières années, de nombreuses agglomérations restent marquées par des dépassements des normes européennes de qualité de l'air relatives au dioxyde d'azote et aux particules fines PM10. Ceci a conduit la Commission européenne à engager deux procédures précontentieuses contre la France. Dans une décision de juillet 2017, le Conseil

d'État a enjoint le Gouvernement à établir d'ici le 31 mars 2018, dans 14 zones concernées, des plans d'actions permettant de réduire la pollution atmosphérique. En réponse, le Gouvernement s'est engagé à élaborer des feuilles de route permettant de réduire à court terme la pollution de l'air dans chacune de ces zones. Afin d'évaluer la démarche gouvernementale d'élaboration de ces feuilles de route, la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat a créé un groupe de travail. Le présent rapport, issu de ses travaux, vise à évaluer les conditions d'élaboration des feuilles de route et à apprécier si les mesures qu'elles prévoient sont à la hauteur des enjeux.

Politique publique

► **Dictionnaire des politiques publiques**

BOUSSAGUET L., JACQUOT S., *et al.*
2014

Paris : SciencesPo Les Presses 2014

Comprenant près de quatre-vingts entrées, ce dictionnaire rassemble les concepts fondamentaux utilisés en politique publique et dresse ainsi un état des lieux de l'analyse de ce domaine d'investigation. Chaque notice propose une définition détaillée, des exemples concrets, et des références bibliographiques, un index thématique et une bibliographie générale complétant l'ensemble.

► **Lutter contre la pauvreté des familles et des enfants : constats et propositions du HCFEA. Note de synthèse**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE.

2018

Paris HCFEA

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

L'objectif des travaux du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, par l'intermédiaire de son Conseil de la famille, publiés le 5 juin 2018, est d'apporter une contribution à la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté voulue par le président de la République qui doit être présentée début juillet.

Prévention

► **Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé**

DUPAYS S., *et al.*
2018

Paris Igas

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000215/index.shtml>

Ce rapport s'inscrit dans la démarche de promotion de l'activité physique engagée par le Gouvernement qui a été intégrée dans la Stratégie nationale de santé (SNS) et le Plan national de santé publique (PNSP), présenté en comité interministériel de santé (CIS), le 26 mars 2018. Il constitue une base de travail pour lever les freins au développement de l'activité physique (AP) à des fins de prévention primaire mais aussi comme « thérapeutique non-médicamenteuse », comme le reconnaît l'Organisation mondiale de la santé (OMS).



La mission a relevé les très nombreuses initiatives menées sur le territoire grâce à une forte mobilisation de l'État, des collectivités locales, des associations sportives, mais aussi du secteur hospitalier, des mutuelles, avec l'appui de professionnels du sport et de la santé. Elle insiste sur la nécessaire reconnaissance du rôle de l'activité physique en matière de santé par un co-pilotage renforcé au niveau national et des financements consolidés distinguant mieux ce qui relève de la prévention primaire de ce qui relève de la prescription non médicamenteuse. S'agissant

du « sport sur ordonnance », la mission préconise le recensement et la visibilité accrue de l'offre d'activités physiques dans un objectif de qualité en agissant notamment sur le contenu des formations des professionnels de santé et du sport. Quant aux « maisons sport-santé », engagement de la ministre des sports conformément à sa feuille de route, la mission suggère de les créer à partir des réseaux de coordination ou des structures de santé pluridisciplinaires existant au niveau local sur la base d'un cahier des charges précis et partagé.

Soins de santé primaires

► **The Effects of Home Health Visit Length on Hospital Readmission**

ANDREYEVA E., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24566. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24566>

Home health care has experienced significant growth as an industry and is viewed as one of the avenues for achieving reductions in the cost and utilization of expensive downstream health care services. Using a novel dataset on home health care visits, this study quantifies the effects of reduced time spent with patients during a post-acute home health visit on hospital readmissions. We focus in particular on the subset of patients with conditions that are subject to penalty under the Hospital Readmission Reduction Program. Since both visit length and readmission risk are likely to be correlated with unobserved illness severity, we use the daily sequence of provider visits and deviation from the provider's average daily workload as instruments for visit length. We find that patients who are visited later in the provider's day as well as those who are visited by a provider who has a higher than usual workload experience home health visits that are shorter than usual. Using our instruments and controlling for patient, visit, and provider characteristics, we find that home health visits that are longer than usual by one minute reduce the risk of hospital readmission by approximately 8 percent. These effects seem to be driven by providers with higher levels of discretion in their time management and care provision. We suggest several approaches that managers

could take to attain reductions in readmissions without incurring significant additional costs.

► **Global Ideas, National Challenges : The Introduction of Disease Management and Pay-For-Performance in France and Germany**

BRUNN M.

2017

Paris Université Paris - Saclay. Sciences de l'homme et de la société (SHS) Spécialité de doctorat : sciences politiques

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01618703/>

Dans de nombreux États providences, les systèmes de santé subissent de nos jours d'importantes transformations en réponse aux pressions budgétaires et caractérisées par le rôle croissant du marché et des mesures de rationalisation. C'est dans ce contexte que la France et l'Allemagne ont mis en place des programmes de Disease Management (DM) dans le but de fournir des soins plus structurés et des modes de paiement à la performance (P4P) pour inciter financièrement les fournisseurs à répondre à certains objectifs. Ces réformes, qui reflètent le rôle croissant de l'État dans les deux systèmes d'assurance maladie, se sont inspirées des modèles anglo-saxons mais se concrétisent de manière distincte en fonction des caractéristiques des systèmes des deux pays. En Allemagne, DM et P4P se sont basés sur la concurrence croissante entre les caisses d'assurance maladie et les hôpitaux tandis qu'en France, ces réformes ont reflété un chan-

gement du rôle de l'assurance maladie « de payeur à acteur ». Le positionnement de la profession médicale vis-à-vis de ces nouveaux instruments de gouvernance, qui sont de nature hiérarchique et qui imposent une logique comptable, est une question clef en France et en Allemagne. Dans les deux pays, les processus de négociations ont été liés à un écart grandissant entre les représentants des médecins et leurs membres, et ce malgré les différences dans la manière dont les médecins sont traditionnellement intégrés dans la régulation des systèmes de santé respectifs (résumé d'auteur).

► **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

2018

Paris CNOM

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_pds_2017_0.pdf

Pour la 15ème année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les modalités de son organisation. Les constats que l'on peut faire cette année sont proches de ceux déjà effectués les années précédentes. En effet, en 2017 comme pour les années précédentes, l'enquête révèle une légère baisse du volontariat bien que les médecins continuent, autant que possible, à assumer vis-à-vis de la population cette mission de service public sur l'ensemble du territoire national. Les situations sont très différentes au sein des régions et départements et souvent même entre les différents secteurs d'un même département. Pour certains départements, la situation est d'ores et déjà critique, il s'agit principalement des départements qui rencontrent des problèmes pour assurer la continuité des soins pendant la journée. D'autres départements connaissent des situations moins préoccupantes mais pourraient subir des dégradations importantes de leur dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans les années à venir. Il s'agit de certains départements pour lesquels la démographie médicale est déclinante et pour lesquelles le maintien d'un système efficient de permanence des soins ambulatoires repose sur la bonne volonté et le dévouement d'un petit nombre de médecins.

► **La formation aux professions de la santé en 2015 : (hors professions médicales et pharmaceutiques)**

CROGUENNEC Y.

2017

Série Statistiques - Document De Travail - Drees(202): 155.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/la-formation-aux-professions-de-la-sante-en-2015-hors-professions-medicales-et>

Ce document de travail présente dans sa première partie les résultats de l'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé en 2015 qui relèvent du ministère chargé de la santé. Dans sa seconde partie, il détaille les statistiques sur les formations aux professions de santé relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur. Pour l'année 2015, sont présentés formation par formation, les tableaux comprenant le nombre de centres de formation, les effectifs d'inscrits, par année d'étude, par session et par sexe, le nombre de diplômés. D'autres tableaux sont par ailleurs présentés sur les caractéristiques des étudiants en 2015 : le statut, l'âge, le mode de prise en charge financière, le niveau d'études antérieur, la série de baccalauréat pour les bacheliers, l'origine sociale, la situation principale l'année précédant l'entrée en formation. Enfin, des tableaux régionaux et chronologiques sont accessibles dans ce document.

► **The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2016 to 2030**

DALL T., et al.

2018

Washington DC Association of American Medical Colleges

<https://news.aamc.org/filer/media/1523886548/1199/>

The United States could see a shortage of up to 120,000 physicians by 2030, impacting patient care across the nation. The study modeled a wide range of health care and policy scenarios, such as payment and delivery reform, increased use of advanced practice nurses and physician assistants, and delays in physician retirements. The report aggregates the shortages in four broad categories: primary care, medical specialties, surgical specialties, and other specialties. By 2030, the study estimates a shortfall of between 14,800 and

49,300 primary care physicians. At the same time, there will be a shortage in non-primary care specialties of between 33,800 and 72,700 physicians. These findings are consistent with previous reports and persist despite modeling that takes into account the use of other health professions and changes in care delivery.

► **Rapport de la Mission deuxième cycle des études de médecine**

DUBOIS-RANDE J ET HENNION-IMBAULT Q.
2018

Paris AEF

<https://aef.publiatis.com/documents/DAM/%7BE4636700-6B26-45A9.../458894.pdf>

L'ancien président de la conférence des doyens des facultés de médecine, le Pr Jean-Luc Dubois-Randé et l'ex vice-président de l'Anemf, Quentin Hennion-Imbault ont rendu en décembre 2017 un rapport sur la réforme du deuxième cycle des études de médecine. Resté jusqu'alors confidentiel, ce rapport a été publié il y a quelques jours. Ce document d'une centaine de pages comprend 13 propositions de refonte du cursus. La piste la plus emblématique de ce rapport est la suppression des ECNi. Décision attendue, le rapport rappelle que le classement général apparaît aujourd'hui comme « obsolète et inadapté » et propose donc un remplacement progressif des ECNi par un système inspiré du Canada et des États-Unis sur le principe du « matching ».

► **Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires**

FOURNIER C., BOURGEOIS I., NAIDITCH M.
2018

Questions d'Économie de la Santé (Irdes) (232)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

Le dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques. Dans le cadre du programme d'évaluation Daphnee, une recherche

sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif Asalée et, d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels. D'autres aspects de cette évaluation donneront lieu à des publications de l'Irdes, notamment une typologie de la coopération entre médecins et infirmières et des résultats concernant l'effet du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins de leurs patients.

► **La santé en réseaux : qualité des soins, entreprise à mission et contrats dérogatoires**

JAGER W.

2018

Paris Terra Nova

<http://tnova.fr/notes/la-sante-en-reseaux-qualite-des-soins-entreprise-a-mission-et-contrats-derogatoires>

En France, chaque patient peut choisir librement son professionnel de santé. Sans accès à une information de qualité, cette liberté risque cependant de se retourner contre son titulaire, d'être facteur de surcoûts, voire de risques. Comment allier autonomie des parties prenantes, qualité des soins, accès à l'information et maîtrise de la dépense ? Les « réseaux de soins » développés par les assureurs privés tentent de répondre à cette question en mettant des patients en relation avec des professionnels répertoriés. Ces réseaux de professionnels agréés ont vocation à proposer de meilleurs rapports qualité-prix aux assurés, à l'instar d'une centrale de référencement ou d'un courtier. L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces réseaux s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. En dépit des fortes résistances qu'ils rencontrent en particulier chez les opticiens, les audioprothésistes ou les chirurgiens-dentistes, cette note plaide pour une plus large reconnaissance des vertus et bénéfices des réseaux de soins. Elle propose également différentes pistes de réflexion pour permettre leur développement dans une plus grande sérénité. Enfin, au moment où les pouvoirs publics pourraient être tentés de les contourner dans le cadre de la réforme en faveur d'un « reste à charge zéro », elle recommande au contraire de s'appuyer sur leur expérience.

► **Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé**

LAUDE A. ET TABUTEAU D.
2018

Paris : IDS

<https://www.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>

Cette étude rassemble des éléments comparés sur les professions de santé dans les pays de l'Union européenne. Afin de parvenir à cerner cette notion de « professions de santé », il convient dans un premier temps de s'intéresser à la manière dont la définition est abordée - ou n'est pas abordée - par le droit des différents États en Europe, le droit de l'Union européenne - le droit international ne définissant pas précisément cette notion. À partir de ce constat selon lequel une telle définition n'existe pas, les professions de santé doivent être étudiées sous l'angle de trois éléments dont il faut tenir compte pour délimiter la profession : la qualification, les compétences, puis les missions du système de santé.

► **Les déserts médicaux. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?**

MANGENEY C. ET GREMY I.
2018

Paris Orsif

<http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/143-offre-de-soins2/869-les-deserts-medicaux-de-quoi-parle-t-on-quels-leviers-d-action>

La question de l'accessibilité aux soins ambulatoires de premier recours occupe aujourd'hui les puissances publiques françaises et préoccupe les citoyens. Preuve en est le nombre d'études, rapports officiels, projets de lois, ou colloques organisés à ce sujet depuis quelques années. Ce rapport vise à proposer une synthèse des éléments de diagnostic sur la situation francilienne, mais aussi des différents facteurs qui conduisent à la situation de pénurie actuelle que connaissent certains territoires et des mesures correctrices qui sont mises en œuvre par les puissances publiques.

► **Les politiques de lutte contre la désertification médicale : les enseignements français et étrangers : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medicale.pdf>

Depuis de nombreuses années, la plupart des pays de l'OCDE sont confrontés, en effet, à des problèmes de raréfaction (shortage) et de répartitions inégales (imbalance) des professions de santé. Parmi les leviers utilisés dans les pays de l'OCDE pour résoudre ces problèmes, la France s'est tout d'abord appuyée sur l'augmentation de médecins en formation – la France est parmi les pays qui forment le moins de nouveaux médecins (6 pour 100 000) en 2011. Elle a ensuite mis en œuvre d'autres politiques autour des incitations financières à l'installation (pas toujours efficaces) dans certaines zones et sur le maintien d'une proportion élevée d'étudiants en médecine générale avec une réussite relative en matière d'équilibre médecins généralistes/médecins spécialistes. Enfin, plus récemment, elle a pris d'autres mesures comme la régionalisation du numerus clausus (sans impact notoire à ce jour), l'encouragement à des départs à la retraite plus tardifs et la mise en place d'autres modes de pratiques professionnelles comme le travail pluri-professionnel et le recours à de nouvelles technologies comme la télémédecine. L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (articles, ouvrages, rapports, littérature grise..) sur les mesures mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale dans les pays de l'OCDE.

Systèmes de santé

► **Multimorbidity: A Priority for Global Health Research**

ACADEMY OF MEDICAL SCIENCE.
2018

Londres Academy of Medical Sciences

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-03/hospital-and-social-care-interface-final-web.pdf>

The health and social care sectors are dependent on one another to succeed. But the boundary – or interface – between the two is challenged daily: care received in one of the sectors has a direct impact on the other. This report focuses on that interface. This report explores the actions and strategies that providers and commissioners have put in place to improve the interface between secondary and social care, with a focus on what hospitals can do. In particular, we look at: collaboration to prevent avoidable hospital admissions, the interface between hospitals and social care providers when patients are discharged from hospital, the relationship between commissioners and social care providers and wholesale organisational integration. Drawing on the experience of seven case study sites, as well as evidence of what has worked to date, we make five recommendations for national policy-makers. We also make seven recommendations for local hospital leaders.

► **L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas**

CARLAC'H, D., *et al.*
2018

Série Études et Recherche - Document De Travail - Drees(136)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/l-organisation-des-soins-bucco-dentaires-en-allemande-en-suede-et-aux-pays-bas>

Ce rapport décrit les modes de prise en charge, les effets sur l'activité et les modèles économiques des cabinets dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays Bas afin d'étudier les caractéristiques des systèmes de prise en charge des soins bucco-dentaires et leurs effets sur l'organisation et les modèles économiques de cabinets.

► **Varieties of Health Care Devolution: 'Systems or Federacies'?**

COSTA FONT J. ET PERDIKIS L.
2018

LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series;130. London London School of Economics and Political Science

<http://www.lse.ac.uk/european-institute/Assets/Documents/LEQS-Discussion-Papers/LEQSPaper130.pdf>

Some European countries have devolved health care services to subnational units. This is especially the case in unitary states that are organised as a national health service, where choice is not 'built into' the health care system. We argue that there are different models of devolving authority to subnational jurisdictions which have repercussions for regional health care inequalities and the amount of policy interdependence across regions. We examine broad trends in two institutional models of devolution: a 'federacy model', where only a few territories obtain health care responsibilities (such as in the United Kingdom), and a 'systems model', where the whole health system is devolved to a full set of subnational units (such as in Spain). This paper briefly discusses the impact of these two models of devolution on the regional diversity of the health system. Our findings suggest that a 'systems model' of decentralisation, unlike a 'federacy model', gives rise to significant policy interdependence. Another finding indicates that geographical dispersion of health care activity is larger in the 'federacy model'.

► **Health System Performance Assessment in the WHO European Region: Which Domains and Indicators Have Been Used by Member States for Its Measurement?**

FEKRI O., *et al.*
2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/365386/hen-55-eng.pdf

L'évaluation de la performance des systèmes de santé (EPSS) varie d'un point à l'autre de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette étude fait la synthèse des domaines et des indicateurs utilisés par les pays dans leurs rap-

ports relatifs à l'EPSS ou aux systèmes de santé. Trente États membres ont publié leurs rapports en anglais, et leurs derniers documents font état de 1 485 indicateurs distincts. Les pays ont rendu compte de 9 à 146 indicateurs chacun, avec une moyenne de 50. Parmi les 14 domaines repris dans le cadre de l'OMS de 2007, la prestation de services et l'amélioration de la santé ont été couverts par quasiment tous les États membres sujets de l'étude (30 et 29, respectivement). En revanche, cette couverture s'est avérée inégale pour les 12 autres domaines : si le personnel de santé et le financement ont bénéficié d'une bonne couverture (25 et 26, respectivement), seuls 20 à 30 % des documents ont pris en compte d'autres domaines, tels que la sécurité, l'efficacité, la couverture ou la réactivité. Il convient d'affiner davantage les cadres, tant sur le plan de la clarté, de leur portée et de leur fonction que sur celui de la consistance conceptuelle des domaines, et de poursuivre la standardisation des ensembles génériques d'indicateurs.

► **Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE.

2018

Paris HCAAM

<http://www.securite-sociale.fr/Contribution-a-la-transformation-du-systeme-de-sante-Rapport-HCAAM-2018>

Ce rapport présente la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la stratégie de transformation du système de santé français, qui s'inscrit nécessairement dans une perspective de moyen terme et doit être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires. Ce document percutant s'attaque au risque d'inertie d'un système cloisonné entre la ville, l'hôpital, le médico-social. De plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, ce modèle ne pourra pas prendre en charge le vieillissement de la population et les maladies chroniques. La soixantaine de membres du HCAAM (partenaires sociaux, gestionnaires des établissements de santé, élus, hauts fonctionnaires, complémentaires santé, etc.) rejettent aussi le scénario d'une restructuration de l'offre pilotée par les grands centres hospitaliers où les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Les malades chroniques ou âgés devraient être essentiellement traités dans un extérieur struc-

turé, qui n'est plus conçu comme un 'amont' ou un 'aval' de séquences hospitalières. À terme, le Haut Conseil considère que l'ensemble des professionnels de santé devrait exercer dans des structures collectives. Ils devraient ainsi assumer collectivement des responsabilités sur leur territoire : garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins. Quant aux hôpitaux, ils devraient se recentrer et passer contrat avec les communautés locales de professionnels pour coordonner les retours à domicile, les systèmes d'information, la formation...

► **Organization and Financing of Public Health Services in Europe: Country Reports**

RECHEL B., et al.

2018

Health Policy Series; 49. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf

Qu'entend-on par « services de santé publique » ? Les pays d'Europe interprètent différemment ce concept, ou ce qu'il implique. Cette étude décrit l'expérience de neuf pays, en expliquant en détail la manière dont ils ont choisi d'organiser et de financer les services de santé publique, et de former et d'employer le personnel de ce secteur. Les pays couverts sont l'Allemagne, l'Angleterre, la France, l'Italie, les Pays-Bas, la Pologne, la République de Moldova, la Slovaquie et la Suède. Les chapitres relatifs aux différents pays présentent un aperçu historique des services de santé publique ainsi que le contexte dans lequel ils opèrent ; définissent les principales structures organisationnelles ; évaluent les sources de financement de la santé publique et leur mode d'allocation ; expliquent la formation et l'emploi de la main-d'œuvre du secteur de la santé publique ; et analysent les cadres existants pour l'évaluation de la qualité et de la performance. L'étude met en évidence la très grande diversité de ces services en Europe ainsi que les expériences très variées dans ce domaine. Elle illustre clairement deux approches fondamentalement différentes des services de santé publique : l'intégration avec des services de santé curatifs (comme en Slovaquie ou en Suède) ou l'organisation et la prestation dans le cadre d'une structure parallèle séparée (République de Moldova). Les études de cas permettent d'examiner le contexte à l'origine de cette divergence et ses implications.

Travail et santé

► **Social Security Programs and Retirement Around the World: Working Longer - Introduction and Summary**

BAILEY JONES, *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24584. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24584>

This is the introduction and summary to the eighth phase of an ongoing project on Social Security Programs and Retirement Around the World. This project, which compares the experiences of a dozen developed countries, was launched in the mid-1990s following decades of decline in the labor force participation rate of older men. The first several phases of the project document that social security program provisions can create powerful incentives for retirement that are strongly correlated with the labor force behavior of older workers. Subsequent phases of the project have explored disability program provisions and their effects on retirement as well as potential obstacles to promoting work at older ages, including whether there is a link between older employment and youth unemployment and whether older individuals are healthy enough to work longer. In the two decades since the project began, the dramatic decline in men's labor force participation has ended and been replaced by sharply rising participation rates. Older women's participation has been rising as well. In this eighth phase of the project, we explore this phenomenon of working longer. We document trends in participation and employment and also consider factors that may help to explain these changes in behavior. We conclude that social security reforms as well as other factors such as the movement of women into the labor force have likely played an important role.

► **Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico administratives**

BARNAY, T. *et al.*

2018

Paris : Irdes/Ceet

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-568-consequences-de-la-survenue-du-cancer-sur-les-parcours-professionnels.html>

Ce rapport étudie les effets à court et moyen termes de la survenue d'un cancer sur l'emploi et l'activité. Il utilise la base de données Hygie, produite par l'Irdes à partir des données administratives de la Caisse nationale de l'assurance maladie et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Hygie permet de reconstituer la carrière de l'individu ainsi que les événements de santé. Une première partie exploite la dimension rétrospective liée à la carrière et confirme l'effet pénalisant du cancer sur l'activité et l'augmentation des arrêts maladie. Une seconde partie exploite la dimension panel de l'échantillon pour étudier les transitions professionnelles consécutives au diagnostic de cancer

► **Accidents du travail et de trajet des salariés seniors en France. Années 2011 et 2012**

BRIERE J. ET SCHWAAB Y.

2018

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2018/Accidents-du-travail-et-de-trajet-des-salaries-seniors-en-France>

En France, le nombre de travailleurs de 50 ans et plus a fortement progressé ces dernières années du fait des évolutions démographiques et de la progression du taux d'emploi des seniors. D'après les projections de l'Insee, le nombre de seniors devrait encore s'accroître dans les années à venir. Pour autant, très peu d'études sont disponibles pour décrire les risques professionnels auxquels ils sont confrontés. L'objectif de cette étude était de calculer des indicateurs nationaux descriptifs des accidents du travail et de trajet survenant chez les seniors et de les comparer aux mêmes indicateurs pour l'ensemble des salariés, en utilisant les données de réparation des accidents du travail enregistrées par deux des principaux régimes de sécurité sociale (régime général et régime des salariés agricoles) pour les années 2011 et 2012. L'étude a confirmé que la fréquence des accidents du travail était plus faible chez les seniors que chez l'ensemble des salariés des deux régimes considérés, mais que les accidents des seniors étaient plus graves. Elle a révélé que, alors que chez les hommes le différentiel de fréquence des accidents du travail et de trajet entre seniors et ensemble des salariés était élevé, il était beaucoup plus limité chez

les femmes. L'étude a mis en évidence que chez les femmes, pour les accidents du travail, les accidents de plain-pied et les chutes de hauteur étaient plus fréquents chez les seniors. Concernant les accidents de trajet chez les femmes, les accidents de plain-pied étaient plus fréquents chez les seniors. Une analyse plus fine (par secteur d'activité notamment) et répétée dans le temps (permettant de confirmer les résultats) des accidents de plain-pied et des chutes de hauteur pourrait permettre d'orienter les futures campagnes d'information et de réfléchir à de nouvelles actions de prévention.

► **Do Working Hours Affect Health? Evidence from Statutory Workweek Regulations in Germany**

CYGAN-REHM K. ET WUNDER C.

2018

SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research ; 967. Berlin DIW

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.584169.de/diw_sp0967.pdf

This study estimates the causal effect of working hours on health. We deal with the endogeneity of working hours through instrumental variables techniques. In particular, we exploit exogenous variation in working hours from statutory workweek regulations in the German public sector as an instrumental variable. Using panel data, we run two-stage least squares regressions controlling for individual-specific unobserved heterogeneity. We find adverse consequences of increasing working hours on subjective and several objective health measures. The effects are mainly driven by women and parents of minor children who generally face heavier constraints in organizing their workweek.

► **Rehabilitation and Return to Work After Cancer — Instruments and Practices**

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK.

2018

Luxembourg Publications Office of the European Union

<https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-after-cancer-instruments-and/view>

Un diagnostic de cancer a des effets immédiats et durables, même après l'achèvement du traitement. Ce projet explore les défis en matière de sécurité et de santé au travail que les employeurs et les salariés doivent relever lorsque des travailleurs retournent au travail après un diagnostic de cancer. Le rapport présente des exemples nationaux d'instruments et de pratiques qui contribuent avec succès à prévenir les absences pour cause de maladie de longue durée et le chômage.

► **The Impact of Sickness Absenteeism on Productivity: New Evidence from Belgian Matched Panel Data**

GRINZA E. ET RYCX F.

2018

Turin Université de Turin

<http://www.bibliocon.unito.it/biblioservizi/RePEc/tur/wpapnw/m51.pdf>

We investigate the impact of sickness absenteeism on productivity by using rich longitudinal matched employer-employee data on Belgian private firms. We deal with endogeneity, which arises from unobserved firm heterogeneity and reverse causality, by applying a modified version of the Akerberg et al's (2015) control function method, which explicitly removes firm fixed effects. Our main finding is that, in general, sickness absenteeism substantially dampens firm productivity. An increase of 1 percentage point in the rate of sickness absenteeism entails a productivity loss of 0.24%. Yet, we find that the impact is much diversified depending on the categories of workers who are absent and across different types of firms. Our results show that sickness absenteeism is detrimental mainly when absent workers are high-tenure or blue-collar workers. Moreover, they show that sickness absenteeism is harmful mostly to industrial firms, high capital-intensive companies, and small- and medium-sized enterprises. This overall picture is coherent with the idea that sickness absenteeism is problematic when absent workers embed high levels of firm/task-specific (tacit) knowledge, when the work of absent employees is highly interconnected with the work of other employees (e.g., along the assembly line), and when firms face more limitations in substituting temporarily absent workers.

► **Does Minimum Wage Affect Workplace Safety?**

HRADIL V.
2018

CERGE-EI Working Paper Series; 615. Prague Charles University in Prague

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3161175

Empirical evidence on the employment effects of minimum wage legislation suggests the possibility that firms react to increases in low-skilled labor costs driven by minimum wages by reducing investments in non-wage job aspects, which can mitigate the need for layoffs. Such adjustments may involve the worsening of workplace safety. To evaluate the hypothesis that increases in minimum wages result in a higher incidence of occupational injuries and illnesses, I use employer-level data from the United States and variation in state minimum wages during 1996-2013. The results suggest that states which increase their minimum wage experience an increase in the incidence of occupational injuries and illnesses. The effect appears stronger in industries that employ large numbers of low-wage workers, and those where the workforce is intensively exposed to health risks.

► **Inequalities in Labour Market Consequences of Common Mental Disorders**

JARL J., *et al.*
2018

Lund Lund University

https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2018_015.html

The burden of mental disorders continues to grow and is now a leading cause of disability worldwide. The prevalence of mental disorders is unequal between population subgroups, and these disorders are associated with unfavourable consequences in social and economic conditions, health and survival. However, how the negative effects of mental disorders are distributed among population subgroups is less studied. Our aim is to investigate how labour market consequences of Common Mental Disorders (CMD) differ over gender, age, education, and country of birth. We use a population sample from southern Sweden of patients diagnosed with CMD 2009-2012 and a matched general population control group with linked register information on employment, long-term sick

leave, and disability pension. Logistic regression with interaction effects between CMD and sociodemographic indicators are used to estimate labour market consequences of CMD in the different population subgroups. CMD have a negative impact on all labour market outcomes studied, reducing employment while increasing the risk of long term sick leave and disability pension. However, the associated effect is found to be stronger for men than women, except for disability pension where consequences are similar. Surprisingly, high educated individuals suffer worse labour market consequences than low educated. Consequences of CMD in labour market outcomes are not consistent across different age-groups and country of birth. Inequalities in the labour market consequences of common mental disorders sometimes contributes to, and sometimes mitigates, societal inequalities in employment, long term sick leave and disability pension. When developing new strategies to tackle mental ill health in the population, it may therefore be motivated to consider not only inequalities in the prevalence of mental disorders, but also inequalities in the consequences of these disorders.

► **Do Opioids Help Injured Workers Recover and Get Back to Work? The Impact of Opioid Prescriptions on Duration of Temporary Disability**

SAVYCH B., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24528. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24528>

We estimate the effect of opioid prescriptions on the duration of temporary disability benefits among workers with work-related low back injuries. We use local opioid prescribing patterns to construct an instrumental variable that generates variation in opioid prescriptions but is arguably unrelated to injury severity or other factors affecting disability duration. Local prescribing patterns have a strong relationship with whether injured workers receive opioid prescriptions, including longer-term prescriptions. We find that more longer-term opioid prescribing leads to considerably longer duration of temporary disability, but little effect of a small number of opioid prescriptions over a short period of time.

Vieillessement

► **Des représentations des patients âgés aux pratiques de gestion des soins : Vers une opportunité de co-production soignant-soigné**

AMINE A., *et al.*

2018

sl : [Halshs archives ouvertes](#)

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01684213>

La relation de service engageant des publics vulnérables (i.e. patients âgés) s'inscrit dans un rapport asymétrique, au désavantage de ce dernier, nourri par les représentations du patient âgé vulnérable et par la légitimité dans l'administration des soins que s'octroient les personnels de santé. Cette asymétrie est amenée à s'incarner dans les pratiques de soins qui vont se (re)configurer le long des expériences de service entre personnels de santé et patients âgés. En mobilisant une approche qualitative auprès du personnel soignant d'un service de Gériatrie, cette recherche montre des instrumentalisation variées de la vulnérabilité du patient âgé soit pour accentuer la tutelle et le contrôle sur ce dernier, soit au contraire pour se délester de certaines tâches rentrant dans la relation de soins sur cette population ouvrant la voie à davantage de co-production des soins, à un « faire avec » les patients âgés (avec une palette de situations intermédiaires liées à la variété des contextes d'interaction).

► **Long-Run Trends in the Economic Activity of Older People in the UK**

BANKS J., *et al.*

2018

[NBER Working Paper Series ; n° 24606. Cambridge NBER](#)

<http://papers.nber.org/papers/W24606>

We document employment rates of older men and women in the UK over the last forty years. In both cases growth in employment since the mid 1990s has been stronger than for younger age groups. On average, older men are still less likely to be in work than they were in the mid 1970s although this is not true for those with low education. We highlight issues with using years of schooling as a measure of educational achievement for analysing labour market trends at older ages, not least because a large proportion of men

who left school at young ages without any formal qualifications, have subsequently acquired some. Reforms – such as the abolition of the earnings test and rises in the female State Pension Age, have pushed up employment rates. But other factors – such as the shift from defined benefit to defined contribution pensions being offered by private sector employers and the growth in employment rates at younger ages among successive cohorts of women – are also important. We discuss the role of other cohort and economy-wide trends, highlighting that the proportion of older men and women employed in professional, managerial and technical occupations has been particularly strong.

► **Quelle réforme du système de retraite ? Les grands enjeux**

BOZIO A., *et al.*

2018

[Notes De L'IPP \(31\)](#)

<https://www.ipp.eu/publication/n31-quelle-reforme-du-systeme-de-retraite-les-grands-enjeux/>

La réforme des retraites annoncée par M. Emmanuel Macron pendant la campagne présidentielle repose sur un certain nombre de principes généraux, souvent résumés par l'engagement « chaque euro cotisé donne les mêmes droits ». Les détails de la réforme n'étant pas encore connus, cette note vise à contribuer au débat public en présentant les principes fondamentaux d'un système en répartition bien conçu, quel que soit le système cible retenu, et à souligner les points d'arbitrages à trancher par le débat démocratique. Nous mettons ainsi en évidence les avantages à revaloriser les droits à la retraite avec la croissance des salaires, et à poser des règles transparentes d'évolution des taux de liquidation en fonction des conditions démographiques du pays. Les arbitrages à trancher sont néanmoins importants : quel taux de cotisation global choisir ? Quelle convergence entre les taux de cotisation des différents régimes ? Quelle vitesse à la transition au nouveau système ? Comment améliorer les mécanismes de solidarité ? Ou encore quelle gouvernance mettre en place ?

► **Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018**

BRAS P. L.

2018

Paris Conseil d'orientation des retraites: 141.

<http://www.cor-retraites.fr/article519.html>

Le rapport annuel 2018 du COR, Évolutions et perspectives des retraites en France, s'inscrit dans le cadre du processus de suivi et de pilotage du système de retraite français mis en place par la loi retraite du 20 janvier 2014.

► **Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)**

BRICARD D., OR Z., PENNEAU A.

2018

Document de travail; DT74 .Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/documents-de-travail.html#DT74>

L'expérimentation sur les Parcours santé des aînés (Paerpa), lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, avec l'objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus, est un exemple d'expérimentation complexe. Elle combine une série de dispositifs nationaux implémentés de façon hétérogène d'un territoire à l'autre. L'évaluation d'expérimentations territoriales comme Paerpa renvoie à des enjeux méthodologiques importants car le traitement de ces expérimentations est hétérogène et l'effet de ce traitement peut varier selon les contextes territoriaux. Ce document de travail présente la méthode du contrôle synthétique (CS) comme une méthode pertinente pour l'évaluation d'impact des politiques territoriales et permet de tester sa robustesse comparativement aux méthodes alternatives plus classiques. L'évaluation s'appuie principalement sur les données du Système national des données de santé (SNDS) de 12 régions françaises de 2010 à 2016. Les contextes socio-économiques et l'offre sanitaire et médico-sociale des territoires sont appréhendés à partir de nombreuses sources de données, à un niveau communal ou départemental.

► **Working Longer in the U.S.: Trends and Explanations**

COILE C.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24576. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24576>

Over the past two decades, labor force participation rates for older men have been rising, reversing a century-long trend towards earlier retirement. Participation rates for older women are rising as well. A number of theories have been put forward to explain the rise in participation at older ages, including improving mortality and health, increasing education and a shift towards less physically demanding work, and changes in employer-provided benefits and Social Security. This paper documents trends in labor force participation and employment at older ages and in the factors that may be contributing to rising participation. A review of these trends and of the relevant literature suggests that increases in education, women's growing role in the economy, the shift from defined benefit to defined contribution pension plans, and Social Security reforms all likely played some role in the trend towards longer work lives.

► **Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017**

COMMISSARIAT GÉNÉRAL À L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES.

2018

Paris : CGET

Phénomène mondial, le vieillissement des populations touche aussi bien des pays développés comme le Japon que des pays émergents comme la Chine. En Europe, il a d'abord concerné les pays du Nord avant de s'étendre à ceux du Sud. Cette augmentation de la part de personnes âgées dans la population européenne (13,7 % des personnes avaient 65 ans et plus en 1990, 19,2 % en 2016 dans l'UE 28) est la dernière conséquence de la transition démographique, qui se traduit par la baisse de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie. La population française vieillit elle aussi, mais à un rythme légèrement moins rapide. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016. Ce vieillissement affecte toutefois différemment les territoires

français. Les territoires peu denses accueillent une forte proportion de populations âgées mais ne vieilliront plus. L'enjeu principal sera le problème de l'isolement. Le périurbain des années 1970 est jeune et va connaître au moins ponctuellement un vieillissement marqué. Un des enjeux majeurs y sera l'accessibilité aux services. Enfin, le littoral méditerranéen cumule les trois facteurs à considérer : une population déjà vieille, une population qui va continuer à vieillir et, du fait d'un territoire attractif, une forte augmentation du nombre de personnes âgées. L'enjeu sera d'adapter les capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour qu'elles accompagnent cette importante augmentation.

► **Avis n°128. Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE.

2018

Paris CCNE

www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_128.pdf

Le vieillissement de notre société est aujourd'hui une réalité démographique indéniable et qui invite à repenser notre façon de vivre ensemble pour permettre une meilleure inclusion des personnes âgées. Des mesures législatives ont ainsi été entreprises ces dernières années pour faire face à cette réalité, que ce soit par la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou bien par celle de 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. C'est dans ce contexte social et politique que le CCNE a choisi de s'autosaisir pour traiter des enjeux éthiques du vieillissement, trop peu présents à ses yeux dans la construction des politiques publiques relatives à l'accompagnement des personnes âgées : comment rendre la société davantage inclusive vis-à-vis de ses citoyen(ne)s les plus âgé(e)s ?

► **L'emploi des seniors**

CORDESSE A.

2018

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

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/2018/2018_14_emploi_seniors.pdf

Dans son avis relatif à l'emploi des seniors, publié le 25 avril 2018, le Comité économique social et environnemental (Cese) élabore 17 préconisations allant dans le sens d'une promotion de l'activité et du maintien dans l'emploi des seniors, fondé sur la lutte contre les stéréotypes et les discriminations. Face aux résultats insatisfaisants du CDD senior, à la réduction du nombre de contrats aidés et à la suppression du contrat de génération, les solutions accessibles aux chômeurs âgés qui connaissent des difficultés spécifiques de retour à l'emploi et de réinsertion deviennent limitées, déplore le Cese. Il préconise donc de mettre en place, en faveur des seniors demandeurs d'emploi de 57 ans et plus, un contrat de travail spécifique permettant le retour dans l'emploi jusqu'à l'acquisition des droits à une retraite à taux plein. Ce contrat de travail serait assorti d'une incitation financière pour l'employeur.

► **Early Social Security Claiming and Old-Age Poverty: Evidence from the Introduction of the Social Security Early Eligibility Age**

ENGELHARDT G. V., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24609. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24609>

Social Security faces a major financing shortfall. One policy option for addressing this shortfall would be to raise the earliest age at which individuals can claim their retirement benefits. A welfare analysis of such a policy change depends critically on how it affects living standards. This paper estimates the impact of the Social Security early entitlement age on later-life elderly living standards by tracing birth cohorts of men who had access to different potential claiming ages. The focus is on the Social Security Amendments of 1961, which introduced age 62 as the early entitlement age (EEA) for retired-worker benefits for men. Based on data from the Social Security Administration and March 1968-2001 Current Population Surveys,

reductions in the EEA in the long-run lowered the average claiming age by 1.4 years, which lowered Social Security income for male-headed families in retirement by 1.5% at the mean, 3% at the median, and 4% at the 25th percentile of the Social Security income distribution. The increase in early claiming was associated with a decrease in total income, but only at the bottom of the income distribution. There was a large associated rise in elderly poverty and income inequality; the introduction of early claiming raised the elderly poverty rate by about one percentage point. Finally, for the 1885-1916 cohorts, the implied elasticity of poverty with respect to Social Security income for male-headed families is 1.6-. Overall, we find that the introduction of early claiming was associated with a reduction in income and an increase in the poverty rate in old age for male-headed households.

► Vieillir dans la dignité

ESCH M. O.

2018

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

<http://www.lecese.fr/travaux-publies/vieillir-dans-la-dignite>

L'insuffisance des moyens humains et financiers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) fait l'objet de nombreuses pétitions citoyennes publiées sur internet. Les pétitionnaires déplorent des situations de sous-effectifs, des conditions de travail dégradées. Avant tout, ils pointent un impératif : assurer aux personnes âgées un accueil, un accompagnement et des soins plus dignes. Les pétitions portent en elles des enjeux financiers et sociétaux sur lesquels le CESE a pris position ces dernières années. En 2014, il avait favorablement accueilli le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement : les orientations proposées, et notamment la place donnée à la prévention, au respect des droits fondamentaux des personnes âgées, au maintien à domicile, lui paraissaient aller dans le bon sens. Le CESE s'inquiétait toutefois des insuffisances du financement de la perte d'autonomie. La « crise des EHPAD » montre que, plus de deux années après l'entrée en vigueur de la loi, les progrès ne sont pas suffisants. Cette crise ne peut pas être isolée des difficultés du système de santé français. Les incertitudes sur le financement de la perte d'autonomie demeurent. Pour le CESE, cela signifie que les réponses doivent être globales et s'inscrire dans

une approche prospective et décloisonnée du médical, du social et du médico-social.

► Tarifs APA : Étude des réalités départementales

FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SERVICES À LA PERSONNE ET DE PROXIMITÉ.

2018

Paris FEDESAP

<https://fr.calameo.com/read/0055426886fc371bf23b1>

De fortes disparités entre les départements ont déjà pu être observées dans les procédures d'attribution de l'APA à domicile. Cette étude réalisée par l'Observatoire national du domicile de la Fédésap, porte sur les tarifs APA fixés par les Conseils départementaux (CD) dans le cadre du mode prestataire. L'objectif est de recueillir de façon exhaustive les différents tarifs APA pratiqués par les Conseils départementaux en 2017, suite à la mise en œuvre de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillesse (ASV). Les résultats mettent en évidence cinq points problématiques : une très forte disparité des tarifs de référence APA départementaux qui sont dans leur grande majorité inférieurs au coût réel des services ; la persistance de pratiques tarifaires « discriminantes » en fonction du type de structures, privées ou associatives, qui conduit une personne âgée à ne pas bénéficier de la même aide publique pour le même service en fonction du SAAD choisi ; des « restes à charges » imputés aux personnes âgées qui varient de 1 à 7€ par heure en fonction des départements ; plus de 50 % des départements ne valorisent pas les interventions des SAAD les dimanches et jours fériés déstabilisant ainsi les modèles économiques fragiles des structures et reportant le surcoût sur les personnes âgées ; la grande majorité des politiques départementales en faveur de l'autonomie ne prennent pas ou ne peuvent prendre en compte les réalités socio-démographiques de leurs territoires : niveau de revenus, densité des personnes âgées et accessibilité à une offre d'hébergement raisonnable.

► **Vieillessement et accès au bien vieillir : enjeux d'innovation et de régulation**

GANNON V. ET TOUZE F.
2018

In : **Vieillessement et gérontechnologies à la Réunion. Saint-Denis : Université de la Réunion: 45-72.**

http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-04/010069772.pdf

Si la réduction des taux de mortalité est une bonne nouvelle, le vieillissement qu'elle induit est souvent source d'inquiétude. En effet, pour beaucoup de seniors, l'idée d'atteindre un âge élevé est aussi synonyme d'un risque accru de dégradation de la qualité de vie en raison d'une perte d'autonomie et d'entrée en dépendance. La dépendance et la perte d'autonomie renvoient à des états particuliers. La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales; et donc de s'adapter à son environnement. L'autonomie, elle, est définie par la capacité à se gouverner soi-même (possibilité d'aides permettant l'autonomie). Ce chapitre constitue une analyse coût-bénéfice des politiques publiques destinées à la prévention de la perte d'autonomie.

► **Why Are People Working Longer in the Netherlands?**

KALWIJ A., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24636. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24636>

Labor force participation at older ages has been rising in the Netherlands since the mid-nineteen-nineties. Reforms of the social security and pension systems have often been put forward as main explanations for this rise. However, participation rates above the normal retirement age of 65 have almost tripled for men and quadrupled for women despite the fact that at those ages reforms are unlikely to have had much impact. This suggests other factors may have played an important role in this rise as well. In addition to the effects of reforms in social security and pension systems, this chapter examines the importance for men's labor force participation at older ages of improved health, increased levels of education, and differences in skills across cohorts, as the older cohorts moved into

retirement, such that workers' characteristics better matched labor demand. These changes on the labor supply side are likely to have contributed to the success of the reforms since the mid-nineteen-nineties and to have had a large independent impact on men's labor force participation at older ages.

► **The Recent Rise of Labor Force Participation of Older Workers in Sweden**

LAUN L. ET PALME M.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24593. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24593>

This paper studies the background to the increase in labor force participation of older workers in Sweden since 2000. In the first part, we study how the characteristics of the elderly have changed with respect to health, education level and work environment, as well as the impact of joint decision-making within the household. In the second part, we study the importance of institutional changes, including a major reform of the old-age pension system, introduction of tax credits for older workers, changes of the mandatory retirement age and stricter eligibility criteria in the disability insurance program. We find that the rise in labor force participation has coincided with improvements in health and educational attainment across birth cohorts as well as increased screening stringency in the disability insurance program.

► **Co-Payments in Long-Term Home Care: Do They Affect the Use of Care?**

NON M.
2017

CPB Discussion Paper; 363. La Hague CPB

<https://www.cpb.nl/en/publication/co-payments-in-long-term-home-care-do-they-affect-the-use-of-care>

We study the effect of a policy change in co-payments on the use of long-term home care in The Netherlands. The change increased co-payments for persons with considerable household financial assets. For identification we apply a difference-in-difference analysis with matched treatment and control groups. We find a significant effect at the extensive margin: persons affected by the policy change are less likely to take

up care. The magnitude of the response increases over time, corresponding with an average annual price elasticity of demand of -0.14 and a price elasticity of -0.26 for episodes of care one year after the change. We do not find a significant effect at the intensive margin: persons who take up care do not use less hours of care.

► **Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats**

OR Z, BRICARD D., LE GUEN N., *et al.*
2018

Rapport Irdes; 568 . Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>

Les expérimentations Paerpa (Parcours santé des aînés), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation. L'évaluation conçue par l'Irdes vise à porter un jugement global sur les résultats des projets, en tenant compte de leurs spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa et au moyen de critères communs. Ce rapport intermédiaire présente les principales étapes et méthodes de l'évaluation d'impact, et dévoile les premiers résultats sur les données 2015-2016.

► **Labor Force Participation of the Elderly in Japan**

OSHIO T., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24614. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24614>

Japan experienced increases in labor force participation (LFP) of the elderly in recent years, as have other advanced countries. In the present study, we overview the employment trend of the elderly in Japan, and examine what factors have contributed to its increase

since the early 2000s. Improved health and longevity, increasing education levels, and a shift towards less physically demanding jobs have allowed the elderly to stay longer in the labor force. However, elderly employment rebound and its timing are more closely linked to changes in social security incentives, especially increases in the eligibility age for public pension benefits. More broadly, reduced generosity in social security programs since the mid-1980s has been a key driver of the long-term trend change in elderly employment. A series of social security reforms have helped utilize the elderly's potential work capacity, accumulated due to improving health conditions and other favorable factors for LFP in the elderly. s.

► **The Kids Are Alright - Labour Market Effects of Unexpected Parental Hospitalisations in the Netherlands**

RELLSTAB S., *et al.*
2018

Tinbergen Institute Discussion Paper ; 2018-049/V. Rotterdam Tinbergen Institute

<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20180049.html>

Unexpected negative health shocks of a parent may reduce adult children's labour supply via informal caregiving and stress-induced mental health problems. We link administrative data on labour market outcomes, hospitalisations and family relations for the full Dutch working age population for the years 1999-2008 to evaluate the effect of an unexpected parental hospitalisation on the probability of employment and on conditional earnings. Using a difference-in-differences model combined with coarsened exact matching and individual fixed effects, we find no effect of an unexpected parental hospitalisation on either employment or earnings for Dutch men and women, and neither for the full population nor for subpopulations most likely to become caregivers. These findings suggest that the extensive public coverage of formal long-term care in the Netherlands provides sufficient opportunities to deal with adverse health events of family members without having to compromise one's labour supply.

► **Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**

RICORDEAU P. ET BOUIH Y. C.

2018

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article664>

La mission de médiation de l'Igas sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), demandée par la ministre des solidarités et de la santé, s'est déroulée en février-mars 2018. Elle a fait suite aux débats relatifs aux impacts de la mise en œuvre de cette réforme en 2017, en application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 et des mesures réglementaires d'application publiées en décembre 2016. La mission a rencontré une soixantaine d'acteurs au niveau national et plus de 200 interlocuteurs au niveau territorial, dans six régions visitées : conseils départementaux, agences régionales de santé (ARS), fédérations d'établissements et groupes de directeurs d'Ehpad. La visite d'une quinzaine d'établissements de statuts différents a également permis des échanges avec les administrateurs, les directeurs, les salariés, les résidents et les familles. Le rapport comprend : - une synthèse des ressentis des acteurs sur la réforme de la tarification ; - des éléments d'analyse de cette réforme et de la transformation du secteur des Ehpad ; - une série de propositions.

► **Dépendance : les enseignements oubliés du rapport du HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie »**

TERRA NOVA.

2018

(2011)». Paris Terra Nova

<http://tnova.fr/notes/dependance-les-enseignements-oublies-du-rapport-du-hcaam-assurance-maladie-et-perte-d-autonomie-2011>

Le vieillissement de la population, qui se traduit par des gains de temps de vie en bonne santé, crée aussi des situations plus fréquentes de pertes d'autonomie liées au grand âge. La prise en charge de cette dépendance est aujourd'hui insuffisante, malgré la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002. Le débat politique, plusieurs fois esquissé et

reporté, sur la création d'un « cinquième risque » est longtemps resté au point mort, comme s'il inquiétait tous les acteurs. On craint en particulier une dépense immaîtrisable qui viendrait heurter les objectifs de resserrement des dépenses de santé. Pourtant, la dépense actuelle de 6 milliards d'euros (en 2017) ne représente qu'une modeste fraction des dépenses de santé (100 milliards pour les dépenses hospitalières). Mais surtout, des expérimentations locales montrent que la bonne prise en charge des personnes dépendantes ne signifie pas toujours une hausse des dépenses globales. La particularité de la dépendance du grand âge est en effet qu'elle associe du soin médical et de l'aide à l'autonomie, du cure et du care. Or, mieux on accompagne les personnes âgées dans leur vie quotidienne, plus on évite des dépenses de soins, notamment hospitaliers. A l'inverse, moins on anticipe les besoins des personnes, plus on doit recourir à des prises en charge médicales et hospitalières mal calibrées et inutilement coûteuses. Il est donc essentiel, avant de parler budget et financement, de bien caractériser la spécificité de la prise en charge de la dépendance du grand âge afin de définir les formes collectives de solidarité les plus adaptées à la qualité de l'accueil et à la continuité des parcours de santé qui est le besoin essentiel des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est ce que propose cette note qui invite notamment à réexaminer les analyses et conclusions d'un rapport de 2011 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Watch on Health Economics Literature

September 2018

IRDES Information Centre

Health Insurance	Pharmaceuticals
Demography	Methodology - Statistics
Health Economics	Health Policy
Technologies médicales	Public Policy
Health status	Prevention
Geography of Health	Primary Health Care
Disability	Health systems
Hospital	Occupational Health
Social Health Inequalities	Aging

Presentation

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

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

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

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

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

Watch on Health Economics Literature

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

ISSN 2556-2827

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



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

Contents

Health Insurance

- 57** Effects of the Affordable Care Act on Health Behaviors After Three Years
Courtemanche C., et al.
- 57** Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable
Debeaupuis J. et Marty-Chastan C.
- 57** Take-Up, Drop-Out, and Spending in ACA Marketplaces
Diamond R., et al.
- 58** Premium Levels and Demand Response in Health Insurance: Relative Thinking and Zero-Price Effects
Douven R., et al.
- 58** Insurance Expansions and Children's Use of Substance Use Disorder Treatment
Hammersma S. et Maclean C.
- 58** Extrapolation Using Selection and Moral Hazard Heterogeneity from Within the Oregon Health Insurance Experiment
Kowalski A. E.
- 59** La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres
Perronnin M. et Louvel A.
- 59** Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être
Pierre A., Jusot F., Raynaud D.
- 60** Cost-Sharing Design Matters: A Comparison of the Rebate and Deductible in Healthcare
Remmerswaal M., et al.

Demography

- 60** Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable
Moisy M.

Health Economics

- 60** Évaluation médico-économique du paiement à l'épisode de soins
Bizard F.
- 61** Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2017
Cour des Comptes.
- 61** Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale
Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale.
- 61** Health Insurance, Endogenous Medical Progress, and Health Expenditure Growth
Frankovic I. et Kuhn M.
- 62** The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data
Nishi T.
- 62** Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine
Penneau A., Pichetti S., Espagnacq M.

Technologies médicales

- 63** Données de santé : nouvelles perspectives pour les acteurs et les systèmes de soins
Association Lir
- 63** Donner un sens à l'intelligence artificielle. Pour une stratégie nationale et européenne
Conseil National du Numérique.
- 63** Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise - Rapport d'élaboration de la fiche mémo
Haute Autorité de Santé.

Health status

- 64** **Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum - Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM**
Institut National du Cancer.
- 64** **Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence**
Observatoire National du Suicide.
- 64** **Air Pollution and Mental Health: Evidence from China**
Chen S., et al.
- 64** **Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé**
Mara D.
- 65** **How Is Depression Related to Education?**
Normandeau S.

Geography of Health

- 65** **L'aménagement du territoire en France**
Desjardins X. et Geneau Delamarlière I.

Disability

- 65** **Mental Health, Human Rights and Standards of Care**
Organisation Mondiale de la Santé.
- 66** **Physical Disability and Labor Market Discrimination: Evidence from a Field Experiment**
Bellemare C., et al.
- 66** **Health, Employment, and Disability: Implications from the Undocumented Population**
Borjas G. J. et Slusky D.
- 66** **Parcours de santé des personnes en situation de handicap en Centre Val-de-Loire**
Observatoire Régional de la Santé.

Hospital

- 66** **Tensions entre normes professionnelles et personnelles des personnels soignants : Histoire d'une résistance ordinaire dans la relation de service aux patients âgés**
Amine A., et al.
- 67** **Productivity of the English NHS: 2015/16 Update**
Castelli A., et al.
- 67** **Construire une évaluation d'un SI au domicile du patient en HAD**
Cazeneuve H., et al.
- 67** **Managing the Hospital and Social Care Interface : Interventions Targeting Older Adults**
Cheung R., et al.
- 68** **Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2017**
Daniau C., et al.
- 68** **What underlies the observed hospital volume-outcome relationship?**
Huguet M., et al.
- 68** **Hospital Competition Under Pay-For-Performance: quality, Mortality and Readmissions**
Lisi D., et al.
- 68** **Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997**
Oberlin P. et De Peretti C.
- 69** **Does Price Competition Damage Healthcare Quality?**
Roos A. F., et al.
- 69** **Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment**
Saghafian S. et Hopp W. J.

Social Health Inequalities

- 70** **Migrants and Refugees: Good Practices in Hospitals and Healthcare Services**
Hope Survey
- 70** **Les revenus et le patrimoine des ménages : Édition 2018**
Blasco J. c., et al.

- 70 La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher**
Cash R. et Kervasdoué J.
- 71 Pauvreté, Égalité, Mortalité: Mortality (In) Equality in France and the United States**
Currie J., et al.
- 71 Mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires chez les femmes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité**
Diene E., et al.
- 71 Take-Up and Targeting: Experimental Evidence from SNAP**
Finkelstein A. et Notowidigdo M. J.
- 71 Programme Cosmop : surveillance de la mortalité par cause selon l'activité professionnelle. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1976 à 2005**
Geoffroy-Perez B., et al.
- 72 Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé »**
Gorza M. et Eilstein D.
- 72 Des inégalités de niveau de vie plus marquées une fois les dépenses pré-engagées prises en compte**
Lelievre M. et Remila N.

Pharmaceuticals

- 73 Surveillance de la consommation des antibiotiques - Réseau ATB-Raisin. Résultats 2016**
Santé Publique France.
- 73 Efficacité et effets indésirables des statines : évidences et polémiques**
Bezin J. et Bordet R.
- 73 The Rising Cost of Medicines to the NHS. What's the Story?**
Ewbank L., et al.
- 74 Innovation and Diffusion of Medical Treatment**
Hamilton B. H. et al.
- 74 The Impact of New Drug Launches on Life-Years Lost in 2015 from 19 Types of Cancer in 36 Countries**
Lichtenberg F. R.

- 74 The Debate on Indication-Based Pricing in the U.S. and Five Major European Countries**
Towse A., et al.

Methodology - Statistics

- 75 Designing and Conducting Mixed Methods Research**
Creswell J. W. et Plano Clark V. L.
- 75 Tail and Center Rounding of Probabilistic Expectations in the Health and Retirement Study**
Giustinelli P., et al.
- 75 A Cautionary Note on the Reliability of the Online Survey Data: The Case of Wage Indicator**
Smyk M., et al.

Health Policy

- 76 La stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) : évaluation de la mise en œuvre et propositions d'évolution**
Bartoli F., et al.
- 76 Moral NIMBY-IsM? Understanding Societal Support for Monetary Compensation to Plasma Donors in Canada**
Lacetera N. et Macis M.
- 76 La démocratie en santé en question(s)**
Lefevre K., et al.
- 77 Rapport d'information sur la pollution atmosphérique**
Tocqueville N.

Public Policy

- 77 Dictionnaire des politiques publiques**
Boussaguet L., Jacquot S., et al.
- 77 Lutter contre la pauvreté des familles et des enfants : constats et propositions du HCFEA. Note de synthèse**
Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age.

Prevention

- 77** **Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé**
Dupays S., *et al.*

Primary Health Care

- 78** **The Effects of Home Health Visit Length on Hospital Readmission**
Andreyeva E., *et al.*
- 78** **Global Ideas, National Challenges : The Introduction of Disease Management and Pay-For-Performance in France and Germany**
Brunn M.
- 79** **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017**
Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- 79** **La formation aux professions de la santé en 2015 : (hors professions médicales et pharmaceutiques)**
Croguennec Y.
- 79** **The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2016 to 2030**
Dall T., *et al.*
- 80** **Rapport de la Mission deuxième cycle des études de médecine**
Dubois-Rande J et Hennion-Imbault Q.
- 80** **Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires**
Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M.
- 80** **La santé en réseaux : qualité des soins, entreprise à mission et contrats dérogatoires**
Jager W.
- 81** **Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé**
Laude A. et Tabuteau D.
- 81** **Les déserts médicaux. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?**
Mangeney C. et Gremy I.

- 81** **Les politiques de lutte contre la désertification médicale : les enseignements français et étrangers : bibliographie thématique**
Safon M. O.

Health systems

- 82** **Multimorbidity: A Priority for Global Health Research**
Academy of Medical Science.
- 82** **L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas**
Carlac'H, D., *et al.*
- 82** **Varieties of Health Care Devolution: 'Systems or Federacies'?**
Costa Font J. et Perdakis L.
- 82** **Health System Performance Assessment in the WHO European Region: Which Domains and Indicators Have Been Used by Member States for Its Measurement?**
Fekri O., *et al.*
- 83** **Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018**
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.
- 83** **Organization and Financing of Public Health Services in Europe: Country Reports**
Rechel B., *et al.*

Occupational Health

- 84** **Social Security Programs and Retirement Around the World: Working Longer - Introduction and Summary**
Bailey Jones, *et al.*
- 84** **Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico administratives**
Barnay, T. *et al.*
- 84** **Accidents du travail et de trajet des salariés seniors en France. Années 2011 et 2012**
Briere J. et Schwaab Y.

- 85 Do Working Hours Affect Health? Evidence from Statutory Workweek Regulations in Germany**
Cygan-Rehm K. et Wunder C.
- 85 Rehabilitation and Return to Work After Cancer — Instruments and Practices**
European Agency for Safety and Health at Work.
- 85 The Impact of Sickness Absenteeism on Productivity: New Evidence from Belgian Matched Panel Data**
Grinza E. et Rycx F.
- 86 Does Minimum Wage Affect Workplace Safety?**
Hradil V.
- 86 Inequalities in Labour Market Consequences of Common Mental Disorders**
Jarl J., et al.
- 86 Do Opioids Help Injured Workers Recover and Get Back to Work? The Impact of Opioid Prescriptions on Duration of Temporary Disability**
Savych B., et al.
-
- Aging**
- 87 Des représentations des patients âgés aux pratiques de gestion des soins : Vers une opportunité de co-production soignant-soigné**
Amine A., et al.
- 87 Long-Run Trends in the Economic Activity of Older People in the UK**
Banks J., et al.
- 87 Quelle réforme du système de retraite ? Les grands enjeux**
Bozio A., et al.
- 88 Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018**
Bras P. L.
- 88 Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)**
Bricard D., Or Z., Penneau A.
- 88 Working Longer in the U.S.: Trends and Explanations**
Coile C.
- 88 Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017**
Commissariat Général à l'Égalité des Territoires.
- 89 Avis n°128. Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?**
Comité Consultatif National d'Éthique.
- 89 L'emploi des seniors**
Cordesse A.
- 89 Early Social Security Claiming and Old-Age Poverty: Evidence from the Introduction of the Social Security Early Eligibility Age**
Engelhardt G. V., et al.
- 90 Vieillir dans la dignité**
Esch M. O.
- 90 Tarifs APA : Étude des réalités départementales**
Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité.
- 91 Vieillesse et accès au bien vieillir : enjeux d'innovation et de régulation**
Gannon V. et Touze F.
- 91 Why Are People Working Longer in the Netherlands?**
Kalwij A., et al.
- 91 The Recent Rise of Labor Force Participation of Older Workers in Sweden**
Laun L. et Palme M.
- 91 Co-Payments in Long-Term Home Care: Do They Affect the Use of Care?**
Non M.
- 92 Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats**
Or Z, Bricard D., Le Guen N., et al.
- 92 Labor Force Participation of the Elderly in Japan**
Oshio T., et al.
- 92 The Kids Are Alright - Labour Market Effects of Unexpected Parental Hospitalisations in the Netherlands**
Rellstab S., et al.

- 93 Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**
Ricordeau P. et Bouih Y. c.

- 93 Dépendance : les enseignements oubliés du rapport du HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie »**
Terra Nova.

Health Insurance

► **Effects of the Affordable Care Act on Health Behaviors After Three Years**

COURTEMANCHE C., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24511. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24511>

This paper examines the impacts of the Affordable Care Act (ACA) – which substantially increased insurance coverage through regulations, mandates, subsidies, and Medicaid expansions – on behaviors related to future health risks after three years. Using data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System and an identification strategy that leverages variation in pre-ACA uninsured rates and state Medicaid expansion decisions, we show that the ACA increased preventive care utilization along several dimensions, but also increased risky drinking. These results are driven by the private portions of the law, as opposed to the Medicaid expansion. We also conduct subsample analyses by income and age.

► **Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable**

DEBEAUPUIS J. ET MARTY-CHASTAN C.

2018

Paris Ministère chargé de la Santé

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_tiers_payant_avril_18.pdf

Ce rapport de l'Igas sur les conditions de déploiement du tiers-payant intégral propose le calendrier dans lequel peuvent s'inscrire ce déploiement et les priorités en termes d'accès pour des populations ou des modalités de consultations. Ce rapport sera transmis au parlement et la ministre souhaite que les déploiements prévus auprès des professionnels de santé soient mis en œuvre conformément aux préconisations de la mission. Pour les cas d'obligation légale, le taux de tiers payant des actes médicaux atteint aujourd'hui 85 %. La mission préconise d'accélérer encore sur la part obligatoire avec pour objectif d'améliorer encore les taux de rejets et de s'approcher à trois ans (fin 2020) de 100 % de tiers payant en ACS, ALD et maternité. Les outils développés par l'assurance maladie obligatoire

sont déjà disponibles et en cours de diffusion auprès des professionnels de santé (téléservice d'accès aux droits ADRI notamment). Les outils des organismes d'assurance maladie complémentaires (téléservice de droits complémentaires et de calculs IDB-CLC) sont en cours de développement et devront couvrir 75 % des assurés dès mi-2018 et la quasi-totalité en septembre 2019. Les éditeurs de logiciel mettront à disposition l'ensemble des outils nécessaires à la généralisation du tiers payant mi-2019 au plus tard. Ils devront également préciser très rapidement la montée en charge des différents logiciels sur la période 2018-2019. Les obstacles techniques à la généralisation du tiers payant intégral seront donc levés au plus tard fin 2019. Les concertations ont par ailleurs montré l'intérêt de développer plus particulièrement et plus rapidement le tiers-payant intégral pour certaines activités ou populations prioritaires en termes d'accès aux soins et de santé publique : actes pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, comme les actes de dépistage du cancer, actes réalisés pendant la période de permanence des soins, activité en centre de santé, jeunes et étudiants. Afin de sécuriser la montée en charge du tiers payant, l'Igas suggère enfin de pérenniser le comité de pilotage et de mettre en place un tableau de bord partagé afin d'évaluer l'outil et la qualité de service rendu aux professionnels de santé.

► **Take-Up, Drop-Out, and Spending in ACA Marketplaces**

DIAMOND R., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24668. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24668>

The Affordable Care Act (ACA) established health insurance marketplaces where consumers can buy individual coverage. Leveraging novel credit card and bank account micro-data, we identify new enrollees in the California marketplace and measure their health spending and premium payments. Following enrollment, we observe dramatic spikes in individuals' health care consumption. We also document widespread attrition, with more than half of all new enrollees dropping coverage before the end of the plan year. Enrollees who drop out re-time health spending to the months

of insurance coverage. This drop-out behavior generates a new type of adverse selection: insurers face high costs relative to the premiums collected when they enroll strategic consumers. We show that the pattern of attrition undermines market stability and can drive insurers to exit, even absent differences in enrollees' underlying health risks. Further, using data on plan price increases, we show that insurers largely shift the costs of attrition to non-drop-out enrollees, whose inertia generates low price sensitivity. Our results suggest that campaigns to improve use of social insurance may be more efficient when they jointly target take-up and attrition.

► **Premium Levels and Demand Response in Health Insurance: Relative Thinking and Zero-Price Effects**

DOUVEN R., *et al.*

2017

CPB Discussion Paper; 366. La Hague CPB

<https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Discussion-Paper-366-Premium-levels-and-demand-response-in-health-insurance.pdf>

In health care systems with a competitive health insurance market, governments or other sponsors (e.g. employers) often subsidize premiums to encourage enrolment. These subsidies are typically independent of plan choice leaving the absolute premium differences in place so as not to distort consumer choice of plan. Such subsidies do, however, change the relative premium differences across plans, which, according to theories from behavioral economics, can affect choice. Consumers might be sensitive to differences relative to a reference premium ("relative thinking"). Furthermore, consumers might be particularly sensitive to a reference premium of zero ("zero-price effect"), a relevant range for some subsidized health insurance markets. This paper tests these ideas with two sources of evidence. We argue that observed equilibria in Germany and the U.S. Medicare Advantage markets are consistent with a powerful zero-price effects, resulting in an equilibrium focal pricing at zero. This contrasts with the Netherlands where equilibrium premiums are well above zero. In an empirical test using hypothetical questions in a web-based survey in these three countries, we also find evidence for both a relative thinking and a zero-price effect in the demand for health insurance. Our findings imply that well-designed subsidies can leverage relative thinking to increase demand

elasticity for health plans. Creation of a powerful reference price (e.g., at zero), however, risks subverting price competition.

► **Insurance Expansions and Children's Use of Substance Use Disorder Treatment**

HAMERSMA S. ET MACLEAN C.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24499. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24499>

This study provides the first evidence on the effects of U.S. state-level private and public insurance expansions on specialty substance use disorder (SUD) treatment use among children ages 12 to 18. We examine both private and public expansions over the period 1996 to 2010. Public insurance expansions are measured by changes in income thresholds for Medicaid and the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Private expansions are generated by state laws that compel private insurers to cover SUD treatment services at 'parity' with general healthcare services. We apply differences-in-differences regression models and leverage an all-payer admissions dataset. Our findings suggest that expansions, both private and public, lead to increases in admissions to treatment and increased insurance coverage among children in treatment. After public expansions, we find that treated children are more likely to be younger and to have previous experience with treatment, but less likely to be referred by the criminal justice system. We find no evidence that public expansions crowd out adult admissions, and in fact both public and private expansions increase at least some types of admissions among adults.

► **Extrapolation Using Selection and Moral Hazard Heterogeneity from Within the Oregon Health Insurance Experiment**

KOWALSKI A. E.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24647. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24647>

I aim to shed light on why emergency room (ER) utilization increased following the Oregon Health Insurance Experiment but decreased following a Massachusetts

policy. To do so, I unite the literatures on insurance and treatment effects. Under an MTE model that assumes no more than the LATE assumptions, comparisons across always takers, compliers, and never takers can inform the impact of policies that expand and contract coverage. Starting from the Oregon experiment as the «gold standard,» I make comparisons within Oregon and extrapolate my findings to Massachusetts. Within Oregon, I find adverse selection and heterogeneous moral hazard. Although previous enrollees increased their ER utilization, evidence suggests that subsequent enrollees will be healthier, and they will decrease their ER utilization. Accordingly, I can reconcile the Oregon and Massachusetts results because the Massachusetts policy expanded coverage from a higher baseline, and new enrollees reported better health.

► **La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres**

PERRONNIN M. ET LOUVEL A.

2018

Études et Résultats (Drees) (1048)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-complementaire-sante-en-2014-5-de-non-couverts-et-12-parmi-les-20-les-plus>

En 2012 et 2014, près de 5 % des personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires. L'absence de couverture complémentaire est souvent liée au revenu. Elle est plus fréquente chez les chômeurs, les inactifs en âge de travailler, et les jeunes adultes. Parmi les salariés du secteur privé, près de 7 sur 10 bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur employeur. Certaines catégories de salariés, les personnes en CDD, les employés de commerce, et les ouvriers non qualifiés sont moins souvent couverts par ce biais. Les indépendants, les fonctionnaires et les retraités sont, eux, très majoritairement couverts par des contrats individuels et se déclarent moins souvent bien couverts pour leurs soins que les salariés du secteur privé titulaires d'un contrat collectif.

► **Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être**

PIERRE A., JUSOT F., RAYNAUD D.

2018

Document de travail Irdes; 75. Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/documents-de-travail.html#DT75>

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Elle s'accompagne en sus d'une amélioration de la portabilité de cette complémentaire pour les chômeurs jusqu'à douze mois après la rupture du contrat de travail. Cette réforme a été largement soutenue par les pouvoirs publics qui souhaitent généraliser, à tous, la couverture santé par une complémentaire de qualité. Elle pose toutefois un certain nombre de questions en termes d'équité et d'efficacité. En effet, non seulement elle exclut de facto la quasi totalité des individus sans emploi qui sont plus souvent précaires, mais en plus, elle contraint les salariés à ne pas pouvoir choisir leur niveau de couverture santé optimal au regard de leurs besoins de soins et de leurs préférences. En mobilisant le cadre théorique de l'utilité espérée, nous proposons dans ce travail de simuler les gains et les pertes de bien-être à attendre de cette réforme sur l'ensemble de la population. Nous mobilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012, appariées aux données de remboursements de l'Assurance maladie à partir desquelles nous élaborons une situation contrefactuelle de la réforme de l'Accord national interprofessionnel (Ani). Nous tenons compte en particulier des effets indirects que cette réforme devrait induire sur le marché individuel de la complémentaire santé et sur le marché du travail, et mobilisons un indicateur subjectif des préférences des individus vis-à-vis du risque.

► **Cost-Sharing Design Matters: A Comparison of the Rebate and Deductible in Healthcare**

REMMERSWAAL M., et al.

2017

CPB Discussion Paper; 367. La Hague CPB: 18.

<https://www.cpb.nl/en/publication/cost-sharing-design-matters-a-comparison-of-the-rebate-and-deductible-in-healthcare>

Since 2006, the Dutch population has faced two different cost-sharing schemes in health insurance for curative care: a mandatory rebate of 255 euros in 2006 and 2007, and since 2008 a mandatory deductible. Using

administrative data for the entire Dutch population, we compare the effect of both cost-sharing schemes on healthcare consumption between 2006 and 2013. We use a regression discontinuity design which exploits the fact that persons younger than eighteen years old neither face a rebate nor a deductible. Our fixed effect estimate shows that for individuals around the age of eighteen, a one euro increase of the deductible reduces healthcare expenditures 18 eurocents more than a euro increase of the rebate. These results demonstrate that differences in the design of a cost-sharing scheme can lead to substantial different effects on total healthcare expenditure.

Demography

► **Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable**

MOISY M.

2018

Études Et Résultats (Drees) (1046)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-espérance-de-vie-en-bonne-sante>

En 2016, l'espérance de vie en bonne santé s'élève en France à 64,1 ans pour les femmes et à 62,7 ans pour les

hommes. Elle est stable depuis dix ans. Parallèlement, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans, qui s'établit à 10,5 ans pour les femmes et 9,4 ans pour les hommes, a augmenté au cours de cette période : respectivement +0,9 an et +0,8 an. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de progression de l'espérance de vie à la naissance. En 2016, celle-ci atteint 85,3 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. Alors que la France occupe l'une des meilleures places en matière d'espérance de vie à la naissance, elle est assez proche de la moyenne européenne pour l'espérance de vie en bonne santé.

Health Economics

► **Évaluation médico-économique du paiement à l'épisode de soins**

BIZARD F.

2018

Paris SOFCOT

<http://www.sofcot.fr/CNP-SOFCOT/Actualites/Remuneration-forfaitisee-d-un-episode-de-soin>

Réalisé à la demande de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFCOT) et du BLOC, ce rapport porte sur les conséquences de la rémunération au forfait d'un épisode de soins sur

la prothèse de hanche et de genou telle qu'elle se pratique en Suède et aux États-Unis. Ses conclusions rapportent des résultats mitigés, un mode de rémunération à haut risque pour les patients comme pour les soignants. Il met en garde également contre la mise en œuvre de modèles étrangers en France. En effet, dans le cadre français, un certain nombre de prérequis ne sont pas réunis pour démarrer l'expérimentation. Ainsi, la France enregistre un important retard en matière de numérisation et d'investissements et des preuves ne sont pas établies sur la qualité et la pertinence des soins.

► **Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2017**

COUR DES COMPTES.

2018

Paris Cour des comptes

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000330/index.shtml>

Ce douzième rapport de la Cour des comptes sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale porte sur l'exercice 2017. Pour la cinquième année consécutive, elle certifie les comptes de la totalité des entités du régime général, en formulant toutefois 28 réserves, contre 31 pour l'exercice 2016. Ces réserves portent, en grande majorité, sur la maîtrise des risques et sur les procédures de contrôle interne. Le rapport souligne toutefois que depuis le premier exercice soumis à certification (2006), des progrès importants ont été observés dans l'ensemble des branches du régime général, selon un rythme et une ampleur variables.

► **Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale**

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE.

2018

Paris HCFi-PS

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/etat-lieux-enjeux-reformes-financement-de-protection-sociale>

Étant donné l'impact des dernières lois sur le financement de la protection sociale, notamment les Lois de finances et les Lois de financement de la sécurité sociale pour 2018 (hausse de la CSG en contrepartie de la baisse ou de la suppression de certaines cotisations de salariés et travailleurs indépendants, fin du CICE en 2019 par intégration dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales des employeurs, ...), mais aussi des autres textes en préparation comme le projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, le Haut Conseil s'est donc attaché à analyser le contexte économique dans lequel s'inscrivent ces différentes réformes, les décisions déjà adoptées et celles pour lesquelles des options doivent être prises. Cette réflexion, qui montre bien que les enjeux auxquels est confronté le système de protection sociale français sont considérables, a été déclinée dans sept éclairages. Les éclairages 1 et 3 font notamment un point complet

et actualisé sur les hypothèses macro-économiques révisées et leur impact sur les régimes de protection sociale. Dans le deuxième éclairage sont présentées les tendances récentes d'évolution de la compétitivité de l'économie française et du coût du travail, ainsi que le rôle joué par le CICE. Le quatrième éclairage montre les conséquences, en 2018, de ces évolutions des taux des différents prélèvements sociaux sur la structure des recettes de l'assurance chômage et des branches de la sécurité sociale, compte tenu des transferts entre organismes sociaux auxquels ont procédé les lois financières de l'automne. Ces changements, opérés à titre transitoire pour 2018, renforcent la dimension universelle du financement des prestations en nature de l'assurance maladie et modifient fortement la structure des recettes de l'Unédic. La nouvelle mesure d'exonération générale de cotisations sociales, qui transforme, à compter du 1^{er} janvier 2019, le CICE en un allègement pérenne de cotisations employeurs et renforce au niveau du Smic les allègements généraux, fait l'objet d'une présentation dans le cinquième éclairage. Le sixième éclairage porte sur les évolutions de court terme, notamment le renforcement du rôle de l'Acos en matière de recouvrement des prélèvements sociaux. Enfin, le septième éclairage se livre à un exercice plus prospectif, dans des domaines – les retraites, la politique familiale et le financement des dépenses sociales des départements – où des projets de réforme sont en cours de réflexion, sans avoir donné lieu à ce stade à des décisions.

► **Health Insurance, Endogenous Medical Progress, and Health Expenditure Growth**

FRANKOVIC I. ET KUHN M.

2018

Econ Wps 01/2018. Vienna Vienna Institute of Technology

http://www.econ.tuwien.ac.at/wps/econ_wp_2018_01.pdf

We study the impact of health insurance expansion in the US on health expenditure, longevity growth and welfare in an overlapping generations economy in which individuals purchase health care to lower mortality. We consider three sectors: final goods production; a health care sector, selling medical services to individuals; and an R&D sector, selling increasingly effective medical technology to the health care sector. We calibrate the model to match the development of the US economy/health care system from 1965 to 2005 and study numerically the impact of the

insurance expansion on health expenditures, medical progress and longevity. We find that more extensive health insurance accounts for a large share of the rise in US health spending but also boosts the rate of medical progress. A welfare analysis shows that while the moral hazard associated with subsidized health care creates excessive health care expenditure, the gains in life expectancy brought about by induced medical progress more than compensate for this. By mitigating an intergenerational externality associated with the longevity benefits from current medical innovation the expansion of health insurance constitutes a Pareto improvement.

► **The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**

NISHI T.

2018

MPRA Paper : 86329. Munich MPRA

<https://econpapers.repec.org/paper/pramprapa/86329.htm>

Cost sharing, including copayment and coinsurance, is often used as a means of containing medical expenditure by reducing unnecessary or excessive use of health-care resources. Previous studies have reported the effects of reducing the coinsurance rate in Japan from 30% to 10% on demand for medical care among people aged 70 years. However, the coinsurance rate in Japan for individuals aged 70–74 years old has recently been increased from 10% to 20%. This study aimed to estimate the economic impact of coinsurance rate revision on health-care resource utilization using interrupted time-series analysis of employee health insurance claims data. I classified those who were born in FY 1944 and whose coinsurance rates decreased to 20% into the 10%-reduction group. It was found that the 10%-reduction group showed a lower increase of health-care utilization than the 20%-reduction group. However, no significant differences were observed in the overall and inpatient settings. The results of this study suggest that increasing the coinsurance rate among elderly people would reduce outpatient health-care resource utilization; however, it would not necessarily reduce overall health-care resource utilization.

► **Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine**

PENNEAU A., PICHETTI S., ESPAGNACQ M.

2018

Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(233)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/233-le-systeme-de-protection-sociale-limite-les-restes-a-charge-lies-aux-soins-des-personnes-qui-recourent-a-l-aide-humaine.pdf>

Les personnes qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités du quotidien ont souvent des dépenses de santé élevées. Cette aide est en effet fréquemment associée à des pathologies nécessitant une prise en charge sanitaire lourde et à l'achat de dispositifs médicaux coûteux qui peuvent s'accompagner de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire importants. Pour autant, on ne connaît pas la capacité du système de protection sociale à limiter le niveau de reste à charge pour cette population. À partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménages, les profils des personnes âgées de 20 ans et plus recourant à l'aide humaine et qui vivent à domicile sont analysés en termes de caractéristiques sociodémographiques, d'état de santé, de dépenses de santé, d'accès aux dispositifs de protection sociale et de restes à charge. Deux populations sont distinguées, les personnes âgées de plus ou de moins de 60 ans dont les caractéristiques et accès aux droits diffèrent. Les personnes âgées de plus de 20 ans sont 4,4 millions à recourir à cette aide, soit 9 % des plus de 20 ans, et leurs dépenses de santé croissent avec l'intensité de leur recours. Leur reste à charge est le double de celui de la population générale mais ne croît pas avec le degré de recours à l'aide humaine. Et si l'Assurance maladie parvient à lisser les restes à charge moyens liés aux dépenses de santé grâce aux exonérations du ticket modérateur, des restes à charge élevés persistent pour des personnes recourant à l'aide humaine avec des consommations de soins spécifiques tels les orthèses et prothèses ou les hospitalisations en psychiatrie.

Technologies médicales

► **Données de santé : nouvelles perspectives pour les acteurs et les systèmes de soins**

ASSOCIATION LIR
2018

Paris LIR

http://www.lir.asso.fr/images/content/Documents/Etudes/etude_lir_ey_donnees_de_sante_nouvelles_perspectives.pdf

Cette étude a pour objectif d'identifier les leviers et les points d'ancrage pour une utilisation optimisée des données de santé en France. Elle est le fruit d'une réflexion prospective qui a permis de poser les perspectives de l'utilisation des données de santé pour les acteurs et les systèmes de soins. Des exemples d'initiatives mises en place dans les pays nordiques et anglo-saxons y sont présentés, démontrant l'intérêt de l'exploitation et du chaînage des données comme accélérateurs de la transformation des systèmes de soins.

► **Donner un sens à l'intelligence artificielle. Pour une stratégie nationale et européenne**

CONSEIL NATIONAL DU NUMÉRIQUE.
2018

Paris Conseil National du numérique

http://www.cnumerique.fr/wp-content/uploads/2015/07/CNNum_Rapport-Sante%CC%81-bien-commun-de-la-soci%C3%A9t%C3%A9-num%C3%A9rique.pdf

Ce document identifie quatre secteurs prioritaires où la France doit particulièrement concentrer son effort de développement de l'intelligence artificielle : la défense, les transports, l'environnement et la santé. En matière de santé, l'intelligence artificielle ouvre des perspectives très prometteuses pour améliorer la qualité des soins au bénéfice du patient et réduire leur coût – à travers une prise en charge plus personnalisée et prédictive – mais également leur sécurité – grâce à un appui renforcé à la décision médicale et une meilleure traçabilité. Elle peut également contribuer à améliorer l'accès aux soins des citoyens, grâce à des dispositifs de pré-diagnostic médical ou d'aide à l'orientation dans le parcours de soins. Près de vingt ans après la création de la base nationale des données médico-administratives (SNIIRAM), la France doit à nouveau faire figure de pionnière en investissant mas-

sivement dans les capacités de recherche et d'innovation en matière d'IA appliquée à la santé. Ces capacités reposent à la fois sur la mise en place de systèmes adaptés aux usages liés à l'IA visant à platformiser le domaine, des procédures d'accès aux données plus fluides et un cadre pour expérimenter « en conditions réelles » les solutions émergentes. L'appropriation de l'IA en santé dépend également de la capacité à accompagner les patients et professionnels de santé dans la transformation des pratiques médicales, ainsi qu'à structurer et animer en continu un débat national sur les usages éthiques de l'IA en santé.

► **Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise - Rapport d'élaboration de la fiche mémo**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.
2018

St Denis La Plaine HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2742462/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine-rapport-prealable

En 2018, le financement des actes de téléconsultation et de télé-expertise entre dans le droit commun. Afin d'accompagner ce déploiement sur le territoire national et d'assurer la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise, la ministre des solidarités et de la santé a saisi la Haute Autorité de santé (HAS) pour définir les situations cliniques, les champs et les publics pour lesquels les actes de téléconsultation et de télé-expertise devraient être exclus avec une réponse attendue à la fin du premier trimestre 2018. Dans le but d'apporter une réponse dans le délai imparti, la HAS a fait le choix d'élaborer une fiche mémo intitulée « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise ». L'analyse de la littérature et la concertation des parties prenantes n'ont pas permis d'identifier de situation d'exclusion clinique a priori. En revanche, des critères d'éligibilité à vérifier en amont de la réalisation d'un acte de téléconsultation et de télé-expertise ont été identifiés.

Health status

► **Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum - Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER.

2018

Epidémiologie. Boulogne-Billancourt INCA

http://www.e-cancer.fr/content/download/233155/3195375/file/Stade_au_diagnostic_des_cancers_du_sein_du_colon_du_rectum_mel_20180418.pdf

Ce rapport fournit la première estimation nationale des stades au diagnostic des cancers du sein et des cancers colorectaux (période 2009-2012). Le stade au diagnostic apporte un nouvel éclairage pour évaluer les politiques publiques de prévention, de dépistage et de lutte contre les cancers, en association avec les circonstances du diagnostic et les taux de survie associés.

► **Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence**

OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE.

2018

Paris : DREES

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000075/index.shtml>

Ce troisième rapport, constitué de deux dossiers, traite d'une part des enjeux éthiques de la prévention du suicide, notamment les risques de « contagion » encourus par la couverture médiatique des suicides. Le second dossier est axé sur le suicide des adolescents, 2ème cause de mortalité des 15-24 ans en France, après les accidents de la route, soit 16 % des décès en 2014.

► **Air Pollution and Mental Health: Evidence from China**

CHEN S., et al.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24686. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24686>

A large body of literature estimates the effect of air pollution on health. However, most of these studies

have focused on physical health, while the effect on mental health is limited. Using the China Family Panel Studies (CFPS) covering 12,615 urban residents during 2014 – 2015, we find significantly positive effect of air pollution – instrumented by thermal inversions – on mental illness. Specifically, a one-standard-deviation (18.04 µg/m³) increase in average PM_{2.5} concentrations in the past month increases the probability of having a score that is associated with severe mental illness by 6.67 percentage points, or 0.33 standard deviations. Based on average health expenditures associated with mental illness and rates of treatment among those with symptoms, we calculate that these effects induce a total annual cost of USD 22.88 billion in health expenditures only. This cost is on a similar scale to pollution costs stemming from mortality, labor productivity, and dementia.

► **Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé**

MARA D.

2018

Paris Ministère chargé de la santé

http://www.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf

Les étudiants en santé sont exposés à des situations stressantes pouvant avoir des répercussions sur leur santé mentale. En réponse à la mission qui lui a été confiée par le Gouvernement, ce rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, qui s'appuie sur des auditions de représentants des étudiants en santé, fait ressortir la vulnérabilité particulière des étudiants face à l'anxiété, au mal-être et à la maltraitance, dans un contexte général de difficulté des systèmes de santé et d'évolution des métiers. Le document expose la faiblesse de l'encadrement lors des stages, liée à l'augmentation du nombre d'étudiants, et la perte du collectif dans l'équipe de soins. Il recommande la création d'un centre national d'appuis visant à promouvoir la qualité de vie des soignants et de leurs étudiants. Les premières priorités de ce centre seraient de proposer des formations pour les responsables de formations et les représentants des étudiants, et créer, en urgence, un parcours de soins psychiatrique et psychologique.

► **How Is Depression Related to Education?**

NORMANDEAU S.

2018

Paris : OCDE

https://www.oecd-ilibrary.org/education/how-is-depression-related-to-education_782fc82d-en

People with higher levels of education report less prevalence of depression in all OECD countries with data. A greater share of women than men report suffering

from depression, but the share decreases more steeply for women than for men as educational attainment increases. Employment is associated with a lower share of self-reported depression, especially among low-educated adults. Given that mental illness has its onset in childhood or adolescence, these findings highlight the important role education systems play in ensuring students complete their education and successfully transition into the workplace.

Geography of Health

► **L'aménagement du territoire en France**

DESJARDINS X. ET GENEAU DELAMARLIÈRE I.

2016

Paris : La documentation française

Depuis les années 1960, époque d'affirmation de la politique de l'aménagement du territoire en France avec la création de la Datar, acteurs, objectifs et méthodes de l'aménagement du territoire ont été profondément renouvelés. L'organisation volontaire de l'espace pour le développement économique, l'équité sociale ou encore la préservation des ressources sont

toujours des ambitions d'actualité. Mais, pour répondre à ces enjeux, de nouvelles manières de concevoir l'aménagement du territoire sont à inventer. Réunis autour de cette conviction, les auteurs de l'ouvrage analysent huit thématiques majeures de l'aménagement du territoire : l'utilisation et la protection des ressources naturelles, l'équipement, la contribution au développement économique, la réduction des inégalités, l'environnement, la modification de la hiérarchie des villes, le traitement des espaces de faible densité et, enfin, le rôle du citoyen, élu ou non, dans l'élaboration des politiques.

Disability

► **Mental Health, Human Rights and Standards of Care**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.

2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-human-rights-and-standards-of-care-2018>

Le projet de l'OMS sur les adultes présentant des déficiences psycho-sociales et intellectuelles et vivant en institution dans la Région européenne de l'OMS vise un groupe très marginalisé et vulnérable dont les droits, la qualité de vie et la réinsertion dans la société sont sérieusement compromis par des pratiques institutionnelles dépassées et souvent inhumaines. Son but est de promouvoir et de faciliter la désinstitutionalisation.

Les objectifs spécifiques du projet étaient de pallier le manque de connaissances sur le nombre et les caractéristiques de ces établissements de long séjour, et de recenser les lacunes actuelles en matière de normes de soins sous l'angle de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Cette publication examine et évalue la qualité des soins et la protection des droits de l'homme dans des établissements de plus de 20 pays de la Région à l'aide du kit QualityRights de l'OMS. Elle définit les mesures à prendre afin de parvenir à la désinstitutionalisation et d'assurer le respect des droits des personnes présentant des déficiences psycho-sociales et intellectuelles.

► **Physical Disability and Labor Market Discrimination: Evidence from a Field Experiment**

BELLEMARE C., et al.

2018

CESifo Working Paper Series No. 6986- Category 4: Labour Markets. Munich CESifo

https://ideas.repec.org/p/ces/ceswps/_6986.html

We investigate the determinants and extent of labor market discrimination toward people with physical disabilities using a large scale field experiment. Applications were randomly sent to 1477 private firms advertising open positions. We find that average callback rates of disabled and non-disabled applicants are respectively 14.4% and 7.2%. We find this differential does not result from accessibility constraints related to firm infrastructures. We also find that mentioning eligibility to a government subsidy to cover the cost of workplace adaptation does not increase callback rates. Finally, we estimate that a lower bound of the proportion of discriminating firms is 49.7%.

► **Health, Employment, and Disability: Implications from the Undocumented Population**

BORJAS G. J. ET SLUSKY D.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24504. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24504>

Disability benefit recipients in the United States have nearly doubled in the past two decades, growing substantially faster than the population. It is difficult to

estimate how much of this increase is explained by changes in population health, as we often lack a valid counterfactual. We propose using undocumented immigrants as the counterfactual, as they cannot currently claim benefits. Using NHIS microdata, we estimate models of disability as a function of medical conditions for both the legal and undocumented populations. The relationship between health and disability is far stronger for those with legal status than it is for those who are undocumented. We find that almost all of the difference in disability trends between the two populations can be explained by different responses to underlying health impairments.

► **Parcours de santé des personnes en situation de handicap en Centre Val-de-Loire**

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ.

2018

Orléans ORS Centre Val de Loire

https://orscentre.org/images/files/publications/handicaps_et_personnes_agees/Rapports/PSPH.pdf

Cette étude, commanditée par l'Agence régionale de santé (ARS) s'inscrit dans une priorité nationale, en fixant 3 grands objectifs à cette étude : identifier les problématiques et les améliorations possibles des parcours de santé des personnes en situation de handicap; repérer les actions, les expériences existantes, effectives ou envisagées pour améliorer et faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sous toutes ses formes; identifier les conditions permettant d'améliorer le parcours des personnes en situation de handicap aux urgences, et de limiter les entrées potentiellement évitables dans les services d'urgences.

Hospital

► **Tensions entre normes professionnelles et personnelles des personnels soignants : Histoire d'une résistance ordinaire dans la relation de service aux patients âgés**

AMINE A., et al.

2018

sl : Halshs archives ouvertes

Cette recherche a pour objectif d'explorer une relation de service encore mal connue : la prestation de soins aux patients en milieu hospitalier. Au travers d'une étude qualitative menée auprès du personnel soignant d'un service de gériatrie en Ile de France, nous mettons à jour un phénomène de résistance ordinaire aux normes prescrites, né de deux niveaux de tensions : tensions entre le temps du patient et le temps

de l'organisation, d'une part, et entre prescription du pouvoir d'agir du patient et la perception de sa vulnérabilité limitant potentiellement ses capacités à agir. Cette résistance ordinaire s'exprime dans du bricolage et des ruses amenant les soignants à hybrider leurs pratiques quotidiennes pour assurer leur mission de soins. Au fil du temps, ces pratiques hybridées se diffusent et s'institutionnalisent.

► **Productivity of the English NHS: 2015/16 Update**

CASTELLI A., *et al.*

2018

CHE Research Paper Series ; 152. York University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP152_NHS_productivity_update2015_16.pdf

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

► **Construire une évaluation d'un SI au domicile du patient en HAD**

CAZENEUVE H., *et al.*

2018

sl : Halshs archives ouvertes

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01706664>

Nous avons pu établir que l'évaluation d'un système d'information au domicile du patient passe par la prise en compte de sa valeur d'usage, ce qui induit la prise en compte des rationalités des acteurs et du contexte de l'hospitalisation à domicile (HAD). Nous avons montré comment, à partir d'une enquête qualitative portant sur deux HAD, nous pouvions rendre compte des usages du SI au domicile en faisant émerger les processus ainsi que les attentes des professionnels, usagers du SI, à sur la base d'entretiens. À partir de ces éléments, nous avons pu pointer que les objectifs du SI n'était pas synonyme avec les attentes des professionnels et que ceux-ci étaient susceptibles d'opter

pour des solutions alternatives, parfois informelles, susceptibles de faciliter la conduite de leurs objectifs. Cette tendance au contournement appelle à « décoller » l'usage du SI et la satisfaction quant aux échanges d'information lors d'une évaluation d'un SI. À partir de ce constat, nous proposons de faire usage du modèle Delone et McLean en mettant au centre de l'évaluation la relation entre usage et satisfaction pour la qualité du SI, la qualité du support et le transfert d'informations entre les acteurs de la prise en charge du patient au domicile et la structure HAD (résumé d'auteur).

► **Managing the Hospital and Social Care Interface : Interventions Targeting Older Adults**

CHEUNG R., *et al.*

2018

Londres The Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-03/hospital-and-social-care-interface-final-web.pdf>

The health and social care sectors are dependent on one another to succeed. But the boundary – or interface – between the two is challenged daily: care received in one of the sectors has a direct impact on the other. This report focuses on that interface. This report explores the actions and strategies that providers and commissioners have put in place to improve the interface between secondary and social care, with a focus on what hospitals can do. In particular, we look at: collaboration to prevent avoidable hospital admissions, the interface between hospitals and social care providers when patients are discharged from hospital, the relationship between commissioners and social care providers and wholesale organisational integration. Drawing on the experience of seven case study sites, as well as evidence of what has worked to date, we make five recommendations for national policy-makers. We also make seven recommendations for local hospital leaders.

► **Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2017**

DANIAU C., *et al.*

2018

Études et Enquêtes. Saint-Maurice SPF

Tous les cinq ans, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé (ENP) produit une photographie des infections nosocomiales en France. Ce document rapporte les résultats de son étude conduite entre le 15 mai et le 30 juin 2017 dans 403 établissements de santé tirés au sort.

► **What underlies the observed hospital volume-outcome relationship?**

HUGUET M., *et al.*

Documents de travail; WP 1809. Ecully Groupe d'Analyse et de Théorie Economique

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3186407

Studies of the hospital volume-outcome relationship have highlighted that a greater volume activity improves patient outcomes. While this finding has been known for years in health services research, most studies to date have failed to delve into what underlies this relationship. This study aimed to shed light on the basis of the hospital volume effect by comparing treatment modalities for epithelial ovarian carcinoma patients. Hospital volume activity was instrumented by the distance from patients' homes to their hospital, the population density, and the median net income of patient municipalities. We found that higher volume hospitals appear to more often make the right decisions in regard to how to treat patients, which contributes to the positive impact of hospital volume activities on patient outcomes. Based on our parameter estimates, we found that the rate of complete tumor resection would increase by 10% with centralized care, and by 6% if treatment decisions were coordinated by high volume centers compared to the ongoing organization of care. In both scenarios, the use of neoadjuvant chemotherapy would increase by 10%. As volume alone is an imperfect correlate of quality, policy makers need to know what volume is a proxy for in order to devise volume-based policies.

► **Hospital Competition Under Pay-For-Performance: quality, Mortality and Readmissions**

LISI D., *et al.*

2018

Discussion Papers in Economics ; 18/03. York University of York

https://econpapers.repec.org/paper/yoryorken/18_2f03.htm

Health outcomes, such as mortality and readmission rates, are commonly used as indicators of hospital quality and as a basis to design pay-for-performance (P4P) incentive schemes. We propose a model of hospital behaviour under P4P where patients differ in severity and can choose hospital based on quality. We assume that risk-adjustment is not fully accounted for and that unobserved dimensions of severity remain. We show that the introduction of P4P which rewards lower mortality and/or readmission rates can weaken or strengthen hospitals' incentive to provide quality. Since patients with higher severity have a different probability of exercising patient choice when quality varies, this introduces a selection bias (patient composition effect) which in turn alters quality incentives. We also show that this composition effect increases with the degree of competition. Critically, readmission rates suffer from one additional source of selection bias through mortality rates since quality affects the distribution of survived patients. This implies that the scope for counterproductive effects of P4P is larger when financial rewards are linked to readmission rates rather than mortality rates. We also show that our results are robust in the presence of public reporting, and discuss welfare implications.

► **Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997**

OBERLIN P. ET DE PERETTI C.

2018

Études Et Résultats (Drees)(1051)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/chirurgie-de-l-obesite-20-fois-plus-d-interventions-depuis-1997>

La chirurgie bariatrique, destinée à traiter chirurgicalement les grands obèses, s'est rapidement développée en France depuis plus de vingt ans. Le nombre d'interventions est passé de 2 800 (1997) à 59 300. (2016). Le taux d'hospitalisation a progressé de 0,5 à 8,9 séjours pour 10 000 personnes. Les femmes représentent plus

de 80 % des patients opérés. L'âge moyen est de 41,6 ans en 2016 et la plupart des patients ont entre 25 et 54 ans. Au-delà de cet âge, le nombre d'opérés diminue rapidement. Les taux d'hospitalisation des patients de plus de 64 ans ont presque décuplé en vingt ans. Le nombre de patients mineurs opérés chaque année est très faible, mais il a lui aussi tendance à augmenter. Si le secteur privé lucratif réalisait 80 % des interventions en 1997, sa part a diminué depuis. En 2016, il réalise 63 % des interventions, tandis que 15 % des interventions ont lieu dans des centres hospitaliers régionaux, 17 % dans les autres hôpitaux publics et 5 % dans le secteur privé non lucratif. En 2016, la chirurgie bariatrique représente 4,3 % de l'activité de chirurgie digestive contre 3,1 % en 2006.

► **Does Price Competition Damage Healthcare Quality?**

ROOS A. F., *et al.*

2018

Tinbergen Institute Discussion Paper ; 2018-040. Amsterdam Tinbergen Institute

<https://papers.tinbergen.nl/18040.pdf>

One of the reasons why regulators are hesitant about permitting price competition in healthcare markets is that it may damage quality when information is poor. Evidence on whether this fear is well-founded is scarce. We provide evidence using a reform that permitted Dutch health insurers and hospitals to freely negotiate prices for elective procedures. Unlike previous research that has relied on indicators of the quality of urgent treatments, we take advantage of the plausible absence of selection bias in our setting to identify the effect on quality of non-acute hip replacements. Using administrative data on all admissions to Dutch hospitals, we find no evidence that increased exposure to price competition reduces quality measured by readmission rates, despite the lack of publicly available information on this outcome. In fact, there is evidence of a temporary, positive impact on quality. Our estimated null effect over the full post-liberalization period is robust.

► **Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment**

SAGHAFIAN S. ET HOPP W. J.

2017

HKS Working Paper . RWP17-044. Cambridge Harvard University

<https://research.hks.harvard.edu/publications/getFile.aspx?id=1602>

Increasing quality transparency is widely regarded as a strong mechanism for improving the alignment between patient choices and provider capabilities, and thus, is widely pursued by policymakers as an option for improving the healthcare system. We study the effect of increasing quality transparency on patient choices, hospital investments, societal outcomes (e.g., patients social welfare and inequality), and the healthcare market structure (e.g., medical or geographical specialization). We also examine potential reasons behind the failure of previous public reporting efforts, and use our analysis to identify ways in which such efforts can become more effective in the future. Our analytical and numerical results calibrated with data reveal that increasing quality transparency promotes increased medical specialization, decreased geographical specialization, and induces hospitals to invest in their strength rather than their weakness. Furthermore, increasing quality transparency in the short-term typically improves the social welfare as well as the inequality among patients. In the long-term, however, we find that increasing transparency can decrease social welfare, and even a fully transparent system may not yield socially optimal outcomes. Hence, a policymaker concerned with societal outcomes needs to accompany increasing quality transparency with other policies that correct the allocation of patients to hospitals. Among such policies, we find that policies that incentivize hospitals are usually more effective than policies that incentivize patients. Finally, our results indicate that, to achieve maximal benefits from increasing quality transparency, policymakers should target younger, more affluent, or urban (i.e., high hospital density area) patients, or those with diseases that can be deferred.

Social Health Inequalities

► **Migrants and Refugees: Good Practices in Hospitals and Healthcare Services**

HOPE SURVEY

2018

Bruxelles HOPE

http://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/03/HOPE-SURVEY_Migrants_and_refugees_March-2018.pdf

The increasing mobility and diversity of the population strongly affect healthcare services and hospitals: people on the move face greater health risks, suffer from conditions not commonly found in Europe and have different expectations about health services. Access to adequate health care is further complicated by language barriers and migrants often being socially disadvantaged. Although health services are used to accommodating cultural diversity, European hospitals are facing new challenges. HOPE and its members have been discussing this topic for many years. In the recent context of intensified migratory pressure on some EU countries, it seemed essential to collaborate and share good practices as well as knowledge on the specific health needs of migrants. The HOPE Board of Governors has recently urged members to review and list good practices. The present document is the result of this work.

► **Les revenus et le patrimoine des ménages : Édition 2018**

BLASCO J. C., *et al.*

2018

Paris : INSEE

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3549502>

L'Insee présente dans cet ouvrage les principaux indicateurs sur les revenus et les patrimoines des ménages ainsi que des analyses sur les inégalités monétaires, la pauvreté et le patrimoine des ménages. La vue d'ensemble aborde les évolutions des inégalités et de la pauvreté en 2015 et sur longue période. Un premier dossier étudie la situation des très hauts revenus en 2015. Un deuxième évalue combien coûte un jeune adulte à ses parents. Le troisième porte sur l'achat d'une résidence principale et l'impact de la crise entre 2004 et 2015. Le dernier dossier examine la transmission de patrimoine. Enfin, une trentaine de fiches thématiques complètent ces analyses en fournissant les

derniers chiffres essentiels, commentés et illustrés, sur les revenus, le niveau de vie, la pauvreté, le patrimoine et l'endettement (résumé d'auteur).

► **La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux, soigner moins cher**

CASH R. ET KERVASDOUE J.

2018

Paris Economica

Si les soins médicaux en France font encore partie des meilleurs du monde, ils ne sont plus les premiers. En revanche, ils sont trop souvent onéreux, inégalitaires et inefficaces. En effet, les traitements pour une même maladie varient d'un praticien à l'autre, d'un hôpital à l'autre, voire d'un service à l'autre au sein du même établissement ce qui a de lourdes conséquences médicales et économiques. Comment se fait-il qu'avec le même corpus de connaissances, le même système de paiement des professionnels de santé et des hôpitaux, l'on constate une telle hétérogénéité ? Non seulement il existe une inégalité de l'accès aux soins mais il y a aussi, et surtout, une inégalité des soins : excellents ici, plus discutables là. Peut-on alors, en même temps, réduire cette tragique inégalité et soigner mieux pour moins cher ? Oui, comme le révèlent les 20 exemples de cet ouvrage. Qu'il s'agisse de médicaments, d'actes chirurgicaux ou d'examens diagnostiques, on constate, selon les lieux de prise en charge, des surprescriptions, des sousprescriptions et des prescriptions inadaptées au cas des patients. À partir de ces études de cas, les auteurs montrent comment interagissent à des degrés divers des forces économiques mais aussi sociologiques, éthiques, ethnologiques et politiques. Leurs influences délétères sont les signes d'un système qui n'est pas géré et qui, trop souvent, se perd dans la recherche de remèdes généraux à des questions spécifiques.

► **Pauvreté, Égalité, Mortalité: Mortality (In) Equality in France and the United States**

CURRIE J., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24623. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24623>

We develop a method to compare levels and trends in inequality in mortality in the United States and France in a similar framework. The comparison shows that while income inequality has increased in both the United States and France, inequality in mortality in France remained remarkably low and stable. In the United States, inequality in mortality increased for older groups (especially women) while it decreased for children and young adults. These patterns highlight the fact that despite the strong cross-sectional relationship between income and health, there is no necessary connection between changes in income inequality and changes in health inequality.

► **Mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires chez les femmes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité**

DIENE E., *et al.*
2018

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/146567/533818/version/1/file/synthese-mortalite-prematuree-maladies-cardiovasculaires-femmes-selon-categorie-sociale-secteur-activite.pdf>

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont moins bien documentées chez les femmes que chez les hommes alors qu'elles partagent avec eux des facteurs de risque comportementaux (consommation de tabac, d'alcool) mais aussi professionnels (risques psychosociaux, travail de nuit, travail posté, bruit). Chez les femmes, la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires diminue entre 1976 et 2002 et présente un gradient social croissant des cadres vers les ouvrières et des différences selon les secteurs. Le rôle des déterminants sociaux et des facteurs professionnels dans cette mortalité prématurée ne doit pas être négligé. Les secteurs professionnels les plus à risque, notamment l'hôtellerie-restauration et l'industrie manufacturière, pourraient être particulièrement ciblés par les actions de prévention, avec une attention encore plus grande aux catégories les plus défavorisées.

► **Take-Up and Targeting: Experimental Evidence from SNAP**

FINKELSTEIN A. ET NOTOWIDIGDO M. J.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24652. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24652>

This paper develops a framework for evaluating the welfare impact of various interventions designed to increase take-up of social safety net programs in the presence of potential behavioral biases. We calibrate the key parameters using a randomized field experiment in which 30,000 elderly individuals not enrolled in – but likely eligible for – the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) are either provided with information that they are likely eligible, provided with this information and also offered assistance in applying, or are in a “status quo” control group. Only 6 percent of the control group enrolls in SNAP over the next 9 months, compared to 11 percent of the Information Only group and 18 percent of the Information Plus Assistance group. The individuals who apply or enroll in response to either intervention receive lower benefits and are less sick than the average enrollee in the control group. The results are consistent with the existence of optimization frictions that are greater for needier individuals, suggesting that the poor targeting properties of the interventions reduce their welfare gains.

► **Programme Cosmop : surveillance de la mortalité par cause selon l'activité professionnelle. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1976 à 2005**

GEOFFROY-PEREZ B., *et al.*
2018

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2018/Programme-Cosmop-surveillance-de-la-mortalite-par-cause-selon-l-activite-professionnelle>

Le programme de surveillance Cosmop a pour objectif principal de décrire de façon systématique et régulière, à l'échelle de la population française, la répartition des décès pour différentes causes, selon des caractéristiques professionnelles. Ce rapport dresse un bilan de l'exploitation des informations du Panel DADS de l'Insee, échantillon longitudinal représentatif de sala-

riés en France, apparié aux causes médicales de décès du CépiDc de l'Inserm. Les résultats présentés illustrent la grande variété des indicateurs qu'il est possible de produire à partir de ces sources en fonction des questions posées. Ces indicateurs permettent de disposer d'une image représentative des situations professionnelles couvertes par le champ de la déclaration annuelle des données sociales à l'échelle nationale et d'apporter des éléments d'argumentation en cas de d'urgence de signaux sanitaires à l'échelle d'une population réduite d'actifs. La mise à jour régulière de ce type de base de données et leur exploitation périodique permettra d'étudier l'évolution de la mortalité en relation avec l'activité professionnelle sur les périodes plus récentes, de détecter des modifications des caractéristiques épidémiologiques en population, et d'objectiver ainsi des situations les plus à risque afin de guider la décision pour la mise en œuvre de mesures préventives.

► **Outils élaborés dans la cadre du programme « Inégalités sociales de santé »**

GORZA M. ET EILSTEIN D.

2018

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/Outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-Inegalites-sociales-de-sante-2013-2015>

Le présent rapport synthétise les travaux réalisés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé » de Santé publique France et les met à disposition des acteurs du domaine ainsi que du public. Il présente les outils facilitant l'intégration de la dimension socio-économique dans les activités de surveillance de Santé publique France. Ceux-ci ont été organisés autour de trois axes : une approche individuelle portant sur les variables socio-économiques pouvant être utilisées dans les approches individuelles (enquêtes) ; - une approche écologique portant sur les indices de désavantage social pouvant être utilisés dans les approches écologiques (systèmes de surveillance) ; une définition de la notion de vulnérabilité à visée opérationnelle.

► **Des inégalités de niveau de vie plus marquées une fois les dépenses pré-engagées prises en compte**

LELIEVRE M. ET REMILA N.

2018

Études Et Résultats (Drees)(1055)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/des-inegalites-de-niveau-de-vie-plus-marquees-une-fois-les-depenses-pre>

L'analyse des inégalités et de la pauvreté s'appuie sur le revenu disponible des ménages. Celui-ci est en partie utilisé pour des dépenses pré-engagées, difficilement renégociables à court terme. Parmi ces dépenses, les loyers et charges pèsent lourds. Le statut d'occupation du logement dépendant du niveau de vie et de la situation familiale, le poids des dépenses pré-engagées dans le revenu disponible des ménages est ainsi plus élevé pour les ménages pauvres (61 %) et les familles monoparentales (40 %) que pour l'ensemble des ménages (30 %). Raisonner à partir du revenu dit « arbitrage » - les dépenses pré-engagées du revenu disponible - se rapproche du ressenti qu'ont les personnes de leurs marges de manœuvre financières. L'équivalent du taux de pauvreté s'établit à 23 %.

Pharmaceuticals

► **Surveillance de la consommation des antibiotiques - Réseau ATB-Raisin. Résultats 2016**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE.
2018

Saint-Maurice : Santé Publique France

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

La surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) ATB- Raisin participe au bon usage des ATB. Les objectifs sont de permettre à chaque établissement de santé (ES) de décrire et d'analyser ses consommations et de les confronter aux données de résistance bactérienne en se situant par rapport à un ensemble comparable d'ES. Les ATB à visée systémique de la classe J01 de la classification Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), la rifampicine, les imidazolés per os et la fidaxomicine, ainsi que les antifongiques à visée systémique de la classe J02 (volet optionnel), dispensés en hospitalisation complète, ont été exprimés en nombre de doses définies journalières (DDJ) et rapportés à l'activité selon les recommandations nationales et de l'Organisation mondiale de la santé (système ATC- DDD, 2016). Des données de résistance ont été collectées pour sept couples bactérie/antibiotique pour permettre à chaque ES d'explorer sa situation en matière de pression de sélection, d'une part, et d'écologie contribuant à l'utilisation de certains antibiotiques, d'autre part.

► **Efficacité et effets indésirables des statines : évidences et polémiques**

BEZIN J. ET BORDET R.
2018

Paris Académie nationale de médecine

<http://www.academie-medecine.fr/efficacite-et-effets-indesirables-des-statines-evidences-et-polemiques/>

L'introduction des statines comme traitement des dyslipidémies a révolutionné la prise en charge de cette pathologie et de multiples études randomisées et contrôlées ont confirmé que cette classe thérapeutique réduisait les événements cardio-vasculaires majeurs en prévention secondaire et en prévention primaire. Cette classe de médicaments est actuelle-

ment recommandée par les recommandations internationales afin de réduire le risque cardio-vasculaire en diminuant le taux de LDL cholestérol circulant avec un niveau de preuve très élevé. Cependant une polémique récurrente a alimenté les interrogations de la population sur l'efficacité et l'innocuité des statines et conduit de nombreux patients à interrompre leur traitement. Ce rapport a pour but d'analyser de manière objective les preuves en faveur de l'efficacité, de l'efficience et des effets indésirables des traitements par statines, mais aussi d'étudier les raisons qui sous-tendent la polémique et les conséquences pour la population des arrêts intempestifs de traitement.

► **The Rising Cost of Medicines to the NHS. What's the Story?**

EWBANK L., et al.
2018

Londres King's Fund Institute

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-implications-health-social-care>

Medicines are a vital part of modern health care. The question of how to give patients access to them in a way that the NHS can afford has exercised policy-makers and politicians for many years. In this briefing, we look at how much the health service spends in total on medicines, both generics and branded medicines, based on publicly available data. In recent years, spending on branded medicines has been constrained by the Pharmaceutical Price Regulation Scheme a new instalment of which is currently under negotiation. We also explore policies used to try to control growth in costs and the choices policy-makers are likely to face in the future.

► **Innovation and Diffusion of Medical Treatment**

HAMILTON B. H. *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24577. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24577>

This paper develops and estimates a dynamic structural model of demand for a multi-attribute product. The demand side equilibrium supports a product spectrum, the characteristics of which evolve over time in response to supply innovations induced by the composition and extent of aggregate demand. The direction and speed of innovation is inefficient because individuals create an externality by not accounting for their influence on the discovery process. We apply the model to drugs invented to combat the HIV epidemic, during which frequent, incremental innovations in medication were punctuated by sporadic breakthroughs. In this application products differ in their efficacy and their propensity to cause side effects. Our biennial data on four American cities track a replenished panel of individuals for over twenty years, from when drugs were not only ineffective but also created debilitating side effects, to when the market matured. We find that the externalities are quantitatively important and that even a temporary subsidy would have improved average social welfare and been more equitable.

► **The Impact of New Drug Launches on Life-Years Lost in 2015 from 19 Types of Cancer in 36 Countries**

LICHTENBERG F. R.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24536. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24536>

This study employs a two-way fixed effects research design to measure the mortality impact and cost-effectiveness of cancer drugs: it analyzes the correlation across 36 countries between relative mortality from 19 types of cancer in 2015 and the relative number of drugs previously launched in that country to treat

that type of cancer, controlling for relative incidence. One additional drug for a cancer site launched during 2006-2010 is estimated to have reduced the number of 2015 disability-adjusted life years (DALYs) lost due to cancer at that site by 5.8%. The estimated cost per life-year gained at all ages in 2015 from cancer drugs launched during 2006-2010 is \$1635. We estimate that drugs launched during the entire 1982-2010 period reduced the number of cancer DALYs lost in 2015 by about 23%. In the absence of new drug launches during 1982-2010, there would have been 26.3 million additional DALYs lost in 2015.

► **The Debate on Indication-Based Pricing in the U.S. and Five Major European Countries**

TOWSE A., *et al.*
2018

Londres OHE

<https://www.ohe.org/system/files/private/publications/OHE%20IBP%20Final%20Report%20May%202018%20%28Revised%29.pdf>

This report sets out the results of two pieces of work. First, we identify and summarise a number of key published papers in the area of Indication-Based Pricing (IBP) in order to set out the current state of debate and understanding around the issue. Then, we consider the possibilities for undertaking IBP in six countries – France, Germany, Italy, Spain, UK and US – exploring the formal regulatory framework. Finally, we set out the key issues to be debated in order to take IBP forwards. The purpose of this report is to leave the reader with a better understanding of the state of the debate on the merits and demerits of moving from a price for a drug to a price for each use of a drug. Such a move is predicated on an assumption that price should reflect incremental value. By incremental value we mean the additional health and health related gain delivered to the patient over and above the current standard of care. We take this approach as a given, although it is not accepted by all stakeholders, some of whom argue for cost-based pricing. The case for and against an alternative perspective to value-based pricing is not addressed in this paper.

Methodology - Statistics

► **Designing and Conducting Mixed Methods Research**

CRESWELL J. W. ET PLANO CLARK V. L.
2018

Los Angeles : Sage Publishing

Combining the latest thinking in the field with practical, step-by-step guidance, the Third Edition of John W. Creswell and Vicki L. Plano Clark's *Designing and Conducting Mixed Methods Research* now includes seven mixed methods designs with accompanying journal articles illustrating each design. The authors walk readers through the entire research process and present updated examples from published mixed methods studies drawn from multiple disciplines. In addition, this new edition includes information about the dynamic and evolving nature of the field of mixed methods research, four additional methodological approaches, and coverage of new directions in mixed methods.

► **Tail and Center Rounding of Probabilistic Expectations in the Health and Retirement Study**

GIUSTINELLI P., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24559. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24559>

A growing number of surveys elicit respondents' expectations for future events on a 0-100 scale of percent chance. These data reveal substantial heaping at multiples of 10 and 5 percent, suggesting that respondents round their reports. This paper studies the nature of rounding by analyzing response patterns across expectations questions and waves of the Health and Retirement Study. We discover a tendency by about half of the respondents to provide more refined responses in the tails of the scale than the center. Only about five percent provide more refined responses in the center than the tails. We find that rounding varies across question domains, which range from personal health to personal finances to macroeconomic events. We develop a two-stage framework to characterize person-specific rounding. The first stage uses observed responses to infer respondents' rounding practice in each question domain and scale segment. The second

stage replaces each original point response with an interval, representing the range of possible values of the respondent's true latent belief implied by the degree of rounding inferred in the first stage. We study how the inferred rounding types in the first stage vary with respondent characteristics, including age and cognitive abilities.

► **A Cautionary Note on the Reliability of the Online Survey Data: The Case of Wage Indicator**

SMYK M., *et al.*
2018

Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp11503.pdf>

We investigate the reliability of data from the Wage Indicator (WI), the largest online survey on earnings and working conditions. Comparing WI to nationally representative data sources for 17 countries reveals that participants of WI are not likely to have been representatively drawn from the respective populations. Previous literature has proposed to utilize weights based on inverse propensity scores, but this procedure was shown to leave reweighted WI samples different from the benchmark nationally representative data. We propose a novel procedure, building on covariate balancing propensity score, which achieves complete reweighting of the WI data, making it able to replicate the structure of nationally representative samples on observable characteristics. While rebalancing assures the match between WI and representative benchmark data sources, we show that the wage schedules remain different for a large group of countries. Using the example of a Mincerian wage regression, we find that in more than a third of the cases, our proposed novel reweighting assures that estimates obtained on WI data are not biased relative to nationally representative data. However, in the remaining 60% of the analyzed 95 datasets systematic differences in the estimated coefficients of the Mincerian wage regression between WI and nationally representative data persists even after reweighting. We provide some intuition about the reasons behind these biases. Notably, objective factors such as access to the Internet or richness appear to matter, but self-selection (on unobservable characteristics) among WI participants appears to constitute an important source of bias.

Health Policy

► **La stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE) : évaluation de la mise en œuvre et propositions d'évolution**

BARTOLI F., *et al.*

2017

Rapport IGAS ; 2017-117, Rapport CGEDD ; 011609-01, Rapport CGAAER ; 17103

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article654>

Un perturbateur endocrinien est une substance chimique qui altère le fonctionnement du système hormonal des êtres vivants, induisant des impacts sur la faune, avec atteinte à la biodiversité, et sur la santé des êtres humains, notamment pendant la période foetale. Ces substances sont susceptibles d'augmenter la prévalence d'un certain nombre de pathologies. Trois ans après l'engagement de la Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE), ce rapport inter-inspections en évalue la mise en œuvre et propose de relancer une nouvelle programmation stratégique selon cinq axes : développer la recherche, renforcer la surveillance sanitaire et environnementale, caractériser les dangers, gérer les risques, former, sensibiliser et informer.

► **Moral NIMBY-IsM? Understanding Societal Support for Monetary Compensation to Plasma Donors in Canada**

LACETERA N. ET MACIS M.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24572. Cambridge NBER:

<http://papers.nber.org/papers/W24572>

The growing demand for plasma, especially for the manufacture of therapeutic products, prompts discussions on the merits of different procurement systems. We conducted a randomized survey experiment with a representative sample of 826 Canadian residents to assess attitudes toward legalizing payments to plasma donors, a practice that is illegal in several Canadian provinces. We found no evidence of widespread societal opposition to payments to plasma donors. On the contrary, over 70% of respondents reported that they would support compensation. Our Canadian respond-

ents were more in favor of paying plasma donors elsewhere than in Canada, but the differences were small, suggesting a weak role for moral "NIMBY-ism" or relativism. Moral concerns were the respondents' main reason for opposing payments, together with concerns for the safety of plasma from compensated donors, although most of the plasma in Canada does come from paid U.S. donors. Among those in favor of legalizing payments to donors, the main rationale was to guarantee a higher domestic supply. Finally, roughly half of those who declared to be against payments reported that they would reconsider their position if domestic supply plus imports did not cover domestic demand. Most Canadians, therefore, seem to espouse a consequentialist view on issues related to the procurement of plasma.

► **La démocratie en santé en question(s)**

LEFEUVRE K., *et al.*

2018

Rennes : Presses de l'Ehesp

Démarche visant à associer usagers, professionnels et décideurs publics dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, la démocratie en santé fait désormais partie intégrante de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale. À ses débuts hésitante et perçue confusément, elle se diffuse aujourd'hui comme une culture à part entière grâce à des lois qui l'appuient et des pratiques innovantes. Mais comment la démocratie en santé s'exerce-t-elle concrètement ? Comment des patients peuvent-ils devenir experts et former des médecins ? Quelles sont les modalités de représentation des usagers au sein des établissements et des instances de décision ? De quels moyens les usagers-citoyens disposent-ils pour s'exprimer et participer à l'amélioration du système de soins ? À travers 10 questions que chacun peut se poser, cet ouvrage apporte aux professionnels du sanitaire, du social et médico-social, représentants des usagers et associations de patients une présentation simple et concise de l'histoire, des atouts et limites de la démocratie en santé pour envisager l'avenir de notre système de santé.

► **Rapport d'information sur la pollution atmosphérique**

TOCQUEVILLE N.
2018

Paris Sénat

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>

Malgré la baisse continue des émissions et des concentrations de polluants enregistrées ces dernières années, de nombreuses agglomérations restent marquées par des dépassements des normes européennes de qualité de l'air relatives au dioxyde d'azote et aux particules fines PM10. Ceci a conduit la Commission européenne à engager deux procédures précontentieuses contre la France. Dans une décision de juillet 2017, le Conseil

d'État a enjoint le Gouvernement à établir d'ici le 31 mars 2018, dans 14 zones concernées, des plans d'actions permettant de réduire la pollution atmosphérique. En réponse, le Gouvernement s'est engagé à élaborer des feuilles de route permettant de réduire à court terme la pollution de l'air dans chacune de ces zones. Afin d'évaluer la démarche gouvernementale d'élaboration de ces feuilles de route, la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat a créé un groupe de travail. Le présent rapport, issu de ses travaux, vise à évaluer les conditions d'élaboration des feuilles de route et à apprécier si les mesures qu'elles prévoient sont à la hauteur des enjeux.

Public Policy

► **Dictionnaire des politiques publiques**

BOUSSAGUET L., JACQUOT S., *et al.*
2014

Paris : SciencesPo Les Presses 2014

Comprenant près de quatre-vingts entrées, ce dictionnaire rassemble les concepts fondamentaux utilisés en politique publique et dresse ainsi un état des lieux de l'analyse de ce domaine d'investigation. Chaque notice propose une définition détaillée, des exemples concrets, et des références bibliographiques, un index thématique et une bibliographie générale complétant l'ensemble.

► **Lutter contre la pauvreté des familles et des enfants : constats et propositions du HCFEA. Note de synthèse**

HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE.
2018

Paris HCFEA

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

L'objectif des travaux du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, par l'intermédiaire de son Conseil de la famille, publiés le 5 juin 2018, est d'apporter une contribution à la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté voulue par le président de la République qui doit être présentée début juillet.

Prevention

► **Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé**

DUPAYS S., *et al.*
2018

Paris Igas

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000215/index.shtml>

Ce rapport s'inscrit dans la démarche de promotion de l'activité physique engagée par le Gouvernement qui a été intégrée dans la Stratégie nationale de santé (SNS) et le Plan national de santé publique (PNSP), présenté en comité interministériel de santé (CIS), le 26 mars 2018. Il constitue une base de travail pour lever les freins au développement de l'activité physique (AP) à des fins de prévention primaire mais aussi comme « thérapeutique non-médicamenteuse », comme le reconnaît l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La mission a relevé les très nombreuses initiatives menées sur le territoire grâce à une forte mobilisation de l'État, des collectivités locales, des associations sportives, mais aussi du secteur hospitalier, des mutuelles, avec l'appui de professionnels du sport et de la santé. Elle insiste sur la nécessaire reconnaissance du rôle de l'activité physique en matière de santé par un co-pilotage renforcé au niveau national et des financements consolidés distinguant mieux ce qui relève de la prévention primaire de ce qui relève de la prescription non médicamenteuse. S'agissant

du « sport sur ordonnance », la mission préconise le recensement et la visibilité accrue de l'offre d'activités physiques dans un objectif de qualité en agissant notamment sur le contenu des formations des professionnels de santé et du sport. Quant aux « maisons sport-santé », engagement de la ministre des sports conformément à sa feuille de route, la mission suggère de les créer à partir des réseaux de coordination ou des structures de santé pluridisciplinaires existant au niveau local sur la base d'un cahier des charges précis et partagé.

Primary Health Care

► **The Effects of Home Health Visit Length on Hospital Readmission**

ANDREYEVA E., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24566. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24566>

Home health care has experienced significant growth as an industry and is viewed as one of the avenues for achieving reductions in the cost and utilization of expensive downstream health care services. Using a novel dataset on home health care visits, this study quantifies the effects of reduced time spent with patients during a post-acute home health visit on hospital readmissions. We focus in particular on the subset of patients with conditions that are subject to penalty under the Hospital Readmission Reduction Program. Since both visit length and readmission risk are likely to be correlated with unobserved illness severity, we use the daily sequence of provider visits and deviation from the provider's average daily workload as instruments for visit length. We find that patients who are visited later in the provider's day as well as those who are visited by a provider who has a higher than usual workload experience home health visits that are shorter than usual. Using our instruments and controlling for patient, visit, and provider characteristics, we find that home health visits that are longer than usual by one minute reduce the risk of hospital readmission by approximately 8 percent. These effects seem to be driven by providers with higher levels of discretion in their time management and care provision. We suggest several approaches that managers

could take to attain reductions in readmissions without incurring significant additional costs.

► **Global Ideas, National Challenges : The Introduction of Disease Management and Pay-For-Performance in France and Germany**

BRUNN M.

2017

Paris Université Paris - Saclay. Sciences de l'homme et de la société (SHS) Spécialité de doctorat : sciences politiques

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01618703/>

Dans de nombreux États providences, les systèmes de santé subissent de nos jours d'importantes transformations en réponse aux pressions budgétaires et caractérisées par le rôle croissant du marché et des mesures de rationalisation. C'est dans ce contexte que la France et l'Allemagne ont mis en place des programmes de Disease Management (DM) dans le but de fournir des soins plus structurés et des modes de paiement à la performance (P4P) pour inciter financièrement les fournisseurs à répondre à certains objectifs. Ces réformes, qui reflètent le rôle croissant de l'État dans les deux systèmes d'assurance maladie, se sont inspirées des modèles anglo-saxons mais se concrétisent de manière distincte en fonction des caractéristiques des systèmes des deux pays. En Allemagne, DM et P4P se sont basés sur la concurrence croissante entre les caisses d'assurance maladie et les hôpitaux tandis qu'en France, ces réformes ont reflété un chan-

gement du rôle de l'assurance maladie « de payeur à acteur ». Le positionnement de la profession médicale vis-à-vis de ces nouveaux instruments de gouvernance, qui sont de nature hiérarchique et qui imposent une logique comptable, est une question clef en France et en Allemagne. Dans les deux pays, les processus de négociations ont été liés à un écart grandissant entre les représentants des médecins et leurs membres, et ce malgré les différences dans la manière dont les médecins sont traditionnellement intégrés dans la régulation des systèmes de santé respectifs (résumé d'auteur).

► **Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

2018

Paris CNOM

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_pds_2017_0.pdf

Pour la 15ème année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et les modalités de son organisation. Les constats que l'on peut faire cette année sont proches de ceux déjà effectués les années précédentes. En effet, en 2017 comme pour les années précédentes, l'enquête révèle une légère baisse du volontariat bien que les médecins continuent, autant que possible, à assumer vis-à-vis de la population cette mission de service public sur l'ensemble du territoire national. Les situations sont très différentes au sein des régions et départements et souvent même entre les différents secteurs d'un même département. Pour certains départements, la situation est d'ores et déjà critique, il s'agit principalement des départements qui rencontrent des problèmes pour assurer la continuité des soins pendant la journée. D'autres départements connaissent des situations moins préoccupantes mais pourraient subir des dégradations importantes de leur dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans les années à venir. Il s'agit de certains départements pour lesquels la démographie médicale est déclinante et pour lesquelles le maintien d'un système efficient de permanence des soins ambulatoires repose sur la bonne volonté et le dévouement d'un petit nombre de médecins.

► **La formation aux professions de la santé en 2015 : (hors professions médicales et pharmaceutiques)**

CROGUENNEC Y.

2017

Série Statistiques - Document De Travail - Drees(202): 155.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/la-formation-aux-professions-de-la-sante-en-2015-hors-professions-medicales-et>

Ce document de travail présente dans sa première partie les résultats de l'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé en 2015 qui relèvent du ministère chargé de la santé. Dans sa seconde partie, il détaille les statistiques sur les formations aux professions de santé relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur. Pour l'année 2015, sont présentés formation par formation, les tableaux comprenant le nombre de centres de formation, les effectifs d'inscrits, par année d'étude, par session et par sexe, le nombre de diplômés. D'autres tableaux sont par ailleurs présentés sur les caractéristiques des étudiants en 2015 : le statut, l'âge, le mode de prise en charge financière, le niveau d'études antérieur, la série de baccalauréat pour les bacheliers, l'origine sociale, la situation principale l'année précédant l'entrée en formation. Enfin, des tableaux régionaux et chronologiques sont accessibles dans ce document.

► **The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2016 to 2030**

DALL T., et al.

2018

Washington DC Association of American Medical Colleges

<https://news.aamc.org/filer/media/1523886548/1199/>

The United States could see a shortage of up to 120,000 physicians by 2030, impacting patient care across the nation. The study modeled a wide range of health care and policy scenarios, such as payment and delivery reform, increased use of advanced practice nurses and physician assistants, and delays in physician retirements. The report aggregates the shortages in four broad categories: primary care, medical specialties, surgical specialties, and other specialties. By 2030, the study estimates a shortfall of between 14,800 and

49,300 primary care physicians. At the same time, there will be a shortage in non-primary care specialties of between 33,800 and 72,700 physicians. These findings are consistent with previous reports and persist despite modeling that takes into account the use of other health professions and changes in care delivery.

► **Rapport de la Mission deuxième cycle des études de médecine**

DUBOIS-RANDE J ET HENNION-IMBAULT Q.
2018

Paris AEF

<https://aef.publiatis.com/documents/DAM/%7BE4636700-6B26-45A9.../458894.pdf>

L'ancien président de la conférence des doyens des facultés de médecine, le Pr Jean-Luc Dubois-Randé et l'ex vice-président de l'Anemf, Quentin Hennion-Imbault ont rendu en décembre 2017 un rapport sur la réforme du deuxième cycle des études de médecine. Resté jusqu'alors confidentiel, ce rapport a été publié il y a quelques jours. Ce document d'une centaine de pages comprend 13 propositions de refonte du cursus. La piste la plus emblématique de ce rapport est la suppression des ECNi. Décision attendue, le rapport rappelle que le classement général apparaît aujourd'hui comme « obsolète et inadapté » et propose donc un remplacement progressif des ECNi par un système inspiré du Canada et des États-Unis sur le principe du « matching ».

► **Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires**

FOURNIER C., BOURGEOIS I., NAIDITCH M.
2018

Questions d'Économie de la Santé (Irdes) (232)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>

Le dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques. Dans le cadre du programme d'évaluation Daphnee, une recherche

sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif Asalée et, d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels. D'autres aspects de cette évaluation donneront lieu à des publications de l'Irdes, notamment une typologie de la coopération entre médecins et infirmières et des résultats concernant l'effet du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins de leurs patients.

► **La santé en réseaux : qualité des soins, entreprise à mission et contrats dérogatoires**

JAGER W.

2018

Paris Terra Nova

<http://tnova.fr/notes/la-sante-en-reseaux-qualite-des-soins-entreprise-a-mission-et-contrats-derogatoires>

En France, chaque patient peut choisir librement son professionnel de santé. Sans accès à une information de qualité, cette liberté risque cependant de se retourner contre son titulaire, d'être facteur de surcoûts, voire de risques. Comment allier autonomie des parties prenantes, qualité des soins, accès à l'information et maîtrise de la dépense ? Les « réseaux de soins » développés par les assureurs privés tentent de répondre à cette question en mettant des patients en relation avec des professionnels répertoriés. Ces réseaux de professionnels agréés ont vocation à proposer de meilleurs rapports qualité-prix aux assurés, à l'instar d'une centrale de référencement ou d'un courtier. L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces réseaux s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. En dépit des fortes résistances qu'ils rencontrent en particulier chez les opticiens, les audioprothésistes ou les chirurgiens-dentistes, cette note plaide pour une plus large reconnaissance des vertus et bénéfices des réseaux de soins. Elle propose également différentes pistes de réflexion pour permettre leur développement dans une plus grande sérénité. Enfin, au moment où les pouvoirs publics pourraient être tentés de les contourner dans le cadre de la réforme en faveur d'un « reste à charge zéro », elle recommande au contraire de s'appuyer sur leur expérience.

► **Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé**

LAUDE A. ET TABUTEAU D.
2018

Paris : IDS

<https://www.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>

Cette étude rassemble des éléments comparés sur les professions de santé dans les pays de l'Union européenne. Afin de parvenir à cerner cette notion de « professions de santé », il convient dans un premier temps de s'intéresser à la manière dont la définition est abordée - ou n'est pas abordée - par le droit des différents États en Europe, le droit de l'Union européenne - le droit international ne définissant pas précisément cette notion. À partir de ce constat selon lequel une telle définition n'existe pas, les professions de santé doivent être étudiées sous l'angle de trois éléments dont il faut tenir compte pour délimiter la profession : la qualification, les compétences, puis les missions du système de santé.

► **Les déserts médicaux. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?**

MANGENEY C. ET GREMY I.
2018

Paris Orsif

<http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/143-offre-de-soins2/869-les-deserts-medicaux-de-quoi-parle-t-on-quels-leviers-d-action>

La question de l'accessibilité aux soins ambulatoires de premier recours occupe aujourd'hui les puissances publiques françaises et préoccupe les citoyens. Preuve en est le nombre d'études, rapports officiels, projets de lois, ou colloques organisés à ce sujet depuis quelques années. Ce rapport vise à proposer une synthèse des éléments de diagnostic sur la situation francilienne, mais aussi des différents facteurs qui conduisent à la situation de pénurie actuelle que connaissent certains territoires et des mesures correctrices qui sont mises en œuvre par les puissances publiques.

► **Les politiques de lutte contre la désertification médicale : les enseignements français et étrangers : bibliographie thématique**

SAFON M. O.
2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medicale.pdf>

Depuis de nombreuses années, la plupart des pays de l'OCDE sont confrontés, en effet, à des problèmes de raréfaction (shortage) et de répartitions inégales (imbalance) des professions de santé. Parmi les leviers utilisés dans les pays de l'OCDE pour résoudre ces problèmes, la France s'est tout d'abord appuyée sur l'augmentation de médecins en formation – la France est parmi les pays qui forment le moins de nouveaux médecins (6 pour 100 000) en 2011. Elle a ensuite mis en œuvre d'autres politiques autour des incitations financières à l'installation (pas toujours efficaces) dans certaines zones et sur le maintien d'une proportion élevée d'étudiants en médecine générale avec une réussite relative en matière d'équilibre médecins généralistes/médecins spécialistes. Enfin, plus récemment, elle a pris d'autres mesures comme la régionalisation du numerus clausus (sans impact notable à ce jour), l'encouragement à des départs à la retraite plus tardifs et la mise en place d'autres modes de pratiques professionnelles comme le travail pluri-professionnel et le recours à de nouvelles technologies comme la télémédecine. L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (articles, ouvrages, rapports, littérature grise..) sur les mesures mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale dans les pays de l'OCDE.

Health systems

► **Multimorbidity: A Priority for Global Health Research**

ACADEMY OF MEDICAL SCIENCE.

2018

Londres Academy of Medical Sciences

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-03/hospital-and-social-care-interface-final-web.pdf>

The health and social care sectors are dependent on one another to succeed. But the boundary – or interface – between the two is challenged daily: care received in one of the sectors has a direct impact on the other. This report focuses on that interface. This report explores the actions and strategies that providers and commissioners have put in place to improve the interface between secondary and social care, with a focus on what hospitals can do. In particular, we look at: collaboration to prevent avoidable hospital admissions, the interface between hospitals and social care providers when patients are discharged from hospital, the relationship between commissioners and social care providers and wholesale organisational integration. Drawing on the experience of seven case study sites, as well as evidence of what has worked to date, we make five recommendations for national policy-makers. We also make seven recommendations for local hospital leaders.

► **L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas**

CARLAC'H, D., *et al.*

2018

Série Études et Recherche - Document De Travail - Drees(136)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/l-organisation-des-soins-bucco-dentaires-en-allemande-en-suede-et-aux-pays-bas>

Ce rapport décrit les modes de prise en charge, les effets sur l'activité et les modèles économiques des cabinets dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays Bas afin d'étudier les caractéristiques des systèmes de prise en charge des soins bucco-dentaires et leurs effets sur l'organisation et les modèles économiques de cabinets.

► **Varieties of Health Care Devolution: 'Systems or Federacies'?**

COSTA FONT J. ET PERDIKIS L.

2018

LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series;130. London London School of Economics and Political Science

<http://www.lse.ac.uk/european-institute/Assets/Documents/LEQS-Discussion-Papers/LEQSPaper130.pdf>

Some European countries have devolved health care services to subnational units. This is especially the case in unitary states that are organised as a national health service, where choice is not 'built into' the health care system. We argue that there are different models of devolving authority to subnational jurisdictions which have repercussions for regional health care inequalities and the amount of policy interdependence across regions. We examine broad trends in two institutional models of devolution: a 'federacy model', where only a few territories obtain health care responsibilities (such as in the United Kingdom), and a 'systems model', where the whole health system is devolved to a full set of subnational units (such as in Spain). This paper briefly discusses the impact of these two models of devolution on the regional diversity of the health system. Our findings suggest that a 'systems model' of decentralisation, unlike a 'federacy model', gives rise to significant policy interdependence. Another finding indicates that geographical dispersion of health care activity is larger in the 'federacy model'.

► **Health System Performance Assessment in the WHO European Region: Which Domains and Indicators Have Been Used by Member States for Its Measurement?**

FEKRI O., *et al.*

2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/365386/hen-55-eng.pdf

L'évaluation de la performance des systèmes de santé (EPSS) varie d'un point à l'autre de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette étude fait la synthèse des domaines et des indicateurs utilisés par les pays dans leurs rap-

ports relatifs à l'EPSS ou aux systèmes de santé. Trente États membres ont publié leurs rapports en anglais, et leurs derniers documents font état de 1 485 indicateurs distincts. Les pays ont rendu compte de 9 à 146 indicateurs chacun, avec une moyenne de 50. Parmi les 14 domaines repris dans le cadre de l'OMS de 2007, la prestation de services et l'amélioration de la santé ont été couverts par quasiment tous les États membres sujets de l'étude (30 et 29, respectivement). En revanche, cette couverture s'est avérée inégale pour les 12 autres domaines : si le personnel de santé et le financement ont bénéficié d'une bonne couverture (25 et 26, respectivement), seuls 20 à 30 % des documents ont pris en compte d'autres domaines, tels que la sécurité, l'efficacité, la couverture ou la réactivité. Il convient d'affiner davantage les cadres, tant sur le plan de la clarté, de leur portée et de leur fonction que sur celui de la consistance conceptuelle des domaines, et de poursuivre la standardisation des ensembles génériques d'indicateurs.

► **Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE.

2018

Paris HCAAM

<http://www.securite-sociale.fr/Contribution-a-la-transformation-du-systeme-de-sante-Rapport-HCAAM-2018>

Ce rapport présente la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la stratégie de transformation du système de santé français, qui s'inscrit nécessairement dans une perspective de moyen terme et doit être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires. Ce document percutant s'attaque au risque d'inertie d'un système cloisonné entre la ville, l'hôpital, le médico-social. De plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, ce modèle ne pourra pas prendre en charge le vieillissement de la population et les maladies chroniques. La soixantaine de membres du HCAAM (partenaires sociaux, gestionnaires des établissements de santé, élus, hauts fonctionnaires, complémentaires santé, etc.) rejettent aussi le scénario d'une restructuration de l'offre pilotée par les grands centres hospitaliers où les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Les malades chroniques ou âgés devraient être essentiellement traités dans un extérieur struc-

turé, qui n'est plus conçu comme un 'amont' ou un 'aval' de séquences hospitalières. À terme, le Haut Conseil considère que l'ensemble des professionnels de santé devrait exercer dans des structures collectives. Ils devraient ainsi assumer collectivement des responsabilités sur leur territoire : garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins. Quant aux hôpitaux, ils devraient se recentrer et passer contrat avec les communautés locales de professionnels pour coordonner les retours à domicile, les systèmes d'information, la formation...

► **Organization and Financing of Public Health Services in Europe: Country Reports**

RECHEL B., *et al.*

2018

Health Policy Series; 49. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf

Qu'entend-on par « services de santé publique » ? Les pays d'Europe interprètent différemment ce concept, ou ce qu'il implique. Cette étude décrit l'expérience de neuf pays, en expliquant en détail la manière dont ils ont choisi d'organiser et de financer les services de santé publique, et de former et d'employer le personnel de ce secteur. Les pays couverts sont l'Allemagne, l'Angleterre, la France, l'Italie, les Pays-Bas, la Pologne, la République de Moldova, la Slovaquie et la Suède. Les chapitres relatifs aux différents pays présentent un aperçu historique des services de santé publique ainsi que le contexte dans lequel ils opèrent ; définissent les principales structures organisationnelles ; évaluent les sources de financement de la santé publique et leur mode d'allocation ; expliquent la formation et l'emploi de la main-d'œuvre du secteur de la santé publique ; et analysent les cadres existants pour l'évaluation de la qualité et de la performance. L'étude met en évidence la très grande diversité de ces services en Europe ainsi que les expériences très variées dans ce domaine. Elle illustre clairement deux approches fondamentalement différentes des services de santé publique : l'intégration avec des services de santé curatifs (comme en Slovaquie ou en Suède) ou l'organisation et la prestation dans le cadre d'une structure parallèle séparée (République de Moldova). Les études de cas permettent d'examiner le contexte à l'origine de cette divergence et ses implications.

Occupational Health

► **Social Security Programs and Retirement Around the World: Working Longer - Introduction and Summary**

BAILEY JONES, *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24584. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24584>

This is the introduction and summary to the eighth phase of an ongoing project on Social Security Programs and Retirement Around the World. This project, which compares the experiences of a dozen developed countries, was launched in the mid-1990s following decades of decline in the labor force participation rate of older men. The first several phases of the project document that social security program provisions can create powerful incentives for retirement that are strongly correlated with the labor force behavior of older workers. Subsequent phases of the project have explored disability program provisions and their effects on retirement as well as potential obstacles to promoting work at older ages, including whether there is a link between older employment and youth unemployment and whether older individuals are healthy enough to work longer. In the two decades since the project began, the dramatic decline in men's labor force participation has ended and been replaced by sharply rising participation rates. Older women's participation has been rising as well. In this eighth phase of the project, we explore this phenomenon of working longer. We document trends in participation and employment and also consider factors that may help to explain these changes in behavior. We conclude that social security reforms as well as other factors such as the movement of women into the labor force have likely played an important role.

► **Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données médico administratives**

BARNAY, T. *et al.*

2018

Paris : Irdes/Ceet

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-568-consequences-de-la-survenue-du-cancer-sur-les-parcours-professionnels.html>

Ce rapport étudie les effets à court et moyen termes de la survenue d'un cancer sur l'emploi et l'activité. Il utilise la base de données Hygie, produite par l'Irdes à partir des données administratives de la Caisse nationale de l'assurance maladie et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Hygie permet de reconstituer la carrière de l'individu ainsi que les événements de santé. Une première partie exploite la dimension rétrospective liée à la carrière et confirme l'effet pénalisant du cancer sur l'activité et l'augmentation des arrêts maladie. Une seconde partie exploite la dimension panel de l'échantillon pour étudier les transitions professionnelles consécutives au diagnostic de cancer

► **Accidents du travail et de trajet des salariés seniors en France. Années 2011 et 2012**

BRIERE J. ET SCHWAAB Y.

2018

Saint-Maurice Santé Publique France

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2018/Accidents-du-travail-et-de-trajet-des-salaries-seniors-en-France>

En France, le nombre de travailleurs de 50 ans et plus a fortement progressé ces dernières années du fait des évolutions démographiques et de la progression du taux d'emploi des seniors. D'après les projections de l'Insee, le nombre de seniors devrait encore s'accroître dans les années à venir. Pour autant, très peu d'études sont disponibles pour décrire les risques professionnels auxquels ils sont confrontés. L'objectif de cette étude était de calculer des indicateurs nationaux descriptifs des accidents du travail et de trajet survenant chez les seniors et de les comparer aux mêmes indicateurs pour l'ensemble des salariés, en utilisant les données de réparation des accidents du travail enregistrées par deux des principaux régimes de sécurité sociale (régime général et régime des salariés agricoles) pour les années 2011 et 2012. L'étude a confirmé que la fréquence des accidents du travail était plus faible chez les seniors que chez l'ensemble des salariés des deux régimes considérés, mais que les accidents des seniors étaient plus graves. Elle a révélé que, alors que chez les hommes le différentiel de fréquence des accidents du travail et de trajet entre seniors et ensemble des salariés était élevé, il était beaucoup plus limité chez

les femmes. L'étude a mis en évidence que chez les femmes, pour les accidents du travail, les accidents de plain-pied et les chutes de hauteur étaient plus fréquents chez les seniors. Concernant les accidents de trajet chez les femmes, les accidents de plain-pied étaient plus fréquents chez les seniors. Une analyse plus fine (par secteur d'activité notamment) et répétée dans le temps (permettant de confirmer les résultats) des accidents de plain-pied et des chutes de hauteur pourrait permettre d'orienter les futures campagnes d'information et de réfléchir à de nouvelles actions de prévention.

► **Do Working Hours Affect Health? Evidence from Statutory Workweek Regulations in Germany**

CYGAN-REHM K. ET WUNDER C.

2018

SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research ; 967. Berlin DIW

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.584169.de/diw_sp0967.pdf

This study estimates the causal effect of working hours on health. We deal with the endogeneity of working hours through instrumental variables techniques. In particular, we exploit exogenous variation in working hours from statutory workweek regulations in the German public sector as an instrumental variable. Using panel data, we run two-stage least squares regressions controlling for individual-specific unobserved heterogeneity. We find adverse consequences of increasing working hours on subjective and several objective health measures. The effects are mainly driven by women and parents of minor children who generally face heavier constraints in organizing their workweek.

► **Rehabilitation and Return to Work After Cancer — Instruments and Practices**

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK.

2018

Luxembourg Publications Office of the European Union

<https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-after-cancer-instruments-and/view>

Un diagnostic de cancer a des effets immédiats et durables, même après l'achèvement du traitement. Ce projet explore les défis en matière de sécurité et de santé au travail que les employeurs et les salariés doivent relever lorsque des travailleurs retournent au travail après un diagnostic de cancer. Le rapport présente des exemples nationaux d'instruments et de pratiques qui contribuent avec succès à prévenir les absences pour cause de maladie de longue durée et le chômage.

► **The Impact of Sickness Absenteeism on Productivity: New Evidence from Belgian Matched Panel Data**

GRINZA E. ET RYCX F.

2018

Turin Université de Turin

<http://www.bibliocon.unito.it/biblioservizi/RePEc/tur/wpapnw/m51.pdf>

We investigate the impact of sickness absenteeism on productivity by using rich longitudinal matched employer-employee data on Belgian private firms. We deal with endogeneity, which arises from unobserved firm heterogeneity and reverse causality, by applying a modified version of the Akerberg et al's (2015) control function method, which explicitly removes firm fixed effects. Our main finding is that, in general, sickness absenteeism substantially dampens firm productivity. An increase of 1 percentage point in the rate of sickness absenteeism entails a productivity loss of 0.24%. Yet, we find that the impact is much diversified depending on the categories of workers who are absent and across different types of firms. Our results show that sickness absenteeism is detrimental mainly when absent workers are high-tenure or blue-collar workers. Moreover, they show that sickness absenteeism is harmful mostly to industrial firms, high capital-intensive companies, and small- and medium-sized enterprises. This overall picture is coherent with the idea that sickness absenteeism is problematic when absent workers embed high levels of firm/task-specific (tacit) knowledge, when the work of absent employees is highly interconnected with the work of other employees (e.g., along the assembly line), and when firms face more limitations in substituting temporarily absent workers.

► **Does Minimum Wage Affect Workplace Safety?**

HRADIL V.
2018

CERGE-EI Working Paper Series; 615. Prague Charles University in Prague

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3161175

Empirical evidence on the employment effects of minimum wage legislation suggests the possibility that firms react to increases in low-skilled labor costs driven by minimum wages by reducing investments in non-wage job aspects, which can mitigate the need for layoffs. Such adjustments may involve the worsening of workplace safety. To evaluate the hypothesis that increases in minimum wages result in a higher incidence of occupational injuries and illnesses, I use employer-level data from the United States and variation in state minimum wages during 1996-2013. The results suggest that states which increase their minimum wage experience an increase in the incidence of occupational injuries and illnesses. The effect appears stronger in industries that employ large numbers of low-wage workers, and those where the workforce is intensively exposed to health risks.

► **Inequalities in Labour Market Consequences of Common Mental Disorders**

JARL J., *et al.*
2018

Lund Lund University

https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2018_015.html

The burden of mental disorders continues to grow and is now a leading cause of disability worldwide. The prevalence of mental disorders is unequal between population subgroups, and these disorders are associated with unfavourable consequences in social and economic conditions, health and survival. However, how the negative effects of mental disorders are distributed among population subgroups is less studied. Our aim is to investigate how labour market consequences of Common Mental Disorders (CMD) differ over gender, age, education, and country of birth. We use a population sample from southern Sweden of patients diagnosed with CMD 2009-2012 and a matched general population control group with linked register information on employment, long-term sick

leave, and disability pension. Logistic regression with interaction effects between CMD and sociodemographic indicators are used to estimate labour market consequences of CMD in the different population subgroups. CMD have a negative impact on all labour market outcomes studied, reducing employment while increasing the risk of long term sick leave and disability pension. However, the associated effect is found to be stronger for men than women, except for disability pension where consequences are similar. Surprisingly, high educated individuals suffer worse labour market consequences than low educated. Consequences of CMD in labour market outcomes are not consistent across different age-groups and country of birth. Inequalities in the labour market consequences of common mental disorders sometimes contributes to, and sometimes mitigates, societal inequalities in employment, long term sick leave and disability pension. When developing new strategies to tackle mental ill health in the population, it may therefore be motivated to consider not only inequalities in the prevalence of mental disorders, but also inequalities in the consequences of these disorders.

► **Do Opioids Help Injured Workers Recover and Get Back to Work? The Impact of Opioid Prescriptions on Duration of Temporary Disability**

SAVYCH B., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24528. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24528>

We estimate the effect of opioid prescriptions on the duration of temporary disability benefits among workers with work-related low back injuries. We use local opioid prescribing patterns to construct an instrumental variable that generates variation in opioid prescriptions but is arguably unrelated to injury severity or other factors affecting disability duration. Local prescribing patterns have a strong relationship with whether injured workers receive opioid prescriptions, including longer-term prescriptions. We find that more longer-term opioid prescribing leads to considerably longer duration of temporary disability, but little effect of a small number of opioid prescriptions over a short period of time.

Aging

► **Des représentations des patients âgés aux pratiques de gestion des soins : Vers une opportunité de co-production soignant-soigné**

AMINE A., *et al.*

2018

sl : [Halshs archives ouvertes](#)

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01684213>

La relation de service engageant des publics vulnérables (i.e. patients âgés) s'inscrit dans un rapport asymétrique, au désavantage de ce dernier, nourri par les représentations du patient âgé vulnérable et par la légitimité dans l'administration des soins que s'octroient les personnels de santé. Cette asymétrie est amenée à s'incarner dans les pratiques de soins qui vont se (re)configurer le long des expériences de service entre personnels de santé et patients âgés. En mobilisant une approche qualitative auprès du personnel soignant d'un service de Gériatrie, cette recherche montre des instrumentalisation variées de la vulnérabilité du patient âgé soit pour accentuer la tutelle et le contrôle sur ce dernier, soit au contraire pour se délester de certaines tâches rentrant dans la relation de soins sur cette population ouvrant la voie à davantage de co-production des soins, à un « faire avec » les patients âgés (avec une palette de situations intermédiaires liées à la variété des contextes d'interaction).

► **Long-Run Trends in the Economic Activity of Older People in the UK**

BANKS J., *et al.*

2018

[NBER Working Paper Series ; n° 24606. Cambridge NBER](#)

<http://papers.nber.org/papers/W24606>

We document employment rates of older men and women in the UK over the last forty years. In both cases growth in employment since the mid 1990s has been stronger than for younger age groups. On average, older men are still less likely to be in work than they were in the mid 1970s although this is not true for those with low education. We highlight issues with using years of schooling as a measure of educational achievement for analysing labour market trends at older ages, not least because a large proportion of men

who left school at young ages without any formal qualifications, have subsequently acquired some. Reforms – such as the abolition of the earnings test and rises in the female State Pension Age, have pushed up employment rates. But other factors – such as the shift from defined benefit to defined contribution pensions being offered by private sector employers and the growth in employment rates at younger ages among successive cohorts of women – are also important. We discuss the role of other cohort and economy-wide trends, highlighting that the proportion of older men and women employed in professional, managerial and technical occupations has been particularly strong.

► **Quelle réforme du système de retraite ? Les grands enjeux**

BOZIO A., *et al.*

2018

[Notes De L'IPP \(31\)](#)

<https://www.ipp.eu/publication/n31-quelle-reforme-du-systeme-de-retraite-les-grands-enjeux/>

La réforme des retraites annoncée par M. Emmanuel Macron pendant la campagne présidentielle repose sur un certain nombre de principes généraux, souvent résumés par l'engagement « chaque euro cotisé donne les mêmes droits ». Les détails de la réforme n'étant pas encore connus, cette note vise à contribuer au débat public en présentant les principes fondamentaux d'un système en répartition bien conçu, quel que soit le système cible retenu, et à souligner les points d'arbitrages à trancher par le débat démocratique. Nous mettons ainsi en évidence les avantages à revaloriser les droits à la retraite avec la croissance des salaires, et à poser des règles transparentes d'évolution des taux de liquidation en fonction des conditions démographiques du pays. Les arbitrages à trancher sont néanmoins importants : quel taux de cotisation global choisir ? Quelle convergence entre les taux de cotisation des différents régimes ? Quelle vitesse à la transition au nouveau système ? Comment améliorer les mécanismes de solidarité ? Ou encore quelle gouvernance mettre en place ?

► **Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018**

BRAS P. L.

2018

Paris Conseil d'orientation des retraites: 141.

<http://www.cor-retraites.fr/article519.html>

Le rapport annuel 2018 du COR, Évolutions et perspectives des retraites en France, s'inscrit dans le cadre du processus de suivi et de pilotage du système de retraite français mis en place par la loi retraite du 20 janvier 2014.

► **Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)**

BRICARD D., OR Z., PENNEAU A.

2018

Document de travail; DT74 .Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/documents-de-travail.html#DT74>

L'expérimentation sur les Parcours santé des aînés (Paerpa), lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, avec l'objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus, est un exemple d'expérimentation complexe. Elle combine une série de dispositifs nationaux implémentés de façon hétérogène d'un territoire à l'autre. L'évaluation d'expérimentations territoriales comme Paerpa renvoie à des enjeux méthodologiques importants car le traitement de ces expérimentations est hétérogène et l'effet de ce traitement peut varier selon les contextes territoriaux. Ce document de travail présente la méthode du contrôle synthétique (CS) comme une méthode pertinente pour l'évaluation d'impact des politiques territoriales et permet de tester sa robustesse comparativement aux méthodes alternatives plus classiques. L'évaluation s'appuie principalement sur les données du Système national des données de santé (SNDS) de 12 régions françaises de 2010 à 2016. Les contextes socio-économiques et l'offre sanitaire et médico-sociale des territoires sont appréhendés à partir de nombreuses sources de données, à un niveau communal ou départemental.

► **Working Longer in the U.S.: Trends and Explanations**

COILE C.

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24576. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24576>

Over the past two decades, labor force participation rates for older men have been rising, reversing a century-long trend towards earlier retirement. Participation rates for older women are rising as well. A number of theories have been put forward to explain the rise in participation at older ages, including improving mortality and health, increasing education and a shift towards less physically demanding work, and changes in employer-provided benefits and Social Security. This paper documents trends in labor force participation and employment at older ages and in the factors that may be contributing to rising participation. A review of these trends and of the relevant literature suggests that increases in education, women's growing role in the economy, the shift from defined benefit to defined contribution pension plans, and Social Security reforms all likely played some role in the trend towards longer work lives.

► **Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017**

COMMISSARIAT GÉNÉRAL À L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES.

2018

Paris : CGET

Phénomène mondial, le vieillissement des populations touche aussi bien des pays développés comme le Japon que des pays émergents comme la Chine. En Europe, il a d'abord concerné les pays du Nord avant de s'étendre à ceux du Sud. Cette augmentation de la part de personnes âgées dans la population européenne (13,7 % des personnes avaient 65 ans et plus en 1990, 19,2 % en 2016 dans l'UE 28) est la dernière conséquence de la transition démographique, qui se traduit par la baisse de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie. La population française vieillit elle aussi, mais à un rythme légèrement moins rapide. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016. Ce vieillissement affecte toutefois différemment les territoires

français. Les territoires peu denses accueillent une forte proportion de populations âgées mais ne vieilliront plus. L'enjeu principal sera le problème de l'isolement. Le périurbain des années 1970 est jeune et va connaître au moins ponctuellement un vieillissement marqué. Un des enjeux majeurs y sera l'accessibilité aux services. Enfin, le littoral méditerranéen cumule les trois facteurs à considérer : une population déjà vieille, une population qui va continuer à vieillir et, du fait d'un territoire attractif, une forte augmentation du nombre de personnes âgées. L'enjeu sera d'adapter les capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour qu'elles accompagnent cette importante augmentation.

► **Avis n°128. Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE.

2018

Paris CCNE

www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_128.pdf

Le vieillissement de notre société est aujourd'hui une réalité démographique indéniable et qui invite à repenser notre façon de vivre ensemble pour permettre une meilleure inclusion des personnes âgées. Des mesures législatives ont ainsi été entreprises ces dernières années pour faire face à cette réalité, que ce soit par la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou bien par celle de 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. C'est dans ce contexte social et politique que le CCNE a choisi de s'autosaisir pour traiter des enjeux éthiques du vieillissement, trop peu présents à ses yeux dans la construction des politiques publiques relatives à l'accompagnement des personnes âgées : comment rendre la société davantage inclusive vis-à-vis de ses citoyen(ne)s les plus âgé(e)s ?

► **L'emploi des seniors**

CORDESSE A.

2018

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

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/2018/2018_14_emploi_seniors.pdf

Dans son avis relatif à l'emploi des seniors, publié le 25 avril 2018, le Comité économique social et environnemental (Cese) élabore 17 préconisations allant dans le sens d'une promotion de l'activité et du maintien dans l'emploi des seniors, fondé sur la lutte contre les stéréotypes et les discriminations. Face aux résultats insatisfaisants du CDD senior, à la réduction du nombre de contrats aidés et à la suppression du contrat de génération, les solutions accessibles aux chômeurs âgés qui connaissent des difficultés spécifiques de retour à l'emploi et de réinsertion deviennent limitées, déplore le Cese. Il préconise donc de mettre en place, en faveur des seniors demandeurs d'emploi de 57 ans et plus, un contrat de travail spécifique permettant le retour dans l'emploi jusqu'à l'acquisition des droits à une retraite à taux plein. Ce contrat de travail serait assorti d'une incitation financière pour l'employeur.

► **Early Social Security Claiming and Old-Age Poverty: Evidence from the Introduction of the Social Security Early Eligibility Age**

ENGELHARDT G. V., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24609. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24609>

Social Security faces a major financing shortfall. One policy option for addressing this shortfall would be to raise the earliest age at which individuals can claim their retirement benefits. A welfare analysis of such a policy change depends critically on how it affects living standards. This paper estimates the impact of the Social Security early entitlement age on later-life elderly living standards by tracing birth cohorts of men who had access to different potential claiming ages. The focus is on the Social Security Amendments of 1961, which introduced age 62 as the early entitlement age (EEA) for retired-worker benefits for men. Based on data from the Social Security Administration and March 1968-2001 Current Population Surveys,

reductions in the EEA in the long-run lowered the average claiming age by 1.4 years, which lowered Social Security income for male-headed families in retirement by 1.5% at the mean, 3% at the median, and 4% at the 25th percentile of the Social Security income distribution. The increase in early claiming was associated with a decrease in total income, but only at the bottom of the income distribution. There was a large associated rise in elderly poverty and income inequality; the introduction of early claiming raised the elderly poverty rate by about one percentage point. Finally, for the 1885-1916 cohorts, the implied elasticity of poverty with respect to Social Security income for male-headed families is 1.6-. Overall, we find that the introduction of early claiming was associated with a reduction in income and an increase in the poverty rate in old age for male-headed households.

► Vieillir dans la dignité

ESCH M. O.

2018

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

<http://www.lecese.fr/travaux-publies/vieillir-dans-la-dignite>

L'insuffisance des moyens humains et financiers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) fait l'objet de nombreuses pétitions citoyennes publiées sur internet. Les pétitionnaires déplorent des situations de sous-effectifs, des conditions de travail dégradées. Avant tout, ils pointent un impératif : assurer aux personnes âgées un accueil, un accompagnement et des soins plus dignes. Les pétitions portent en elles des enjeux financiers et sociétaux sur lesquels le CESE a pris position ces dernières années. En 2014, il avait favorablement accueilli le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement : les orientations proposées, et notamment la place donnée à la prévention, au respect des droits fondamentaux des personnes âgées, au maintien à domicile, lui paraissaient aller dans le bon sens. Le CESE s'inquiétait toutefois des insuffisances du financement de la perte d'autonomie. La « crise des EHPAD » montre que, plus de deux années après l'entrée en vigueur de la loi, les progrès ne sont pas suffisants. Cette crise ne peut pas être isolée des difficultés du système de santé français. Les incertitudes sur le financement de la perte d'autonomie demeurent. Pour le CESE, cela signifie que les réponses doivent être globales et s'inscrire dans

une approche prospective et décloisonnée du médical, du social et du médico-social.

► Tarifs APA : Étude des réalités départementales

FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SERVICES À LA PERSONNE ET DE PROXIMITÉ.

2018

Paris FEDESAP

<https://fr.calameo.com/read/0055426886fc371bf23b1>

De fortes disparités entre les départements ont déjà pu être observées dans les procédures d'attribution de l'APA à domicile. Cette étude réalisée par l'Observatoire national du domicile de la Fédésap, porte sur les tarifs APA fixés par les Conseils départementaux (CD) dans le cadre du mode prestataire. L'objectif est de recueillir de façon exhaustive les différents tarifs APA pratiqués par les Conseils départementaux en 2017, suite à la mise en œuvre de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV). Les résultats mettent en évidence cinq points problématiques : une très forte disparité des tarifs de référence APA départementaux qui sont dans leur grande majorité inférieurs au coût réel des services ; la persistance de pratiques tarifaires « discriminantes » en fonction du type de structures, privées ou associatives, qui conduit une personne âgée à ne pas bénéficier de la même aide publique pour le même service en fonction du SAAD choisi ; des « restes à charges » imputés aux personnes âgées qui varient de 1 à 7€ par heure en fonction des départements ; plus de 50 % des départements ne valorisent pas les interventions des SAAD les dimanches et jours fériés déstabilisant ainsi les modèles économiques fragiles des structures et reportant le surcoût sur les personnes âgées ; la grande majorité des politiques départementales en faveur de l'autonomie ne prennent pas ou ne peuvent prendre en compte les réalités socio-démographiques de leurs territoires : niveau de revenus, densité des personnes âgées et accessibilité à une offre d'hébergement raisonnable.

► **Viellissement et accès au bien vieillir : enjeux d'innovation et de régulation**

GANNON V. ET TOUZE F.
2018

In : **Viellissement et gérontechnologies à la Réunion. Saint-Denis : Université de la Réunion: 45-72.**

http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-04/010069772.pdf

Si la réduction des taux de mortalité est une bonne nouvelle, le vieillissement qu'elle induit est souvent source d'inquiétude. En effet, pour beaucoup de seniors, l'idée d'atteindre un âge élevé est aussi synonyme d'un risque accru de dégradation de la qualité de vie en raison d'une perte d'autonomie et d'entrée en dépendance. La dépendance et la perte d'autonomie renvoient à des états particuliers. La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales; et donc de s'adapter à son environnement. L'autonomie, elle, est définie par la capacité à se gouverner soi-même (possibilité d'aides permettant l'autonomie). Ce chapitre constitue une analyse coût-bénéfice des politiques publiques destinées à la prévention de la perte d'autonomie.

► **Why Are People Working Longer in the Netherlands?**

KALWIJ A., *et al.*
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24636. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24636>

Labor force participation at older ages has been rising in the Netherlands since the mid-nineteen-nineties. Reforms of the social security and pension systems have often been put forward as main explanations for this rise. However, participation rates above the normal retirement age of 65 have almost tripled for men and quadrupled for women despite the fact that at those ages reforms are unlikely to have had much impact. This suggests other factors may have played an important role in this rise as well. In addition to the effects of reforms in social security and pension systems, this chapter examines the importance for men's labor force participation at older ages of improved health, increased levels of education, and differences in skills across cohorts, as the older cohorts moved into

retirement, such that workers' characteristics better matched labor demand. These changes on the labor supply side are likely to have contributed to the success of the reforms since the mid-nineteen-nineties and to have had a large independent impact on men's labor force participation at older ages.

► **The Recent Rise of Labor Force Participation of Older Workers in Sweden**

LAUN L. ET PALME M.
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24593. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24593>

This paper studies the background to the increase in labor force participation of older workers in Sweden since 2000. In the first part, we study how the characteristics of the elderly have changed with respect to health, education level and work environment, as well as the impact of joint decision-making within the household. In the second part, we study the importance of institutional changes, including a major reform of the old-age pension system, introduction of tax credits for older workers, changes of the mandatory retirement age and stricter eligibility criteria in the disability insurance program. We find that the rise in labor force participation has coincided with improvements in health and educational attainment across birth cohorts as well as increased screening stringency in the disability insurance program.

► **Co-Payments in Long-Term Home Care: Do They Affect the Use of Care?**

NON M.
2017

CPB Discussion Paper; 363. La Hague CPB

<https://www.cpb.nl/en/publication/co-payments-in-long-term-home-care-do-they-affect-the-use-of-care>

We study the effect of a policy change in co-payments on the use of long-term home care in The Netherlands. The change increased co-payments for persons with considerable household financial assets. For identification we apply a difference-in-difference analysis with matched treatment and control groups. We find a significant effect at the extensive margin: persons affected by the policy change are less likely to take

up care. The magnitude of the response increases over time, corresponding with an average annual price elasticity of demand of -0.14 and a price elasticity of -0.26 for episodes of care one year after the change. We do not find a significant effect at the intensive margin: persons who take up care do not use less hours of care.

► **Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats**

OR Z, BRICARD D., LE GUEN N., *et al.*

2018

Rapport Irdes; 568 . Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/2018/rapport-567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>

Les expérimentations Paerpa (Parcours santé des aînés), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans et plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation. L'évaluation conçue par l'Irdes vise à porter un jugement global sur les résultats des projets, en tenant compte de leurs spécificités territoriales, au regard des objectifs de Paerpa et au moyen de critères communs. Ce rapport intermédiaire présente les principales étapes et méthodes de l'évaluation d'impact, et dévoile les premiers résultats sur les données 2015-2016.

► **Labor Force Participation of the Elderly in Japan**

OSHIO T., *et al.*

2018

NBER Working Paper Series ; n° 24614. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24614>

Japan experienced increases in labor force participation (LFP) of the elderly in recent years, as have other advanced countries. In the present study, we overview the employment trend of the elderly in Japan, and examine what factors have contributed to its increase

since the early 2000s. Improved health and longevity, increasing education levels, and a shift towards less physically demanding jobs have allowed the elderly to stay longer in the labor force. However, elderly employment rebound and its timing are more closely linked to changes in social security incentives, especially increases in the eligibility age for public pension benefits. More broadly, reduced generosity in social security programs since the mid-1980s has been a key driver of the long-term trend change in elderly employment. A series of social security reforms have helped utilize the elderly's potential work capacity, accumulated due to improving health conditions and other favorable factors for LFP in the elderly. s.

► **The Kids Are Alright - Labour Market Effects of Unexpected Parental Hospitalisations in the Netherlands**

RELLSTAB S., *et al.*

2018

Tinbergen Institute Discussion Paper ; 2018-049/V. Rotterdam Tinbergen Institute

<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20180049.html>

Unexpected negative health shocks of a parent may reduce adult children's labour supply via informal caregiving and stress-induced mental health problems. We link administrative data on labour market outcomes, hospitalisations and family relations for the full Dutch working age population for the years 1999-2008 to evaluate the effect of an unexpected parental hospitalisation on the probability of employment and on conditional earnings. Using a difference-in-differences model combined with coarsened exact matching and individual fixed effects, we find no effect of an unexpected parental hospitalisation on either employment or earnings for Dutch men and women, and neither for the full population nor for subpopulations most likely to become caregivers. These findings suggest that the extensive public coverage of formal long-term care in the Netherlands provides sufficient opportunities to deal with adverse health events of family members without having to compromise one's labour supply.

► **Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**

RICORDEAU P. ET BOUIH Y. C.

2018

Paris Igas

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article664>

La mission de médiation de l'Igas sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), demandée par la ministre des solidarités et de la santé, s'est déroulée en février-mars 2018. Elle a fait suite aux débats relatifs aux impacts de la mise en œuvre de cette réforme en 2017, en application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 et des mesures réglementaires d'application publiées en décembre 2016. La mission a rencontré une soixantaine d'acteurs au niveau national et plus de 200 interlocuteurs au niveau territorial, dans six régions visitées : conseils départementaux, agences régionales de santé (ARS), fédérations d'établissements et groupes de directeurs d'Ehpad. La visite d'une quinzaine d'établissements de statuts différents a également permis des échanges avec les administrateurs, les directeurs, les salariés, les résidents et les familles. Le rapport comprend : - une synthèse des ressentis des acteurs sur la réforme de la tarification ; - des éléments d'analyse de cette réforme et de la transformation du secteur des Ehpad ; - une série de propositions.

► **Dépendance : les enseignements oubliés du rapport du HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie »**

TERRA NOVA.

2018

(2011)». Paris Terra Nova

<http://tnova.fr/notes/dependance-les-enseignements-oublies-du-rapport-du-hcaam-assurance-maladie-et-perte-d-autonomie-2011>

Le vieillissement de la population, qui se traduit par des gains de temps de vie en bonne santé, crée aussi des situations plus fréquentes de pertes d'autonomie liées au grand âge. La prise en charge de cette dépendance est aujourd'hui insuffisante, malgré la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002. Le débat politique, plusieurs fois esquissé et

reporté, sur la création d'un « cinquième risque » est longtemps resté au point mort, comme s'il inquiétait tous les acteurs. On craint en particulier une dépense immaîtrisable qui viendrait heurter les objectifs de resserrement des dépenses de santé. Pourtant, la dépense actuelle de 6 milliards d'euros (en 2017) ne représente qu'une modeste fraction des dépenses de santé (100 milliards pour les dépenses hospitalières). Mais surtout, des expérimentations locales montrent que la bonne prise en charge des personnes dépendantes ne signifie pas toujours une hausse des dépenses globales. La particularité de la dépendance du grand âge est en effet qu'elle associe du soin médical et de l'aide à l'autonomie, du cure et du care. Or, mieux on accompagne les personnes âgées dans leur vie quotidienne, plus on évite des dépenses de soins, notamment hospitaliers. A l'inverse, moins on anticipe les besoins des personnes, plus on doit recourir à des prises en charge médicales et hospitalières mal calibrées et inutilement coûteuses. Il est donc essentiel, avant de parler budget et financement, de bien caractériser la spécificité de la prise en charge de la dépendance du grand âge afin de définir les formes collectives de solidarité les plus adaptées à la qualité de l'accueil et à la continuité des parcours de santé qui est le besoin essentiel des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est ce que propose cette note qui invite notamment à réexaminer les analyses et conclusions d'un rapport de 2011 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

