

# **Veille scientifique en économie de la santé**

***Octobre 2017***

[Sommaire en français](#)

# **Watch on Health Economics Literature**

***October 2017***

[Contents list in English](#)

# **Veille scientifique en économie de la santé**

***Octobre 2017***

## **Centre de documentation de l'Irdes**

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

## 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](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

### **Veille scientifique en économie de la santé**

<b>Directeur de la publication</b>	Denis Raynaud
<b>Documentalistes</b>	Marie-Odile Safon Véronique Suhard
<b>Maquette &amp; Mise en pages</b>	Franck-Séverin Clérembault
<b>Mise en ligne web</b>	Aude Sirvain
<b>ISSN</b>	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](http://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](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

# Sommaire

## Assurance maladie

- 9 **Cartographie des pathologies et dépenses**  
Cnamts
- 9 **Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018**  
Cnamts
- 9 **La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours**  
Alberola E., et al.
- 10 **Social Security and Total Replacement Rates in Disability and Retirement**  
Khan M. R., et al.
- 10 **La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse**  
Lafon A. et al.
- 10 **Effects of Health Insurance on Labour Supply: A Systematic Review**  
Le N., et al.
- 11 **The Effect of Private Health Insurance on Self-Assessed Health Status and Health Satisfaction in Germany**  
Petilliot R.

## E-santé – Technologies médicales

- 11 **Livre blanc : 17 experts, 36 propositions pour une politique e-santé ambitieuse**  
Gregoire O., et al.
- 11 **Big data et santé**  
Tronquoy P., et al.

## Économie de la santé

- 12 **Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2016**  
Cour des comptes

- 12 **Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**  
Ministère chargé de la santé
- 12 **Quelle stratégie pour les dépenses publiques ?**  
Bacache-Beauvallet M., et al.
- 12 **The Economic Burden of Chronic Diseases: Estimates and Projections for China, Japan, and South Korea**  
Bloom D. E., et al.
- 13 **Assessing the Economic Costs of Unhealthy Diets and Low Physical Activity: An Evidence Review and Proposed Framework**  
Joy Candari C., et al.
- 13 **Les caractéristiques du système de protection sociale français**  
Lafore R.
- 13 **Future Trends in Health Care Expenditure. A Modelling Framework for Cross-Country Forecasts**  
Marino A., et al.
- 14 **100 % Sécu : de quoi parle-t-on ?**  
Rauch F.

## État de santé

- 14 **Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Copulence**  
Santé Publique France
- 14 **Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3)**  
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- 14 **Interdictions de fumer : un effet salubre**
- 15 **Tobacco and Its Environmental Impact: An Overview**  
Organisation mondiale de la santé
- 15 **Estimating the Recession-Mortality Relationship when Migration Matters**  
Arthi V., et al.

15 **The Impact of Alcohol on Mental Health, Physical Fitness, and Job Performance**

Bacolod M., et al.

15 **Les espérances de vie sans incapacité des Européens**

Cambois E.

16 **Long-Run Effects of Severe Economic Recessions on Male BMI Trajectories and Health Behaviors**

Nizalova O. Y. et Norton E. C.

16 **The Rising Cost of Ambient Air Pollution Thus Far in the 21st Century. Results from the BRIICS and the OECD Countries**

Roy R. et Braathen N. A.

---

## Géographie de la santé

---

17 **Dictionnaire d'analyse spatiale**

Bavoux J. J. et Chapelon L.

17 **Questions de santé en Île-de-France : Appui au projet régional de santé 2018-2022**

Camard J. P., et al.

17 **Services publics et territoires : adaptations, innovations et réactions**

Courcelle T., et al.

17 **Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015**

De Peretti C., et al.

---

## Handicap

---

18 **Who Is Screened Out? Application Costs and the Targeting of Disability Programs**

Deshpande M. et Li Y.

18 **Politique européenne en faveur des personnes handicapées : de la définition du handicap à la mise en œuvre d'une stratégie**

Lecerf M.

18 **Promoting Equality and Non-Discrimination for Persons with Disabilities**

Waddington L. et Broderick A.

---

## Hôpital

---

19 **Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2015**

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

19 **Structure et dynamique des recettes et dépenses hospitalières en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**

Ministère chargé de la santé

19 **The Political Economy of Diagnosis-Related Groups**

Bertoli P. et Grembi V.

20 **Les établissements de santé : édition 2017**

Toutlemonde F., et al.

20 **L'hôpital & le territoire**

Vignerot E. et Jaffiol C.

---

## Inégalités de santé

---

20 **Economic Conditions at Birth and Cardiovascular Disease Risk in Adulthood: Evidence from New Cohorts**

Alessie R., et al.

20 **Mortality Inequality in Canada and the U.S.: Divergent or Convergent Trends?**

Baker M., et al.

21 **La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité**

Bousquet D., et al.

21 **Health and Inequality in Health in the Nordic Countries**

Christiansen T., et al.

22 **Rapport sur les inégalités en France : Édition 2017**

Observatoire des inégalités

22 **Précarité, pauvreté et santé**

Spira A.

22 **Health and Health Inequality During the Great Recession: Evidence from the PSID**

Wang C., et al.

## Médicaments

- 22 **Développement des anticancéreux oraux - Projections à court, moyen et long termes**  
Institut national du cancer
- 23 **Le marché des médicaments en officine de ville en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**  
Ministère chargé de la santé
- 23 **Le prix des médicaments anticancéreux**  
Institut national du cancer
- 23 **The Landscape of US Generic Prescription Drug Markets, 2004-2016**  
Berndt E. R., et al.
- 24 **Connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité de sept médicaments courants**  
Boussageon R., et al.
- 24 **Quelle politique pour poursuivre la diffusion des médicaments génériques**  
Caby D., et al.
- 24 **Une nouvelle politique du médicament**  
Cohen F.
- 24 **Mandatory Access Prescription Drug Monitoring Programs and Prescription Drug Abuse**  
Dave D. M., et al.

## Méthodologie - Statistique

- 25 **Modèles biostatistique pour l'épidémiologie**  
Commenges D. et Jacqmin-Gadda H.
- 25 **Time Use Surveys and Experienced Well-Being in France and the United-States**  
Fleche S. et Smith C.

## Politique de santé

- 26 **World Report on Health Policy and Systems Research**  
Bennett S., et al.
- 26 **Démocratie sanitaire : les usagers dans le système de santé**  
Biosse-Duplan A.

- 26 **Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation**  
Brechat P. H. et Lopez A.
- 26 **En 2015, le nombre d'allocataires des minima sociaux toujours en hausse mais de façon plus modérée**  
Calvo M.
- 27 **Questions sur la protection sociale : dossier**  
Cornilleau G., et al.
- 27 **La santé-business**  
Edelman N., et al.
- 27 **Santé et protection sociale solidaires pour tous en 2017 ?**  
Limousin M. et Laurent P.
- 27 **Le renversement du système de santé en France**  
Marin P.
- 27 **Rapport d'information sur la pertinence des soins**  
Vanlerenberghe J. M.

## Politique sociale

- 28 **Le revenu de base : que changerait-il ?**  
Organisation de coopération et de développement économiques
- 28 **Protection sociale : le savant et la politique**  
Barbier, J. C. (éd.) et Poussou-Plesse, M. (éd.).
- 29 **La protection sociale en France et en Europe en 2015 : résultats des comptes de la protection sociale. Édition 2017**  
Beffy, M. (éd.) et al.

## Prévention

- 29 **Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé**  
HCAAM.
- 29 **Les instruments économiques pour favoriser la saine alimentation : synthèse des connaissances**  
Blouin C. et Dube M.
- 29 **Interventions sur le logement et impacts sanitaires : évaluation des actions**  
Host S. et Grange D.

- 30 **Les attitudes des Français face à la vaccination : une évolution préoccupante**  
Raude J. et Hainmueller J.
- 30 **Early Diagnosis of Chronic Conditions and Lifestyle Modification**  
Rodriguez-Lesmes P. A.
- 30 **The Economics of Patient Safety. Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level**  
Slawomirski L., et al.
- 33 **La recherche en soins primaires, un enjeu politique**  
Beaupin A. et Rey F.
- 33 **Healer or Gatekeeper? Physicians' Role Conflict when Symptoms Are Non-Verifiable**  
Carlsen B. et Nyborg K.
- 34 **An Overview of Home-Based Primary Care: Learning from the Field**  
Klein S., et al.
- 34 **Primary Care Access and Emergency Department Utilization: Theory and Evidence from Canada**  
Mehta N., et al.

---

## Psychiatrie

- 31 **Santé mentale et organisation des soins : dossier documentaire**  
Bec E., et al.
- 31 **Note sur l'organisation de la psychiatrie et la réforme de son enseignement : dossier il y a 50 ans**  
Brisset C.
- 31 **Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders (Review)**  
Kisely S. R., et al.
- 32 **Mental Health and New Care Models**  
Naylor C. et Charles A.

---

## Soins de santé primaires

- 32 **ACI (Accord conventionnel interprofessionnel) : une avancée majeure pour les équipes**
- 32 **Implementing Integrated Care for Older Adults with Complex Health Needs**  
Kuluski K., et al.
- 32 **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2017**  
Conseil national de l'ordre des pharmaciens
- 33 **Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire**  
HCAAM
- 33 **Management Practices and the Quality of Primary Care**  
Angelis J., et al.

---

## Medical Service Provider Networks

- 34 **Medical Service Provider Networks**  
Mougeot M. et Naegelen F.

---

## Systèmes de santé

- 35 **Brexit and Health and Social Care-People and Process**  
House of Commons
- 35 **Future Health Index 2017**  
New Narrative Ltd
- 35 **Austerity, Health Care Provision, and Health Outcomes in Spain**  
Borra C., et al.
- 36 **Existe-t-il encore un «modèle nordique» ? Les exemples du Danemark et de la Suède**  
Fagnani J.
- 36 **The NHS and Social Care: Prospects for Funding, Staffing and Performance into the 2020s**  
McGuire A.

---

## Travail et santé

- 36 **Compte pénibilité : prévenir et compenser les risques professionnels**
- 37 **Les prestations d'invalidité. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**  
Ministère chargé de la santé
- 37 **Job Quality, Health and At-Work Productivity**  
Arends I., et al.

- 37 **Working Hours and Productivity**  
Collewet M. et Sauermann J.
- 37 **Mass Unemployment Events (MUES) :  
Prevention and Response from a Public  
Health Perspective**  
Davies A. R., *et al.*
- 38 **Optimal Sickness Benefits and Workers'  
Absenteeism**  
Menard S.
- 38 **The Effects of Provider Choice Policies  
on Workers' Compensation Costs**  
Neumark D. et Savych B.
- 38 **Aging and Diabetes: Impact  
on Employment and Retirement**  
Paralta S.

---

## Vieillesse

---

- 39 **Analyse des tarifs des EHPAD en 2016**  
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- 39 **Évolutions et perspectives des retraites  
en France : rapport annuel du Conseil  
d'orientation des retraites - Juin 2017**  
Conseil d'orientation des retraites
- 39 **Conditions économiques et définitions  
subjectives du « bien vieillir » : Résultats  
d'une enquête quantitative**  
Apouey B. H.
- 40 **Un vieillissement plus marqué  
en Allemagne qu'en France ou au  
Royaume-Uni**  
Bellamy V.
- 40 **La dépendance : quel état des lieux ?**  
Nezosi G.
- 40 **Impact du vieillissement sur le recours  
à l'APA en Île-de-France. Enjeux  
départementaux à l'horizon 2040**  
Sagot M., *et al.*



## Assurance maladie

### ► Cartographie des pathologies et dépenses

CNAMTS

2017

Paris Cnamts

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-dépenses/index.php>

Cette cartographie médicalisée a comme objet de quantifier, de façon synthétique et à partir des données du Sniiram et du PMSI, quelles sont les pathologies ou les traitements les plus fréquents et les dépenses associées. Elle permet de révéler des tendances durables comme le nombre croissant de malades ayant une ou plusieurs pathologies chroniques. Elle permet également d'apprécier le poids des innovations thérapeutiques sur le coût de certaines pathologies ou la part des évolutions dans la prise en charge des patients, du fait du virage ambulatoire, par exemple.

### ► Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018

CNAMTS

2017

Paris Cnamts

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2018.pdf)

Ce rapport annuel de la Caisse nationale d'assurance maladie propose un ensemble de recommandations pour maîtriser les dépenses de santé, soit 1,94 milliard d'euros d'économies pour 2018, soit la moitié des 4 milliards attendus par le gouvernement. Quelque 750 millions d'euros sont visés grâce à une meilleure prescription des médicaments ou à la promotion des génériques, en mettant l'accent sur les biosimilaires. La Cnam souhaite ensuite économiser 510 millions sur la pertinence et (le) bon usage des soins, dont 160 millions pour la limitation des dépenses de transports, 100 millions en matière d'indemnités journalières (arrêts maladie). Le virage ambulatoire, qui cherche à réduire les hospitalisations, et l'adéquation de la prise en charge en établissement, doit ensuite permettre de réduire les dépenses de 470 millions d'euros. Enfin, la

lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital doit permettre d'économiser 210 millions. Ces mesures n'incluent pas les actions sur les prix des produits de santé, dont les médicaments, liées aux négociations conduites dans le cadre du comité économique des produits de santé (CEPS), ni certaines actions de la sphère hospitalière (achats, limitation de la masse salariale, etc). L'Assurance Maladie suggère de créer un fonds dédié à l'innovation «organisationnelle», qui financerait des expérimentations à grande échelle. Il prendrait, par exemple, en charge la rémunération des professionnels impliqués dans de nouveaux circuits de soins en attendant leur intégration au circuit de prise en charge conventionnel. Les expériences seraient ainsi évaluées, avec des publications scientifiques à la clef. Parmi les projets éligibles, la Cnam cite le maintien à domicile grâce aux objets connectés, la mise en réseau des acteurs sanitaires et sociaux, de nouveaux modes d'organisation des soins de ville. Elle souhaite également instaurer dès 2018, dans 3 ou 4 régions et pour deux ou trois ans, un paiement forfaitaire en chirurgie, incluant le coût des éventuelles réhospitalisations. Ce nouveau mode de financement dit « à l'épisode de soins » repose sur une forme de garantie médicale, assortie d'un service après-vente. Ce serait la première fois en France que la non-qualité –liée par exemple à des infections contractées sur le site opératoire – serait pénalisée via la tarification de l'activité. Ce projet devrait figurer dans le projet de budget 2018 de la Sécurité sociale.

### ► La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours

ALBEROLA E., *et al.*

2017

Paris Fonds CMU

<http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php>

Afin de mieux comprendre les raisons du non-recours à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), le Fonds CMU a confié au CRÉDOC un projet de recherche visant à caractériser la population éligible à l'ACS et l'incidence du parcours de vie sur les conditions d'accès au dispositif. Compte tenu de l'insuffisance de connaissance des raisons du non-recours, l'approche retenue est qualitative. Elle permet de comprendre via des entretiens approfondis le phéno-

mène de non-recours dans toute son ampleur et sa complexité. En revanche, les résultats obtenus ne sont pas généralisables. L'analyse repose sur des entretiens centrés sur le récit de vie, menés auprès d'un échantillon de 35 non-recourants et 27 recourants à l'ACS. Le recrutement a été effectué en population générale, permettant de tendre vers une diversité des situations. L'éligibilité des répondants est approchée par le montant de leurs revenus. Les entretiens ont été réalisés par téléphone de novembre à décembre 2016 pour une durée moyenne d'une heure.

### ► **Social Security and Total Replacement Rates in Disability and Retirement**

KHAN M. R., *et al.*

2017

**Crr Wp; 2017-6.** Chestnut Hill Center for Retirement Research at Boston College

<http://crr.bc.edu/working-papers/social-security-and-total-replacement-rates-in-disability-and-retirement/>

Social Security provides higher replacement rates to disability insurance beneficiaries than retired beneficiaries. This fact reflects two factors: 1) Disability Insurance (SSDI) beneficiaries have lower career earnings, and Social Security benefits are progressive; and 2) SSDI benefits are not reduced for claiming early. This project uses the 1992-2010 waves of the Health and Retirement Study (HRS) linked to Social Security Administration earnings records to decompose the differences between the Social Security replacement rates for retired worker and SSDI beneficiaries into these two factors. The project also examines how the total replacement rate – which accounts for other sources of income in addition to Social Security – differs between retirees and SSDI beneficiaries to capture the difference in overall retirement security between the two groups. The results indicate that about half of the 10-percentage-point advantage in Social Security replacement rates for SSDI beneficiaries is due to the actuarial adjustment applied to retirement benefits, implying that career earnings are not that different between retired workers and SSDI beneficiaries. But total replacement rates are substantially lower for SSDI beneficiaries, which indicates that, despite Social Security's vital role in providing a reliable income source, SSDI beneficiaries have much lower post-career well-being than retired workers.

### ► **La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse**

LAFON A. ET A L.

2017

**Dossiers de La Drees (Les)(19)**

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd19.pdf>

Ce dossier décrit la place des organismes privés d'assurance maladie en Europe, à travers l'exemple de six pays. Au sein de ces pays existe une couverture de base et obligatoire instaurée par les pouvoirs publics. Toutefois, en Suisse, aux Pays-Bas et dans une moindre mesure en Allemagne, la gestion de cette couverture de base est confiée aux assureurs privés, mis en concurrence. Dans l'ensemble des pays étudiés, des organismes privés proposent aussi en sus une offre d'assurance maladie facultative qui vient améliorer la couverture de base. À l'exception de la France, les marchés de l'assurance privée sont principalement le fait d'un nombre réduit d'acteurs. Ces marchés sont généralement en phase de concentration, en raison notamment des évolutions de la réglementation européenne. Des organismes d'assurances à but lucratif y exercent à côté d'autres organismes à but non lucratifs, parfois appelés « mutuelles ». La couverture de base, lorsqu'elle est gérée par des assureurs privés, est très contrainte par les pouvoirs publics. La couverture facultative d'assurance maladie, en revanche, l'est très peu, sauf en France. Autres évolutions notables du secteur, les contrats collectifs gagnent du terrain dans plusieurs pays de même que la contractualisation entre assureurs privés et fournisseurs de soins, via l'émergence de réseaux de soins.

### ► **Effects of Health Insurance on Labour Supply: A Systematic Review**

LE N., *et al.*

2017

**Maastricht UNU-MERIT: 61**

<http://www.merit.unu.edu/publications/wppdf/2017/wp2017-017.pdf>

This study provides a systematic review of empirical evidence on the labour supply effects of health insurance. The outcomes in the 63 studies reviewed include labour supply in terms of hours worked and the probability of employment, self-employment and the level of economic formalisation. One of the key findings is

that the current literature is vastly concentrated on the US. We show that spousal coverage in the US is associated with reduced labour supply of secondary earners. The effect of Medicaid in the US on labour supply of its recipients is ambiguous. However we have initial evidence of labour supply distortion caused by Children's Health Insurance Program, Affordable Care Act and other public health insurance expansions. A tentative result is that dependent young adults in the US who can access health insurance via their parents' employer have lower labour supply through fewer hours worked while keeping the same employment probability. The employment-coverage link is an important determinant of labour supply of people with health problems. The same holds for self-employment decisions. Universal coverage may create either an incentive or a disincentive to work depending on the design of the system. Finally, evidence on the relationship between health insurance and the level of economic formalisation in developing countries is fragmented and limited.

► **The Effect of Private Health Insurance on Self-Assessed Health Status and Health Satisfaction in Germany**

PETILLIOT R.

2017

**SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research ; 917.** Berlin DIW

[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.561401.de/diw\\_sp0917.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.561401.de/diw_sp0917.pdf)

In Germany, private health insurance covers more innovative and costly treatments than public insurance. Moreover, privately insured individuals are treated preferentially by doctors. In this article, I use subjective health data to examine whether these superior features of private insurance actually transfer into better health. I focus on German adolescents who are still in education to control for selection and account for differences in health-conscious behavior between publicly and privately insured individuals. I find that privately and publicly insured individuals do not differ in health, which contrasts with previous research. Hence, doctors appear to be the sole profiteers of the private insurance system and billions of euros could be saved by aligning private and public health insurance.

## E-santé – Technologies médicales

► **Livre blanc : 17 experts, 36 propositions pour une politique e-santé ambitieuse**

GREGOIRE O., *et al.*

2017

**Paris : Renaissance numérique**

[http://www.renaissancenumerique.org/system/attach\\_files/files/000/000/104/original/E-Sante-Renaissance\\_Nume%CC%81rique.pdf](http://www.renaissancenumerique.org/system/attach_files/files/000/000/104/original/E-Sante-Renaissance_Nume%CC%81rique.pdf)

Ce rapport publié par Renaissance Numérique est consacré aux enjeux de la e-santé en 2017, et s'appuie notamment sur un sondage réalisé en partenariat avec Médiamétrie, et sur 17 experts qui formulent propositions concrètes et opérationnelles, afin de favoriser le développement de la e-santé en France. Cette étude comporte au total 36 mesures, couvrant les thèmes majeurs de la santé (financement, formation, patients et données). L'objectif est de promouvoir de nouvelles solutions auprès des décideurs publics dans une démarche de dialogue afin de faire bouger les lignes sur cet enjeu d'avenir pour la protection sociale.

► **Big data et santé**

TRONQUOY P., *et al.*

2017

**Cahiers Français(399): 49-55.**

Si nombre de domaines sont appelés à connaître des transformations très profondes du fait de l'utilisation des Big Data, celui de la santé apparaît tout particulièrement concerné. Se posent alors notamment les questions du traitement des données relatives aux patients, de leur mutualisation et de leur confidentialité. Les usages qui pourront en être faits sont multiples et concernent aussi bien les rapports entre médecins et malades que l'amélioration de l'efficacité de la recherche ou encoure une meilleure organisation du système de santé. Cet article est un extrait du document élaboré à l'occasion de la réflexion lancée, en septembre 2015, par le ministère chargé de la santé sur les apports du Big Data en matière de santé. Les enjeux sociétaux et économiques sont majeurs.

## Économie de la santé

### ► Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2016

COUR DES COMPTES  
2017

#### Paris Cour des comptes

<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/Certification-des-comptes-du-regime-general-de-securite-sociale-exercice-2016>

Cette publication de la Cour des comptes constitue son onzième rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, portant sur l'exercice 2016. Le fait que la Cour s'assure de la régularité, de la sincérité et de la fidélité de ces comptes constitue un atout en termes de transparence et de fiabilité pour les finances sociales. Pour la quatrième année consécutive, la Cour certifie les comptes de la totalité des entités du régime général, avec 31 réserves, contre 33 pour l'exercice 2015. Si une réserve a pu être levée sur chacun des cinq comptes combinés, elle formule une réserve nouvelle sur ceux de la branche maladie, de la Cnamts et de l'activité de recouvrement.

### ► Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2017

#### Paris Ministère chargé de la santé

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

Ce rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale fait le bilan des comptes de la sécurité sociale en France pour 2016 et établit des prévisions pour l'année 2017. Le déficit du régime général de la sécurité sociale devrait atteindre 1,6 milliard en 2017 et même 5,5 milliards d'euros en ajoutant le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Un chiffre en amélioration de 2,3 milliards d'euros par rapport à 2016 mais en dégradation de 1,3 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS pour 2017. Le déficit de la branche maladie représente à lui seul plus que la totalité du déficit du régime général et son écart avec la prévision explique la totalité du dérapage du régime général. Un déficit est aussi à noter pour la branche retraite. Seule la branche famille retrouverait quant à elle l'équilibre pour la première fois depuis 2007 grâce aux réformes ayant réduit les prestations (mise sous condition des

allocations familiales). Enfin, la branche AT/MP, dans le vert depuis 2013, devrait avoir un excédent estimé à 900 millions d'euros pour cette année. Cet excédent permettra de financer la nouvelle mouture du compte pénibilité rebaptisé « compte professionnel de prévention ». Quatre des dix critères sortent du dispositif existant et les cotisations spécifiques sont supprimées.

### ► Quelle stratégie pour les dépenses publiques ?

BACACHE-BEAUVALLET M., et al.  
2017

#### Notes du Cae (Les)(41)

<http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note043v2.pdf>

En augmentation tendancielle depuis plus de trente ans, les dépenses publiques françaises ont atteint 57 % du PIB en 2015, contre 48,5 % en moyenne pour les pays de l'OCDE; seuls deux pays scandinaves – le Danemark et la Finlande – dépensent autant. Cela résulte naturellement de choix de société, en tout premier lieu une mutualisation importante des risques sociaux, mais ceux-ci ne suffisent pas à expliquer le surcroît général de dépenses en France. Avec une dette publique proche de 100 % du PIB, des contraintes en matière de prélèvements obligatoires, l'enjeu du redressement des finances publiques en France va bien au-delà du respect d'un engagement européen. Cette note expose les conditions d'une baisse vertueuse des dépenses publiques en France, en identifiant des leviers d'action les moins coûteux pour atteindre les objectifs de politiques publiques et en s'inspirant des expériences étrangères pour la transformation de l'action publique.

### ► The Economic Burden of Chronic Diseases: Estimates and Projections for China, Japan, and South Korea

BLOOM D. E., et al.  
2017

NBER Working Paper Series ; n° 23601. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23601>

We propose a novel framework to analyse the macro-economic impact of noncommunicable diseases. We

incorporate measures of disease prevalence into a human capital augmented production function, which enables us to determine the economic costs of chronic health conditions in terms of foregone gross domestic product (GDP). Unlike previously adopted frameworks, this approach allows us to account for i) variations in human capital for workers in different age groups, ii) mortality and morbidity effects of non-communicable diseases, and iii) the treatment costs of diseases. We apply our methodology to China, Japan, and South Korea, and estimate the economic burden of chronic conditions in five domains (cardiovascular diseases, cancer, respiratory diseases, diabetes, and mental health conditions). Overall, total losses associated with these non-communicable diseases over the period 2010-2030 are \$16 trillion for China (measured in real USD with the base year 2010), \$5.7 trillion for Japan, and \$1.5 trillion for South Korea. Our results also highlight the limits of cost-effectiveness analysis by identifying some intervention strategies to reduce disease prevalence in China that are cost beneficial and therefore a rational use of resources, though they are not cost-effective as judged by conventional thresholds.

► **Assessing the Economic Costs of Unhealthy Diets and Low Physical Activity: An Evidence Review and Proposed Framework**

JOY CANDARI C., *et al.*

2017

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/assessing-the-economic-costs-of-unhealthy-diets-and-low-physical-activity-an-evidence-review-and-proposed-framework-2017>

Unhealthy diets and low physical activity contribute to many chronic diseases and disability; they are responsible for some 2 in 5 deaths worldwide and for about 30% of the global disease burden. Yet surprisingly little is known about the economic costs that these risk factors cause, both for health care and society more widely. This study pulls together the evidence about the economic burden that can be linked to unhealthy diets and low physical activity and explores : How definitions vary and why this matters; The complexity of estimating the economic burden and how we can arrive at a better way to estimate the costs of an unhealthy diet and low physical activity, using diabetes as an example.

► **Les caractéristiques du système de protection sociale français**

LAFORE R.

2017

**Cahiers Français(399): 9-15.**

Difficile de discerner, derrière la multiplicité de dispositifs et d'organismes qui lui sont liés, les caractéristiques essentielles du système de protection sociale en France. En repartant des deux grandes logiques qui ont présidé à la formation de ce système (assurantielles pour les actifs et assistanciennes pour les personnes exonérées de la dette d'activité), cet article retrace cependant les principales évolutions : augmentation du versant assistanciel, avec le développement des minimas sociaux, introduction de pratique d'« activation des prestations sociales », universalisation des protections assurantielles, déport du financement de la dépense vers la fiscalité, etc. Toutes ces transformations, réalisées sous le joug de deux exigences antinomiques : répondre à la forte demande sociale dans un contexte financier contraint, amènent l'auteur de cet article à envisager trois axes d'évolution qui devraient, demain, caractériser le système de protection sociale français.

► **Future Trends in Health Care Expenditure. A Modelling Framework for Cross-Country Forecasts**

MARINO A., *et al.*

2017

**OECD Health Working Papers ; 96.** Paris OCDE

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers\\_18152015](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015)

Across the OECD, healthcare spending has typically outpaced economic growth in recent decades. While such spending has improved health outcomes, there are concerns about the financial sustainability of this upward trend, particularly as healthcare systems are predominantly funded from public resources in most OECD countries. To better explore this financial sustainability challenge, many countries and international institutions have developed forecasting models to project growth in future healthcare expenditure. Despite methodological differences between forecasting approaches, a common set of healthcare spending drivers can be identified. Demographic factors, rising incomes, technological progress, productivity in the healthcare sector compared to the general economy

(Baumol's cost disease) and associated healthcare policies have all been shown to be key determinants of healthcare spending.

► **100 % Sécu : de quoi parle-t-on ?**

RAUCH F.

2017

**Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les)(24): 62-65.**

Après la charge du programme de F. Fillon contre la sécurité sociale, le «100 % Sécu» est devenu un slogan de la campagne présidentielle de 2017 en France. Cet article revient sur le sens originel du concept.

## État de santé

► **Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2017

**Saint-Maurice Santé Publique France**

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016>

L'étude ESTEBAN s'inscrit dans le cadre du programme national nutrition santé mis en place par le ministère en charge de la Santé. Elle fait suite à l'étude nationale nutrition santé –ENNS– menée en 2006. Réalisée à 10 ans d'intervalle, la comparaison des résultats indique une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte.

modes de vie, 13 600 journées de consommations ont été recueillies, générant des données sur 320 000 aliments consommés. Les Français consomment en moyenne 2,9 kg d'aliments chaque jour, soit environ 2 200 kcal, dont 50 % de boissons. Une assiette des Français dans laquelle on trouve toujours plus de produits transformés, une nette augmentation des compléments alimentaires depuis 2007, encore trop de sel et surtout pas assez de fibres. Certaines pratiques des Français sont aussi potentiellement plus à risques : une consommation croissante de denrées animales crues, des températures relevées dans les réfrigérateurs qui ne sont pas toujours adaptées, des dépassements plus fréquents des dates limites de consommation. Enfin, les niveaux d'activité physique et de sédentarité des Français peuvent quant à eux être qualifiés d'inadaptés.

► **Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3)**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL

2017

**Maisons-Alfort ANSES**

<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>

L'Anses publie les résultats de sa troisième étude sur les consommations et les habitudes alimentaires de la population française, INCA 3 150 questions ont été posées aux participants sur leurs habitudes et

► **Interdictions de fumer : un effet salubre**

2017

**Revue Prescrire 37(404): 465-466.**

Une mise à jour d'une synthèse méthodique, réalisée par un groupe du réseau Cochrane et publiée en 2016, confirme que des mesures d'interdiction de fumer au travail et dans les lieux publics améliorent la santé cardiorespiratoire, surtout chez les non-fumeurs. Une réduction de la mortalité cardiorespiratoire liée au tabagisme est probable, surtout chez les personnes défavorisées. Cet article revient sur l'ensemble de ces conclusions.

► **Tobacco and Its Environmental Impact: An Overview**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2017

**Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe: 72**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255574/1/9789241512497-eng.pdf>

This overview assembles existing evidence on the ways in which tobacco affects human well-being from an environmental perspective – i.e. the indirect social and economic damage caused by the cultivation, production, distribution, consumption, and waste generated by tobacco products. It uses a life cycle analysis to track tobacco use across the full process of cultivation, production and consumption. In doing so it draws attention to gaps in the scientific evidence – particularly where the only data available are those currently self-reported by the tobacco companies themselves – and indicates where objective research could hold the greatest benefits to improving understanding of the relationship between tobacco and the environment. Its purpose is to mobilize governments, policymakers, researchers and the global community, including relevant UN agencies, to address some of the challenges identified, and to amplify advocacy efforts beyond health by showing how deep the roots of tobacco really extend.

► **Estimating the Recession-Mortality Relationship when Migration Matters**

ARTHI V., et al.  
2017

**NBER Working Paper series : n° 23507. Cambridge NBER**

[www.nber.org/papers/w23507](http://www.nber.org/papers/w23507)

A large literature following Ruhm (2000) suggests that mortality falls during recessions and rises during booms. The panel-data approach used to generate these results assumes that either there is no substantial migration response to temporary changes in local economic conditions, or that any such response is accurately captured by intercensal population estimates. To assess the importance of these assumptions, we examine two natural experiments: the recession in cotton textile-producing districts of Britain during the U.S. Civil War, and the coal boom in Appalachian counties of the U.S. that followed the OPEC oil embargo in the 1970s. In both settings, we find evidence of a substan-

tial migratory response. Moreover, we show that estimates of the relationship between business cycles and mortality are highly sensitive to assumptions related to migration. After adjusting for migration, we find that mortality increased during the cotton recession, but was largely unaffected by the coal boom. Overall, our results suggest that migration can meaningfully bias estimates of the impact of business-cycle fluctuations on mortality.

► **The Impact of Alcohol on Mental Health, Physical Fitness, and Job Performance**

BACOLOD M., et al.  
2017

**NBER Working Paper series : n°23542. Cambridge NBER**

<http://papers.nber.org/papers/w23542>

We study the impact of legal access to alcohol on a range of behavioral and physical outcomes of U.S. Army soldiers in a regression discontinuity design. The wealth of novel data collected by the military on cognitive ability, psychological health, and family history allows us to explore how impacts vary with risk factors for alcohol consumption. Overall, we observe a large and significant increase in drinking after the 21st birthday, but the increases are largest amongst those who were depressed, had a family history of mental health problems, had better coping ability, and had higher cognitive ability. Despite the large increase in consumption, we do not find any meaningful impacts of legal access to alcohol – overall or in any subgroup – on any of the short-term outcomes we observe, including suicidal tendencies, depression, tobacco use, physical fitness, psychological health, deployability, smoking, and job-related infractions. Acknowledging the limitations for extrapolation out of sample, we discuss the policy implications of our results.

► **Les espérances de vie sans incapacité des Européens**

CAMBOIS E.  
2017

**Recherche Sur Le Vieillessement(10)**

Face à l'allongement de la durée de vie, chercheurs et acteurs de santé publique s'interrogent depuis une trentaine d'années sur l'évolution de l'état de santé

des populations des plus de 50 ans, notamment dans les pays de l'Union européenne : gagne-t-on des années de bonne santé, sans incapacité, ou vit-on plus longtemps avec des incapacités ? En réponse à ces questions, les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité permettent de suivre cette évolution et d'éclairer les disparités au sein des pays et entre pays (résumé éditeur).

► **Long-Run Effects of Severe Economic Recessions on Male BMI Trajectories and Health Behaviors**

NIZALOVA O. Y. ET NORTON E. C.

2017

[IZA Discussion Paper ; 10776. Bonn IZA](#)

<http://ftp.iza.org/dp10776.pdf>

With periodic recessions and the rising costs of health care, it is important to know how labor market participation and insecurity affects health outcomes. Yet, this line of research faces a number of methodological challenges which this paper aims to address. We turn to Ukraine's experience after the collapse of the USSR to investigate how exogenous labor market shocks during severe recessions affect men's body mass index (BMI) and health related behaviors. We use growth curve models to analyze BMI trajectories from 2003 to 2007 and find that past exogenous shocks (e.g., plant closings, bankruptcies, restructuring, and privatization) from 1986 to 2003 significantly change the BMI-age relationship for men. We also find a long-lasting effect on drinking behavior that is decreasing with age, while the effect on the probability of smoking is constant across all ages. At the same time, there is no effect on the probability of engaging in vigorous or moderate physical activity.

► **The Rising Cost of Ambient Air Pollution Thus Far in the 21st Century. Results from the BRIICS and the OECD Countries**

ROY R. ET BRAATHEN N. A.

2017

[OECD Environment Working Papers; 2017/07. Paris OCDE](#)

This paper presents updated results for the cost of ambient air pollution in 41 countries: the 6 major emerging economies known as the BRIICS – Brazil, Russia, India, Indonesia, China and South Africa – and the 35 member-countries of the OECD. It draws on the epidemiological evidence base assembled in the Global Burden of Disease Study 2015, in order to detail results for mortalities from ambient air pollution (AAP) – ambient particulate matter pollution (APMP) and ambient ozone pollution (AOP) – in each of these 41 countries, at successive five-year intervals from 2000 to 2015.

Ce document présente des données actualisées sur le coût de la pollution de l'air ambiant dans 41 pays : les six grandes économies émergentes désignées par le sigle BRIICS – Brésil, Russie, Inde, Indonésie, Chine et Afrique du Sud – et les 35 pays membres de l'OCDE. À partir des données épidémiologiques réunies dans le cadre de l'étude 2015 sur la charge mondiale de morbidité, il calcule de façon détaillée la mortalité imputable à la pollution de l'air ambiant – par les particules et par l'ozone – dans chacun de ces 41 pays à intervalles de cinq ans de 2000 à 2015. En l'occurrence, le nombre de décès attribuables à cette pollution a progressé en quinze ans, aussi bien dans le groupe des BRIICS que dans celui des pays de l'OCDE. Il en va de même pour le coût économique de cette mortalité dans les 41 pays.

## Géographie de la santé

### ► Dictionnaire d'analyse spatiale

BAVOUX J. J. ET CHAPELON L.  
2014

Paris : Armand Colin

Ce dictionnaire propose une mise au point terminologique très précise de l'analyse spatiale. À travers un large corpus de définitions, il aborde l'ensemble des concepts, théories, méthodes et outils les plus récents de cette science riche et foisonnante. Ses notices fouillées font le tour des questions, envisagent méticuleusement toutes les facettes de chaque notion – y compris les débats auxquels elles donnent lieu –, pour présenter l'essentiel de ce qu'il faut savoir. Elles s'appuient, chaque fois que cela est nécessaire, sur des formalisations mathématiques, des exemples concrets et de nombreuses figures originales, proposant ainsi un apport méthodologique fondamental.

### ► Questions de santé en Île-de-France : Appui au projet régional de santé 2018-2022

CAMARD J. P., *et al.*  
2017

Paris ORSIF

[http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2017/2017\\_QuestionDeSante\\_versionWEB.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2017/2017_QuestionDeSante_versionWEB.pdf)

En vue de l'élaboration du Projet régional de santé 2 (PRS2), l'ARS Île-de-France a sollicité l'expertise de l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France. Sur des thématiques identifiées comme prioritaires par l'agence, l'ORS a rassemblé et analysé un ensemble d'informations et de données relatives à la santé des Franciliens et à ses déterminants. Cette publication apporte des éléments clés sur l'état de santé général à travers des indicateurs transversaux (espérance de vie, mortalité générale, mortalité prématurée et « évitable ») mais aussi des populations vulnérables (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap) et des déterminants de santé (contexte socio-démographique, expositions environnementales, comportements individuels défavorables à la santé comme la consommation d'alcool ou de tabac). Ces données sont fournies à l'échelle départementale pour mettre en évidence les inégalités territoriales de santé.

### ► Services publics et territoires : adaptations, innovations et réactions

COURCELLE T., *et al.*  
2017

Rennes : Presses Universitaires de Rennes

Le redéploiement spatial et la réorganisation des services publics se sont effectués sans vision d'ensemble, sans connaître les réalités (géographiques, sociales, économiques) propres aux territoires concernés. Le processus est avant tout guidé par des instruments d'inspiration managériale qui répondent au souci de rationaliser l'argent investi, en apportant une meilleure qualité de service, au meilleur coût. Si les objectifs poursuivis sont de bon sens et se justifient d'autant plus facilement en période de crise, il est difficile d'en mesurer les effets.

### ► Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015

DE PERETTI C., *et al.*  
2017

Études Et Résultats (Drees)(1010)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/disparites-regionales-de-prise-en-charge-hospitaliere-des-accidents-vasculaires>

En 2015, près de 116 000 adultes résidant en France ont eu une prise en charge hospitalière pour un accident vasculaire cérébral (AVC) survenu avant l'admission ou, plus rarement, lors d'une hospitalisation pour un autre motif. Parmi eux, 72 % ont eu un infarctus cérébral, près d'un quart un AVC hémorragique et 4 % un AVC de type non précisé.

## Handicap

### ► **Who Is Screened Out? Application Costs and the Targeting of Disability Programs**

DESHPANDE M. ET LI Y.

2017

**NBER Working Paper Series ; n° 23472.** Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23472>

The application process is critical to the targeting of disability programs because disability, relative to other tags, is difficult to observe and costly to verify. We study the effect of application costs on the targeting of disability programs using the closings of Social Security Administration field offices, which provide assistance with filing disability applications. Using administrative data from the Social Security Administration, we find that field office closings lead to large and persistent reductions in the number of disability recipients and reduce targeting efficiency based on current eligibility standards. The number of disability recipients declines by 13% in surrounding areas, with the largest effects for applicants with moderately severe conditions, low education levels, and low pre-application earnings. Evidence on channels suggests that most of the reduction in applications is attributable to increased congestion at neighboring offices rather than increased travel times or costs of information gathering.

### ► **Politique européenne en faveur des personnes handicapées : de la définition du handicap à la mise en œuvre d'une stratégie**

LECERF M.

2017

**Strasbourg Parlement Européen**

[http://www.cfhe.org/upload/actualite/C3%A9s/2017/EPRS\\_IDA%282017%29603981\\_FR-1.pdf](http://www.cfhe.org/upload/actualite/C3%A9s/2017/EPRS_IDA%282017%29603981_FR-1.pdf)

Cette étude présente un aperçu de la politique de l'Union européenne en faveur des personnes handicapées. Elle aborde la question de la définition du handicap aux niveaux international, européen et national. Elle dresse un tableau des difficultés de mesure du handicap tout en apportant quelques résultats statistiques. Elle décrit l'action de l'Union européenne concernant les personnes souffrant d'un handicap. Elle mentionne les positions du Parlement européen.

### ► **Promoting Equality and Non-Discrimination for Persons with Disabilities**

WADDINGTON L. ET BRODERICK A.

2017

**Strasbourg Conseil de l'Europe**

<https://edoc.coe.int/en/index.php?controller=get-file&freeid=7279>

Ensuring equal opportunities for persons with disabilities is an important facilitator of participation and inclusion in society. Both the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) and the Council of Europe Disability Strategy 2017-2023 address equality and equalisation of opportunities for persons with disabilities. Article 5 of the UNCRPD requires States to adopt positive measures aimed at ensuring equality across the substantive rights in the Convention. The Council of Europe Disability Strategy aims at guiding and supporting the activities of Council of Europe member States in their implementation of the UNCRPD and Council of Europe standards regarding disability, and similarly addresses equality and non-discrimination. The overall goal of this study is to analyse the obligations contained in the UNCRPD regarding equality and non-discrimination, and to provide examples of good national practices regarding equality and non-discrimination.

## Hôpital

### ► **Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2015**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION  
2017

**Lyon ATIH**

<http://www.atih.sante.fr/analyse-comparative-de-l-activite-hospitaliere-entre-les-regions-2015>

L'ATIH reconduit chaque année l'analyse de l'activité hospitalière régionale en application de la loi modifiant la loi HPST (Article 27 de la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011). Dans la continuité du panorama national, elle caractérise l'activité hospitalière selon différents angles (types d'établissements réalisant l'activité, âge de la patientèle prise en charge, etc.) et les évolutions par rapport aux années précédentes. Pour la première fois, sur l'activité 2015, les quatre champs sanitaires sont couverts : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. En guise d'introduction, quelques éléments chiffrés sont présentés sur l'ensemble des régions selon une approche production, afin de décrire l'activité réalisée par les établissements de santé implantés dans chaque région. Ces éléments ne peuvent donc pas directement être mis en regard de la population de chaque région et de leur consommation de soins. Ensuite, un atlas régional restitue les analyses transmises par chaque agence régionale de santé (ARS) sur l'activité hospitalière de sa région. Avec leur expertise, elles apportent un éclairage complémentaire notamment sur le contexte démographique, sanitaire et de l'offre de soins, selon une trame commune définie par un groupe de travail qui s'est réuni fin 2016 (résumé de l'éditeur).

### ► **Structure et dynamique des recettes et dépenses hospitalières en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2017

**Paris : Ministère chargé de la santé: 136-141**

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

Cette fiche extraite des comptes de la sécurité sociale présente la structure des recettes et dépenses des

établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (ou établissements ex-DG, aujourd'hui financés via la tarification à l'activité) ou financés sous dotation annuelle de financement (DAF) ainsi que leur dynamique récente. D'après ces premiers résultats, la situation financière de ces établissements s'améliorerait entre 2015 et 2016.

### ► **The Political Economy of Diagnosis-Related Groups**

BERTOLI P. ET GREMBI V.  
2017

**Rochester Social Science Electronic Publishing**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2990773](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2990773)

We provide a political economy interpretation of the variations in the prices of 6 obstetric diagnosis-related groups (DRGs) using Italy as a case study. Italy provides a unique institutional setting since its 21 regional governments can decide to adopt the national DRG system or to adjust/waive it. Using a panel fixed effects model, we exploit the results of 66 electoral ballots between 2000 and 2013 to estimate how obstetric DRGs are affected by the composition and characteristics of regional governments. We find that the incidence of physicians among regional politicians explains variations in DRGs with low technological intensity, such as normal newborns, but not of those with high technological intensity, as severely premature newborns. We further investigate these results by exploiting the implementation of a budget constraint policy. Applying a difference-in-difference strategy, we observe a decrease in the average levels of DRGs after the implementation of the policy, but the magnitude of this decrease depends on the presence of physicians among politicians and the political alignment between the regional and the national government. Finally, we rely on patient data (6,500,000 infant deliveries) to assess whether any of the political economy variables have a positive impact on the quality of regional obstetric systems. We find no effect.

► **Les établissements de santé : édition 2017**

TOUTLEMONDE F., *et al.*

2017

Paris : Drees

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>

En 2015, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières s'adaptent et modifient en profondeur leurs modes d'intervention et leur organisation. Les établissements de santé donnent les chiffres clés de ce secteur, qui doit répondre simultanément à des besoins très différents. Les capacités et l'activité des hôpitaux et cliniques sont détaillées, ainsi que leurs disciplines spécifiques et leur personnel, médical et non médical. Des éléments de cadrage économique, financier et juridique sont également développés. Cette nouvelle édition est enrichie par une analyse des dépenses dédiées aux produits de la liste, dite en sus, des médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par l'Assurance maladie en plus des prestations d'hospitalisation.

► **L'hôpital & le territoire**

VIGNERON E. ET JAFFIOL C.

2017

Paris : Techniques hospitalières

Pour comprendre pourquoi l'hôpital et le territoire se sont si longtemps ignorés en France et pour essayer de faire en sorte que leur union d'aujourd'hui soit durable et féconde, il faut revenir à toutes les évolutions, de l'hôpital médiéval aux CHU d'aujourd'hui, car ce sont elles qui ont décidé des missions originelles confiées à l'hôpital et de leurs mutations. La régionalisation des politiques de santé, tardive et inachevée en matière hospitalière, la notion de « secteur sanitaire » ou, aujourd'hui, de « territoire de santé », la question de la délimitation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des solutions concrètes pour la reconnaissance des territoires de ces GHT sont également examinées. Aujourd'hui, la question territoriale est une chance à saisir pour l'hôpital et pour la santé publique.

## Inégalités de santé

► **Economic Conditions at Birth and Cardiovascular Disease Risk in Adulthood: Evidence from New Cohorts**

ALESSIE R., *et al.*

2017

Working paper ; 10810. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp10810.pdf>

Most of the literature that exploits business cycle variation at birth to study long-run effects of economic conditions on health later in life is based on pre-1940 birth cohorts. They were born in times where social safety nets were largely absent and they grew up in societies with relatively low female labor force participation. We complement the evidence from this literature by exploiting post-1950 regional business cycle variations in the Netherlands to study effects on cardiovascular disease (CVD) risk in adulthood, by gender. We operationalize CVD risk by constructing the Systematic COronary Risk Evaluation (SCORE) index from an extensive set of biomarkers. The data are from

a large cohort study covering socio-economic, biological and health data from over 75k individuals aged between 18 and 63. We conclude that women born in adverse economic conditions experience higher CVD risk.

► **Mortality Inequality in Canada and the U.S.: Divergent or Convergent Trends?**

BAKER M., *et al.*

2017

NBER Working Paper series : n°23514. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/w23514>

Mortality is a crucial dimension of wellbeing and inequality in a population, and mortality trends have been at the core of public debates in many Western countries. In this paper, we provide the first analysis of mortality inequality in Canada and compare its devel-

opment to trends in the U.S. We find strong reductions in mortality rates across both genders and at all ages, with the exception of middle ages which only experienced moderate improvements. Inequality in mortality, measured across Canadian Census Divisions, decreased for infants and small children, while it increased slightly at higher ages. In comparison to the U.S., mortality levels in Canada improved at a similar rate despite lower initial levels. Inequality at younger ages, however, fell more strongly in the U.S., implying converging mortality gradients between the two countries.

► **La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité**

BOUSQUET D., *et al.*

2017

Paris HCE

<http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/actualites-53/article/la-sante-et-l-acces-aux-soins-une>

Ce rapport s'intéresse aux femmes en situation de précarité dont la santé est dégradée et l'accès aux soins entravé. Le Haut Conseil à l'Égalité appelle à une politique volontariste de lutte contre les inégalités de santé qui tiennent compte des inégalités de sexe, et encourage le développement de dispositifs spécifiques à destination des femmes en situation de précarité, notamment par : une meilleure évaluation, dans le compte prévention pénibilité, du caractère usant et pénible des postes majoritairement occupés par des femmes en situation de précarité; une simplification de l'accès aux prestations sociales en matière de santé (fusion de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS) et la mise en place d'un accompagnement pour faciliter les démarches; la formation des professionnels de santé à l'accueil des personnes en situation de précarité, au dépistage systématique des violences dans le cadre familial ou professionnel et aux symptômes spécifiques aux femmes pour certaines pathologies, cardiaques par exemple.

► **Health and Inequality in Health in the Nordic Countries**

CHRISTIANSEN T., *et al.*

2017

COHERE discussion paper No. 6/2017. Odense University of Southern Denmark

[http://www.sdu.dk/-/media/files/om\\_sdu/centre/cohere/working+papers/2017/wp\\_2017\\_6\\_new.pdf](http://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2017/wp_2017_6_new.pdf)

All five Nordic countries emphasise equal and easy access to healthcare. It is the purpose to explore to which extent the populations of these countries have reached good health and high degree of socio-economic equality of health. Each of the five countries has established extensive public health programmes, although with somewhat different emphasis on the causes of ill-health, such as individual behaviour or social circumstances. Attitudes have changed over time, though. We compare these countries to the UK and Germany by using data from the European Social Survey 2002 and 2012 in addition to OECD Statistics from the same years. Health is measured by self-assessed health in five categories, transformed to a cardinal scale using Swedish time trade-off weights. As socio-economic variable we use household income or length of education. Mean health, based on Swedish TTO weights applied to all countries, is above 0.93 in all the Nordic countries and the UK in 2012, while lower in Germany. Rates in good or very good health in the lower income half of the samples are above 0.6 in most countries and even higher in Iceland and Sweden, but below 0.5 in Germany. However, when displayed in a graph the concentration curves nearly follow the diagonal implying almost no income- or education related inequality in self-assessed health weighted by TTO based preferences. The difference is a natural consequence of using different methods. We compared four key life-style related determinants of ill health and found that while there were differences in relative levels between the countries, Germany had a relatively high level of three of these, followed by the UK. We found no association between level of resources used and health status. In general, the Nordic countries have accomplished good health for their populations and high degree of socioeconomic equality in health. Improvements in life-style related determinants of health would be possible, though.

► **Rapport sur les inégalités en France :  
Édition 2017**

OBSERVATOIRE DES INÉGALITÉS  
2017

Paris : **Observatoire des Inégalités**

Ce rapport sur les inégalités en France est le fruit de quinze ans d'un travail minutieux de collecte et d'analyse de données. Il est le deuxième du genre – une première édition est parue en 2015 - et s'inscrit dans la volonté de construire un rendez-vous biennal de référence en fournissant un outil concret, préalable à une salutaire confrontation de points de vue. Il dresse un état des lieux et fait le point sur les principales évolutions des inégalités dans un grand nombre de domaines, des revenus à l'école en passant par la santé, le logement, les modes de vie, etc. L'ouvrage ne prétend pas offrir un panorama exhaustif, mais une synthèse des éléments que l'on peut trouver sur le site : [inegalites.fr](http://inegalites.fr). Il doit ainsi permettre d'identifier les domaines où il est urgent d'agir en matière de réduction des inégalités

► **Précarité, pauvreté et santé**

SPIRA A.  
2017

Paris **Académie Nationale de Médecine: 24.**  
<http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication = 100733>

Dans un contexte général d'amélioration de la santé, plus de 5 millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits à la santé en France en 2017. L'espérance de vie à 35 ans des plus pauvres est diminuée de plusieurs années, de nombreuses pathologies sont fortement augmentées parmi eux, en particulier le risque de dépression, de maladies métaboliques et de maladies cardio-vasculaires. Ce rapport a pour but de proposer des dispositifs spécifiques et coordonnés qui pourraient améliorer, pour les personnes pauvres et précaires, l'accès aux droits en santé, le recours au système de soins et la prévention des maladies.

► **Health and Health Inequality During  
the Great Recession: Evidence from  
the PSID**

WANG C., *et al.*  
2017

**Working paper ; 10808.** Bonn IZA  
<http://ftp.iza.org/dp10808.pdf>

We estimate the impact of the Great Recession of 2007–2009 on health outcomes in the United States. We show that a one percentage point increase in the unemployment rate resulted in a 7.8–8.8 percent increase in reports of poor health. Mental health was also adversely impacted and reports of chronic drinking increased. These effects were concentrated among those with strong labor force attachments. Whites, the less educated, and women were the most impacted demographic groups.

## Médicaments

► **Développement des anticancéreux oraux -  
Projections à court, moyen et long termes**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER  
2017

**Boulogne-Billancourt Institut national du cancer**  
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Developpement-des-anticancereux-oraux-Projections-a-court-moyen-et-long-termes>

Ce rapport a pour objectif d'évaluer la place actuelle et à venir des anticancéreux oraux par rapport aux médicaments injectables dans le traitement des can-

cers. Il convient de souligner le caractère précautionneux de ce rapport d'analyse, compte tenu de la très forte dynamique actuelle et à venir de la recherche en cancérologie.

► **Le marché des médicaments en officine de ville en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

Paris : **Ministère chargé de la santé: 132-135.**

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

Ce chapitre des comptes de la sécurité sociale décrit les tendances du marché des médicaments en officine de ville, en France, pour l'année 2016. Globalement, après 5 années de recul, le marché se stabilise.

► **Le prix des médicaments anticancéreux**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2017

Boulogne-Billancourt **Institut national du cancer**

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-prix-des-medicaments-anticancereux>

Ce rapport rappelle des éléments de contexte sur le prix des médicaments anticancéreux, donne des informations chiffrées sur le prix des médicaments anticancéreux coûteux et décrit, pour un panel de cancers, les principaux médicaments en développement et attendus sur le marché, sous deux ans. Bien que n'offrant pas de certitude, à ce stade, ni sur leur commercialisation ni sur l'impact financier chiffré de ces évolutions, les éléments présentés confortent l'impact probable fort des médicaments anticancéreux sur les dépenses et plaident pour une action déterminée compte tenu des niveaux de dépenses déjà engagées dans la lutte contre les cancers en général et dans les médicaments anticancéreux en particulier.

► **The Landscape of US Generic Prescription Drug Markets, 2004-2016**

BERNDT E. R., *et al.*

2017

**NBER Working Paper Series ; n° 23640.** Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23640>

Since the 1984 passage of the Waxman-Hatch Act, generic prescription drugs have become central to disease treatment and generic drug entry and price competition has been vigorous in the U.S. Nonetheless,

recent policy concern has focused on potential supply inadequacy and price increases among selected generic drugs. Details regarding the supply of generic drugs throughout the product life cycle are surprisingly unstudied. Here, we examine manufacturer entry, exit, the extent of competition and the relationship between supply structure and inflation adjusted prices among generic drugs. Our empirical approach is descriptive and reduced form, following recent innovations on the older structure-conduct-performance tradition. We employ quarterly national data on quantities, wholesale dollar sales and manufacturers from QuintilesIMS National Sales Perspective data, 2004Q4–2016Q3. Defining a market as the molecule-dosage-form, we observe that median sizes of drug markets are predominantly small, with annual inflation adjusted sales revenues of less than \$10 million but increasing over time. The median number of manufacturers in each market is about two, the mean about four. We find evidence to suggest decreasing numbers of suppliers over our study period, particularly following implementation of the Affordable Care Act in 2010 and the Generic Drug User Fee Amendments of 2012, attributable both to more exit and less entry. Approximately 40 percent of markets are supplied by one manufacturer; the share of markets supplied by one or two manufacturers is observed to increase over time and is more likely among non-oral drugs and those belonging to selected therapeutic classes. We find evidence to suggest prices of generic drugs are statistically significantly increasing over time, particularly following the implementation of the 2010 Affordable Care Act and the 2012 Generic Drug User Fee Amendments. Price increases are positively correlated with reduced manufacturer counts and alternative measures of increased supplier concentration, holding all else constant. Our results suggest the market for generic drugs is largely comprised of small revenue products the supply of which has tended towards duopoly or monopoly in recent years. Therefore, it is surprising generic drug prices have not been observed to be higher and potentially risen more over our study period. This issue merits further study; we suggest several testable hypotheses based in economic theory.

► **Connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité de sept médicaments courants**

BOUSSAGEON R., *et al.*

2017

**Médecine : de La Médecine Factuelle à nos Pratiques 13(5)**

La connaissance de l'efficacité des médicaments prescrits avec ses quatre composantes : preuve, critère de jugement, quantité d'effet et population cible, est indispensable à une information objective du patient. Elle est une condition nécessaire au processus de décision médicale partagée. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale (IMG) et des maîtres de stages universitaires en médecine générale sur l'efficacité de sept médicaments utilisés couramment, et d'étudier les sources d'informations mobilisées dans ce domaine. Les résultats suggèrent un manque de connaissance des internes et maîtres de stages universitaires en médecine générale sur la thérapeutique et plus spécifiquement la pharmacologie clinique. Ils questionnent sur la pratique réelle de la médecine fondée sur les preuves (EBM) nécessaire à l'information éclairée du patient et à la décision médicale partagée.

► **Quelle politique pour poursuivre la diffusion des médicaments génériques**

CABY D., *et al.*

2017

**Lettre Trésor Eco(199)**

<http://www.tresor.economie.gouv.fr/tresor-eco>

Les médicaments génériques représentent un atout majeur pour la maîtrise des dépenses de santé : ils fournissent un service médical équivalent à celui des médicaments princeps tout en ayant de moindres coûts pour l'assurance maladie. Certaines mesures ont favorisé la substitution de médicaments princeps par des génériques (notamment le « tiers-payant contre génériques »), qui a augmenté ces dernières années, s'établissant à 73 % en volume et 66 % en valeur en 2014 dans le champ des médicaments pouvant être substitués. Selon la Cour des Comptes, ces efforts ont ainsi contribué à réduire les dépenses de médicaments de l'ordre de 1,6 milliards d'euros pour l'assurance maladie en 2013, net des gains potentiels rétrocédés aux officines (1,8 milliards d'euros). Le développement des génériques pourrait toutefois aller plus loin, puisque

leur part dans la consommation de médicaments en France est près de 1,6 fois inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE, le bon taux de substitution des princeps par des génériques (pour ceux dont il en existe) étant compensé par une faible part de prescriptions de médicaments pour lesquels il existe des génériques. Différentes adaptations du système en vigueur pourraient être proposées pour accroître la pénétration des génériques et dégager des économies : en renforçant les baisses de prix réglementaires, tout en veillant à préserver la viabilité des laboratoires producteurs de génériques. Différents scénarios ont été simulés avec des gains financiers de 170 millions d'euros à 1 milliard d'euros ; par de nouvelles incitations pour que les médecins prescrivent davantage dans le répertoire des génériques. Aujourd'hui, les 2/3 des médicaments les plus coûteux pour l'assurance maladie sont des médicaments biologiques (et non chimiques) qui ne sont pas couverts par le système qui s'applique aux génériques. Il est donc essentiel de mettre en place un meilleur cadre de gouvernance pour ces médicaments, afin d'exploiter au maximum les économies possibles.

► **Une nouvelle politique du médicament**

COHEN F.

2017

**Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les)(24): 52-61.**

Le médicament est un élément stratégique dans une politique de santé. Tout État doit pouvoir répondre en toute transparence aux besoins de médicament de sa population. Cet article souligne la nécessité de créer un Pôle public du médicament pour mettre fin à l'incohérence de la politique actuelle du médicament.

► **Mandatory Access Prescription Drug Monitoring Programs and Prescription Drug Abuse**

DAVE D. M., *et al.*

2017

**NBER Working Paper series : n°23537. Cambridge NBER**

<http://papers.nber.org/papers/w23537>

Despite the significant cost of prescription (Rx) drug abuse and calls from policy makers for effective interventions, there is limited research on the effects of pol-

icies intended to limit such abuse. This study estimates the effects of prescription drug monitoring (PDMP) programs which is a key policy targeting the non-medical use of Rx drugs. Based on objective indicators of abuse as measured by substance abuse treatment admissions related to Rx drugs, estimates do not suggest any substantial effects of instituting an operational PDMP. We find, however, that mandatory-access provisions, which raised PDMP utilization rates by actually requiring providers to query the PDMP prior to prescribing

a controlled drug, are significantly associated with a reduction in Rx drug abuse. The effects are driven primarily by a reduction in opioid abuse, generally strongest among young adults (ages 18-24), and underscore important dynamics in the policy response. Robustness checks are consistent with a causal interpretation of these effects. We also assess potential spillovers of mandatory PDMPs on the use of other illicit drugs, and find a complementary reduction in admissions related to cocaine and marijuana abuse.

## Méthodologie – Statistique

### ► **Modèles biostatistique pour l'épidémiologie**

COMMENGES D. ET JACQMIN-GADDA H.  
2017

**Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur**

Cet ouvrage fait le point sur les méthodes disponibles à ce jour pour analyser les données longitudinales. Les principaux résultats de l'inférence statistique et les principaux modèles de régression sont rappelés.

### ► **Time Use Surveys and Experienced Well-Being in France and the United-States**

FLECHE S. ET SMITH C.  
2017

**OECD Statistics Working Papers; 2017/07. Paris  
OCDE**

The last decade has seen a sustained surge of interest in measures of subjective well-being on the part of economists and other social scientists. The vast majority of the academic literature on subjective well-being focuses on measures of life evaluation, as does most discussion of how measures of subjective well-being can be applied to policy. However, measures of life evaluation have well-known limitations, and other measures of subjective well-being, including experienced well-being (i.e. people's time use and emotional state over time), can be an important complement to measures of life evaluation. As of 2016, however, few countries have included experienced well-being in their official time use surveys, and there is relatively little understanding of how different methodolog-

ical approaches to measuring experienced well-being affect the results obtained. This paper presents results using data from the US and the French time use surveys, showing that the different approaches adopted by these two countries have quite different implications for the data collected. Results highlight the sensitivity of experienced well-being measures – particularly the U-index – to the choice of affective states included, and shed light on the differing results found in the literature on how unemployment impacts upon experienced well-being.

## Politique de santé

### ► **World Report on Health Policy and Systems Research**

BENNETT S., *et al.*  
2017

**Genève OMS**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255051/1/9789241512268-eng.pdf>

This World Report on Health Policy and Systems Research (HPSR) reflects the importance of monitoring and measuring developments in the field. The report describes the evolution of the field and provides figures on the number of publications produced, funding trends and institutional capacity in low-and-middle-income countries to conduct HPSR. It provides insight into how the multidisciplinary and systems approach used in HPSR can help countries advance the Sustainable Development Goal (SDG) agenda.

### ► **Démocratie sanitaire : les usagers dans le système de santé**

BIOSSÉ-DUPLAN A.  
2017

**Paris : Dunod**

Le terme de démocratie sanitaire présente un paradoxe. Si l'idée fait consensus, son contenu fait débat. L'auteur s'attache à préciser les contours historiques, sociologiques et juridiques de ce terme pour en proposer une définition contemporaine. Cet ouvrage liste et décrit les droits individuels du patient et de l'utilisateur dans les différents environnements de soin : à l'hôpital ou en clinique, dans le secteur médico-social comme en médecine libérale. Il explore également l'autre volet de la démocratie sanitaire : la représentation des usagers dans les multiples instances du système de santé. Il intègre les récentes évolutions des lois de janvier et février 2016 : action de groupe en santé, nouvelle représentation des patients en établissement sanitaire et médico-social, rénovation des textes encadrant le consentement individuel aux soins, portée renforcée des directives anticipées et des choix personnels face à la fin de vie.

### ► **Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation**

BRECHAT P. H. ET LOPEZ A.  
2017

**Sève : Les Tribunes de La Santé(55): 75-87.**

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2017-2.htm>

Avec la création des agences régionales de santé (ARS), l'État s'est affirmé comme le régulateur du dispositif de santé régional. L'ARS s'est vu confier des compétences larges portant sur tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, ce qui en fait un levier important pour construire un système producteur de santé. Si cette réforme est une réussite, elle est en attente d'évolutions pour donner à l'ARS des moyens d'action plus efficaces, au service d'une stratégie globale de santé plus efficiente, conçue de manière à favoriser l'engagement de chacun, dont les professionnels de santé et la population.

### ► **En 2015, le nombre d'allocataires des minima sociaux toujours en hausse mais de façon plus modérée**

CALVO M.  
2017

**Etudes Et Résultats (Drees)(1009): 6.**

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2015-le-nombre-d-allocataires-des-minima-sociaux-toujours-en-hausse-mais-de>

Fin 2015, 4,14 millions de personnes perçoivent un minimum social, en dehors de l'allocation temporaire d'attente (ATA) et de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA), soit une hausse de 1,6 % en un an. La moindre croissance du nombre d'allocataires observée en 2014 (+2,7 %), après deux années d'augmentation sensible en 2012 et 2013 (+4,5 % par an), se confirme donc.

► **Questions sur la protection sociale : dossier**

CORNILLEAU G., et al.  
2017

**Cahiers Français(399): 1-68.**

Ce dossier propose une étude approfondie du système de protection sociale français. Il s'intéresse notamment à la part respective de l'assurance et de l'assistance, à la notion d'investissement social et à la question de l'égalité dans l'accès aux services publics. Une comparaison des autres systèmes européens de protection sociale est également proposée.

► **La santé-business**

EDELMAN N., et al.  
2017

**Sève : Les Tribunes de La Santé(55): 21-74.**

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2017-2.htm>

Ce numéro s'intéresse à la santé business dont le champ est aussi contrasté que florissant. On y trouve des activités qui, au sein du système de santé, contribuent au fonctionnement de ses institutions. D'autres interviennent aux frontières de la médecine et entendent répondre à la recherche de bien-être de leurs utilisateurs. Divers projets dessinent également de nouvelles pistes qui seront peut-être, dans quelques années ou dans quelques décennies, au cœur des systèmes médicalisés de protection de la santé. Aux antipodes de ces initiatives, certains acteurs franchissent les limites de la légalité, exposent leurs clients, leurs interlocuteurs ou leurs affidés à des risques sanitaires majeurs et relèvent même parfois du droit pénal. La quête de santé apparaît ainsi comme un moteur économique aussi puissant que protéiforme. Les contributions des auteurs qui ont accepté de participer à ce dossier invitent à une réflexion renouvelée sur ces phénomènes et sur leur devenir à un moment où la science médicale pose des questions bioéthiques sans précédent. Elles incitent également à s'interroger sur les limites que les législations et les règles déontologiques doivent leur fixer (4ème de couv.)

► **Santé et protection sociale solidaires pour tous en 2017 ?**

LIMOUSIN M. ET LAURENT P.  
2017

**Paris : Le temps des cerises**

Une autre politique de santé et de protection sociale, qui replace l'humain au cœur du dispositif, semble possible. Cet ouvrage a pour objectif de le démontrer. Il ne prétend pas tout aborder, tout résoudre. D'importants domaines restent encore à explorer. Mais il entend faciliter et élargir la réflexion collective. Cette démarche était tout particulièrement significative à quelques temps d'élections présidentielles et législatives. La protection sociale a son avenir en jeu et les Français demeurent attachés à cette protection solidaire.

► **Le renversement du système de santé en France**

MARIN P.  
2017

**Les Cahiers de La Fonction Publique: 5.**

Le repositionnement de l'État dans la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé publique et l'adoption d'une stratégie nationale de santé constituent deux marqueurs du renversement du système de santé en France. Cette double évolution se traduit dans les lois récentes. On passe d'une logique institutionnelle de l'organisation du système de santé par l'offre à la construction d'une réponse aux besoins de santé et une nouvelle logique de l'individualisation des prises en charges et des parcours se met en place.

► **Rapport d'information sur la pertinence des soins**

VANLERENBERGHE J. M.  
2017

**Paris Sénat: 62.**

<http://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-668.html>

Alors que les budgets sont sous tension, les systèmes de santé génèrent, en France comme dans la plupart des pays développés, une part de « gaspillage », notamment sous la forme de soins inutiles ou redondants, d'interventions évitables ou à faible valeur ajoutée. Cela pourrait représenter, d'après l'OCDE, près d'un cinquième de la dépense de santé. Ces constats

ne sont pas nouveaux. Ils suscitent néanmoins, chez l'ensemble des acteurs du système de santé, une prise de conscience accrue. Face aux défis de la médecine de demain (vieillesse de la population, poids des maladies chroniques, technicité croissante des soins...), l'amélioration de la pertinence des soins représente en effet un enjeu majeur pour l'avenir et la pérennité du système de santé. Renvoyant au « juste soin », approprié, adapté aux besoins des patients, conforme aux meilleurs standards cliniques, la pertinence médicale

conduit à conjuguer l'exigence de qualité et de sécurité des soins et l'amélioration de l'efficacité du système de santé, souvent pensées de manière antagoniste. Si des actions ont été engagées par l'État et l'assurance maladie, leurs résultats plafonnent. De l'avis général, l'organisation cloisonnée de notre système de santé et ses modes de financement peu incitatifs sont un frein à des avancées plus substantielles. Une vision stratégique et des évolutions structurelles, au-delà de la logique de rabot, sont aujourd'hui indispensables.

## Politique sociale

### ► **Le revenu de base : que changerait-il ?**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2017

Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/fr/emploi/emp/Le-revenu-de-base-que-changerait-il-2017.pdf>

Dans cette note, l'OCDE a étudié pour quatre pays (France, Finlande, Italie et Royaume-Uni) un revenu universel qui serait versé, sans conditions de ressources, à tous les individus d'âge actif ainsi qu'aux mineurs. D'un coût neutre pour les finances publiques et fixé à « un niveau pertinent » (456 euros par mois par adulte jusqu'à 62 ans et 100 euros pour les moins de 18 ans en France), il exigerait un alourdissement de la fiscalité et des réductions des prestations existantes (sociales et familiales).

### ► **Protection sociale : le savant et la politique**

BARBIER, J. C. (ÉD.) ET POUSSOU-PLESSE, M. (ÉD.)

2017

Paris : Editions de la Découverte

Les sociologues sont souvent vus comme des spécialistes des « problèmes sociaux » et les critiques qu'ils portent sur les institutions qui mettent en œuvre la protection sociale les exposent à être considérés comme des « sociologues d'État ». L'expression est significative d'une manière française de poser la question de l'utilité des sciences sociales – contester ou servir – et porte l'empreinte de la double entreprise durkheimienne de fondation de la sociologie et de promotion

d'une certaine conception de l'État social. Mais cette tradition et cette vision hexagonales sont loin d'être les seules qui colorent les relations ambivalentes entre chercheurs et décideurs politiques. Les débats autour de la neutralité axiologique, toujours renaissants, en témoignent. Quelles intelligences – effets de connaissance, d'intelligibilité ou de vérité – attendre de la confrontation de la science, définie par la cohérence, et de la politique, vouée au flou ? Cet ouvrage se veut une contribution à l'instruction de cette question. Après une introduction aux grands thèmes des rapports entre la recherche en sciences sociales et la politique dans leurs dynamiques contemporaines, onze études de cas offrent trois registres de réflexivité sur les configurations d'expertise. Comment les envisager, avec le recul temporel, comme des succès ponctuels pour les sciences sociales ? Quel recul critique appellent-elles quand elles s'adosent à un référentiel du savoir efficace ? Comment, dans le cours même de son enquête, le chercheur doit-il faire avec des attentes de visions expertes ? Autant d'angles pour saisir, dans le croisement de leurs ancrages, les incertitudes d'un État social en action et celles d'une science se faisant.

► **La protection sociale en France et en Europe en 2015 : résultats des comptes de la protection sociale. Édition 2017**

BEFFY, M. (ÉD.) et al.  
2017

Paris : DREES

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

Cet ouvrage de la DREES présente les principaux résultats des comptes de la protection sociale en France en 2015, et en analyse les évolutions récentes. En 2015, les prestations sociales s'élèvent à 701,2 milliards d'euros,

soit 32,0 % du PIB. Entre 2014 et 2015, elles augmentent de 1,6 %, soit le rythme de croissance le plus bas observé depuis 1959. Les ressources de la protection sociale croissent, elles, de 1,7 % en 2015, marquant ainsi un ralentissement par rapport aux années antérieures lié à la stagnation des impôts et taxes affectés. Les dépenses sociales sont mises en perspective et comparées avec celles des pays de l'Union européenne. Outre des fiches enrichies sur les prestations et les ressources, cette nouvelle édition décrit également la vision qu'ont les Français du système de protection sociale à partir du baromètre d'opinion de la DREES.

## Prévention

► **Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé**

HCAAM.  
2017

Paris HCAAM

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder\\_les\\_politiques\\_de\\_prevention\\_et\\_de\\_promotion\\_de\\_la\\_santevf07072017.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf)

Fruit de la mise en place, en octobre 2016, d'un groupe de travail réunissant chercheurs et acteurs, cet avis s'attache, tout d'abord, à clarifier les concepts employés par les acteurs et inscrits dans les textes. Puis il formule diverses propositions pour refonder la conduite des politiques de prévention et de promotion de la santé en France. Elles s'articulent autour des axes suivants : mise en place d'une stratégie globale aux niveaux national et régional avec une mise en œuvre coordonnée des programmes d'action, cohérence du financement entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales, effort particulier en matière d'évaluation à tous les niveaux (évaluation de politique, de programme et d'action) et en matière de recherche sur l'élaboration et la conduite des politiques et sur les organisations.

► **Les instruments économiques pour favoriser la saine alimentation : synthèse des connaissances**

BLOUIN C. ET DUBE M.  
2017

Québec INSPQ

<http://www.inspq.qc.ca>

Cette synthèse des connaissances vise à informer les décideurs et les praticiens en santé publique de l'éventail des instruments économiques disponibles pour favoriser la saine alimentation. Une analyse descriptive du contenu des études retenues permet de présenter leur efficacité potentielle et les enjeux de mise en œuvre qu'elles soulèvent. Nous entendons par instruments économiques des actions qui modifient directement ou indirectement le prix des aliments.

► **Interventions sur le logement et impacts sanitaires : évaluation des actions**

HOST S. ET GRANGE D.  
2017

Paris ORSIF

[http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2017/rapport\\_interventions\\_logement\\_juin\\_2017\\_Web.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2017/rapport_interventions_logement_juin_2017_Web.pdf)

L'habitat dégradé constitue en Île-de-France l'un des déterminants environnementaux et sociaux de santé les plus importants. La politique en faveur de l'amélioration des logements est ainsi une priorité régionale en matière de santé publique. Cette politique s'articule

autour de nombreux modes d'intervention émanant de différents prescripteurs, à différentes échelles et avec des approches ciblées sur un ou plusieurs déterminants. L'amélioration des conditions de logement vise à améliorer les conditions de vie des individus et in fine leur santé. Alors que les impacts de la qualité des logements sur la santé sont aujourd'hui bien établis, l'impact des politiques d'amélioration de l'habitat est peu documenté. C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de développer des travaux approfondis permettant d'évaluer les résultats des interventions sur le logement afin de les rendre visibles et opérationnels pour guider les politiques. Ce travail explicite les méthodes à mettre en œuvre et indicateurs à recueillir pour évaluer les interventions sur le logement ainsi que leurs éventuelles limites.

► **Les attitudes des Français face à la vaccination : une évolution préoccupante**

RAUDE J. ET HAINMUELLER J.

2017

**Médecine : de La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 13(4): 171-174.**

Depuis la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 de 2009, les inquiétudes vis-à-vis de la vaccination se sont considérablement développées au sein de la population française, notamment en raison de la multiplication récente de controverses sur l'utilité et la sécurité des vaccins ou de leurs adjuvants. Après un examen des données des enquêtes récentes, nous nous intéresserons aux processus sociologiques qui permettent de comprendre l'exception française en matière de vaccination. Actuellement, trois phénomènes permettent d'expliquer la progression de la réticence des Français vis-à-vis des vaccins. Le premier tient au développement des médecines complémentaires et alternatives qui portent souvent un discours critique vis-à-vis de la vaccination. Le deuxième résulte d'une crise de confiance croissante vis-à-vis des institutions en général et des autorités sanitaires en particulier. Le troisième procède de la transformation radicale du « marché » de l'information liée à l'émergence des réseaux numériques. La conjugaison de ces trois phénomènes facilite la propagation rapide dans l'espace public d'informations fausses ou invérifiables qui sont susceptibles de décourager le recours à la vaccination.

► **Early Diagnosis of Chronic Conditions and Lifestyle Modification**

RODRIGUEZ-LESMES P. A.

2017

**Working paper series; 201.** Bogota University of Rosario

This study estimates the potential impact of early diagnosis programmes on medication, subjective health and lifestyle. To deal with potential selection bias due to screening, I employ a feature of the English Longitudinal Study of Ageing that motivates a regression discontinuity design based on respondents' blood pressure. If their measurements are above a threshold, individuals are advised to visit their family doctor to check for high blood pressure. There is evidence of a temporal increase in use of medication for treating the condition (6.6 percentage points), which almost doubled in the proportion of people taking medication for such blood pressure levels. At the same time, there is a permanent reduction of the probability of consuming alcohol twice a week (10 percentage points) and an increase in fruits consumption. However, there is also evidence of higher smoking frequency (eight cigarettes per week) in those above the threshold. Such lifestyle responses are not related to extra medication. However, no clear effects on either objective or subjective health were found after 4 years of intervention.

► **The Economics of Patient Safety. Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level**

SLAWOMIRSKI L, *et al.*

2017

**OECD Health Working Papers ; 96.** Paris OCDE

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers\\_18152015](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015)

About one in ten patients are harmed during health care. This paper estimates the health, financial and economic costs of this harm. Results indicate that patient harm exerts a considerable global health burden. The financial cost on health systems is also considerable and if the flow-on economic consequences such as lost productivity and income are included the costs of harm run into trillions of dollars annually. Because many of the incidents that cause harm can be prevented, these failures represent a considerable waste of healthcare resources, and the cost of failure

dwarfs the investment required to implement effective prevention. The paper then examines how patient harm can be minimised effectively and efficiently. This is informed by a snapshot survey of a panel of eminent academic and policy experts in patient safety. System-

and organisational-level initiatives were seen as vital to provide a foundation for the more local interventions targeting specific types of harm. The overarching requirement was a culture conducive to safety.

## Psychiatrie

### ► Santé mentale et organisation des soins : dossier documentaire

BEC E., *et al.*

2017

**Toulouse : ORSMIP Montpellier : CREAI-ORS Languedoc Roussillon**

<https://orsmip.org/dossier-bibliographique-sante-mentale-organisation-soins>

Ce dossier a été élaboré à la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie à partir d'une recherche des différentes publications sur l'organisation des soins en santé mentale en France ou dans d'autres pays. Il permet d'identifier les principales problématiques rencontrées sur cette thématique et les expériences qui se mettent en place pour pouvoir y répondre.

### ► Note sur l'organisation de la psychiatrie et la réforme de son enseignement : dossier il y a 50 ans

BRISSET C.

2017

**Lettre De Psychiatrie Française (La)(249): 13-19.**

Le Livre blanc de la psychiatrie française (1964-1967) a montré qu'il était impossible de dissocier, pour la psychiatrie, le domaine de l'enseignement de celui de l'organisation des soins. Ce dossier rassemble quelques commentaires sur le sujet. La formation du psychiatre requiert un long apprentissage pratique, comportant des responsabilités contrôlées de diagnostic et de traitement. Or, cette formation est assurée actuellement presque uniquement par les lieux et les personnes qui n'en sont pas officiellement chargés. Ces lieux (hôpitaux psychiatriques) et ces personnes (médecins des hôpitaux psychiatriques et psychiatres privés) demandent qu'on organise en France la psychiatrie moderne. Une réforme doit donc permettre à la fois

de réorganiser l'appareil des soins, en lui fournissant un renfort d'encadrement et d'organiser un enseignement à base clinique.

### ► Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders (Review)

KISELY S. R., *et al.*

2017

**Cochrane Library (the) : Cochrane Database of Systematic Review(3): 82.**

It is controversial whether compulsory community treatment (CCT) for people with severe mental illness (SMI) reduces health service use, or improves clinical outcome and social functioning. To examine the effectiveness of compulsory community treatment (CCT) for people with severe mental illness (SMI), we searched the Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Trials (2003, 2008, 2012, 8 November 2013, 3 June 2016). All relevant randomised controlled clinical trials (RCTs) of CCT compared with standard care for people with SMI (mainly schizophrenia and schizophrenia-like disorders, bipolar disorder, or depression with psychotic features). Standard care could be voluntary treatment in the community or another pre-existing form of CCT such as supervised discharge. Authors independently selected studies, assessed their quality and extracted data. We used Cochrane's tool for assessing risk of bias. The review included three studies (n = 749). Two were based in the USA and one in England. The English study had the least bias, meeting three out of the seven criteria of Cochrane's tool for assessing risk of bias. The two other studies met only one criterion, the majority being rated unclear.



► **Mental Health and New Care Models**

NAYLOR C. ET CHARLES A.

2017

**Londres The Kings' Fund**

[https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/MH\\_new\\_models\\_care\\_Kings\\_Fund\\_May\\_2017\\_0.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/MH_new_models_care_Kings_Fund_May_2017_0.pdf)

This report found that where new models of care have been used to remove the barriers between

mental health and other parts of the health system, local professionals saw this as being highly valuable in improving care for patients and service users. But there remains much to be done to fully embed mental health into integrated care teams, primary care, urgent and emergency care pathways, and in work on population health. In addition in this report are identified nine key principles for successful integration, and there is an exploration of the benefits of investing in mental health.

## Soins de santé primaires

► **ACI (Accord conventionnel interprofessionnel) : une avancée majeure pour les équipes**

2017

**Ésop : Revue Des Équipes De Soins Primaires (La)(5): 8-17.**

L'accord conventionnel interprofessionnel a été signé par 12 syndicats, le 20 avril 2017, et 6 autres les ont rejoints les jours suivants. Cet accord met fin au règlement arbitral et ouvre une pérennisation du cadre conventionnel pour les équipes pluriprofessionnelles. Désormais, les équipes et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) vont devoir s'emparer de ce nouveau cadre plus adapté et apportant des moyens supplémentaires au travail de prise en charge en équipe coordonnée. Il sera applicable à partir de la parution du décret en juillet 2017.

bien répondre aux besoins de soins complexes des personnes âgées.

► **Implementing Integrated Care for Older Adults with Complex Health Needs**

KULUSKI K., et al.

2017

**International journal of integrated care 17(2)**

<http://www.ijic.org/collections/special/icoach/>

L'International Journal of Integrated Care publie neuf articles qui documentent l'implantation de soins de santé primaires intégrés dans la communauté. Les exemples viennent de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Zélande. Dans chaque cas, on a cherché à savoir quelles étaient les étapes nécessaires pour implanter des services innovants qui permettent de

► **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2017**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS

2017

**Paris Cnop**

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2017>

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2017-fascicules-regionaux>

Le panorama des pharmaciens au 1<sup>er</sup> janvier 2017 révèle trois grandes tendances : le renouvellement des pharmaciens, signe d'une profession d'avenir ; la répartition pharmaceutique équilibrée sur le territoire, gage de sécurité pour l'accès aux produits de santé et à la biologie médicale ; le regroupement des structures, comme nouveau mode d'exercice. Par rapport à l'année 2015, le nombre d'inscrits au tableau de l'Ordre est relativement stable pour l'ensemble de la profession (-0,42 %), avec 74 441 pharmaciens enregistrés dans les différentes sections de l'Ordre.

► **Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire**

HCAAM  
2017

**Paris HCAAM**

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_avis\\_medecine\\_specialisee\\_second\\_recours\\_adopte\\_22\\_06\\_17\\_vf.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_medecine_specialisee_second_recours_adopte_22_06_17_vf.pdf)

Les soins primaires et la médecine spécialisée en France sont deux sujets intimement liés, à penser dans le même mouvement, comme deux éléments d'un système qui doivent évoluer de façon cohérente. Si les soins primaires ont donné lieu à une profonde réflexion ces dernières années, cela n'a pas été le cas pour la médecine spécialisée. Cet avis a donc pour objectif de proposer des évolutions de la médecine spécialisée congruentes avec les besoins de la population (notamment la chronicisation des maladies), ainsi qu'avec les orientations retenues pour structurer les soins primaires, tout en tenant compte des dynamiques propres à la médecine spécialisée. La réflexion se base sur la réalité actuelle de l'offre de médecine spécialisée pour se projeter dans ce que pourrait être son avenir en tenant compte du temps : les décisions, ou les non décisions d'aujourd'hui peuvent avoir des conséquences et des impacts de long terme. Cette évidence justifie l'accent mis dans le présent avis sur deux leviers déterminants : la formation des médecins spécialistes et les modes d'organisation de l'offre spécialisée. Cet avis est accompagné de deux dossiers statistiques réalisés respectivement par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

► **Management Practices and the Quality of Primary Care**

ANGELIS J., *et al.*  
2017

**IFN Working Paper ; 1114. Stockholm IFN: 18.**  
<http://www.ifn.se/wfiles/wp/wp1174.pdf>

Using the World Management Survey method, we map and analyse management quality in Swedish primary care centres. On average, private providers have higher management quality than public ones. We also find that centres with a high overall social deprivation among enrolled patients tend to have higher management quality. Regarding quality of care, we find

that management quality is positively associated with accessibility, but not with patient reported experience.

► **La recherche en soins primaires, un enjeu politique**

BEAUPIN A. ET REY F.  
2017

**Cahiers de La Santé Publique Et de La Protection Sociale (Les)(24): 17-20.**

Si l'on en croit les auteurs d'un récent ouvrage collectif, les maladies chroniques invitent à inventer la 3<sup>e</sup> médecine. Ce serait la fin de l'hospitalocentrisme. Dans ce modèle, l'exercice regroupé pluriprofessionnel devient la base de la dispensation des soins. Le professionnel devient pour le patient un facilitateur de ses actions et décisions relatives à sa propre santé. D'où partons-nous? Comment avancer? Telles sont quelques questions auxquelles sera confrontée la recherche en soins primaires.

► **Healer or Gatekeeper? Physicians' Role Conflict when Symptoms Are Non-Verifiable**

CARLSEN B. ET NYBORG K.  
2017

**IZA Discussion Paper;10735. Bonn IZA**  
<http://ftp.iza.org/dp10735.pdf>

Although physicians are often expected to be gatekeepers to health insurance benefits such as paid sick leave, research indicates a substantial reluctance to reject patient requests for sickness certificates. We show that private information on the patient's part creates a conflict between the healer and gatekeeper roles: if a patient reports subjective symptoms indicating a need for sick leave, the physician is unable to tell if the patient is truly sick or a shirker. We show that even if most physicians prefer to be good gatekeepers, all of them may trust their patients in Nash equilibrium. These ideas are illustrated using results from focus group interviews with Norwegian primary care physicians.

► **An Overview of Home-Based Primary Care: Learning from the Field**

KLEIN S., et al.  
2017

**Issue Brief: 19.**

<http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/jun/overview-home-based-primary-care>

Homebound and functionally limited individuals are often unable to access office-based primary care, leading to unmet needs and increased health care spending. The aim of this study is to show how home-based primary care affects outcomes and costs for Medicare and Medicaid beneficiaries with complex care needs. Qualitative synthesis of expert perspectives and the experiences of six case-study sites. To conclude, successful home-based primary care practices optimize care by: fielding interdisciplinary teams, incorporating behavioral care and social supports into primary care, responding rapidly to urgent and acute care needs, offering palliative care, and supporting family members and caregivers. Practices participating in Medicare's Independence at Home Demonstration saved \$3,070 per beneficiary on average in the first year, primarily by reducing hospital use under this shared-savings program. The experience of a risk-based medical group that contracts with health plans and health systems to provide home-based care suggests similar potential to reduce health care spending under capitated or value-based payment arrangements. Making effective home-based primary care more widely available would require a better-prepared workforce, appropriate financial incentives to encourage more clinicians to provide house calls to their home-limited patients, and relevant quality measures to ensure that value-based payment is calibrated to meet the needs of patients and their families.

► **Primary Care Access and Emergency Department Utilization: Theory and Evidence from Canada**

MEHTA N., et al.  
2017

**Working Paper No: 170005**

We develop a theoretical model to study how after-hours incentives affect emergency department (ED) utilization via changing physician behavior. The model reveals that reductions in ED utilization can only come from patients with conditions severe enough to warrant visiting the ED, yet mild enough to be treatable by their primary care physician. While these incentives induce physicians to work more after hours, they also reduce regular-hours services. Thus, incentivizing physicians to provide after-hours services ambiguously affects ED utilization. Model predictions are tested using administrative data from the province of Ontario, Canada. The data cover visits to physician's offices and ED visits from 2004 to 2013, a period with exogenous changes in after-hours incentives. Our findings are consistent with model predictions. We also find that after-hours incentives reduce ED visits, suggesting that our proposed framework may be useful for understanding and even designing after-hours incentives.

► **Medical Service Provider Networks**

MOUGEOT M. ET NAEGELEN F.  
2017

**Cahiers de la Chaire Santé(25)**

In many countries, health insurers or health plans choose to contract either with any willing providers or with preferred providers. We compare these mechanisms when two medical services are imperfect substitutes in demand and are supplied by two different firms. In both cases, the reimbursement is higher when patients select the in-network provider(s). We show that these mechanisms yield lower prices, lower providers and insurer's profits, and lower expense than in the uniform reimbursement case. Whatever the degree of product differentiation, a not-for-profit insurer should prefer selective contracting and select a reimbursement such that the out-of-pocket expense is null. While all providers join the network under any-willing-provider contracting in the absence of third-party payment, an asymmetric equilibrium may exist when this billing arrangement is implemented.

## Systèmes de santé

### ► **Brexit and Health and Social Care-People and Process**

HOUSE OF COMMONS

2017

**Londres House of Commons**

<https://www.publications.parliament.uk/pa/cm201617/cmselect/cmhealth/640/640.pdf>

The UK's withdrawal from the European Union—"Brexit"—will affect many aspects of the provision of health and social care in the United Kingdom. Given the range and complexity of the questions involved, we took evidence in advance of the triggering of Article 50 of the Treaty on European Union (TEU). This report was intended to be the first phase of our inquiry, addressing the immediate. Further phases of our inquiry have necessarily been cut short by the general election but we hope that our successor committee will return to this issue.

### ► **Future Health Index 2017**

NEW NARRATIVE LTD

2017

**Sl. Philips**

[https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/philips-future-health-index/report/2017/Future\\_Health\\_Index\\_report\\_2017\\_fr.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/philips-future-health-index/report/2017/Future_Health_Index_report_2017_fr.pdf)

Cette étude évalue le niveau de préparation de 19 pays à relever les défis de santé les plus pressants. La méthode utilisée consiste à mesurer les perceptions et les expériences des utilisateurs clés des systèmes de santé (professionnels de santé et population générale) dans les domaines suivants : accès aux soins, intégration des systèmes de santé, adoption des technologies de santé connectée. Cette année, ces perceptions ont été mises en regard de données tierces révélant les réalités des systèmes de santé pour chaque pays, dans les mêmes domaines. La comparaison avec la réalité souligne rapidement les écarts entre ce que perçoivent les professionnels de santé et les citoyens et ce que les systèmes de santé mettent concrètement en œuvre pour évoluer. Cela met à son tour en évidence les domaines où les systèmes sont (ou sont sur le point d'être) très ou peu performants, florissants ou contraints. L'étude s'est également élargie à la production, pour chaque pays, d'un taux d'efficacité utilisant des données tierces pour comparer les dépenses et

les résultats de santé (par exemple, les taux de mortalité maternelle et d'espérance de vie). Cela donne une idée de l'impact que les dépenses de santé ont, en définitive, sur la santé des citoyens. Le Future Health Index indique clairement qu'il est essentiel de déplacer l'accent du traitement à la prévention et de permettre à la fois aux professionnels de santé et au grand public de prendre une part plus active dans la gestion de la santé, à la fois pour combler les écarts qui affectent les systèmes de santé, et pour évoluer vers une forme de santé plus connectée, nécessaire pour garantir des systèmes durables à l'avenir. L'étude montre que la majorité des acteurs de l'industrie reconnaissent l'importance de connecter les patients et les prestataires de soins, afin d'améliorer la qualité et les coûts des soins de santé. L'étude constate également que les avantages les plus importants des technologies sont associés au diagnostic, aux soins à domicile ainsi qu'à la gestion des maladies chroniques.

### ► **Austerity, Health Care Provision, and Health Outcomes in Spain**

BORRA C., et al.

2017

**Munich MPRA**

<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/79736/>

The recession that started in the United States in December 2007 has had a significant impact on the Spanish economy through a large increase in the unemployment rate and a long recession which led to tough austerity measures imposed on public finances. Taking advantage of this quasi-natural experiment, we use data from the Spanish Ministry of Health from 1997 to 2014 to provide novel causal evidence on the short-term impact of health care provision on health outcomes. The fact that regional governments have discretionary powers in deciding health care budgets and that austerity measures have not been implemented uniformly across Spain helps isolate the impact of these policy changes on health indicators of the Spanish population. Using Ruhm's (2000) fixed effects model, we find that staff or hospital bed reductions account for a significant increase in mortality rates from cardiovascular disease and external causes, for 25-34 and 65-74 year-old groups, and in the late foetal mortality rate. Mortality rates, however, do

not seem to be robustly affected by the 2012 changes in retirees' pharmaceutical co-payments. Contrary to expectations, we find some evidence of reduced mortality rates for cancer and female cancer as a result of the 2012 changes in migrants' access restrictions to the Spanish NHS. Overall, our analyses suggest that short-term impacts of decreases in health care provision on mortality are significant but small. However, impacts prove to be economically and quantitatively significant in the case of fatalities due to external causes, especially accidental deaths.

► **Existe-t-il encore un «modèle nordique » ?  
Les exemples du Danemark et de la Suède**

FAGNANI J.

2017

**Cahiers Français(399): 63-68.**

Les pays nordiques bénéficient depuis longtemps d'une perception positive concernant leur niveau de vie, la réduction des inégalités et les relations sociales. Examinant les évolutions connues par le Danemark et la Suède, l'auteur de cet article s'interroge sur ce qu'il en est aujourd'hui du modèle nordique. Elle observe que ces pays ont bien surmonté la crise de 2008 et maintenu un haut niveau de dépenses à même de limiter les disparités sociales. Ils ont aussi réussi à flexibiliser le marché du travail tout en assurant des garanties importantes aux salariés. Cependant, le tableau n'est pas sans ombres, notamment en raison d'une augmentation de la pauvreté et du chômage.

► **The NHS and Social Care: Prospects  
for Funding, Staffing and Performance  
into the 2020s**

MCGUIRE A.

2017

**Londres LSE**

[http://cep.lse.ac.uk/\\_new/publications/abstract.asp?index = 5431](http://cep.lse.ac.uk/_new/publications/abstract.asp?index = 5431)

Health featured prominently in the 2016 referendum on the UK's membership of the European Union (EU), with the Leave campaign's claim that Brexit would mean that £350 million extra money per week could be transferred from the UK's EU budget contributions to the NHS. Although the current Conservative government has ruled this out, arguing that any change in UK public expenditure plans is conditional on the Brexit negotiations with the EU, the NHS remains a central focus of all the main parties' election manifestos. The fundamental issue is whether the NHS is adequately funded. Related to arguments over the level of funding are questions about the delivery of healthcare: in essence, what role efficiency savings and internal competition for NHS resources should play in giving appropriate incentives in the delivery of healthcare; and whether service provision is deteriorating. Funding for the delivery of social care for the elderly faces its own crisis - and it has become a controversial issue in the election debate.

## Travail et santé

► **Compte pénibilité : prévenir et compenser  
les risques professionnels**

2017

**Revue Prescrire 37(404): 462-464.**

En France, la réforme des retraites de 2014 a instauré un «compte personnel de prévention de la pénibilité» qui comptabilise les périodes d'exposition des salariés à dix facteurs de risque professionnels au-delà des seuils définis de durée et d'intensité de l'exposition. Les points cumulés sur le compte peuvent être utilisés par les salariés concernés pour suivre une formation visant

à accéder à un poste moins exposé, réduire le temps de travail, ou anticiper jusqu'à deux ans l'âge légal de départ à la retraite. Ces mesures sont censées inciter à plus de prévention de la pénibilité.

► **Les prestations d'invalidité. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2017

Paris : **Ministère chargé de la santé: 114-119.**  
<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

Les prestations d'invalidité couvrent le risque de perte de revenus des assurés sociaux qui voient leur capacité de travail réduite en conséquence d'une maladie invalidante ou d'un accident d'origine non professionnelle. Ce chapitre des comptes de la sécurité sociale fait un bilan des bénéficiaires d'une pension d'invalidité servie par un organisme de protection sociale. Il présente ensuite les modalités d'attribution des pensions d'invalidité au régime général et les principales caractéristiques des bénéficiaires. Il se termine sur une analyse de la dynamique récente des dépenses d'invalidité.

► **Job Quality, Health and At-Work Productivity**

ARENDS I., *et al.*  
2017

**OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 195.** Paris OCDE

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-social-employment-and-migration-working-papers\\_1815199x](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-social-employment-and-migration-working-papers_1815199x)

Many countries invest considerable resources into promoting employment and the creation of jobs. At the same time, policies and institutions still pay relatively little attention to the quality of jobs although job quality has been found to be a major driver of employee wellbeing and may be an important factor for work productivity. Eventually, job quality might also influence labour supply choices and lead to higher employment. Providing robust evidence for the relationship between job quality and worker productivity could make a strong case for labour market policies directed at the improvement of job quality. This paper reviews existing evidence on the relationship between the quality of the work environment and individual at-work productivity, defined as reduced productivity while at work, and assesses the effect of health on this relationship.

► **Working Hours and Productivity**

COLLEWET M. ET SAUERMANN J.  
2017

**IZA Discussion Paper ; 10722.** Bonn IZA  
<http://ftp.iza.org/dp10722.pdf>

This paper studies the link between working hours and productivity using daily information on working hours and performance of a sample of call centre agents. We exploit variation in the number of hours worked by the same employee across days and weeks due to central scheduling, enabling us to estimate the effect of working hours on productivity. We find that as the number of hours worked increases, the average handling time for a call increases, meaning that agents become less productive. This result suggests that fatigue can play an important role, even in jobs with mostly part-time workers.

► **Mass Unemployment Events (MUES) : Prevention and Response from a Public Health Perspective**

DAVIES A. R., *et al.*  
2017

**Cardiff : Public Health Wales**

<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/Watermarked%20PHW%20Mass%20Unemployment%20Report%20E%2815%29.pdf>

In the year following job loss due to mass unemployment events, workers can experience double the risk of death from heart attack or stroke and even greater increases in risk from alcohol related disease. Detrimental impacts on health can last for decades with family members sometimes affected almost as much as those facing redundancy. Working with experts across the world, Public Health Wales has led new work on public health approaches to preventing and preparing for Mass Unemployment Events which focuses especially on addressing their impact on the health of individuals, families and communities. Report author Dr Alisha Davies, Head of Research and Development at Public Health Wales, said: "Internationally large scale redundancies are not uncommon and can be devastating for those directly affected, including families and communities. However, there is much we can do to prevent, prepare and limit the impact on health when these events do happen. This report highlights the importance of ensuring health and wellbeing is at the core of preventative and responsive action.

La fermeture locale d'une unité de production génère la destruction de nombreux emplois, entraînant localement une conjoncture de chômage de masse. L'organisation britannique Public Health Wales publie un rapport analysant les impacts de ces licenciements sur la santé des populations et présente des mesures pour les prévenir et les limiter. L'altération de la santé suite à la perte d'un emploi est notamment associée à une détérioration des comportements de santé : augmentation de la consommation d'alcool et de tabac, mésusages de médicaments, prise de poids, ... La santé mentale est aussi très affectée par la perte d'emploi avec une augmentation des troubles mentaux, des tentatives de suicide et suicides. Au-delà des effets individuels, le rapport met en évidence d'autres impacts concernant le bien-être du conjoint et des enfants, mais aussi dans l'ensemble de la communauté où les tensions sociales et le sentiment d'isolement s'exacerbent. Aussi, Public Health Wales propose une réponse de santé publique globale et multisectorielle face aux licenciements de masse. Il s'agit notamment d'identifier précocement les communautés exposées au risque de chômage de masse, de soutenir les chômeurs dans leur insertion professionnelle, mais aussi dans leurs difficultés financières et leur santé, ou encore de développer des actions spécifiques pour les plus vulnérables tels que les chômeurs âgés.

► **Optimal Sickness Benefits and Workers' Absenteeism**

MENARD S.  
2017

**Document de travail : 1619.** Paris Cepremap  
<http://www.cepremap.fr/depot/docweb/docweb1619.pdf>

In this paper, we analyze the optimal design for sickness benefits using a dynamic principal agent model. We begin with a simple fact : The probability of contamination depends on the number of sick workers inside the firm. Consequently, firms have incentives to provide sickness benefits to reduce the absenteeism rate. However, sickness benefits are source of hazard moral. Thus, the optimal contract is characterized by increasing sickness benefits. We propose simulations in order to estimate the effects on the productivity of the optimal contract.

Dans cet article, nous nous intéressons au profil optimal des indemnités journalières pour maladie dans le cadre d'un modèle principal-agent. Nous supposons

que la maladie est un risque collectif en raison des risques de contamination au sein des entreprises. Dès lors, il est dans l'intérêt des entreprises de proposer une protection contre la maladie. Cependant, le risque de fraude ne permet pas une assurance complète. Par conséquent, nous montrons que le contrat optimal est caractérisé par un montant progressif des indemnités journalières.

► **The Effects of Provider Choice Policies on Workers' Compensation Costs**

NEUMARK D. ET SAVYCH B.  
2017

**NBER Working Paper Series ; n° 23611.** Cambridge NBER  
<http://www.nber.org/papers/w23611>

We examine the effects of provider choice policies on workers' compensation medical and indemnity costs. We find no difference in average medical costs between states where policies give employers control over the choice of provider and states where policies instead give workers the most control. But a richer distributional analysis indicates that developed medical costs for the costliest cases are higher in states where policies give workers more control over provider choice. We find similar evidence for indemnity costs, although the point estimates also indicate (statistically insignificantly) higher average costs where policy gives workers the most control over provider choice. Overall, the evidence suggests little relationship between provider choice policies and average medical or indemnity costs, but a higher incidence of high-cost cases when policies give workers more control of the choice of providers.

► **Aging and Diabetes: Impact on Employment and Retirement**

PARALTA S.  
2017

**Working Paper CEa CSG 1542017.** Lisbonne Université de Lisbonne

Aging and diabetes influence employment and retirement of those older than 50. The aim of this study is to estimate the impact of diabetes on the ability to work or retire, and to investigate if the development of new job skills, for seniors aged more than 50, increase

professional activity in a set of European countries. The fourth wave of the Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE) has been explored by using categorical models that control for age, gender, marital status, education level, new skills and country factors. Diabetes decreases the probable level of professional activity and prolongs retirement. Disparities have been

found in the impact of diabetes on peoples' working situation in certain countries, which may be explained through the type of treatments of diabetes and overall by the specificities of each country's health systems. Finally, ageing only slightly increases the period of working, not enough to avoid earlier retirement globally in those European countries.

## Vieillessement

### ► Analyse des tarifs des EHPAD en 2016

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR  
L'AUTONOMIE (CNSA)  
2017

#### Analyses Statistiques 4

<http://www.cnsa.fr/documentation-documents-statistiques/reperes-statistiques/reperes-statistiques-ndeg4-les-usagers-de-soixante-ans-ou-plus-et-les-mdph>

Pour renforcer la transparence et l'information sur les prix pratiqués dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) rend obligatoire, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, la transmission à la CNSA de leurs prix hébergement et de leurs tarifs dépendance pour un affichage dans l'annuaire du portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Ce document propose une analyse des prix des EHPAD, transmis à la CNSA, au 31 décembre 2016. Pour un résident, le tarif médian d'un EHPAD en 2016 en France est de 1 949 euros par mois. Il est nettement plus élevé dans les zones urbaines, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine (3 154 euros par mois pour ces deux départements), que dans les zones rurales comme la Meuse (1 616 euros par mois), les Vosges (1 642 euros par mois) et la Vendée (1 658 euros par mois). L'écart de prix est corrélé à la localisation géographique, à l'ancienneté du bâti et au statut juridique des EHPAD. Le tarif médian est ainsi plus élevé dans les EHPAD commerciaux, ouverts récemment et implantés en ville où le coût du bâti est plus élevé. À l'inverse, les EHPAD publics et privés non lucratifs, qui sont fortement représentés dans les départements ruraux, présentent des prix médians moins élevés.

### ► Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2017

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES  
2017

#### Paris Conseil d'orientation des retraites

<http://www.cor-retraites.fr/article494.html>

Pour cette quatrième édition du rapport annuel du COR, il a été procédé à une actualisation des projections à court, moyen et long terme du système de retraite. Cette actualisation s'inscrit dans un contexte spécifique, puisqu'elle s'appuie sur un nouvel exercice complet de projection réalisé avec l'ensemble des régimes de retraite sur la base des nouvelles projections démographiques et de population active de l'Insee sur la période 2013-2070. Le présent rapport est organisé en deux parties. La première partie (le contexte) présente les évolutions démographiques et économiques, observées sur le passé et prévisibles à l'avenir, dont dépend le système de retraite et qui déterminent en partie les évolutions des indicateurs de suivi et de pilotage. La deuxième partie (les résultats) décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, à l'aune des indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le COR.

### ► Conditions économiques et définitions subjectives du « bien vieillir » : Résultats d'une enquête quantitative

APOUEY B. H.  
2017

PSE Working Papers ; 2017-08. Paris PSE

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01475942/document>

Cet article explore les conceptions du « bien vieillir » chez les plus de 40 ans, à partir des données d'une enquête quantitative menée en France auprès d'environ 1700 adhérents d'une mutuelle. D'une part, nous confrontons la perception subjective du bien vieillir avec la définition biomédicale la plus répandue, qui met l'accent sur la santé physique et la vie sociale, et d'autre part, nous examinons l'hétérogénéité des conceptions du bien vieillir en fonction du statut socio-économique. Dans l'ensemble, bien vieillir signifie surtout être satisfait de son état de santé, de sa situation financière, de sa vie familiale et de sa vie de couple. Ainsi, la définition subjective du bien vieillir est plus large que la définition biomédicale. De plus, la manière de définir le bien vieillir obéit à des logiques sociales, avec un accent mis sur l'ouverture sur l'extérieur dans les milieux favorisés, et sur la sphère domestique et la famille dans les milieux populaires. Plus précisément, chez les personnes de statut socioéconomique élevé, bien vieillir est plus souvent synonyme de bonne santé, de sociabilité et de projets, tandis que dans les milieux populaires, on insiste sur le rôle de la famille et sur les conditions de logement.

► **Un vieillissement plus marqué en Allemagne qu'en France ou au Royaume-Uni**

BELLAMY V.

2017

**Insee Focus(88)**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867604>

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'Allemagne est le pays le plus peuplé de l'Union européenne, suivi par la France puis le Royaume-Uni. Entre 1991 et 2016, les écarts de population entre ces trois pays se sont réduits. En effet, le nombre d'habitants a moins augmenté en Allemagne (+ 3 %) qu'en France et au Royaume-Uni (+ 14 % pour chacun des deux pays). Depuis l'an 2000, la part des personnes de 65 ans ou plus a crû davantage en Allemagne qu'en France et au Royaume-Uni.

► **La dépendance : quel état des lieux ?**

NEZOSI G.

2017

**Cahiers Français(399): 42-48.**

Avec le développement de l'État providence, l'espérance de vie des Français a beaucoup augmenté, mais les personnes âgées peuvent souffrir d'une perte d'autonomie. La dépendance est ainsi devenue une question majeure de santé publique et, à partir de la fin des années 1990, des dispositifs d'assistance dont le financement est supporté par la sécurité sociale, les collectivités territoriales et les ménages ont été mis en œuvre. Pour de raisons notamment de coût, la prise en charge de la dépendance n'a pas été unifiée avec celle du handicap, et quant à la création annoncée d'un cinquième risque au sein de la sécurité sociale, des considérations elles aussi financières ont conduit à y renoncer. Le pilotage de la dépendance revêt donc aujourd'hui un pilotage hybride avec un double questionnement sur sa gouvernance et son financement.

► **Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France. Enjeux départementaux à l'horizon 2040**

SAGOT M., *et al.*

2017

**Paris ORSIF**

<http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/58-groupes-de-population/personnes-agees/855-impact-du-vieillessement-sur-le-recours-a-l-apa-en-ile-de-france>

La croissance attendue des personnes âgées et ses répercussions sur le nombre de personnes en situation de dépendance figurent en bonne place de l'agenda social, avec notamment la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement promulguée en décembre 2015. Pour l'Île-de-France et ses huit départements, ce rapport, établi par l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France (ORSIF) et l'Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU), fournit des projections de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à domicile et en établissement, de 2020 à 2040. Pour cela, il s'appuie sur des projections démographiques calées sur le recensement de 2013 et les dernières projections de l'Insee sur la France. Il apporte un éclairage sur les différences départementales de recours à l'APA selon leurs structures sociales et leur offre de soins à domicile et en établissement. À partir de 2030, le nombre de Franciliens de plus de 85 ans

double entre 2013 et 2040 (+ 295 000 personnes). D'ici 2040, le nombre de Franciliens bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pourrait augmenter de 85 000 personnes selon les projections ; soit 48 000 Franciliens supplémentaires vivant à domicile et 37 000 en établissement. En Île-de-France, la grande couronne serait plus concernée par ces évolutions et notamment la Seine-et-Marne où la population de 85 ans et plus devrait tripler, et les bénéficiaires de l'APA plus que doubler.



# **Watch on Health Economics Literature**

***October 2017***

## **IRDES Information Centre**

Health Insurance	Methodology - Statistics
E-health – Medical Technologies	Health Policy
Health Economics	Social Policy
Health Status	Prevention
Geography of Health	Psychiatry
Disability	Primary Health Care
Hospitals	Health Systems
Health Inequalities	Occupational Health
Pharmaceuticals	Ageing

## 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](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

### Watch on Health Economics Literature

<b>Publication Director</b>	Denis Raynaud
<b>Information specialists</b>	Marie-Odile Safon Véronique Suhard
<b>Design &amp; Layout</b>	Franck-Séverin Clérembault
<b>Web publishing</b>	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](http://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](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

## Contents List

### Health Insurance

- 51 **Cartographie des pathologies et dépenses**  
Cnamts
- 51 **Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018**  
Cnamts
- 51 **La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours**  
Alberola E., et al.
- 52 **Social Security and Total Replacement Rates in Disability and Retirement**  
Khan M. R., et al.
- 52 **La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse**  
Lafon A. et al.
- 52 **Effects of Health Insurance on Labour Supply: A Systematic Review**  
Le N., et al.
- 53 **The Effect of Private Health Insurance on Self-Assessed Health Status and Health Satisfaction in Germany**  
Petilliot R.

### E-health – Medical Technologies

- 53 **Livre blanc : 17 experts, 36 propositions pour une politique e-santé ambitieuse**  
Gregoire O., et al.
- 53 **Big data et santé**  
Tronquoy P., et al.

### Health Economics

- 54 **Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2016**  
Cour des comptes

- 54 **Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**  
Ministère chargé de la santé
- 54 **Quelle stratégie pour les dépenses publiques ?**  
Bacache-Beauvallet M., et al.
- 54 **The Economic Burden of Chronic Diseases: Estimates and Projections for China, Japan, and South Korea**  
Bloom D. E., et al.
- 55 **Assessing the Economic Costs of Unhealthy Diets and Low Physical Activity: An Evidence Review and Proposed Framework**  
Joy Candari C., et al.
- 55 **Les caractéristiques du système de protection sociale français**  
Lafore R.
- 55 **Future Trends in Health Care Expenditure. A Modelling Framework for Cross-Country Forecasts**  
Marino A., et al.
- 56 **100 % Sécu : de quoi parle-t-on ?**  
Rauch F.

### Health Status

- 56 **Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence**  
Santé Publique France
- 56 **Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3)**  
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- 56 **Interdictions de fumer : un effet salubre**
- 57 **Tobacco and Its Environmental Impact: An Overview**  
Organisation mondiale de la santé

- 57 **Estimating the Recession-Mortality Relationship when Migration Matters**  
Arthi V., et al.
- 57 **The Impact of Alcohol on Mental Health, Physical Fitness, and Job Performance**  
Bacolod M., et al.
- 57 **Les espérances de vie sans incapacité des Européens**  
Cambois E.
- 58 **Long-Run Effects of Severe Economic Recessions on Male BMI Trajectories and Health Behaviors**  
Nizalova O. Y. et Norton E. C.
- 58 **The Rising Cost of Ambient Air Pollution Thus Far in the 21st Century. Results from the BRIICS and the OECD Countries**  
Roy R. et Braathen N. A.

---

## Geography of Health

---

- 59 **Dictionnaire d'analyse spatiale**  
Bavoux J. J. et Chapelon L.
- 59 **Questions de santé en Île-de-France : Appui au projet régional de santé 2018-2022**  
Camard J. P., et al.
- 59 **Services publics et territoires : adaptations, innovations et réactions**  
Courcelle T., et al.
- 59 **Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015**  
De Peretti C., et al.

---

## Disability

---

- 60 **Who Is Screened Out? Application Costs and the Targeting of Disability Programs**  
Deshpande M. et Li Y.
- 60 **Politique européenne en faveur des personnes handicapées : de la définition du handicap à la mise en œuvre d'une stratégie**  
Lecerf M.

- 60 **Promoting Equality and Non-Discrimination for Persons with Disabilities**  
Waddington L. et Broderick A.

---

## Hospitals

---

- 61 **Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2015**  
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- 61 **Structure et dynamique des recettes et dépenses hospitalières en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**  
Ministère chargé de la santé
- 61 **The Political Economy of Diagnosis-Related Groups**  
Bertoli P. et Grembi V.
- 62 **Les établissements de santé : édition 2017**  
Toutlemonde F., et al.
- 62 **L'hôpital & le territoire**  
Vigneron E. et Jaffiol C.

---

## Health Inequalities

---

- 62 **Economic Conditions at Birth and Cardiovascular Disease Risk in Adulthood: Evidence from New Cohorts**  
Alessie R., et al.
- 62 **Mortality Inequality in Canada and the U.S.: Divergent or Convergent Trends?**  
Baker M., et al.
- 63 **La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité**  
Bousquet D., et al.
- 63 **Health and Inequality in Health in the Nordic Countries**  
Christiansen T., et al.
- 64 **Rapport sur les inégalités en France : Édition 2017**  
Observatoire des inégalités
- 64 **Précarité, pauvreté et santé**  
Spira A.

64 **Health and Health Inequality During the Great Recession: Evidence from the PSID**

Wang C., et al.

---

**Pharmaceuticals**

---

64 **Développement des anticancéreux oraux - Projections à court, moyen et long termes**  
Institut national du cancer

65 **Le marché des médicaments en officine de ville en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**

Ministère chargé de la santé

65 **Le prix des médicaments anticancéreux**  
Institut national du cancer

65 **The Landscape of US Generic Prescription Drug Markets, 2004-2016**

Berndt E. R., et al.

66 **Connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité de sept médicaments courants**

Boussageon R., et al.

66 **Quelle politique pour poursuivre la diffusion des médicaments génériques**

Caby D., et al.

66 **Une nouvelle politique du médicament**

Cohen F.

66 **Mandatory Access Prescription Drug Monitoring Programs and Prescription Drug Abuse**

Dave D. M., et al.

---

**Methodology - Statistics**

---

67 **Modèles biostatistique pour l'épidémiologie**

Commenges D. et Jacqmin-Gadda H.

67 **Time Use Surveys and Experienced Well-Being in France and the United-States**

Fleche S. et Smith C.

---

**Health Policy**

---

68 **World Report on Health Policy and Systems Research**

Bennett S., et al.

68 **Démocratie sanitaire : les usagers dans le système de santé**

Biosse-Duplan A.

68 **Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation**

Brechat P. H. et Lopez A.

68 **En 2015, le nombre d'allocataires des minima sociaux toujours en hausse mais de façon plus modérée**

Calvo M.

69 **Questions sur la protection sociale : dossier**

Cornilleau G., et al.

69 **La santé-business**

Edelman N., et al.

69 **Santé et protection sociale solidaires pour tous en 2017 ?**

Limousin M. et Laurent P.

69 **Le renversement du système de santé en France**

Marin P.

69 **Rapport d'information sur la pertinence des soins**

Vanlerenberghe J. M.

---

**Social Policy**

---

70 **Le revenu de base : que changerait-il ?**

Organisation de coopération et de développement économiques

70 **Protection sociale : le savant et la politique**

Barbier, J. C. (éd.) et Poussou-Plesse, M. (éd.).

71 **La protection sociale en France et en Europe en 2015 : résultats des comptes de la protection sociale. Édition 2017**

Beffy, M. (éd.) et al.

## Prevention

- 71 **Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé**  
HCAAM.
- 71 **Les instruments économiques pour favoriser la saine alimentation : synthèse des connaissances**  
Blouin C. et Dube M.
- 71 **Interventions sur le logement et impacts sanitaires : évaluation des actions**  
Host S. et Grange D.
- 72 **Les attitudes des Français face à la vaccination : une évolution préoccupante**  
Raude J. et Hainmueller J.
- 72 **Early Diagnosis of Chronic Conditions and Lifestyle Modification**  
Rodriguez-Lesmes P. A.
- 72 **The Economics of Patient Safety. Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level**  
Slawomirski L., et al.

## Psychiatry

- 73 **Santé mentale et organisation des soins : dossier documentaire**  
Bec E., et al.
- 73 **Note sur l'organisation de la psychiatrie et la réforme de son enseignement : dossier il y a 50 ans**  
Brisset C.
- 73 **Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders (Review)**  
Kisely S. R., et al.
- 74 **Mental Health and New Care Models**  
Naylor C. et Charles A.

## Primary Health Care

- 74 **ACI (Accord conventionnel interprofessionnel) : une avancée majeure pour les équipes**

- 74 **Implementing Integrated Care for Older Adults with Complex Health Needs**  
Kuluski K., et al.
- 74 **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2017**  
Conseil national de l'ordre des pharmaciens
- 75 **Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire**  
HCAAM
- 75 **Management Practices and the Quality of Primary Care**  
Angelis J., et al.
- 75 **La recherche en soins primaires, un enjeu politique**  
Beaupin A. et Rey F.
- 75 **Healer or Gatekeeper? Physicians' Role Conflict when Symptoms Are Non-Verifiable**  
Carlsen B. et Nyborg K.
- 76 **An Overview of Home-Based Primary Care: Learning from the Field**  
Klein S., et al.
- 76 **Primary Care Access and Emergency Department Utilization: Theory and Evidence from Canada**  
Mehta N., et al.
- 76 **Medical Service Provider Networks**  
Mougeot M. et Naegelen F.

## Health Systems

- 77 **Brexit and Health and Social Care-People and Process**  
House of Commons
- 77 **Future Health Index 2017**  
New Narrative Ltd
- 77 **Austerity, Health Care Provision, and Health Outcomes in Spain**  
Borra C., et al.
- 78 **Existe-t-il encore un « modèle nordique » ? Les exemples du Danemark et de la Suède**  
Fagnani J.

- 78 **The NHS and Social Care: Prospects for Funding, Staffing and Performance into the 2020s**  
McGuire A.

- 82 **Un vieillissement plus marqué en Allemagne qu'en France ou au Royaume-Uni**  
Bellamy V.

---

## Occupational Health

---

- 78 **Compte pénibilité : prévenir et compenser les risques professionnels**  
79 **Les prestations d'invalidité. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**  
Ministère chargé de la santé

- 79 **Job Quality, Health and At-Work Productivity**  
Arends I., et al.

- 79 **Working Hours and Productivity**  
Collewet M. et Sauermann J.

- 79 **Mass Unemployment Events (MUES) : Prevention and Response from a Public Health Perspective**  
Davies A. R., et al.

- 80 **Optimal Sickness Benefits and Workers' Absenteeism**  
Menard S.

- 80 **The Effects of Provider Choice Policies on Workers' Compensation Costs**  
Neumark D. et Savych B.

- 80 **Aging and Diabetes: Impact on Employment and Retirement**  
Paralta S.

---

## Ageing

---

- 81 **Analyse des tarifs des EHPAD en 2016**  
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- 81 **Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2017**  
Conseil d'orientation des retraites

- 81 **Conditions économiques et définitions subjectives du « bien vieillir » : Résultats d'une enquête quantitative**  
Apouey B. H.

- 82 **La dépendance : quel état des lieux ?**  
Nezosi G.

- 82 **Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France. Enjeux départementaux à l'horizon 2040**  
Sagot M., et al.



## Health Insurance

### ► Cartographie des pathologies et dépenses

CNAMTS

2017

Paris Cnamts

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-dépenses/index.php>

Cette cartographie médicalisée a comme objet de quantifier, de façon synthétique et à partir des données du Sniiram et du PMSI, quelles sont les pathologies ou les traitements les plus fréquents et les dépenses associées. Elle permet de révéler des tendances durables comme le nombre croissant de malades ayant une ou plusieurs pathologies chroniques. Elle permet également d'apprécier le poids des innovations thérapeutiques sur le coût de certaines pathologies ou la part des évolutions dans la prise en charge des patients, du fait du virage ambulatoire, par exemple.

### ► Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2018 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2018

CNAMTS

2017

Paris Cnamts

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2018.pdf)

Ce rapport annuel de la Caisse nationale d'assurance maladie propose un ensemble de recommandations pour maîtriser les dépenses de santé, soit 1,94 milliard d'euros d'économies pour 2018, soit la moitié des 4 milliards attendus par le gouvernement. Quelque 750 millions d'euros sont visés grâce à une meilleure prescription des médicaments ou à la promotion des génériques, en mettant l'accent sur les biosimilaires. La Cnam souhaite ensuite économiser 510 millions sur la pertinence et (le) bon usage des soins, dont 160 millions pour la limitation des dépenses de transports, 100 millions en matière d'indemnités journalières (arrêts maladie). Le virage ambulatoire, qui cherche à réduire les hospitalisations, et l'adéquation de la prise en charge en établissement, doit ensuite permettre de réduire les dépenses de 470 millions d'euros. Enfin, la

lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital doit permettre d'économiser 210 millions. Ces mesures n'incluent pas les actions sur les prix des produits de santé, dont les médicaments, liées aux négociations conduites dans le cadre du comité économique des produits de santé (CEPS), ni certaines actions de la sphère hospitalière (achats, limitation de la masse salariale, etc). L'Assurance Maladie suggère de créer un fonds dédié à l'innovation «organisationnelle», qui financerait des expérimentations à grande échelle. Il prendrait, par exemple, en charge la rémunération des professionnels impliqués dans de nouveaux circuits de soins en attendant leur intégration au circuit de prise en charge conventionnel. Les expériences seraient ainsi évaluées, avec des publications scientifiques à la clef. Parmi les projets éligibles, la Cnam cite le maintien à domicile grâce aux objets connectés, la mise en réseau des acteurs sanitaires et sociaux, de nouveaux modes d'organisation des soins de ville. Elle souhaite également instaurer dès 2018, dans 3 ou 4 régions et pour deux ou trois ans, un paiement forfaitaire en chirurgie, incluant le coût des éventuelles réhospitalisations. Ce nouveau mode de financement dit « à l'épisode de soins » repose sur une forme de garantie médicale, assortie d'un service après-vente. Ce serait la première fois en France que la non-qualité –liée par exemple à des infections contractées sur le site opératoire – serait pénalisée via la tarification de l'activité. Ce projet devrait figurer dans le projet de budget 2018 de la Sécurité sociale.

### ► La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours

ALBEROLA E., *et al.*

2017

Paris Fonds CMU

<http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php>

Afin de mieux comprendre les raisons du non-recours à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), le Fonds CMU a confié au CRÉDOC un projet de recherche visant à caractériser la population éligible à l'ACS et l'incidence du parcours de vie sur les conditions d'accès au dispositif. Compte tenu de l'insuffisance de connaissance des raisons du non-recours, l'approche retenue est qualitative. Elle permet de comprendre via des entretiens approfondis le phéno-

mène de non-recours dans toute son ampleur et sa complexité. En revanche, les résultats obtenus ne sont pas généralisables. L'analyse repose sur des entretiens centrés sur le récit de vie, menés auprès d'un échantillon de 35 non-recourants et 27 recourants à l'ACS. Le recrutement a été effectué en population générale, permettant de tendre vers une diversité des situations. L'éligibilité des répondants est approchée par le montant de leurs revenus. Les entretiens ont été réalisés par téléphone de novembre à décembre 2016 pour une durée moyenne d'une heure.

### ► **Social Security and Total Replacement Rates in Disability and Retirement**

KHAN M. R., *et al.*

2017

**Crr Wp; 2017-6.** Chestnut Hill Center for Retirement Research at Boston College

<http://crr.bc.edu/working-papers/social-security-and-total-replacement-rates-in-disability-and-retirement/>

Social Security provides higher replacement rates to disability insurance beneficiaries than retired beneficiaries. This fact reflects two factors: 1) Disability Insurance (SSDI) beneficiaries have lower career earnings, and Social Security benefits are progressive; and 2) SSDI benefits are not reduced for claiming early. This project uses the 1992-2010 waves of the Health and Retirement Study (HRS) linked to Social Security Administration earnings records to decompose the differences between the Social Security replacement rates for retired worker and SSDI beneficiaries into these two factors. The project also examines how the total replacement rate – which accounts for other sources of income in addition to Social Security – differs between retirees and SSDI beneficiaries to capture the difference in overall retirement security between the two groups. The results indicate that about half of the 10-percentage-point advantage in Social Security replacement rates for SSDI beneficiaries is due to the actuarial adjustment applied to retirement benefits, implying that career earnings are not that different between retired workers and SSDI beneficiaries. But total replacement rates are substantially lower for SSDI beneficiaries, which indicates that, despite Social Security's vital role in providing a reliable income source, SSDI beneficiaries have much lower post-career well-being than retired workers.

### ► **La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse**

LAFON A. ET A L.

2017

**Dossiers de La Drees (Les)(19)**

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd19.pdf>

Ce dossier décrit la place des organismes privés d'assurance maladie en Europe, à travers l'exemple de six pays. Au sein de ces pays existe une couverture de base et obligatoire instaurée par les pouvoirs publics. Toutefois, en Suisse, aux Pays-Bas et dans une moindre mesure en Allemagne, la gestion de cette couverture de base est confiée aux assureurs privés, mis en concurrence. Dans l'ensemble des pays étudiés, des organismes privés proposent aussi en sus une offre d'assurance maladie facultative qui vient améliorer la couverture de base. À l'exception de la France, les marchés de l'assurance privée sont principalement le fait d'un nombre réduit d'acteurs. Ces marchés sont généralement en phase de concentration, en raison notamment des évolutions de la réglementation européenne. Des organismes d'assurances à but lucratif y exercent à côté d'autres organismes à but non lucratifs, parfois appelés « mutuelles ». La couverture de base, lorsqu'elle est gérée par des assureurs privés, est très contrainte par les pouvoirs publics. La couverture facultative d'assurance maladie, en revanche, l'est très peu, sauf en France. Autres évolutions notables du secteur, les contrats collectifs gagnent du terrain dans plusieurs pays de même que la contractualisation entre assureurs privés et fournisseurs de soins, via l'émergence de réseaux de soins.

### ► **Effects of Health Insurance on Labour Supply: A Systematic Review**

LE N., *et al.*

2017

**Maastricht UNU-MERIT: 61**

<http://www.merit.unu.edu/publications/wppdf/2017/wp2017-017.pdf>

This study provides a systematic review of empirical evidence on the labour supply effects of health insurance. The outcomes in the 63 studies reviewed include labour supply in terms of hours worked and the probability of employment, self-employment and the level of economic formalisation. One of the key findings is

that the current literature is vastly concentrated on the US. We show that spousal coverage in the US is associated with reduced labour supply of secondary earners. The effect of Medicaid in the US on labour supply of its recipients is ambiguous. However we have initial evidence of labour supply distortion caused by Children's Health Insurance Program, Affordable Care Act and other public health insurance expansions. A tentative result is that dependent young adults in the US who can access health insurance via their parents' employer have lower labour supply through fewer hours worked while keeping the same employment probability. The employment-coverage link is an important determinant of labour supply of people with health problems. The same holds for self-employment decisions. Universal coverage may create either an incentive or a disincentive to work depending on the design of the system. Finally, evidence on the relationship between health insurance and the level of economic formalisation in developing countries is fragmented and limited.

► **The Effect of Private Health Insurance on Self-Assessed Health Status and Health Satisfaction in Germany**

PETILLIOT R.

2017

**SOEP Papers on Multidisciplinary Panel Data Research ; 917.** Berlin DIW

[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.561401.de/diw\\_sp0917.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.561401.de/diw_sp0917.pdf)

In Germany, private health insurance covers more innovative and costly treatments than public insurance. Moreover, privately insured individuals are treated preferentially by doctors. In this article, I use subjective health data to examine whether these superior features of private insurance actually transfer into better health. I focus on German adolescents who are still in education to control for selection and account for differences in health-conscious behavior between publicly and privately insured individuals. I find that privately and publicly insured individuals do not differ in health, which contrasts with previous research. Hence, doctors appear to be the sole profiteers of the private insurance system and billions of euros could be saved by aligning private and public health insurance.

## E-health – Medical Technologies

► **Livre blanc : 17 experts, 36 propositions pour une politique e-santé ambitieuse**

GREGOIRE O., *et al.*

2017

**Paris : Renaissance numérique**

[http://www.renaissancenumerique.org/system/attach\\_files/files/000/000/104/original/E-Sante-Renaissance\\_Nume%CC%81rique.pdf](http://www.renaissancenumerique.org/system/attach_files/files/000/000/104/original/E-Sante-Renaissance_Nume%CC%81rique.pdf)

Ce rapport publié par Renaissance Numérique est consacré aux enjeux de la e-santé en 2017, et s'appuie notamment sur un sondage réalisé en partenariat avec Médiamétrie, et sur 17 experts qui formulent propositions concrètes et opérationnelles, afin de favoriser le développement de la e-santé en France. Cette étude comporte au total 36 mesures, couvrant les thèmes majeurs de la santé (financement, formation, patients et données). L'objectif est de promouvoir de nouvelles solutions auprès des décideurs publics dans une démarche de dialogue afin de faire bouger les lignes sur cet enjeu d'avenir pour la protection sociale.

► **Big data et santé**

TRONQUOY P., *et al.*

2017

**Cahiers Français(399): 49-55.**

Si nombre de domaines sont appelés à connaître des transformations très profondes du fait de l'utilisation des Big Data, celui de la santé apparaît tout particulièrement concerné. Se posent alors notamment les questions du traitement des données relatives aux patients, de leur mutualisation et de leur confidentialité. Les usages qui pourront en être faits sont multiples et concernent aussi bien les rapports entre médecins et malades que l'amélioration de l'efficacité de la recherche ou encoure une meilleure organisation du système de santé. Cet article est un extrait du document élaboré à l'occasion de la réflexion lancée, en septembre 2015, par le ministère chargé de la santé sur les apports du Big Data en matière de santé. Les enjeux sociétaux et économiques sont majeurs.

## Health Economics

### ► Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2016

COUR DES COMPTES

2017

#### Paris Cour des comptes

<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/Certification-des-comptes-du-regime-general-de-securite-sociale-exercice-2016>

Cette publication de la Cour des comptes constitue son onzième rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, portant sur l'exercice 2016. Le fait que la Cour s'assure de la régularité, de la sincérité et de la fidélité de ces comptes constitue un atout en termes de transparence et de fiabilité pour les finances sociales. Pour la quatrième année consécutive, la Cour certifie les comptes de la totalité des entités du régime général, avec 31 réserves, contre 33 pour l'exercice 2015. Si une réserve a pu être levée sur chacun des cinq comptes combinés, elle formule une réserve nouvelle sur ceux de la branche maladie, de la Cnamts et de l'activité de recouvrement.

### ► Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

#### Paris Ministère chargé de la santé

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

Ce rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale fait le bilan des comptes de la sécurité sociale en France pour 2016 et établit des prévisions pour l'année 2017. Le déficit du régime général de la sécurité sociale devrait atteindre 1,6 milliard en 2017 et même 5,5 milliards d'euros en ajoutant le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Un chiffre en amélioration de 2,3 milliards d'euros par rapport à 2016 mais en dégradation de 1,3 Md€ par rapport à la prévision de la LFSS pour 2017. Le déficit de la branche maladie représente à lui seul plus que la totalité du déficit du régime général et son écart avec la prévision explique la totalité du dérapage du régime général. Un déficit est aussi à noter pour la branche retraite. Seule la branche famille retrouverait quant à elle l'équilibre pour la première fois depuis 2007 grâce aux réformes ayant réduit les prestations (mise sous condition des

allocations familiales). Enfin, la branche AT/MP, dans le vert depuis 2013, devrait avoir un excédent estimé à 900 millions d'euros pour cette année. Cet excédent permettra de financer la nouvelle mouture du compte pénibilité rebaptisé « compte professionnel de prévention ». Quatre des dix critères sortent du dispositif existant et les cotisations spécifiques sont supprimées.

### ► Quelle stratégie pour les dépenses publiques ?

BACACHE-BEAUVALLET M., *et al.*

2017

#### Notes du Cae (Les)(41)

<http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note043v2.pdf>

En augmentation tendancielle depuis plus de trente ans, les dépenses publiques françaises ont atteint 57 % du PIB en 2015, contre 48,5 % en moyenne pour les pays de l'OCDE; seuls deux pays scandinaves – le Danemark et la Finlande – dépensent autant. Cela résulte naturellement de choix de société, en tout premier lieu une mutualisation importante des risques sociaux, mais ceux-ci ne suffisent pas à expliquer le surcroît général de dépenses en France. Avec une dette publique proche de 100 % du PIB, des contraintes en matière de prélèvements obligatoires, l'enjeu du redressement des finances publiques en France va bien au-delà du respect d'un engagement européen. Cette note expose les conditions d'une baisse vertueuse des dépenses publiques en France, en identifiant des leviers d'action les moins coûteux pour atteindre les objectifs de politiques publiques et en s'inspirant des expériences étrangères pour la transformation de l'action publique.

### ► The Economic Burden of Chronic Diseases: Estimates and Projections for China, Japan, and South Korea

BLOOM D. E., *et al.*

2017

NBER Working Paper Series ; n° 23601. Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23601>

We propose a novel framework to analyse the macroeconomic impact of noncommunicable diseases. We

incorporate measures of disease prevalence into a human capital augmented production function, which enables us to determine the economic costs of chronic health conditions in terms of foregone gross domestic product (GDP). Unlike previously adopted frameworks, this approach allows us to account for i) variations in human capital for workers in different age groups, ii) mortality and morbidity effects of non-communicable diseases, and iii) the treatment costs of diseases. We apply our methodology to China, Japan, and South Korea, and estimate the economic burden of chronic conditions in five domains (cardiovascular diseases, cancer, respiratory diseases, diabetes, and mental health conditions). Overall, total losses associated with these non-communicable diseases over the period 2010-2030 are \$16 trillion for China (measured in real USD with the base year 2010), \$5.7 trillion for Japan, and \$1.5 trillion for South Korea. Our results also highlight the limits of cost-effectiveness analysis by identifying some intervention strategies to reduce disease prevalence in China that are cost beneficial and therefore a rational use of resources, though they are not cost-effective as judged by conventional thresholds.

► **Assessing the Economic Costs of Unhealthy Diets and Low Physical Activity: An Evidence Review and Proposed Framework**

JOY CANDARI C., *et al.*

2017

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/assessing-the-economic-costs-of-unhealthy-diets-and-low-physical-activity-an-evidence-review-and-proposed-framework-2017>

Unhealthy diets and low physical activity contribute to many chronic diseases and disability; they are responsible for some 2 in 5 deaths worldwide and for about 30% of the global disease burden. Yet surprisingly little is known about the economic costs that these risk factors cause, both for health care and society more widely. This study pulls together the evidence about the economic burden that can be linked to unhealthy diets and low physical activity and explores : How definitions vary and why this matters; The complexity of estimating the economic burden and how we can arrive at a better way to estimate the costs of an unhealthy diet and low physical activity, using diabetes as an example.

► **Les caractéristiques du système de protection sociale français**

LAFORE R.

2017

**Cahiers Français(399): 9-15.**

Difficile de discerner, derrière la multiplicité de dispositifs et d'organismes qui lui sont liés, les caractéristiques essentielles du système de protection sociale en France. En repartant des deux grandes logiques qui ont présidé à la formation de ce système (assurantielles pour les actifs et assistanciennes pour les personnes exonérées de la dette d'activité), cet article retrace cependant les principales évolutions : augmentation du versant assistanciel, avec le développement des minimas sociaux, introduction de pratique d'« activation des prestations sociales », universalisation des protections assurantielles, déport du financement de la dépense vers la fiscalité, etc. Toutes ces transformations, réalisées sous le joug de deux exigences antinomiques : répondre à la forte demande sociale dans un contexte financier contraint, amènent l'auteur de cet article à envisager trois axes d'évolution qui devraient, demain, caractériser le système de protection sociale français.

► **Future Trends in Health Care Expenditure. A Modelling Framework for Cross-Country Forecasts**

MARINO A., *et al.*

2017

**OECD Health Working Papers ; 96.** Paris OCDE

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers\\_18152015](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015)

Across the OECD, healthcare spending has typically outpaced economic growth in recent decades. While such spending has improved health outcomes, there are concerns about the financial sustainability of this upward trend, particularly as healthcare systems are predominantly funded from public resources in most OECD countries. To better explore this financial sustainability challenge, many countries and international institutions have developed forecasting models to project growth in future healthcare expenditure. Despite methodological differences between forecasting approaches, a common set of healthcare spending drivers can be identified. Demographic factors, rising incomes, technological progress, productivity in the healthcare sector compared to the general economy

(Baumol's cost disease) and associated healthcare policies have all been shown to be key determinants of healthcare spending.

► **100 % Sécu : de quoi parle-t-on ?**

RAUCH F.

2017

**Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les)(24): 62-65.**

Après la charge du programme de F. Fillon contre la sécurité sociale, le «100 % Sécu» est devenu un slogan de la campagne présidentielle de 2017 en France. Cet article revient sur le sens originel du concept.

## Health Status

► **Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence**

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2017

**Saint-Maurice Santé Publique France**

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016>

L'étude ESTEBAN s'inscrit dans le cadre du programme national nutrition santé mis en place par le ministère en charge de la Santé. Elle fait suite à l'étude nationale nutrition santé –ENNS– menée en 2006. Réalisée à 10 ans d'intervalle, la comparaison des résultats indique une stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte.

► **Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3)**

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL

2017

**Maisons-Alfort ANSES**

<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>

L'Anses publie les résultats de sa troisième étude sur les consommations et les habitudes alimentaires de la population française, INCA 3 150 questions ont été posées aux participants sur leurs habitudes et

modes de vie, 13 600 journées de consommations ont été recueillies, générant des données sur 320 000 aliments consommés. Les Français consomment en moyenne 2,9 kg d'aliments chaque jour, soit environ 2 200 kcal, dont 50 % de boissons. Une assiette des Français dans laquelle on trouve toujours plus de produits transformés, une nette augmentation des compléments alimentaires depuis 2007, encore trop de sel et surtout pas assez de fibres. Certaines pratiques des Français sont aussi potentiellement plus à risques : une consommation croissante de denrées animales crues, des températures relevées dans les réfrigérateurs qui ne sont pas toujours adaptées, des dépassements plus fréquents des dates limites de consommation. Enfin, les niveaux d'activité physique et de sédentarité des Français peuvent quant à eux être qualifiés d'inadaptés.

► **Interdictions de fumer : un effet salutaire**

2017

**Revue Prescrire 37(404): 465-466.**

Une mise à jour d'une synthèse méthodique, réalisée par un groupe du réseau Cochrane et publiée en 2016, confirme que des mesures d'interdiction de fumer au travail et dans les lieux publics améliorent la santé cardiorespiratoire, surtout chez les non-fumeurs. Une réduction de la mortalité cardiorespiratoire liée au tabagisme est probable, surtout chez les personnes défavorisées. Cet article revient sur l'ensemble de ces conclusions.

► **Tobacco and Its Environmental Impact: An Overview**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2017

**Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe: 72**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255574/1/9789241512497-eng.pdf>

This overview assembles existing evidence on the ways in which tobacco affects human well-being from an environmental perspective – i.e. the indirect social and economic damage caused by the cultivation, production, distribution, consumption, and waste generated by tobacco products. It uses a life cycle analysis to track tobacco use across the full process of cultivation, production and consumption. In doing so it draws attention to gaps in the scientific evidence – particularly where the only data available are those currently self-reported by the tobacco companies themselves – and indicates where objective research could hold the greatest benefits to improving understanding of the relationship between tobacco and the environment. Its purpose is to mobilize governments, policymakers, researchers and the global community, including relevant UN agencies, to address some of the challenges identified, and to amplify advocacy efforts beyond health by showing how deep the roots of tobacco really extend.

► **Estimating the Recession-Mortality Relationship when Migration Matters**

ARTHI V., et al.  
2017

**NBER Working Paper series : n° 23507. Cambridge NBER**

[www.nber.org/papers/w23507](http://www.nber.org/papers/w23507)

A large literature following Ruhm (2000) suggests that mortality falls during recessions and rises during booms. The panel-data approach used to generate these results assumes that either there is no substantial migration response to temporary changes in local economic conditions, or that any such response is accurately captured by intercensal population estimates. To assess the importance of these assumptions, we examine two natural experiments: the recession in cotton textile-producing districts of Britain during the U.S. Civil War, and the coal boom in Appalachian counties of the U.S. that followed the OPEC oil embargo in the 1970s. In both settings, we find evidence of a substan-

tial migratory response. Moreover, we show that estimates of the relationship between business cycles and mortality are highly sensitive to assumptions related to migration. After adjusting for migration, we find that mortality increased during the cotton recession, but was largely unaffected by the coal boom. Overall, our results suggest that migration can meaningfully bias estimates of the impact of business-cycle fluctuations on mortality.

► **The Impact of Alcohol on Mental Health, Physical Fitness, and Job Performance**

BACOLOD M., et al.  
2017

**NBER Working Paper series : n°23542. Cambridge NBER**

<http://papers.nber.org/papers/w23542>

We study the impact of legal access to alcohol on a range of behavioral and physical outcomes of U.S. Army soldiers in a regression discontinuity design. The wealth of novel data collected by the military on cognitive ability, psychological health, and family history allows us to explore how impacts vary with risk factors for alcohol consumption. Overall, we observe a large and significant increase in drinking after the 21st birthday, but the increases are largest amongst those who were depressed, had a family history of mental health problems, had better coping ability, and had higher cognitive ability. Despite the large increase in consumption, we do not find any meaningful impacts of legal access to alcohol – overall or in any subgroup – on any of the short-term outcomes we observe, including suicidal tendencies, depression, tobacco use, physical fitness, psychological health, deployability, smoking, and job-related infractions. Acknowledging the limitations for extrapolation out of sample, we discuss the policy implications of our results.

► **Les espérances de vie sans incapacité des Européens**

CAMBOIS E.  
2017

**Recherche Sur Le Vieillessement(10)**

Face à l'allongement de la durée de vie, chercheurs et acteurs de santé publique s'interrogent depuis une trentaine d'années sur l'évolution de l'état de santé

des populations des plus de 50 ans, notamment dans les pays de l'Union européenne : gagne-t-on des années de bonne santé, sans incapacité, ou vit-on plus longtemps avec des incapacités ? En réponse à ces questions, les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité permettent de suivre cette évolution et d'éclairer les disparités au sein des pays et entre pays (résumé éditeur).

► **Long-Run Effects of Severe Economic Recessions on Male BMI Trajectories and Health Behaviors**

NIZALOVA O. Y. ET NORTON E. C.

2017

**IZA Discussion Paper ; 10776.** Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp10776.pdf>

With periodic recessions and the rising costs of health care, it is important to know how labor market participation and insecurity affects health outcomes. Yet, this line of research faces a number of methodological challenges which this paper aims to address. We turn to Ukraine's experience after the collapse of the USSR to investigate how exogenous labor market shocks during severe recessions affect men's body mass index (BMI) and health related behaviors. We use growth curve models to analyze BMI trajectories from 2003 to 2007 and find that past exogenous shocks (e.g., plant closings, bankruptcies, restructuring, and privatization) from 1986 to 2003 significantly change the BMI-age relationship for men. We also find a long-lasting effect on drinking behavior that is decreasing with age, while the effect on the probability of smoking is constant across all ages. At the same time, there is no effect on the probability of engaging in vigorous or moderate physical activity.

► **The Rising Cost of Ambient Air Pollution Thus Far in the 21St Century. Results from the BRIICS and the OECD Countries**

ROY R. ET BRAATHEN N. A.

2017

**OECD Environment Working Papers; 2017/07.** Paris OCDE

This paper presents updated results for the cost of ambient air pollution in 41 countries: the 6 major emerging economies known as the BRIICS – Brazil, Russia, India, Indonesia, China and South Africa – and the 35 member-countries of the OECD. It draws on the epidemiological evidence base assembled in the Global Burden of Disease Study 2015, in order to detail results for mortalities from ambient air pollution (AAP) – ambient particulate matter pollution (APMP) and ambient ozone pollution (AOP) – in each of these 41 countries, at successive five-year intervals from 2000 to 2015.

Ce document présente des données actualisées sur le coût de la pollution de l'air ambiant dans 41 pays : les six grandes économies émergentes désignées par le sigle BRIICS – Brésil, Russie, Inde, Indonésie, Chine et Afrique du Sud – et les 35 pays membres de l'OCDE. À partir des données épidémiologiques réunies dans le cadre de l'étude 2015 sur la charge mondiale de morbidité, il calcule de façon détaillée la mortalité imputable à la pollution de l'air ambiant – par les particules et par l'ozone – dans chacun de ces 41 pays à intervalles de cinq ans de 2000 à 2015. En l'occurrence, le nombre de décès attribuables à cette pollution a progressé en quinze ans, aussi bien dans le groupe des BRIICS que dans celui des pays de l'OCDE. Il en va de même pour le coût économique de cette mortalité dans les 41 pays.

## Geography of Health

### ► Dictionnaire d'analyse spatiale

BAVOUX J. J. ET CHAPELON L.  
2014

Paris : Armand Colin

Ce dictionnaire propose une mise au point terminologique très précise de l'analyse spatiale. À travers un large corpus de définitions, il aborde l'ensemble des concepts, théories, méthodes et outils les plus récents de cette science riche et foisonnante. Ses notices fouillées font le tour des questions, envisagent méticuleusement toutes les facettes de chaque notion – y compris les débats auxquels elles donnent lieu –, pour présenter l'essentiel de ce qu'il faut savoir. Elles s'appuient, chaque fois que cela est nécessaire, sur des formalisations mathématiques, des exemples concrets et de nombreuses figures originales, proposant ainsi un apport méthodologique fondamental.

### ► Questions de santé en Île-de-France : Appui au projet régional de santé 2018-2022

CAMARD J. P., *et al.*  
2017

Paris ORSIF

[http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2017/2017\\_QuestionDeSante\\_versionWEB.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2017/2017_QuestionDeSante_versionWEB.pdf)

En vue de l'élaboration du Projet régional de santé 2 (PRS2), l'ARS Île-de-France a sollicité l'expertise de l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France. Sur des thématiques identifiées comme prioritaires par l'agence, l'ORS a rassemblé et analysé un ensemble d'informations et de données relatives à la santé des Franciliens et à ses déterminants. Cette publication apporte des éléments clés sur l'état de santé général à travers des indicateurs transversaux (espérance de vie, mortalité générale, mortalité prématurée et « évitable ») mais aussi des populations vulnérables (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap) et des déterminants de santé (contexte socio-démographique, expositions environnementales, comportements individuels défavorables à la santé comme la consommation d'alcool ou de tabac). Ces données sont fournies à l'échelle départementale pour mettre en évidence les inégalités territoriales de santé.

### ► Services publics et territoires : adaptations, innovations et réactions

COURCELLE T., *et al.*  
2017

Rennes : Presses Universitaires de Rennes

Le redéploiement spatial et la réorganisation des services publics se sont effectués sans vision d'ensemble, sans connaître les réalités (géographiques, sociales, économiques) propres aux territoires concernés. Le processus est avant tout guidé par des instruments d'inspiration managériale qui répondent au souci de rationaliser l'argent investi, en apportant une meilleure qualité de service, au meilleur coût. Si les objectifs poursuivis sont de bon sens et se justifient d'autant plus facilement en période de crise, il est difficile d'en mesurer les effets.

### ► Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015

DE PERETTI C., *et al.*  
2017

Études Et Résultats (Drees)(1010)

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/disparites-regionales-de-prise-en-charge-hospitaliere-des-accidents-vasculaires>

En 2015, près de 116 000 adultes résidant en France ont eu une prise en charge hospitalière pour un accident vasculaire cérébral (AVC) survenu avant l'admission ou, plus rarement, lors d'une hospitalisation pour un autre motif. Parmi eux, 72 % ont eu un infarctus cérébral, près d'un quart un AVC hémorragique et 4 % un AVC de type non précisé.

## Disability

### ► **Who Is Screened Out? Application Costs and the Targeting of Disability Programs**

DESHPANDE M. ET LI Y.

2017

**NBER Working Paper Series ; n° 23472.** Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23472>

The application process is critical to the targeting of disability programs because disability, relative to other tags, is difficult to observe and costly to verify. We study the effect of application costs on the targeting of disability programs using the closings of Social Security Administration field offices, which provide assistance with filing disability applications. Using administrative data from the Social Security Administration, we find that field office closings lead to large and persistent reductions in the number of disability recipients and reduce targeting efficiency based on current eligibility standards. The number of disability recipients declines by 13% in surrounding areas, with the largest effects for applicants with moderately severe conditions, low education levels, and low pre-application earnings. Evidence on channels suggests that most of the reduction in applications is attributable to increased congestion at neighboring offices rather than increased travel times or costs of information gathering.

### ► **Politique européenne en faveur des personnes handicapées : de la définition du handicap à la mise en œuvre d'une stratégie**

LECERF M.

2017

**Strasbourg Parlement Européen**

[http://www.cfhe.org/upload/actualit%C3%A9s/2017/EPRS\\_IDA%282017%29603981\\_FR-1.pdf](http://www.cfhe.org/upload/actualit%C3%A9s/2017/EPRS_IDA%282017%29603981_FR-1.pdf)

Cette étude présente un aperçu de la politique de l'Union européenne en faveur des personnes handicapées. Elle aborde la question de la définition du handicap aux niveaux international, européen et national. Elle dresse un tableau des difficultés de mesure du handicap tout en apportant quelques résultats statistiques. Elle décrit l'action de l'Union européenne concernant les personnes souffrant d'un handicap. Elle mentionne les positions du Parlement européen.

### ► **Promoting Equality and Non-Discrimination for Persons with Disabilities**

WADDINGTON L. ET BRODERICK A.

2017

**Strasbourg Conseil de l'Europe**

<https://edoc.coe.int/en/index.php?controller=get-file&freid=7279>

Ensuring equal opportunities for persons with disabilities is an important facilitator of participation and inclusion in society. Both the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) and the Council of Europe Disability Strategy 2017-2023 address equality and equalisation of opportunities for persons with disabilities. Article 5 of the UNCRPD requires States to adopt positive measures aimed at ensuring equality across the substantive rights in the Convention. The Council of Europe Disability Strategy aims at guiding and supporting the activities of Council of Europe member States in their implementation of the UNCRPD and Council of Europe standards regarding disability, and similarly addresses equality and non-discrimination. The overall goal of this study is to analyse the obligations contained in the UNCRPD regarding equality and non-discrimination, and to provide examples of good national practices regarding equality and non-discrimination.

## Hospitals

### ► **Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2015**

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION  
2017

**Lyon ATIH**

<http://www.atih.sante.fr/analyse-comparative-de-l-activite-hospitaliere-entre-les-regions-2015>

L'ATIH reconduit chaque année l'analyse de l'activité hospitalière régionale en application de la loi modifiant la loi HPST (Article 27 de la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011). Dans la continuité du panorama national, elle caractérise l'activité hospitalière selon différents angles (types d'établissements réalisant l'activité, âge de la patientèle prise en charge, etc.) et les évolutions par rapport aux années précédentes. Pour la première fois, sur l'activité 2015, les quatre champs sanitaires sont couverts : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. En guise d'introduction, quelques éléments chiffrés sont présentés sur l'ensemble des régions selon une approche production, afin de décrire l'activité réalisée par les établissements de santé implantés dans chaque région. Ces éléments ne peuvent donc pas directement être mis en regard de la population de chaque région et de leur consommation de soins. Ensuite, un atlas régional restitue les analyses transmises par chaque agence régionale de santé (ARS) sur l'activité hospitalière de sa région. Avec leur expertise, elles apportent un éclairage complémentaire notamment sur le contexte démographique, sanitaire et de l'offre de soins, selon une trame commune définie par un groupe de travail qui s'est réuni fin 2016 (résumé de l'éditeur).

### ► **Structure et dynamique des recettes et dépenses hospitalières en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2017

**Paris : Ministère chargé de la santé: 136-141**

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

Cette fiche extraite des comptes de la sécurité sociale présente la structure des recettes et dépenses des

établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (ou établissements ex-DG, aujourd'hui financés via la tarification à l'activité) ou financés sous dotation annuelle de financement (DAF) ainsi que leur dynamique récente. D'après ces premiers résultats, la situation financière de ces établissements s'améliorerait entre 2015 et 2016.

### ► **The Political Economy of Diagnosis-Related Groups**

BERTOLI P. ET GREMBI V.  
2017

**Rochester Social Science Electronic Publishing**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2990773](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2990773)

We provide a political economy interpretation of the variations in the prices of 6 obstetric diagnosis-related groups (DRGs) using Italy as a case study. Italy provides a unique institutional setting since its 21 regional governments can decide to adopt the national DRG system or to adjust/waive it. Using a panel fixed effects model, we exploit the results of 66 electoral ballots between 2000 and 2013 to estimate how obstetric DRGs are affected by the composition and characteristics of regional governments. We find that the incidence of physicians among regional politicians explains variations in DRGs with low technological intensity, such as normal newborns, but not of those with high technological intensity, as severely premature newborns. We further investigate these results by exploiting the implementation of a budget constraint policy. Applying a difference-in-difference strategy, we observe a decrease in the average levels of DRGs after the implementation of the policy, but the magnitude of this decrease depends on the presence of physicians among politicians and the political alignment between the regional and the national government. Finally, we rely on patient data (6,500,000 infant deliveries) to assess whether any of the political economy variables have a positive impact on the quality of regional obstetric systems. We find no effect.

► **Les établissements de santé : édition 2017**

TOUTLEMONDE F., *et al.*

2017

Paris : Drees

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>

En 2015, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières s'adaptent et modifient en profondeur leurs modes d'intervention et leur organisation. Les établissements de santé donnent les chiffres clés de ce secteur, qui doit répondre simultanément à des besoins très différents. Les capacités et l'activité des hôpitaux et cliniques sont détaillées, ainsi que leurs disciplines spécifiques et leur personnel, médical et non médical. Des éléments de cadrage économique, financier et juridique sont également développés. Cette nouvelle édition est enrichie par une analyse des dépenses dédiées aux produits de la liste, dite en sus, des médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par l'Assurance maladie en plus des prestations d'hospitalisation.

► **L'hôpital & le territoire**

VIGNERON E. ET JAFFIOL C.

2017

SPH Editions

Pour comprendre pourquoi l'hôpital et le territoire se sont si longtemps ignorés en France et pour essayer de faire en sorte que leur union d'aujourd'hui soit durable et féconde, il faut revenir à toutes les évolutions, de l'hôpital médiéval aux CHU d'aujourd'hui, car ce sont elles qui ont décidé des missions originelles confiées à l'hôpital et de leurs mutations. La régionalisation des politiques de santé, tardive et inachevée en matière hospitalière, la notion de « secteur sanitaire » ou, aujourd'hui, de « territoire de santé », la question de la délimitation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des solutions concrètes pour la reconnaissance des territoires de ces GHT sont également examinées. Aujourd'hui, la question territoriale est une chance à saisir pour l'hôpital et pour la santé publique.

## Health Inequalities

► **Economic Conditions at Birth and Cardiovascular Disease Risk in Adulthood: Evidence from New Cohorts**

ALESSIE R., *et al.*

2017

Working paper ; 10810. Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp10810.pdf>

Most of the literature that exploits business cycle variation at birth to study long-run effects of economic conditions on health later in life is based on pre-1940 birth cohorts. They were born in times where social safety nets were largely absent and they grew up in societies with relatively low female labor force participation. We complement the evidence from this literature by exploiting post-1950 regional business cycle variations in the Netherlands to study effects on cardiovascular disease (CVD) risk in adulthood, by gender. We operationalize CVD risk by constructing the Systematic COronary Risk Evaluation (SCORE) index from an extensive set of biomarkers. The data are from

a large cohort study covering socio-economic, biological and health data from over 75k individuals aged between 18 and 63. We conclude that women born in adverse economic conditions experience higher CVD risk.

► **Mortality Inequality in Canada and the U.S.: Divergent or Convergent Trends?**

BAKER M., *et al.*

2017

NBER Working Paper series : n°23514. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/w23514>

Mortality is a crucial dimension of wellbeing and inequality in a population, and mortality trends have been at the core of public debates in many Western countries. In this paper, we provide the first analysis of mortality inequality in Canada and compare its devel-

opment to trends in the U.S. We find strong reductions in mortality rates across both genders and at all ages, with the exception of middle ages which only experienced moderate improvements. Inequality in mortality, measured across Canadian Census Divisions, decreased for infants and small children, while it increased slightly at higher ages. In comparison to the U.S., mortality levels in Canada improved at a similar rate despite lower initial levels. Inequality at younger ages, however, fell more strongly in the U.S., implying converging mortality gradients between the two countries.

► **La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité**

BOUSQUET D., *et al.*

2017

Paris HCE

<http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-actualites-53/article/la-sante-et-l-acces-aux-soins-une>

Ce rapport s'intéresse aux femmes en situation de précarité dont la santé est dégradée et l'accès aux soins entravé. Le Haut Conseil à l'Égalité appelle à une politique volontariste de lutte contre les inégalités de santé qui tiennent compte des inégalités de sexe, et encourage le développement de dispositifs spécifiques à destination des femmes en situation de précarité, notamment par : une meilleure évaluation, dans le compte prévention pénibilité, du caractère usant et pénible des postes majoritairement occupés par des femmes en situation de précarité; une simplification de l'accès aux prestations sociales en matière de santé (fusion de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS) et la mise en place d'un accompagnement pour faciliter les démarches; la formation des professionnels de santé à l'accueil des personnes en situation de précarité, au dépistage systématique des violences dans le cadre familial ou professionnel et aux symptômes spécifiques aux femmes pour certaines pathologies, cardiaques par exemple.

► **Health and Inequality in Health in the Nordic Countries**

CHRISTIANSEN T., *et al.*

2017

COHERE discussion paper No. 6/2017. Odense University of Southern Denmark

[http://www.sdu.dk/-/media/files/om\\_sdu/centre/cohere/working+papers/2017/wp\\_2017\\_6\\_new.pdf](http://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2017/wp_2017_6_new.pdf)

All five Nordic countries emphasise equal and easy access to healthcare. It is the purpose to explore to which extent the populations of these countries have reached good health and high degree of socio-economic equality of health. Each of the five countries has established extensive public health programmes, although with somewhat different emphasis on the causes of ill-health, such as individual behaviour or social circumstances. Attitudes have changed over time, though. We compare these countries to the UK and Germany by using data from the European Social Survey 2002 and 2012 in addition to OECD Statistics from the same years. Health is measured by self-assessed health in five categories, transformed to a cardinal scale using Swedish time trade-off weights. As socio-economic variable we use household income or length of education. Mean health, based on Swedish TTO weights applied to all countries, is above 0.93 in all the Nordic countries and the UK in 2012, while lower in Germany. Rates in good or very good health in the lower income half of the samples are above 0.6 in most countries and even higher in Iceland and Sweden, but below 0.5 in Germany. However, when displayed in a graph the concentration curves nearly follow the diagonal implying almost no income- or education related inequality in self-assessed health weighted by TTO based preferences. The difference is a natural consequence of using different methods. We compared four key life-style related determinants of ill health and found that while there were differences in relative levels between the countries, Germany had a relatively high level of three of these, followed by the UK. We found no association between level of resources used and health status. In general, the Nordic countries have accomplished good health for their populations and high degree of socioeconomic equality in health. Improvements in life-style related determinants of health would be possible, though.

► **Rapport sur les inégalités en France : Édition 2017**

OBSERVATOIRE DES INÉGALITÉS  
2017

Paris : **Observatoire des Inégalités**

Ce rapport sur les inégalités en France est le fruit de quinze ans d'un travail minutieux de collecte et d'analyse de données. Il est le deuxième du genre – une première édition est parue en 2015 - et s'inscrit dans la volonté de construire un rendez-vous biennal de référence en fournissant un outil concret, préalable à une salutaire confrontation de points de vue. Il dresse un état des lieux et fait le point sur les principales évolutions des inégalités dans un grand nombre de domaines, des revenus à l'école en passant par la santé, le logement, les modes de vie, etc. L'ouvrage ne prétend pas offrir un panorama exhaustif, mais une synthèse des éléments que l'on peut trouver sur le site : [inegalites.fr](http://inegalites.fr). Il doit ainsi permettre d'identifier les domaines où il est urgent d'agir en matière de réduction des inégalités

► **Précarité, pauvreté et santé**

SPIRA A.  
2017

Paris **Académie Nationale de Médecine: 24.**

<http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100733>

Dans un contexte général d'amélioration de la santé, plus de 5 millions de personnes ne disposent pas de la totalité de leurs droits à la santé en France en 2017. L'espérance de vie à 35 ans des plus pauvres est diminuée de plusieurs années, de nombreuses pathologies sont fortement augmentées parmi eux, en particulier le risque de dépression, de maladies métaboliques et de maladies cardio-vasculaires. Ce rapport a pour but de proposer des dispositifs spécifiques et coordonnés qui pourraient améliorer, pour les personnes pauvres et précaires, l'accès aux droits en santé, le recours au système de soins et la prévention des maladies.

► **Health and Health Inequality During the Great Recession: Evidence from the PSID**

WANG C., *et al.*  
2017

**Working paper ; 10808.** Bonn IZA  
<http://ftp.iza.org/dp10808.pdf>

We estimate the impact of the Great Recession of 2007–2009 on health outcomes in the United States. We show that a one percentage point increase in the unemployment rate resulted in a 7.8–8.8 percent increase in reports of poor health. Mental health was also adversely impacted and reports of chronic drinking increased. These effects were concentrated among those with strong labor force attachments. Whites, the less educated, and women were the most impacted demographic groups.

## Pharmaceuticals

► **Développement des anticancéreux oraux - Projections à court, moyen et long termes**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER  
2017

**Boulogne-Billancourt Institut national du cancer**

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Developpement-des-anticancereux-oraux-Projections-a-court-moyen-et-long-termes>

Ce rapport a pour objectif d'évaluer la place actuelle et à venir des anticancéreux oraux par rapport aux médicaments injectables dans le traitement des can-

cers. Il convient de souligner le caractère précautionneux de ce rapport d'analyse, compte tenu de la très forte dynamique actuelle et à venir de la recherche en cancérologie.

► **Le marché des médicaments en officine de ville en France en 2016. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

2017

Paris : **Ministère chargé de la santé: 132-135.**

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

Ce chapitre des comptes de la sécurité sociale décrit les tendances du marché des médicaments en officine de ville, en France, pour l'année 2016. Globalement, après 5 années de recul, le marché se stabilise.

► **Le prix des médicaments anticancéreux**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2017

Boulogne-Billancourt **Institut national du cancer**

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-prix-des-medicaments-anticancereux>

Ce rapport rappelle des éléments de contexte sur le prix des médicaments anticancéreux, donne des informations chiffrées sur le prix des médicaments anticancéreux coûteux et décrit, pour un panel de cancers, les principaux médicaments en développement et attendus sur le marché, sous deux ans. Bien que n'offrant pas de certitude, à ce stade, ni sur leur commercialisation ni sur l'impact financier chiffré de ces évolutions, les éléments présentés confortent l'impact probable fort des médicaments anticancéreux sur les dépenses et plaident pour une action déterminée compte tenu des niveaux de dépenses déjà engagées dans la lutte contre les cancers en général et dans les médicaments anticancéreux en particulier.

► **The Landscape of US Generic Prescription Drug Markets, 2004-2016**

BERNDT E. R., *et al.*

2017

**NBER Working Paper Series ; n° 23640.** Cambridge NBER

<http://www.nber.org/papers/w23640>

Since the 1984 passage of the Waxman-Hatch Act, generic prescription drugs have become central to disease treatment and generic drug entry and price competition has been vigorous in the U.S. Nonetheless,

recent policy concern has focused on potential supply inadequacy and price increases among selected generic drugs. Details regarding the supply of generic drugs throughout the product life cycle are surprisingly unstudied. Here, we examine manufacturer entry, exit, the extent of competition and the relationship between supply structure and inflation adjusted prices among generic drugs. Our empirical approach is descriptive and reduced form, following recent innovations on the older structure-conduct-performance tradition. We employ quarterly national data on quantities, wholesale dollar sales and manufacturers from QuintilesIMS National Sales Perspective data, 2004Q4–2016Q3. Defining a market as the molecule-dosage-form, we observe that median sizes of drug markets are predominantly small, with annual inflation adjusted sales revenues of less than \$10 million but increasing over time. The median number of manufacturers in each market is about two, the mean about four. We find evidence to suggest decreasing numbers of suppliers over our study period, particularly following implementation of the Affordable Care Act in 2010 and the Generic Drug User Fee Amendments of 2012, attributable both to more exit and less entry. Approximately 40 percent of markets are supplied by one manufacturer; the share of markets supplied by one or two manufacturers is observed to increase over time and is more likely among non-oral drugs and those belonging to selected therapeutic classes. We find evidence to suggest prices of generic drugs are statistically significantly increasing over time, particularly following the implementation of the 2010 Affordable Care Act and the 2012 Generic Drug User Fee Amendments. Price increases are positively correlated with reduced manufacturer counts and alternative measures of increased supplier concentration, holding all else constant. Our results suggest the market for generic drugs is largely comprised of small revenue products the supply of which has tended towards duopoly or monopoly in recent years. Therefore, it is surprising generic drug prices have not been observed to be higher and potentially risen more over our study period. This issue merits further study; we suggest several testable hypotheses based in economic theory.

► **Connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité de sept médicaments courants**

BOUSSAGEON R., *et al.*

2017

**Médecine : de La Médecine Factuelle à nos Pratiques 13(5)**

La connaissance de l'efficacité des médicaments prescrits avec ses quatre composantes : preuve, critère de jugement, quantité d'effet et population cible, est indispensable à une information objective du patient. Elle est une condition nécessaire au processus de décision médicale partagée. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale (IMG) et des maîtres de stages universitaires en médecine générale sur l'efficacité de sept médicaments utilisés couramment, et d'étudier les sources d'informations mobilisées dans ce domaine. Les résultats suggèrent un manque de connaissance des internes et maîtres de stages universitaires en médecine générale sur la thérapeutique et plus spécifiquement la pharmacologie clinique. Ils questionnent sur la pratique réelle de la médecine fondée sur les preuves (EBM) nécessaire à l'information éclairée du patient et à la décision médicale partagée.

► **Quelle politique pour poursuivre la diffusion des médicaments génériques**

CABY D., *et al.*

2017

**Lettre Tresor Eco(199)**

<http://www.tresor.economie.gouv.fr/tresor-eco>

Les médicaments génériques représentent un atout majeur pour la maîtrise des dépenses de santé : ils fournissent un service médical équivalent à celui des médicaments princeps tout en ayant de moindres coûts pour l'assurance maladie. Certaines mesures ont favorisé la substitution de médicaments princeps par des génériques (notamment le « tiers-payant contre génériques »), qui a augmenté ces dernières années, s'établissant à 73 % en volume et 66 % en valeur en 2014 dans le champ des médicaments pouvant être substitués. Selon la Cour des Comptes, ces efforts ont ainsi contribué à réduire les dépenses de médicaments de l'ordre de 1,6 milliards d'euros pour l'assurance maladie en 2013, net des gains potentiels rétrocédés aux officines (1,8 milliards d'euros). Le développement des génériques pourrait toutefois aller plus loin, puisque

leur part dans la consommation de médicaments en France est près de 1,6 fois inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE, le bon taux de substitution des princeps par des génériques (pour ceux dont il en existe) étant compensé par une faible part de prescriptions de médicaments pour lesquels il existe des génériques. Différentes adaptations du système en vigueur pourraient être proposées pour accroître la pénétration des génériques et dégager des économies : en renforçant les baisses de prix réglementaires, tout en veillant à préserver la viabilité des laboratoires producteurs de génériques. Différents scénarios ont été simulés avec des gains financiers de 170 millions d'euros à 1 milliard d'euros ; par de nouvelles incitations pour que les médecins prescrivent davantage dans le répertoire des génériques. Aujourd'hui, les 2/3 des médicaments les plus coûteux pour l'assurance maladie sont des médicaments biologiques (et non chimiques) qui ne sont pas couverts par le système qui s'applique aux génériques. Il est donc essentiel de mettre en place un meilleur cadre de gouvernance pour ces médicaments, afin d'exploiter au maximum les économies possibles.

► **Une nouvelle politique du médicament**

COHEN F.

2017

**Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les)(24): 52-61.**

Le médicament est un élément stratégique dans une politique de santé. Tout État doit pouvoir répondre en toute transparence aux besoins de médicament de sa population. Cet article souligne la nécessité de créer un Pôle public du médicament pour mettre fin à l'incohérence de la politique actuelle du médicament.

► **Mandatory Access Prescription Drug Monitoring Programs and Prescription Drug Abuse**

DAVE D. M., *et al.*

2017

**NBER Working Paper series : n°23537. Cambridge NBER**

<http://papers.nber.org/papers/w23537>

Despite the significant cost of prescription (Rx) drug abuse and calls from policy makers for effective interventions, there is limited research on the effects of pol-

icies intended to limit such abuse. This study estimates the effects of prescription drug monitoring (PDMP) programs which is a key policy targeting the non-medical use of Rx drugs. Based on objective indicators of abuse as measured by substance abuse treatment admissions related to Rx drugs, estimates do not suggest any substantial effects of instituting an operational PDMP. We find, however, that mandatory-access provisions, which raised PDMP utilization rates by actually requiring providers to query the PDMP prior to prescribing

a controlled drug, are significantly associated with a reduction in Rx drug abuse. The effects are driven primarily by a reduction in opioid abuse, generally strongest among young adults (ages 18-24), and underscore important dynamics in the policy response. Robustness checks are consistent with a causal interpretation of these effects. We also assess potential spillovers of mandatory PDMPs on the use of other illicit drugs, and find a complementary reduction in admissions related to cocaine and marijuana abuse.

## Methodology - Statistics

### ► **Modèles biostatistique pour l'épidémiologie**

COMMENGES D. ET JACQMIN-GADDA H.  
2017

**Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur**

Cet ouvrage fait le point sur les méthodes disponibles à ce jour pour analyser les données longitudinales. Les principaux résultats de l'inférence statistique et les principaux modèles de régression sont rappelés.

### ► **Time Use Surveys and Experienced Well-Being in France and the United-States**

FLECHE S. ET SMITH C.  
2017

**OECD Statistics Working Papers; 2017/07. Paris  
OCDE**

The last decade has seen a sustained surge of interest in measures of subjective well-being on the part of economists and other social scientists. The vast majority of the academic literature on subjective well-being focuses on measures of life evaluation, as does most discussion of how measures of subjective well-being can be applied to policy. However, measures of life evaluation have well-known limitations, and other measures of subjective well-being, including experienced well-being (i.e. people's time use and emotional state over time), can be an important complement to measures of life evaluation. As of 2016, however, few countries have included experienced well-being in their official time use surveys, and there is relatively little understanding of how different methodolog-

ical approaches to measuring experienced well-being affect the results obtained. This paper presents results using data from the US and the French time use surveys, showing that the different approaches adopted by these two countries have quite different implications for the data collected. Results highlight the sensitivity of experienced well-being measures – particularly the U-index – to the choice of affective states included, and shed light on the differing results found in the literature on how unemployment impacts upon experienced well-being.

## Health Policy

### ► **World Report on Health Policy and Systems Research**

BENNETT S., *et al.*

2017

**Genève OMS**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255051/1/9789241512268-eng.pdf>

This World Report on Health Policy and Systems Research (HPSR) reflects the importance of monitoring and measuring developments in the field. The report describes the evolution of the field and provides figures on the number of publications produced, funding trends and institutional capacity in low-and-middle-income countries to conduct HPSR. It provides insight into how the multidisciplinary and systems approach used in HPSR can help countries advance the Sustainable Development Goal (SDG) agenda.

### ► **Démocratie sanitaire : les usagers dans le système de santé**

BIOSSÉ-DUPLAN A.

2017

**Paris : Dunod**

Le terme de démocratie sanitaire présente un paradoxe. Si l'idée fait consensus, son contenu fait débat. L'auteur s'attache à préciser les contours historiques, sociologiques et juridiques de ce terme pour en proposer une définition contemporaine. Cet ouvrage liste et décrit les droits individuels du patient et de l'utilisateur dans les différents environnements de soin : à l'hôpital ou en clinique, dans le secteur médico-social comme en médecine libérale. Il explore également l'autre volet de la démocratie sanitaire : la représentation des usagers dans les multiples instances du système de santé. Il intègre les récentes évolutions des lois de janvier et février 2016 : action de groupe en santé, nouvelle représentation des patients en établissement sanitaire et médico-social, rénovation des textes encadrant le consentement individuel aux soins, portée renforcée des directives anticipées et des choix personnels face à la fin de vie.

### ► **Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation**

BRECHAT P. H. ET LOPEZ A.

2017

**Sève : Les Tribunes de La Santé(55): 75-87.**

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2017-2.htm>

Avec la création des agences régionales de santé (ARS), l'État s'est affirmé comme le régulateur du dispositif de santé régional. L'ARS s'est vu confier des compétences larges portant sur tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, ce qui en fait un levier important pour construire un système producteur de santé. Si cette réforme est une réussite, elle est en attente d'évolutions pour donner à l'ARS des moyens d'action plus efficaces, au service d'une stratégie globale de santé plus efficiente, conçue de manière à favoriser l'engagement de chacun, dont les professionnels de santé et la population.

### ► **En 2015, le nombre d'allocataires des minima sociaux toujours en hausse mais de façon plus modérée**

CALVO M.

2017

**Etudes Et Résultats (Drees)(1009): 6.**

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2015-le-nombre-d-allocataires-des-minima-sociaux-toujours-en-hausse-mais-de>

Fin 2015, 4,14 millions de personnes perçoivent un minimum social, en dehors de l'allocation temporaire d'attente (ATA) et de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA), soit une hausse de 1,6 % en un an. La moindre croissance du nombre d'allocataires observée en 2014 (+2,7 %), après deux années d'augmentation sensible en 2012 et 2013 (+4,5 % par an), se confirme donc.

► **Questions sur la protection sociale : dossier**

CORNILLEAU G., et al.  
2017

**Cahiers Français(399): 1-68.**

Ce dossier propose une étude approfondie du système de protection sociale français. Il s'intéresse notamment à la part respective de l'assurance et de l'assistance, à la notion d'investissement social et à la question de l'égalité dans l'accès aux services publics. Une comparaison des autres systèmes européens de protection sociale est également proposée.

► **La santé-business**

EDELMAN N., et al.  
2017

**Sève : Les Tribunes de La Santé(55): 21-74.**

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2017-2.htm>

Ce numéro s'intéresse à la santé business dont le champ est aussi contrasté que florissant. On y trouve des activités qui, au sein du système de santé, contribuent au fonctionnement de ses institutions. D'autres interviennent aux frontières de la médecine et entendent répondre à la recherche de bien-être de leurs utilisateurs. Divers projets dessinent également de nouvelles pistes qui seront peut-être, dans quelques années ou dans quelques décennies, au cœur des systèmes médicalisés de protection de la santé. Aux antipodes de ces initiatives, certains acteurs franchissent les limites de la légalité, exposent leurs clients, leurs interlocuteurs ou leurs affidés à des risques sanitaires majeurs et relèvent même parfois du droit pénal. La quête de santé apparaît ainsi comme un moteur économique aussi puissant que protéiforme. Les contributions des auteurs qui ont accepté de participer à ce dossier invitent à une réflexion renouvelée sur ces phénomènes et sur leur devenir à un moment où la science médicale pose des questions bioéthiques sans précédent. Elles incitent également à s'interroger sur les limites que les législations et les règles déontologiques doivent leur fixer (4ème de couv.)

► **Santé et protection sociale solidaires pour tous en 2017 ?**

LIMOUSIN M. ET LAURENT P.  
2017

**Paris : Le temps des cerises**

Une autre politique de santé et de protection sociale, qui replace l'humain au cœur du dispositif, semble possible. Cet ouvrage a pour objectif de le démontrer. Il ne prétend pas tout aborder, tout résoudre. D'importants domaines restent encore à explorer. Mais il entend faciliter et élargir la réflexion collective. Cette démarche était tout particulièrement significative à quelques temps d'élections présidentielles et législatives. La protection sociale a son avenir en jeu et les Français demeurent attachés à cette protection solidaire.

► **Le renversement du système de santé en France**

MARIN P.  
2017

**Les Cahiers de La Fonction Publique: 5.**

Le repositionnement de l'État dans la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé publique et l'adoption d'une stratégie nationale de santé constituent deux marqueurs du renversement du système de santé en France. Cette double évolution se traduit dans les lois récentes. On passe d'une logique institutionnelle de l'organisation du système de santé par l'offre à la construction d'une réponse aux besoins de santé et une nouvelle logique de l'individualisation des prises en charges et des parcours se met en place.

► **Rapport d'information sur la pertinence des soins**

VANLERENBERGHE J. M.  
2017

**Paris Sénat: 62.**

<http://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-668.html>

Alors que les budgets sont sous tension, les systèmes de santé génèrent, en France comme dans la plupart des pays développés, une part de « gaspillage », notamment sous la forme de soins inutiles ou redondants, d'interventions évitables ou à faible valeur ajoutée. Cela pourrait représenter, d'après l'OCDE, près d'un cinquième de la dépense de santé. Ces constats

ne sont pas nouveaux. Ils suscitent néanmoins, chez l'ensemble des acteurs du système de santé, une prise de conscience accrue. Face aux défis de la médecine de demain (vieillesse de la population, poids des maladies chroniques, technicité croissante des soins...), l'amélioration de la pertinence des soins représente en effet un enjeu majeur pour l'avenir et la pérennité du système de santé. Renvoyant au « juste soin », approprié, adapté aux besoins des patients, conforme aux meilleurs standards cliniques, la pertinence médicale

conduit à conjuguer l'exigence de qualité et de sécurité des soins et l'amélioration de l'efficacité du système de santé, souvent pensées de manière antagoniste. Si des actions ont été engagées par l'État et l'assurance maladie, leurs résultats plafonnent. De l'avis général, l'organisation cloisonnée de notre système de santé et ses modes de financement peu incitatifs sont un frein à des avancées plus substantielles. Une vision stratégique et des évolutions structurelles, au-delà de la logique de rabot, sont aujourd'hui indispensables.

## Social Policy

### ► **Le revenu de base : que changerait-il ?**

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

2017

Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/fr/emploi/emp/Le-revenu-de-base-que-changerait-il-2017.pdf>

Dans cette note, l'OCDE a étudié pour quatre pays (France, Finlande, Italie et Royaume-Uni) un revenu universel qui serait versé, sans conditions de ressources, à tous les individus d'âge actif ainsi qu'aux mineurs. D'un coût neutre pour les finances publiques et fixé à « un niveau pertinent » (456 euros par mois par adulte jusqu'à 62 ans et 100 euros pour les moins de 18 ans en France), il exigerait un alourdissement de la fiscalité et des réductions des prestations existantes (sociales et familiales).

### ► **Protection sociale : le savant et la politique**

BARBIER, J. C. (ÉD.) ET POUSSOU-PLESSE, M. (ÉD.).

2017

Paris : Editions de la Découverte

Les sociologues sont souvent vus comme des spécialistes des « problèmes sociaux » et les critiques qu'ils portent sur les institutions qui mettent en œuvre la protection sociale les exposent à être considérés comme des « sociologues d'État ». L'expression est significative d'une manière française de poser la question de l'utilité des sciences sociales – contester ou servir – et porte l'empreinte de la double entreprise durkheimienne de fondation de la sociologie et de promotion

d'une certaine conception de l'État social. Mais cette tradition et cette vision hexagonales sont loin d'être les seules qui colorent les relations ambivalentes entre chercheurs et décideurs politiques. Les débats autour de la neutralité axiologique, toujours renaissants, en témoignent. Quelles intelligences – effets de connaissance, d'intelligibilité ou de vérité – attendre de la confrontation de la science, définie par la cohérence, et de la politique, vouée au flou ? Cet ouvrage se veut une contribution à l'instruction de cette question. Après une introduction aux grands thèmes des rapports entre la recherche en sciences sociales et la politique dans leurs dynamiques contemporaines, onze études de cas offrent trois registres de réflexivité sur les configurations d'expertise. Comment les envisager, avec le recul temporel, comme des succès ponctuels pour les sciences sociales ? Quel recul critique appellent-elles quand elles s'adosent à un référentiel du savoir efficace ? Comment, dans le cours même de son enquête, le chercheur doit-il faire avec des attentes de visions expertes ? Autant d'angles pour saisir, dans le croisement de leurs ancrages, les incertitudes d'un État social en action et celles d'une science se faisant.

► **La protection sociale en France et en Europe en 2015 : résultats des comptes de la protection sociale. Édition 2017**

BEFFY, M. (ÉD.) et al.  
2017

Paris : DREES

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

Cet ouvrage de la DREES présente les principaux résultats des comptes de la protection sociale en France en 2015, et en analyse les évolutions récentes. En 2015, les prestations sociales s'élèvent à 701,2 milliards d'euros,

soit 32,0 % du PIB. Entre 2014 et 2015, elles augmentent de 1,6 %, soit le rythme de croissance le plus bas observé depuis 1959. Les ressources de la protection sociale croissent, elles, de 1,7 % en 2015, marquant ainsi un ralentissement par rapport aux années antérieures lié à la stagnation des impôts et taxes affectés. Les dépenses sociales sont mises en perspective et comparées avec celles des pays de l'Union européenne. Outre des fiches enrichies sur les prestations et les ressources, cette nouvelle édition décrit également la vision qu'ont les Français du système de protection sociale à partir du baromètre d'opinion de la DREES.

## Prevention

► **Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé**

HCAAM.  
2017

Paris HCAAM

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder\\_les\\_politiques\\_de\\_prevention\\_et\\_de\\_promotion\\_de\\_la\\_santevf07072017.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf)

Fruit de la mise en place, en octobre 2016, d'un groupe de travail réunissant chercheurs et acteurs, cet avis s'attache, tout d'abord, à clarifier les concepts employés par les acteurs et inscrits dans les textes. Puis il formule diverses propositions pour refonder la conduite des politiques de prévention et de promotion de la santé en France. Elles s'articulent autour des axes suivants : mise en place d'une stratégie globale aux niveaux national et régional avec une mise en œuvre coordonnée des programmes d'action, cohérence du financement entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales, effort particulier en matière d'évaluation à tous les niveaux (évaluation de politique, de programme et d'action) et en matière de recherche sur l'élaboration et la conduite des politiques et sur les organisations.

► **Les instruments économiques pour favoriser la saine alimentation : synthèse des connaissances**

BLOUIN C. ET DUBE M.  
2017

Québec INSPQ

<http://www.inspq.qc.ca>

Cette synthèse des connaissances vise à informer les décideurs et les praticiens en santé publique de l'éventail des instruments économiques disponibles pour favoriser la saine alimentation. Une analyse descriptive du contenu des études retenues permet de présenter leur efficacité potentielle et les enjeux de mise en œuvre qu'elles soulèvent. Nous entendons par instruments économiques des actions qui modifient directement ou indirectement le prix des aliments.

► **Interventions sur le logement et impacts sanitaires : évaluation des actions**

HOST S. ET GRANGE D.  
2017

Paris ORSIF

[http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2017/rapport\\_interventions\\_logement\\_juin\\_2017\\_Web.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2017/rapport_interventions_logement_juin_2017_Web.pdf)

L'habitat dégradé constitue en Île-de-France l'un des déterminants environnementaux et sociaux de santé les plus importants. La politique en faveur de l'amélioration des logements est ainsi une priorité régionale en matière de santé publique. Cette politique s'articule

autour de nombreux modes d'intervention émanant de différents prescripteurs, à différentes échelles et avec des approches ciblées sur un ou plusieurs déterminants. L'amélioration des conditions de logement vise à améliorer les conditions de vie des individus et in fine leur santé. Alors que les impacts de la qualité des logements sur la santé sont aujourd'hui bien établis, l'impact des politiques d'amélioration de l'habitat est peu documenté. C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de développer des travaux approfondis permettant d'évaluer les résultats des interventions sur le logement afin de les rendre visibles et opérationnels pour guider les politiques. Ce travail explicite les méthodes à mettre en œuvre et indicateurs à recueillir pour évaluer les interventions sur le logement ainsi que leurs éventuelles limites.

► **Les attitudes des Français face à la vaccination : une évolution préoccupante**

RAUDE J. ET HAINMUELLER J.

2017

**Médecine : de La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 13(4): 171-174.**

Depuis la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 de 2009, les inquiétudes vis-à-vis de la vaccination se sont considérablement développées au sein de la population française, notamment en raison de la multiplication récente de controverses sur l'utilité et la sécurité des vaccins ou de leurs adjuvants. Après un examen des données des enquêtes récentes, nous nous intéresserons aux processus sociologiques qui permettent de comprendre l'exception française en matière de vaccination. Actuellement, trois phénomènes permettent d'expliquer la progression de la réticence des Français vis-à-vis des vaccins. Le premier tient au développement des médecines complémentaires et alternatives qui portent souvent un discours critique vis-à-vis de la vaccination. Le deuxième résulte d'une crise de confiance croissante vis-à-vis des institutions en général et des autorités sanitaires en particulier. Le troisième procède de la transformation radicale du « marché » de l'information liée à l'émergence des réseaux numériques. La conjugaison de ces trois phénomènes facilite la propagation rapide dans l'espace public d'informations fausses ou invérifiables qui sont susceptibles de décourager le recours à la vaccination.

► **Early Diagnosis of Chronic Conditions and Lifestyle Modification**

RODRIGUEZ-LESMES P. A.

2017

**Working paper series; 201.** Bogota University of Rosario

This study estimates the potential impact of early diagnosis programmes on medication, subjective health and lifestyle. To deal with potential selection bias due to screening, I employ a feature of the English Longitudinal Study of Ageing that motivates a regression discontinuity design based on respondents' blood pressure. If their measurements are above a threshold, individuals are advised to visit their family doctor to check for high blood pressure. There is evidence of a temporal increase in use of medication for treating the condition (6.6 percentage points), which almost doubled in the proportion of people taking medication for such blood pressure levels. At the same time, there is a permanent reduction of the probability of consuming alcohol twice a week (10 percentage points) and an increase in fruits consumption. However, there is also evidence of higher smoking frequency (eight cigarettes per week) in those above the threshold. Such lifestyle responses are not related to extra medication. However, no clear effects on either objective or subjective health were found after 4 years of intervention.

► **The Economics of Patient Safety. Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level**

SLAWOMIRSKI L, *et al.*

2017

**OECD Health Working Papers ; 96.** Paris OCDE

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers\\_18152015](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015)

About one in ten patients are harmed during health care. This paper estimates the health, financial and economic costs of this harm. Results indicate that patient harm exerts a considerable global health burden. The financial cost on health systems is also considerable and if the flow-on economic consequences such as lost productivity and income are included the costs of harm run into trillions of dollars annually. Because many of the incidents that cause harm can be prevented, these failures represent a considerable waste of healthcare resources, and the cost of failure

dwarfs the investment required to implement effective prevention. The paper then examines how patient harm can be minimised effectively and efficiently. This is informed by a snapshot survey of a panel of eminent academic and policy experts in patient safety. System-

and organisational-level initiatives were seen as vital to provide a foundation for the more local interventions targeting specific types of harm. The overarching requirement was a culture conducive to safety.

## Psychiatry

### ► Santé mentale et organisation des soins : dossier documentaire

BEC E., *et al.*

2017

Toulouse : ORSMIP Montpellier : CREA-ORS Languedoc Roussillon

<https://orsmip.org/dossier-bibliographique-sante-mentale-organisation-soins>

Ce dossier a été élaboré à la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie à partir d'une recherche des différentes publications sur l'organisation des soins en santé mentale en France ou dans d'autres pays. Il permet d'identifier les principales problématiques rencontrées sur cette thématique et les expériences qui se mettent en place pour pouvoir y répondre.

### ► Note sur l'organisation de la psychiatrie et la réforme de son enseignement : dossier il y a 50 ans

BRISSET C.

2017

Lettre De Psychiatrie Française (La)(249): 13-19.

Le Livre blanc de la psychiatrie française (1964-1967) a montré qu'il était impossible de dissocier, pour la psychiatrie, le domaine de l'enseignement de celui de l'organisation des soins. Ce dossier rassemble quelques commentaires sur le sujet. La formation du psychiatre requiert un long apprentissage pratique, comportant des responsabilités contrôlées de diagnostic et de traitement. Or, cette formation est assurée actuellement presque uniquement par les lieux et les personnes qui n'en sont pas officiellement chargés. Ces lieux (hôpitaux psychiatriques) et ces personnes (médecins des hôpitaux psychiatriques et psychiatres privés) demandent qu'on organise en France la psychiatrie moderne. Une réforme doit donc permettre à la fois

de réorganiser l'appareil des soins, en lui fournissant un renfort d'encadrement et d'organiser un enseignement à base clinique.

### ► Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders (Review)

KISELY S. R., *et al.*

2017

Cochrane Library (the) : Cochrane Database of Systematic Review(3): 82.

It is controversial whether compulsory community treatment (CCT) for people with severe mental illness (SMI) reduces health service use, or improves clinical outcome and social functioning. To examine the effectiveness of compulsory community treatment (CCT) for people with severe mental illness (SMI), we searched the Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Trials (2003, 2008, 2012, 8 November 2013, 3 June 2016). All relevant randomised controlled clinical trials (RCTs) of CCT compared with standard care for people with SMI (mainly schizophrenia and schizophrenia-like disorders, bipolar disorder, or depression with psychotic features). Standard care could be voluntary treatment in the community or another pre-existing form of CCT such as supervised discharge. Authors independently selected studies, assessed their quality and extracted data. We used Cochrane's tool for assessing risk of bias. The review included three studies (n = 749). Two were based in the USA and one in England. The English study had the least bias, meeting three out of the seven criteria of Cochrane's tool for assessing risk of bias. The two other studies met only one criterion, the majority being rated unclear.

► **Mental Health and New Care Models**

NAYLOR C. ET CHARLES A.

2017

**Londres The Kings' Fund**

[https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/MH\\_new\\_models\\_care\\_Kings\\_Fund\\_May\\_2017\\_0.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/MH_new_models_care_Kings_Fund_May_2017_0.pdf)

This report found that where new models of care have been used to remove the barriers between

mental health and other parts of the health system, local professionals saw this as being highly valuable in improving care for patients and service users. But there remains much to be done to fully embed mental health into integrated care teams, primary care, urgent and emergency care pathways, and in work on population health. In addition in this report are identified nine key principles for successful integration, and there is an exploration of the benefits of investing in mental health.

## Primary Health Care

► **ACI (Accord conventionnel interprofessionnel) : une avancée majeure pour les équipes**

2017

**Ésop : Revue Des Équipes De Soins Primaires (La)(5): 8-17.**

L'accord conventionnel interprofessionnel a été signé par 12 syndicats, le 20 avril 2017, et 6 autres les ont rejoints les jours suivants. Cet accord met fin au règlement arbitral et ouvre une pérennisation du cadre conventionnel pour les équipes pluriprofessionnelles. Désormais, les équipes et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) vont devoir s'emparer de ce nouveau cadre plus adapté et apportant des moyens supplémentaires au travail de prise en charge en équipe coordonnée. Il sera applicable à partir de la parution du décret en juillet 2017.

► **Implementing Integrated Care for Older Adults with Complex Health Needs**

KULUSKI K., et al.

2017

**International journal of integrated care 17(2)**

<http://www.ijic.org/collections/special/icoach/>

L'International Journal of Integrated Care publie neuf articles qui documentent l'implantation de soins de santé primaires intégrés dans la communauté. Les exemples viennent de l'Ontario, du Québec et de la Nouvelle-Zélande. Dans chaque cas, on a cherché à savoir quelles étaient les étapes nécessaires pour implanter des services innovants qui permettent de

bien répondre aux besoins de soins complexes des personnes âgées.

► **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2017**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS

2017

**Paris Cnop**

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2017>

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2017-fascicules-regionaux>

Le panorama des pharmaciens au 1<sup>er</sup> janvier 2017 révèle trois grandes tendances : le renouvellement des pharmaciens, signe d'une profession d'avenir ; la répartition pharmaceutique équilibrée sur le territoire, gage de sécurité pour l'accès aux produits de santé et à la biologie médicale ; le regroupement des structures, comme nouveau mode d'exercice. Par rapport à l'année 2015, le nombre d'inscrits au tableau de l'Ordre est relativement stable pour l'ensemble de la profession (-0,42 %), avec 74 441 pharmaciens enregistrés dans les différentes sections de l'Ordre.

► **Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire**

HCAAM  
2017

**Paris HCAAM**

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_avis\\_medecine\\_specialisee\\_second\\_recours\\_adopte\\_22\\_06\\_17\\_vf.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_medecine_specialisee_second_recours_adopte_22_06_17_vf.pdf)

Les soins primaires et la médecine spécialisée en France sont deux sujets intimement liés, à penser dans le même mouvement, comme deux éléments d'un système qui doivent évoluer de façon cohérente. Si les soins primaires ont donné lieu à une profonde réflexion ces dernières années, cela n'a pas été le cas pour la médecine spécialisée. Cet avis a donc pour objectif de proposer des évolutions de la médecine spécialisée congruentes avec les besoins de la population (notamment la chronicisation des maladies), ainsi qu'avec les orientations retenues pour structurer les soins primaires, tout en tenant compte des dynamiques propres à la médecine spécialisée. La réflexion se base sur la réalité actuelle de l'offre de médecine spécialisée pour se projeter dans ce que pourrait être son avenir en tenant compte du temps : les décisions, ou les non décisions d'aujourd'hui peuvent avoir des conséquences et des impacts de long terme. Cette évidence justifie l'accent mis dans le présent avis sur deux leviers déterminants : la formation des médecins spécialistes et les modes d'organisation de l'offre spécialisée. Cet avis est accompagné de deux dossiers statistiques réalisés respectivement par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

► **Management Practices and the Quality of Primary Care**

ANGELIS J., *et al.*  
2017

**IFN Working Paper ; 1114. Stockholm IFN: 18.**  
<http://www.ifn.se/wfiles/wp/wp1174.pdf>

Using the World Management Survey method, we map and analyse management quality in Swedish primary care centres. On average, private providers have higher management quality than public ones. We also find that centres with a high overall social deprivation among enrolled patients tend to have higher management quality. Regarding quality of care, we find

that management quality is positively associated with accessibility, but not with patient reported experience.

► **La recherche en soins primaires, un enjeu politique**

BEAUPIN A. ET REY F.  
2017

**Cahiers de La Santé Publique Et de La Protection Sociale (Les)(24): 17-20.**

Si l'on en croit les auteurs d'un récent ouvrage collectif, les maladies chroniques invitent à inventer la 3<sup>e</sup> médecine. Ce serait la fin de l'hospitalocentrisme. Dans ce modèle, l'exercice regroupé pluriprofessionnel devient la base de la dispensation des soins. Le professionnel devient pour le patient un facilitateur de ses actions et décisions relatives à sa propre santé. D'où partons-nous? Comment avancer? Telles sont quelques questions auxquelles sera confrontée la recherche en soins primaires.

► **Healer or Gatekeeper? Physicians' Role Conflict when Symptoms Are Non-Verifiable**

CARLSEN B. ET NYBORG K.  
2017

**IZA Discussion Paper;10735. Bonn IZA**  
<http://ftp.iza.org/dp10735.pdf>

Although physicians are often expected to be gatekeepers to health insurance benefits such as paid sick leave, research indicates a substantial reluctance to reject patient requests for sickness certificates. We show that private information on the patient's part creates a conflict between the healer and gatekeeper roles: if a patient reports subjective symptoms indicating a need for sick leave, the physician is unable to tell if the patient is truly sick or a shirker. We show that even if most physicians prefer to be good gatekeepers, all of them may trust their patients in Nash equilibrium. These ideas are illustrated using results from focus group interviews with Norwegian primary care physicians.

► **An Overview of Home-Based Primary Care: Learning from the Field**

KLEIN S., et al.  
2017

**Issue Brief: 19.**

<http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/jun/overview-home-based-primary-care>

Homebound and functionally limited individuals are often unable to access office-based primary care, leading to unmet needs and increased health care spending. The aim of this study is to show how home-based primary care affects outcomes and costs for Medicare and Medicaid beneficiaries with complex care needs. Qualitative synthesis of expert perspectives and the experiences of six case-study sites. To conclude, successful home-based primary care practices optimize care by: fielding interdisciplinary teams, incorporating behavioral care and social supports into primary care, responding rapidly to urgent and acute care needs, offering palliative care, and supporting family members and caregivers. Practices participating in Medicare's Independence at Home Demonstration saved \$3,070 per beneficiary on average in the first year, primarily by reducing hospital use under this shared-savings program. The experience of a risk-based medical group that contracts with health plans and health systems to provide home-based care suggests similar potential to reduce health care spending under capitated or value-based payment arrangements. Making effective home-based primary care more widely available would require a better-prepared workforce, appropriate financial incentives to encourage more clinicians to provide house calls to their home-limited patients, and relevant quality measures to ensure that value-based payment is calibrated to meet the needs of patients and their families.

► **Primary Care Access and Emergency Department Utilization: Theory and Evidence from Canada**

MEHTA N., et al.  
2017

**Working Paper No: 170005**

We develop a theoretical model to study how after-hours incentives affect emergency department (ED) utilization via changing physician behavior. The model reveals that reductions in ED utilization can only come from patients with conditions severe enough to warrant visiting the ED, yet mild enough to be treatable by their primary care physician. While these incentives induce physicians to work more after hours, they also reduce regular-hours services. Thus, incentivizing physicians to provide after-hours services ambiguously affects ED utilization. Model predictions are tested using administrative data from the province of Ontario, Canada. The data cover visits to physician's offices and ED visits from 2004 to 2013, a period with exogenous changes in after-hours incentives. Our findings are consistent with model predictions. We also find that after-hours incentives reduce ED visits, suggesting that our proposed framework may be useful for understanding and even designing after-hours incentives.

► **Medical Service Provider Networks**

MOUGEOT M. ET NAEGELEN F.  
2017

**Cahiers de la Chaire Santé(25)**

In many countries, health insurers or health plans choose to contract either with any willing providers or with preferred providers. We compare these mechanisms when two medical services are imperfect substitutes in demand and are supplied by two different firms. In both cases, the reimbursement is higher when patients select the in-network provider(s). We show that these mechanisms yield lower prices, lower providers and insurer's profits, and lower expense than in the uniform reimbursement case. Whatever the degree of product differentiation, a not-for-profit insurer should prefer selective contracting and select a reimbursement such that the out-of-pocket expense is null. While all providers join the network under any-willing-provider contracting in the absence of third-party payment, an asymmetric equilibrium may exist when this billing arrangement is implemented.

## Health Systems

### ► **Brexit and Health and Social Care-People and Process**

HOUSE OF COMMONS

2017

**Londres House of Commons**

<https://www.publications.parliament.uk/pa/cm201617/cmselect/cmhealth/640/640.pdf>

The UK's withdrawal from the European Union—"Brexit"—will affect many aspects of the provision of health and social care in the United Kingdom. Given the range and complexity of the questions involved, we took evidence in advance of the triggering of Article 50 of the Treaty on European Union (TEU). This report was intended to be the first phase of our inquiry, addressing the immediate. Further phases of our inquiry have necessarily been cut short by the general election but we hope that our successor committee will return to this issue.

### ► **Future Health Index 2017**

NEW NARRATIVE LTD

2017

**Sl. Philips**

[https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/philips-future-health-index/report/2017/Future\\_Health\\_Index\\_report\\_2017\\_fr.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/philips-future-health-index/report/2017/Future_Health_Index_report_2017_fr.pdf)

Cette étude évalue le niveau de préparation de 19 pays à relever les défis de santé les plus pressants. La méthode utilisée consiste à mesurer les perceptions et les expériences des utilisateurs clés des systèmes de santé (professionnels de santé et population générale) dans les domaines suivants : accès aux soins, intégration des systèmes de santé, adoption des technologies de santé connectée. Cette année, ces perceptions ont été mises en regard de données tierces révélant les réalités des systèmes de santé pour chaque pays, dans les mêmes domaines. La comparaison avec la réalité souligne rapidement les écarts entre ce que perçoivent les professionnels de santé et les citoyens et ce que les systèmes de santé mettent concrètement en œuvre pour évoluer. Cela met à son tour en évidence les domaines où les systèmes sont (ou sont sur le point d'être) très ou peu performants, florissants ou contraints. L'étude s'est également élargie à la production, pour chaque pays, d'un taux d'efficacité utilisant des données tierces pour comparer les dépenses et

les résultats de santé (par exemple, les taux de mortalité maternelle et d'espérance de vie). Cela donne une idée de l'impact que les dépenses de santé ont, en définitive, sur la santé des citoyens. Le Future Health Index indique clairement qu'il est essentiel de déplacer l'accent du traitement à la prévention et de permettre à la fois aux professionnels de santé et au grand public de prendre une part plus active dans la gestion de la santé, à la fois pour combler les écarts qui affectent les systèmes de santé, et pour évoluer vers une forme de santé plus connectée, nécessaire pour garantir des systèmes durables à l'avenir. L'étude montre que la majorité des acteurs de l'industrie reconnaissent l'importance de connecter les patients et les prestataires de soins, afin d'améliorer la qualité et les coûts des soins de santé. L'étude constate également que les avantages les plus importants des technologies sont associés au diagnostic, aux soins à domicile ainsi qu'à la gestion des maladies chroniques.

### ► **Austerity, Health Care Provision, and Health Outcomes in Spain**

BORRA C., et al.

2017

**Munich MPRA**

<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/79736/>

The recession that started in the United States in December 2007 has had a significant impact on the Spanish economy through a large increase in the unemployment rate and a long recession which led to tough austerity measures imposed on public finances. Taking advantage of this quasi-natural experiment, we use data from the Spanish Ministry of Health from 1997 to 2014 to provide novel causal evidence on the short-term impact of health care provision on health outcomes. The fact that regional governments have discretionary powers in deciding health care budgets and that austerity measures have not been implemented uniformly across Spain helps isolate the impact of these policy changes on health indicators of the Spanish population. Using Ruhm's (2000) fixed effects model, we find that staff or hospital bed reductions account for a significant increase in mortality rates from cardiovascular disease and external causes, for 25-34 and 65-74 year-old groups, and in the late foetal mortality rate. Mortality rates, however, do

not seem to be robustly affected by the 2012 changes in retirees' pharmaceutical co-payments. Contrary to expectations, we find some evidence of reduced mortality rates for cancer and female cancer as a result of the 2012 changes in migrants' access restrictions to the Spanish NHS. Overall, our analyses suggest that short-term impacts of decreases in health care provision on mortality are significant but small. However, impacts prove to be economically and quantitatively significant in the case of fatalities due to external causes, especially accidental deaths.

► **Existe-t-il encore un «modèle nordique » ?  
Les exemples du Danemark et de la Suède**

FAGNANI J.

2017

**Cahiers Français(399): 63-68.**

Les pays nordiques bénéficient depuis longtemps d'une perception positive concernant leur niveau de vie, la réduction des inégalités et les relations sociales. Examinant les évolutions connues par le Danemark et la Suède, l'auteur de cet article s'interroge sur ce qu'il en est aujourd'hui du modèle nordique. Elle observe que ces pays ont bien surmonté la crise de 2008 et maintenu un haut niveau de dépenses à même de limiter les disparités sociales. Ils ont aussi réussi à flexibiliser le marché du travail tout en assurant des garanties importantes aux salariés. Cependant, le tableau n'est pas sans ombres, notamment en raison d'une augmentation de la pauvreté et du chômage.

► **The NHS and Social Care: Prospects  
for Funding, Staffing and Performance  
into the 2020s**

MCGUIRE A.

2017

**Londres LSE**

[http://cep.lse.ac.uk/\\_new/publications/abstract.asp?index = 5431](http://cep.lse.ac.uk/_new/publications/abstract.asp?index = 5431)

Health featured prominently in the 2016 referendum on the UK's membership of the European Union (EU), with the Leave campaign's claim that Brexit would mean that £350 million extra money per week could be transferred from the UK's EU budget contributions to the NHS. Although the current Conservative government has ruled this out, arguing that any change in UK public expenditure plans is conditional on the Brexit negotiations with the EU, the NHS remains a central focus of all the main parties' election manifestos. The fundamental issue is whether the NHS is adequately funded. Related to arguments over the level of funding are questions about the delivery of healthcare: in essence, what role efficiency savings and internal competition for NHS resources should play in giving appropriate incentives in the delivery of healthcare; and whether service provision is deteriorating. Funding for the delivery of social care for the elderly faces its own crisis - and it has become a controversial issue in the election debate.

## Occupational Health

► **Compte pénibilité : prévenir et compenser  
les risques professionnels**

2017

**Revue Prescrire 37(404): 462-464.**

En France, la réforme des retraites de 2014 a instauré un «compte personnel de prévention de la pénibilité» qui comptabilise les périodes d'exposition des salariés à dix facteurs de risque professionnels au-delà des seuils définis de durée et d'intensité de l'exposition. Les points cumulés sur le compte peuvent être utilisés par les salariés concernés pour suivre une formation visant

à accéder à un poste moins exposé, réduire le temps de travail, ou anticiper jusqu'à deux ans l'âge légal de départ à la retraite. Ces mesures sont censées inciter à plus de prévention de la pénibilité.

► **Les prestations d'invalidité. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2017

Paris : **Ministère chargé de la santé: 114-119.**  
<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

Les prestations d'invalidité couvrent le risque de perte de revenus des assurés sociaux qui voient leur capacité de travail réduite en conséquence d'une maladie invalidante ou d'un accident d'origine non professionnelle. Ce chapitre des comptes de la sécurité sociale fait un bilan des bénéficiaires d'une pension d'invalidité servie par un organisme de protection sociale. Il présente ensuite les modalités d'attribution des pensions d'invalidité au régime général et les principales caractéristiques des bénéficiaires. Il se termine sur une analyse de la dynamique récente des dépenses d'invalidité.

► **Job Quality, Health and At-Work Productivity**

ARENDS I., *et al.*  
2017

**OECD Social - Employment and Migration Working Papers ; 195.** Paris OCDE  
[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-social-employment-and-migration-working-papers\\_1815199x](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-social-employment-and-migration-working-papers_1815199x)

Many countries invest considerable resources into promoting employment and the creation of jobs. At the same time, policies and institutions still pay relatively little attention to the quality of jobs although job quality has been found to be a major driver of employee wellbeing and may be an important factor for work productivity. Eventually, job quality might also influence labour supply choices and lead to higher employment. Providing robust evidence for the relationship between job quality and worker productivity could make a strong case for labour market policies directed at the improvement of job quality. This paper reviews existing evidence on the relationship between the quality of the work environment and individual at-work productivity, defined as reduced productivity while at work, and assesses the effect of health on this relationship.

► **Working Hours and Productivity**

COLLEWET M. ET SAUERMANN J.  
2017

**IZA Discussion Paper ; 10722.** Bonn IZA  
<http://ftp.iza.org/dp10722.pdf>

This paper studies the link between working hours and productivity using daily information on working hours and performance of a sample of call centre agents. We exploit variation in the number of hours worked by the same employee across days and weeks due to central scheduling, enabling us to estimate the effect of working hours on productivity. We find that as the number of hours worked increases, the average handling time for a call increases, meaning that agents become less productive. This result suggests that fatigue can play an important role, even in jobs with mostly part-time workers.

► **Mass Unemployment Events (MUES) : Prevention and Response from a Public Health Perspective**

DAVIES A. R., *et al.*  
2017

**Cardiff : Public Health Wales**  
<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/888/Watermarked%20PHW%20Mass%20Unemployment%20Report%20E%2815%29.pdf>

In the year following job loss due to mass unemployment events, workers can experience double the risk of death from heart attack or stroke and even greater increases in risk from alcohol related disease. Detrimental impacts on health can last for decades with family members sometimes affected almost as much as those facing redundancy. Working with experts across the world, Public Health Wales has led new work on public health approaches to preventing and preparing for Mass Unemployment Events which focuses especially on addressing their impact on the health of individuals, families and communities. Report author Dr Alisha Davies, Head of Research and Development at Public Health Wales, said: 'Internationally large scale redundancies are not uncommon and can be devastating for those directly affected, including families and communities. However, there is much we can do to prevent, prepare and limit the impact on health when these events do happen. This report highlights the importance of ensuring health and wellbeing is at the core of preventative and responsive action.

La fermeture locale d'une unité de production génère la destruction de nombreux emplois, entraînant localement une conjoncture de chômage de masse. L'organisation britannique Public Health Wales publie un rapport analysant les impacts de ces licenciements sur la santé des populations et présente des mesures pour les prévenir et les limiter. L'altération de la santé suite à la perte d'un emploi est notamment associée à une détérioration des comportements de santé : augmentation de la consommation d'alcool et de tabac, mésusages de médicaments, prise de poids, ... La santé mentale est aussi très affectée par la perte d'emploi avec une augmentation des troubles mentaux, des tentatives de suicide et suicides. Au-delà des effets individuels, le rapport met en évidence d'autres impacts concernant le bien-être du conjoint et des enfants, mais aussi dans l'ensemble de la communauté où les tensions sociales et le sentiment d'isolement s'exacerbent. Aussi, Public Health Wales propose une réponse de santé publique globale et multisectorielle face aux licenciements de masse. Il s'agit notamment d'identifier précocement les communautés exposées au risque de chômage de masse, de soutenir les chômeurs dans leur insertion professionnelle, mais aussi dans leurs difficultés financières et leur santé, ou encore de développer des actions spécifiques pour les plus vulnérables tels que les chômeurs âgés.

► **Optimal Sickness Benefits and Workers' Absenteeism**

MENARD S.  
2017

**Document de travail : 1619.** Paris Cepremap  
<http://www.cepremap.fr/depot/docweb/docweb1619.pdf>

In this paper, we analyze the optimal design for sickness benefits using a dynamic principal agent model. We begin with a simple fact : The probability of contamination depends on the number of sick workers inside the firm. Consequently, firms have incentives to provide sickness benefits to reduce the absenteeism rate. However, sickness benefits are source of hazard moral. Thus, the optimal contract is characterized by increasing sickness benefits. We propose simulations in order to estimate the effects on the productivity of the optimal contract.

Dans cet article, nous nous intéressons au profil optimal des indemnités journalières pour maladie dans le cadre d'un modèle principal-agent. Nous supposons

que la maladie est un risque collectif en raison des risques de contamination au sein des entreprises. Dès lors, il est dans l'intérêt des entreprises de proposer une protection contre la maladie. Cependant, le risque de fraude ne permet pas une assurance complète. Par conséquent, nous montrons que le contrat optimal est caractérisé par un montant progressif des indemnités journalières.

► **The Effects of Provider Choice Policies on Workers' Compensation Costs**

NEUMARK D. ET SAVYCH B.  
2017

**NBER Working Paper Series ; n° 23611.** Cambridge NBER  
<http://www.nber.org/papers/w23611>

We examine the effects of provider choice policies on workers' compensation medical and indemnity costs. We find no difference in average medical costs between states where policies give employers control over the choice of provider and states where policies instead give workers the most control. But a richer distributional analysis indicates that developed medical costs for the costliest cases are higher in states where policies give workers more control over provider choice. We find similar evidence for indemnity costs, although the point estimates also indicate (statistically insignificantly) higher average costs where policy gives workers the most control over provider choice. Overall, the evidence suggests little relationship between provider choice policies and average medical or indemnity costs, but a higher incidence of high-cost cases when policies give workers more control of the choice of providers.

► **Aging and Diabetes: Impact on Employment and Retirement**

PARALTA S.  
2017

**Working Paper CEa CSG 1542017.** Lisbonne Université de Lisbonne

Aging and diabetes influence employment and retirement of those older than 50. The aim of this study is to estimate the impact of diabetes on the ability to work or retire, and to investigate if the development of new job skills, for seniors aged more than 50, increase

professional activity in a set of European countries. The fourth wave of the Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE) has been explored by using categorical models that control for age, gender, marital status, education level, new skills and country factors. Diabetes decreases the probable level of professional activity and prolongs retirement. Disparities have been

found in the impact of diabetes on peoples' working situation in certain countries, which may be explained through the type of treatments of diabetes and overall by the specificities of each country's health systems. Finally, ageing only slightly increases the period of working, not enough to avoid earlier retirement globally in those European countries.

## Ageing

### ► Analyse des tarifs des EHPAD en 2016

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR  
L'AUTONOMIE (CNSA)  
2017

#### Analyses Statistiques 4

<http://www.cnsa.fr/documentation-documents-statistiques/reperes-statistiques/reperes-statistiques-ndeg4-les-usagers-de-soixante-ans-ou-plus-et-les-mdph>

Pour renforcer la transparence et l'information sur les prix pratiqués dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) rend obligatoire, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, la transmission à la CNSA de leurs prix hébergement et de leurs tarifs dépendance pour un affichage dans l'annuaire du portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Ce document propose une analyse des prix des EHPAD, transmis à la CNSA, au 31 décembre 2016. Pour un résident, le tarif médian d'un EHPAD en 2016 en France est de 1 949 euros par mois. Il est nettement plus élevé dans les zones urbaines, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine (3 154 euros par mois pour ces deux départements), que dans les zones rurales comme la Meuse (1 616 euros par mois), les Vosges (1 642 euros par mois) et la Vendée (1 658 euros par mois). L'écart de prix est corrélé à la localisation géographique, à l'ancienneté du bâti et au statut juridique des EHPAD. Le tarif médian est ainsi plus élevé dans les EHPAD commerciaux, ouverts récemment et implantés en ville où le coût du bâti est plus élevé. À l'inverse, les EHPAD publics et privés non lucratifs, qui sont fortement représentés dans les départements ruraux, présentent des prix médians moins élevés.

### ► Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2017

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES  
2017

#### Paris Conseil d'orientation des retraites

<http://www.cor-retraites.fr/article494.html>

Pour cette quatrième édition du rapport annuel du COR, il a été procédé à une actualisation des projections à court, moyen et long terme du système de retraite. Cette actualisation s'inscrit dans un contexte spécifique, puisqu'elle s'appuie sur un nouvel exercice complet de projection réalisé avec l'ensemble des régimes de retraite sur la base des nouvelles projections démographiques et de population active de l'Insee sur la période 2013-2070. Le présent rapport est organisé en deux parties. La première partie (le contexte) présente les évolutions démographiques et économiques, observées sur le passé et prévisibles à l'avenir, dont dépend le système de retraite et qui déterminent en partie les évolutions des indicateurs de suivi et de pilotage. La deuxième partie (les résultats) décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, à l'aune des indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le COR.

### ► Conditions économiques et définitions subjectives du « bien vieillir » : Résultats d'une enquête quantitative

APOUEY B. H.  
2017

PSE Working Papers ; 2017-08. Paris PSE

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01475942/document>

Cet article explore les conceptions du « bien vieillir » chez les plus de 40 ans, à partir des données d'une enquête quantitative menée en France auprès d'environ 1700 adhérents d'une mutuelle. D'une part, nous confrontons la perception subjective du bien vieillir avec la définition biomédicale la plus répandue, qui met l'accent sur la santé physique et la vie sociale, et d'autre part, nous examinons l'hétérogénéité des conceptions du bien vieillir en fonction du statut socio-économique. Dans l'ensemble, bien vieillir signifie surtout être satisfait de son état de santé, de sa situation financière, de sa vie familiale et de sa vie de couple. Ainsi, la définition subjective du bien vieillir est plus large que la définition biomédicale. De plus, la manière de définir le bien vieillir obéit à des logiques sociales, avec un accent mis sur l'ouverture sur l'extérieur dans les milieux favorisés, et sur la sphère domestique et la famille dans les milieux populaires. Plus précisément, chez les personnes de statut socioéconomique élevé, bien vieillir est plus souvent synonyme de bonne santé, de sociabilité et de projets, tandis que dans les milieux populaires, on insiste sur le rôle de la famille et sur les conditions de logement.

► **Un vieillissement plus marqué en Allemagne qu'en France ou au Royaume-Uni**

BELLAMY V.

2017

**Insee Focus(88)**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867604>

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'Allemagne est le pays le plus peuplé de l'Union européenne, suivi par la France puis le Royaume- Uni. Entre 1991 et 2016, les écarts de population entre ces trois pays se sont réduits. En effet, le nombre d'habitants a moins augmenté en Allemagne (+ 3 %) qu'en France et au Royaume- Uni (+ 14 % pour chacun des deux pays). Depuis l'an 2000, la part des personnes de 65 ans ou plus a crû davantage en Allemagne qu'en France et au Royaume- Uni.

► **La dépendance : quel état des lieux ?**

NEZOSI G.

2017

**Cahiers Français(399): 42-48.**

Avec le développement de l'État providence, l'espérance de vie des Français a beaucoup augmenté, mais les personnes âgées peuvent souffrir d'une perte d'autonomie. La dépendance est ainsi devenue une question majeure de santé publique et, à partir de la fin des années 1990, des dispositifs d'assistance dont le financement est supporté par la sécurité sociale, les collectivités territoriales et les ménages ont été mis en œuvre. Pour de raisons notamment de coût, la prise en charge de la dépendance n'a pas été unifiée avec celle du handicap, et quant à la création annoncée d'un cinquième risque au sein de la sécurité sociale, des considérations elles aussi financières ont conduit à y renoncer. Le pilotage de la dépendance revêt donc aujourd'hui un pilotage hybride avec un double questionnement sur sa gouvernance et son financement.

► **Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France. Enjeux départementaux à l'horizon 2040**

SAGOT M., et al.

2017

**Paris ORSIF**

<http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/58-groupes-de-population/personnes-agees/855-impact-du- vieillissement-sur-le-recours-a-l-apa-en-ile-de-france>

La croissance attendue des personnes âgées et ses répercussions sur le nombre de personnes en situation de dépendance figurent en bonne place de l'agenda social, avec notamment la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement promulguée en décembre 2015. Pour l'Île- de- France et ses huit départements, ce rapport, établi par l'Observatoire régional de la santé d'Île- de- France (ORSIF) et l'Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU), fournit des projections de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à domicile et en établissement, de 2020 à 2040. Pour cela, il s'appuie sur des projections démographiques calées sur le recensement de 2013 et les dernières projections de l'Insee sur la France. Il apporte un éclairage sur les différences départementales de recours à l'APA selon leurs structures sociales et leur offre de soins à domicile et en établissement. À partir de 2030, le nombre de Franciliens de plus de 85 ans

double entre 2013 et 2040 (+ 295 000 personnes). D'ici 2040, le nombre de Franciliens bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pourrait augmenter de 85 000 personnes selon les projections; soit 48 000 Franciliens supplémentaires vivant à domicile et 37 000 en établissement. En Île-de-France, la grande couronne serait plus concernée par ces évolutions et notamment la Seine-et-Marne où la population de 85 ans et plus devrait tripler, et les bénéficiaires de l'APA plus que doubler.