

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

**Any and all reproduction is prohibited but direct link to the document is accepted:**  
<http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html>

## DOC VEILLE

Veille bibliographique en économie de la santé / Watch on Health Economics Literature

22 avril 2016 / April the 22nd, 2016

Réalisée par le centre de documentation de l'Irdes, Doc Veille, publication bi-mensuelle, rassemble de façon thématique les résultats de la veille documentaire en économie de la santé : articles, littérature grise, rapports...

Vous pouvez accéder à la version électronique des articles sur notre portail EJS (à l'exception des revues françaises) :

<http://ejournals.ebsco.com/Home.asp> (**Accès réservé à l'Irdes**)

Les autres documents sont soit accessibles en ligne, soit consultables à la documentation (voir mention à la fin de la notice). Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Un historique des Doc Veille se trouve sur le web de l'Irdes :

<http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html>

Produced by the Irdes documentation centre, Doc Veille, a bimonthly publication, presents by theme the latest articles and reports in health economics: both peer-reviewed and grey literature.

You can access to the electronic version of articles on our EJS portal (except for the French journals):

<http://ejournals.ebsco.com/Home.asp> (**Access limited to Irdes team**).

Other documents are accessible online, either available for consultation at the documentation center (see mention at the end of the notice). Requests for photocopies or scans of documents will not be answered. Doc Veille's archives are located on the Irdes website:

<http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html>

### Contacts

Espace documentation : [documentation@irdes.fr](mailto:documentation@irdes.fr)

Marie-Odile Safon : [safon@irdes.fr](mailto:safon@irdes.fr)

Véronique Suhard : [suhard@irdes.fr](mailto:suhard@irdes.fr)

## Sommaire

<b>Assurance maladie / Health Insurance .....</b>	<b>6</b>
Bies, P., et al. (2015). "Rapport sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise." .....	6
Colman, G. and D. Dhaval (2016). "It's About Time: Effects of the Affordable Care Act Dependent Coverage Mandate on Time Use." .....	6
Markussen, S. and K. Roed (2016). "The Market for Paid Sick Leave" .....	6
<b>Economie de la santé / Health Economics.....</b>	<b>7</b>
Aragon, M. J., et al. (2016). "Medical Spending and Hospital Inpatient Care in England: an Analysis Over Time" .....	7
De Lamaisonneuve, C., et al. (2016). "The drivers of public health spending: Integrating policies and institutions." .....	7
Dutu, R. and P. Sicari (2016). "Public Spending Efficiency in the OECD: Benchmarking Health Care, Education and General Administration." .....	7
Kervasdoué, J. d. and L. Hartmann (2016). "Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés." .....	8
Neuman, T., et al. (2015). "The Rising Cost of Living Longer: Analysis of Medicare Spending by Age for Beneficiaries in Traditional Medicare." .....	8
Nezosi, G. (2016). « La protection sociale » .....	9
<b>Etat de santé / Health Status.....</b>	<b>9</b>
Giuntella, O. and F. Mazzonna (2016). "If You Don't Snooze You Lose: Evidence on Health and Weight." .....	9
Heller-Sahlgren, G. (2016). "Retirement Blues." .....	9
Lhuillier, D. and A. M. Waser (2016). "Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique.» .....	10
Ljunge, M. (2016). "Migrants, Health, and Happiness: Evidence that Health Assessments Travel with Migrants and Predict Well-Being". .....	10
Thuillez, J. (2016). "Recessions, healthy no more?": A note on Recessions, Gender and Mortality in France." .....	10
<b>Hôpital / Hospitals .....</b>	<b>11</b>
(2016). "Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2014." .....	11
Dafny, L., et al. (2016). "The Price Effects of Cross-Market Hospital Mergers." .....	11

Hubert, J. and F. Martineau (2016). "Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission." .....	12
Milstein, A. and J. Schreög (2015). "A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD countries." .....	12
Naylor, C., et al. (2016). "Bringing together physical and mental health. A new frontier for integrated care." .....	13
<b>Inégalités de santé / Health Inequalities.....</b>	<b>13</b>
(2016). "Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale." .....	13
(2016). "Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being." .....	13
Bijwaard, G. E. and A. M. Jones (2016). "Cognitive Ability and the Mortality Gradient by Education: Selection or Mediation?" .....	14
Cayla, F. (2016). « Inégalités sociales et territoriales de santé et diagnostic local de santé : les données mobilisables. » .....	14
Goldblatt, P. O. (2016). "Moving forward monitoring of the social determinants of health in a country: lessons from England 5 years after the Marmot Review." .....	14
Quesnel-Vallee, A., et al. (2016). « Inégalités en santé chez les adultes plus vieux dans les pays développés: réconcilier théories et approches politiques.» .....	15
<b>Médicaments / Pharmaceuticals.....</b>	<b>15</b>
(2016). "L'observance des traitements médicamenteux en France." .....	15
<b>Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics .....</b>	<b>15</b>
Blanpain, N. (2016). « L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme. Méthode et principaux résultats.» .....	15
Costemalle, V. (2016). « Catégorie sociale d'après les déclarations annuelles de données sociales et catégorie sociale d'après le recensement : quels effets sur les espérances de vie par catégorie sociale. » .....	16
Geay, C., et al. (2015). « Projections des dépenses de soins de ville, construction d'un module pour Destinie.» .....	16
Sherlaw-Johnson, C. and M. Bardlsey (2016). "Monitoring change in health care through statistical process control." .....	17
<b>Politique de santé / Health Policy .....</b>	<b>17</b>
(2016). « From innovation to implementation – eHealth in the WHO European Region.» .....	17
(2016). "Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals." .....	18

Henry, E. d., et al. (2016). «Dictionnaire critique de l'expertise.».....	18
Larochelle, G. and F. Courville (2016). «La course à la performance.» .....	18
<b>Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation.....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care.....</b>	<b>18</b>
(2016). "Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places" .....	19
(2016). "Parcours de soins, parcours santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z." .....	19
(2016). « Portrait des professionnels de santé. » .....	19
Broadway, B., et al. (2016). "Do Financial Incentives Influence GPs' Decisions to Do After-Hours Work? A Discrete Choice Labour Supply Model." .....	20
De Haas, P. (2015). «Monter et faire vivre une maison de santé.».....	20
Harris, M. (2016). "The interface between primary health care and population health: challenges and opportunities for prevention." .....	20
Paparella, G. (2016). "Person-centred care in Europe: a cross-country comparison of health system performance, strategies and structures." .....	21
Simon, P. (2015). «Télémédecine : enjeux et pratiques. ».....	21
<b>Systèmes de santé / Health Systems .....</b>	<b>21</b>
Andre, C., et al. (2016). «Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes. » .....	21
(2015). "Health system review : United Kingdom." .....	22
Powell, S. (2016). "The structure of the NHS in England." .....	22
Rosen, B., et al. (2015)."Health system review : Israel." .....	22
<b>Travail et santé / Occupational Health .....</b>	<b>23</b>
Ahn, T. and A. Yelowitz (2016). "Paid Sick Leave and Absenteeism: The First Evidence from the U.S." .....	23
Bruno, A. S., et al. (2015). "Pénibilité : un compte à rendre ?" .....	23
Bryson, A. (2016). "Health and Safety Risks in Britain's Workplaces: Where Are They and Who Controls Them?" .....	23
Charni, K. (2016). «The French Pension Reforms and their Impact on Unemployed Older Workers.» .....	24
De Groote, N. and P. Koenig (2016). «Assessing the Effects of Disability Insurance Experience Rating: The Case of the Netherlands.» .....	24

Jeon, S. H. and R. V. Pohl (2016). "Health and Work in the Family: Evidence from Spouses' Cancer Diagnoses." .....24

Olie, J. P. and P. Legeron (2016). "Le burn-out." .....25

Otterbach, S., et al. (2016). "Working-Time Mismatch and Mental Health" .....25

Rehwald, K., et al. (2016). "Does Activating Sick-Listed Workers Work? Evidence from a Randomized Experiment." .....25

**Veillissement / Ageing .....26**

(2015). "Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget." ..26

(2016). "Retraites : pour une réforme durable." .....26

(2016). «Veillissement, emploi, retraites : Panorama international. Dossier du 17 février 2016.» .....27

Jung, J., et al. (2016). "Aging and Health Financing in the US: A General Equilibrium Approach." .....27

Lesueur, D., et al. (2015). "Service des allocations de soutien à l'autonomie : où en est-on ?" .....27

Lindgren, B. (2016). "The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Health and Social Care." .....27

Smith, J. C. and C. Medalia (2016). "An aging world : 2015." .....28

## Assurance maladie / Health Insurance

**Bies, P., et al. (2015). "Rapport sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise." Paris : Ministère chargé de la santé**  
<http://www.philippebies.fr/wp-content/uploads/Rapport-RLAM.pdf>

Le gouvernement avait confié aux parlementaires une mission de concertation et d'expertise sur l'articulation entre les régimes locaux d'Alsace Moselle (régime général et régime agricole) et la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé en entreprise, issue de l'accord national interprofessionnel de 2013 et de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, qui l'a transposé. Afin de garantir la pérennité des régimes locaux d'Alsace-Moselle et de permettre aux salariés alsaciens et mosellans de bénéficier de la généralisation de la complémentaire, la mission parlementaire recommande que les règles régissant les régimes locaux ne soient pas modifiées, au vu des risques juridiques que présenterait leur évolution au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Elle recommande donc que la couverture complémentaire en entreprise issue de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 "constitue un troisième étage de couverture par rapport à la protection apportée par les régimes de base et les régimes locaux". "Attaché à la préservation des régimes locaux, qui assurent un degré élevé de solidarité entre les assurés, le gouvernement mettra en œuvre les recommandations de la mission parlementaire", précise un communiqué ministériel. "Un décret publié au début de l'année 2016 précisera ainsi que, pour les salariés alsaciens et mosellans, les couvertures complémentaires en entreprise tiendront compte des prestations et des cotisations des régimes locaux".

**Colman, G. and D. Dhaval (2016). "It's About Time: Effects of the Affordable Care Act Dependent Coverage Mandate on Time Use." IZA Discussion Paper ; 9710. Bonn : IZA**  
<http://ftp.iza.org/dp9710.pdf>

One of the main purposes of recent healthcare reform (Patient Protection and Affordable Care Act - ACA) in the U.S. is to enable Americans to make more productive use of their time. We examine how the ACA's dependent care coverage mandate (DCM) affected young adults' time allocation. Based on more accurate measures from the American Time Use Surveys and difference-in-difference methods, we first confirm that the DCM reduced labor supply. The question then arises, what have these adults done with the extra time? We provide some of the first evidence on this issue. Estimates suggest that the DCM has reduced job-lock, as well as the duration of the average doctor's visit, including time spent waiting for as well as receiving medical care, among persons ages 19-25. The latter effect is consistent with substitution from hospital ER utilization to more routine physician care. The extra time has gone into socializing, and to a lesser extent, into educational activities and job search. A related question is whether these changes have made young adults better off. We find that the availability of insurance and change in work time appear to have increased their subjective well-being, enabling them to spend time on activities they view as more meaningful than those they did before insurance became available.

**Markussen, S. and K. Roed (2016). "The Market for Paid Sick Leave". IZA Discussion Paper ; 9825. Bonn : IZA**  
<http://ftp.iza.org/dp9825.pdf>

In many countries, general practitioners (GPs) are assigned the task of controlling the validity of their own patients' insurance claims. At the same time, they operate in a market where

patients are customers free to choose their GP. Are these roles compatible? Can we trust that the gatekeeping decisions are untainted by private economic interests? Based on administrative registers from Norway with records on sick pay certification and GP-patient relationships, we present evidence to the contrary: GPs are more lenient gatekeepers the more competitive is the physician market, and a reputation for lenient gatekeeping increases the demand for their services.

## Economie de la santé / Health Economics

**Aragon, M. J., et al. (2016). "Medical Spending and Hospital Inpatient Care in England: an Analysis Over Time".** *CHE Research Paper Series ; 127*. York : University of York  
[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP127\\_medical\\_spending\\_hospital\\_inpatient\\_England.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP127_medical_spending_hospital_inpatient_England.pdf)

Health care in England is predominantly provided free at the point of service through the publicly funded National Health Service (NHS). Total NHS expenditure, which has risen in real terms by an average of 3.7% per annum since the inception of the NHS in 1948, constituted 7.9% of GDP in 2012. This paper presents a summary of the trends in medical expenditure in England and then using detailed administrative data presents analysis of the growth over 15 years of expenditure and activity in hospital inpatient health care, which represents around 20-25% of all NHS expenditure. We document the coincidence of observed trends in expenditure with reported activity, morbidity and the proximity of individuals to death. We find that; (i) expenditure for both elective and emergency inpatient care broadly follows activity so expenditure is mostly driven by activity rather than unit costs; (ii) expenditure is concentrated in individuals with multiple diseases so that the prevalence and identification of complex medical conditions are important drivers of expenditure and (iii) health care activity rises substantially for individuals in the period before death so that expenditure is driven substantially by mortality in the population. Taken together these findings indicate that this element of health care expenditure in England has been substantially driven by the underlying morbidity and age of the population in conjunction with improving health care technology.

**De Lamaisonneuve, C., et al. (2016). "The drivers of public health spending: Integrating policies and institutions."** *Economics Department Working Paper; 1283*. Paris : OCDE  
[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP\(2016\)7&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP(2016)7&docLanguage=En)

Ce papier analyse l'impact des politiques et des institutions sur les dépenses de santé pour un large ensemble de pays de l'OCDE durant la période 2000-10. Nous utilisons un groupe de 20 indicateurs politiques et institutionnels développés par l'OCDE et qui caractérisent principalement l'offre, la demande, la gestion publique, la coordination et le financement des systèmes de santé. L'incidence de ces indicateurs est évaluée conjointement avec des variables de contrôle en lien avec les déterminants démographiques (taux de dépendance) et non démographiques (revenu, prix et technologie) des dépenses de santé par tête. Globalement, il existe une adéquation satisfaisante entre les signes attendus des coefficients des indicateurs institutionnels et les estimations. En intégrant le rôle des politiques et des institutions avec les autres déterminants principaux, notre analyse réussit à expliquer la majorité de la variation entre pays des dépenses publiques de santé.

**Dutu, R. and P. Sicari (2016). "Public Spending Efficiency in the OECD: Benchmarking**

**Health Care, Education and General Administration.”** OECD Economics Department Working Papers ; 1278. Paris :OCDE

Les changements en cours en matière de démographie et de santé dans de nombreux pays de l'OCDE exercent une pression sur les finances publiques. Pour éviter une hausse continue des dépenses publiques en pourcentage du PIB, l'efficacité des dépenses publiques devra être augmentée. Ce document utilise l'analyse dite data envelopment analysis (DEA) pour évaluer l'efficacité des dépenses publiques en 2012 dans un échantillon de pays de l'OCDE dans le domaine de la santé, de l'enseignement secondaire et de l'administration générale. Le modèle DEA a une structure à deux entrées - une sortie, avec au moins une des variables représentant un indicateur composite afin de contrôler les spécificités de chaque pays (environnement socio-économique et les facteurs de style de vie, par exemple). Nous trouvons une grande divergence des mesures d'efficacité de la dépense publique au sein de pays de l'OCDE, et mesurons les améliorations possibles pour chaque pays en termes d'efficacité.

**Kervasdoue, J. d. and L. Hartmann (2016). "Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés."** Paris UNSAF

[http://www.unsaf.org/doc/Impact\\_Economique\\_Deficit\\_Auditif\\_en\\_France.pdf](http://www.unsaf.org/doc/Impact_Economique_Deficit_Auditif_en_France.pdf)

Le déficit auditif concerne en France environ 10 % de la population, soit plus de six millions de personnes qui en subissent un impact sur la vie quotidienne. Les personnes âgées de plus de 50 ans sont les plus fréquemment touchées - un tiers de cette population. Si 3 millions sont appareillables, seules 2 millions sont équipées, tandis qu'un million de personnes n'accèdent pas à l'appareillage du fait de sa faible solvabilisation (le reste-à-charge élevé pour le patient adulte est de l'ordre de 62 % du prix). Cette étude élaborée par les économistes du CNAM, Laurence Hartmann et Jean de Kervasdoué, et présentée le 18 mars lors du 38e congrès des audioprothésistes, met en lumière les conséquences sanitaires et économiques du déficit auditif. Réalisée à partir d'une revue de littérature sur la période 2005-2015, l'étude montre que "le coût sociétal du non appareillage en termes de qualité de vie, de dépenses et d'inégalités sociales est en totale contradiction avec les objectifs assignés au système de santé français". L'assurance maladie obligatoire, en solvabilisant seulement 8 % du prix des aides auditives pour les adultes, a quasiment exclu le déficit auditif de la gestion du risque santé, laissant au secteur des organismes complémentaires et surtout aux patients le reste-à-charge à acquitter. Le rapport propose deux scénarios d'évaluation des coûts. Le premier montre que "sans appareillage, le coût du déficit auditif s'élèverait à 23,4 milliards d'euros" dans notre pays. L'appareillage cible (50% de la population malentendante associée à une observance parfaite) le réduirait de 40 %. Le second scénario montre que pour les personnes non équipées éligibles, sur 6 ans, le coût total d'appareillage atteindrait 1,5 Md € (avec une prise en charge à 100 %), pour 1,7 Md € de soins médicaux évités... En d'autres termes, il coûterait moins cher d'appareiller la population appareillable non équipée que de ne pas l'appareiller, tout en générant des gains notables en qualité de vie. Les auteurs plaident pour un "examen urgent du financement des audioprothèses". Parmi leurs préconisations, une politique de prévention volontariste et une solvabilisation de la demande de soins pour assurer la couverture de la quasi-totalité d'un appareil en entrée de gamme.

**Neuman, T., et al. (2015). "The Rising Cost of Living Longer: Analysis of Medicare Spending by Age for Beneficiaries in Traditional Medicare."** Menlo Park : The

Henry J. Kaiser Family Foundation -

<http://kff.org/medicare/press-release/new-report-on-the-rising-cost-of-living-longer-details->



### [medicare-spending-by-age/](#)

This report takes a detailed look at per person Medicare spending by age and by service among the nearly 30 million people covered by traditional Medicare in 2011. It examines the relationship between Medicare per person spending and advancing age, providing new data to inform ongoing federal budget discussions and efforts to improve care for an aging population. Medicare beneficiaries age 80 and older account for a disproportionate share of Medicare spending and are expected to triple as a share of the 65+ population by 2050.

**Nezosi, G. (2016).** « **La protection sociale** ». Paris : La documentation française.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/selections/societe/la-protection-sociale>

La protection sociale reste un sujet de vives controverses : à la fois décriée pour les coûts qu'elle engendre et louée pour les bienfaits qu'elle apporte. Avec des champs de compétence qui n'ont cessé de s'élargir, elle se situe au confluent du social, par sa capacité d'intégration des individus dans la société en leur apportant une garantie contre les principaux risques de l'existence (maladie, vieillesse, charges de famille, chômage), de l'économique, par un financement très largement issu des revenus du travail, et du politique, en développant un système de gouvernance particulier. Ce nouveau titre de la collection Découverte de la vie publique en présente tous ces aspects. Clairement structuré, il présente les connaissances essentielles, à jour des dernières dispositions législatives et réglementaires.

## Etat de santé / Health Status

**Giuntella, O. and F. Mazzonna (2016).** “If You Don't Snooze You Lose: Evidence on Health and Weight.” *IZA Discussion Paper ; 9773*. Bonn : IZA: 55 , tabl., fig.

<http://ftp.iza.org/dp9773.pdf>

Most economic models consider sleeping as a pre-determined and homogeneous constraint on individuals' time allocation neglecting its potential effects on health and human capital. Several medical studies provide evidence of important associations between sleep deprivation and health outcomes suggesting a large impact on health care systems and individual productivity. Yet, there is little causal analysis of the effects of sleep duration. This paper uses a spatial regression discontinuity design to identify the effects of sleep on health status, weight, and cognitive abilities. Our results suggest that delaying morning work schedules and school start times may have non-negligible effects on health.

**Heller-Sahlgren, G. (2016).** “Retirement Blues.” IFN Working Paper ; 1114. Stockholm : IFN

<http://www.ifn.se/wfiles/wp/wp1114.pdf>

This paper analyses the short- and long-term effects of retirement on mental health in ten European countries. It exploits thresholds created by regular state pension ages in a fuzzy regression-discontinuity design combined with individual-fixed effects to deal with endogeneity in retirement behaviour. The results display no short-term effects of retirement on mental health, but a large negative longer-term impact. This impact survives a battery of robustness tests, and applies to women and men as well as to people of different educational backgrounds equally. Differences compared to previous research are attributed to the study's differentiation of short- and longer-term effects as well as its utilisation of a cleaner research design. Overall, the paper's findings suggest that reforms inducing people to

postpone retirement are not only important for making pension systems solvent, but with time could also pay a mental health dividend among the elderly and reduce public health care costs.

**Lhuillier, D. and A. M. Waser (2016). “Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique.»** Toulouse : Erès.

<http://www.editions-eres.com/ouvrage/3747/que-font-les-10-millions-de-malades>

La part des maladies chroniques va croissant avec les progrès de la médecine : en France, près de 10 millions de personnes en âge de travailler ont une ou plusieurs maladies chroniques – diabète, cancer, asthme, VIH-sida, hépatites, maladies mentales ou atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques...), etc. Le plus souvent, elles souhaitent se maintenir en emploi ou retrouver un travail. Leurs raisons ne sont pas seulement financières, ni uniquement liées à l'intérêt que peuvent revêtir l'activité et les relations sociales : l'activité est un puissant instrument pour lutter contre l'emprise de la maladie. Aussi elles déploient énergie et ingéniosité pour faire avec leurs symptômes et rejettent violemment ces représentations de malades, passifs ou victimes, qui ébranlent leur identité et les enferment dans un statut qu'elles refusent. Ce livre s'appuie sur une enquête approfondie explorant à la fois l'expérience de personnes qui vivent avec la maladie et la façon dont les entreprises, les milieux de travail gèrent les situations des « personnes ayant des problèmes de santé ». Il indique aussi des voies de dégageant des difficultés et impasses rencontrées. L'une d'entre elles est essentielle : sortir du silence sur ces questions car la clandestinité des « malades au travail » fabrique à terme de l'exclusion.

**Ljunge, M. (2016). “Migrants, Health, and Happiness: Evidence that Health Assessments Travel with Migrants and Predict Well-Being”.** IFN Working Paper ;

[1112](http://www.ifn.se). Stockholm : IFN

<http://www.ifn.se/wfiles/wp/wp1112.pdf>

Health assessments correlate with health outcomes and subjective well-being. Immigrants offer an opportunity to study persistent social influences on health where the social conditions are not endogenous to individual outcomes. This approach provides a clear direction of causality from social conditions to health, and in a second stage to well-being. Natives and immigrants from across the world residing in 30 European countries are studied using survey data. The paper applies within country analysis using both linear regressions and two stage least squares. Natives' and immigrants' individual characteristics have similar predictive power for health, except Muslim immigrants who experience a sizeable health penalty. Average health reports in the immigrant's birth country have a significant association with the immigrant's current health. Almost a quarter of the birth country health variation is brought by the immigrants, while conditioning on socioeconomic characteristics. There is no evidence of the birth country predictive power declining neither as the immigrant spends more time in the residence country nor over the life course. The second stage estimates indicate that a one standard deviation improvement in health predicts higher happiness by 1.72 point or 0.82 of a standard deviation, more than four times the happiness difference of changing employment status from unemployed to employed. Studying life satisfaction yields similar results. Health improvements predict substantial increases in individual happiness.

**Thuillez, J. (2016).” `Recessions, healthy no more?': A note on Recessions, Gender and Mortality in France.”** CES Working Paper; 2016.08. Paris : Centre d'économie de la Sorbonne: 31 , tabl.

<ftp://mse.univ-paris1.fr/pub/mse/CES2016/16008.pdf>

This study uses aggregate panel data on 96 French départements from 1982 to 2012 to investigate the relationship between macroeconomic conditions, gender and mortality. I use previously employed panel data methods, based on mortality variation across French départements and years. The novelty is to analyze the effect of gender-specific unemployment on gender-specific mortality. Within this "area-gender approach", I give a particular attention to gender-cause-specific mortality such as prostate cancer, maternal mortality, female breast cancer, cervical cancer and ovarian cancer in addition to other cause-specific mortality. The analysis is undertaken for several age-groups, several time windows and different geographical aggregates of unemployment. The results reveal that the relationship between unemployment and mortality in France is weak and confirm recent conclusions from U.S. state-level analysis by Ruhm [Ruhm, C.J., 2015. Recessions, Healthy no more?. Journal of Health Economics 42, 17{28}].

## Hôpital / Hospitals

**(2016). "Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2014."** Lyon :

ATIH

[http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2903/analyse\\_activite\\_hosp\\_regionale\\_2014\\_17.03.16.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2903/analyse_activite_hosp_regionale_2014_17.03.16.pdf)

L'ATIH reconduit en 2014 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 de la photographie globale de l'activité 2014, ce rapport propose une déclinaison au niveau régional pour le champ médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En préambule, un panorama régional de l'activité MCO distingue les séjours et les séances. Différents indicateurs (répartition, évolution...) y sont analysés selon plusieurs agrégats comme les catégories d'activité de soins ou les types de séances. Cet atlas régional propose ensuite une fiche par région décrivant l'activité hospitalière en distinguant les établissements de santé selon leur secteur de financement. Cette approche souligne les différentes dynamiques d'activité au sein d'une région. De plus, des informations d'analyse qualitative issues des Agences régionales de santé apportent un éclairage complémentaire notamment sur les problématiques de démographie médicale et de restructuration de l'offre de soins. (résumé de l'éditeur).

**Dafny, L., et al. (2016). "The Price Effects of Cross-Market Hospital Mergers."** NBER

Working Paper Series ;n° 22106. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22106>

So-called "horizontal mergers" of hospitals in the same geographic market have garnered significant attention from researchers and regulators alike. However, much of the recent hospital industry consolidation spans multiple markets serving distinct patient populations. We show that such combinations can reduce competition among the merging providers for inclusion in insurers' networks of providers, leading to higher prices. The result derives from the presence of "common customers" (i.e. purchasers of insurance plans) who value both providers, as well as (one or more) "common insurers" with which price and network status is negotiated. We test our theoretical predictions using two samples of cross-market hospital mergers, focusing exclusively on hospitals that are bystanders rather than the likely drivers of the transactions in order to address concerns about the endogeneity of merger activity. We

find that hospitals gaining system members in-state (but not in the same geographic market) experience price increases of 6-10 percent relative to control hospitals, while hospitals gaining system members out-of-state exhibit no statistically significant changes in price. The former group are likelier to share common customers and insurers. This effect remains sizeable even when the merging parties are located further than 90 minutes apart. The results suggest that cross-market, within-state hospital mergers appear to increase hospital systems' leverage when bargaining with insurers.

**Hubert, J. and F. Martineau (2016). "Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission."** Paris : Ministère chargé de la santé  
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_final\\_mision\\_hmdefmodifsddefv150316.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mision_hmdefmodifsddefv150316.pdf)

Instaurés par la loi Santé, les GHT ont vocation à développer une prise en charge « graduée » des patients en mutualisant les moyens des établissements au niveau d'un territoire. Le rapport intermédiaire présentait les 20 clés de réussite des GHT avec des premières orientations quant à leur traduction en loi et en décret. Ce rapport final a pour objectif de présenter les orientations définitives pour les textes d'application.

**Milstein, A. and J. Schreög (2015). "A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD countries."** HCHE Research Paper No. 09. Hamburg : HCHE  
<https://www.hche.de/dokumente/hche-online-version-09paper-2015-12-22.pdf>

Background: Across the member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), pay-for-performance (P4P) programs have been implemented in the inpatient sector to improve the quality of care provided by hospitals. However, little is known about whether such programs can live up to expectations. Thus far, evaluations and reviews have focused on the ambulatory care sector in Anglo-Saxon countries. The transferability of lessons learned to the inpatient sector, however, is limited. Objectives: We aimed to provide an overview of existing P4P programs in the inpatient sector in the OECD countries and to assemble information on their effects. Furthermore, we attempted to identify whether evaluations of such programs allow preliminary conclusions to be drawn about the effects of P4P. Methods: We conducted a structured literature search in five databases to identify relevant sources in Danish, English, French, German, Hebrew, Italian, Japanese, Korean, Norwegian, Spanish, Swedish and Turkish. This was complemented by desk-based research. In selected cases, we contacted experts to validate our results and to add further information. Our research was restricted to the inpatient sector in OECD countries. Results: We identified 30 P4P programs in 14 OECD countries. The programs were very heterogeneous in their design. First, they catered to different aims. Some programs followed a narrow approach and focused on improving the quality of care for a single medical condition, whereas others aimed at improving the quality of inpatient care more broadly. Second, the programs blended structural, process and outcome measures that targeted different stages of inpatient care pathways. Third, the financial rewards were designed in various ways. Programs based their rewards either on an absolute or a relative score. Incentives included payment withholds, penalties, bonuses, or a combination thereof. The size of the incentive often amounted to approximately 0.1% of a hospital's budget or less, and never exceeded 4%. Lastly, the results of published evaluations of the P4P programs ranged from no effect to moderately positive effects. In cases where evaluations had positive results, the effect was seldom sustained and the causalities were unclear. Conclusion: The results of our review indicate that P4P has been widely adopted across the OECD and become an integral part of the inpatient sector. The programs are very heterogeneous. The impact of P4P is unclear, and it may be that the moderately positive effects seen for some

programs can be attributed to side effects, such as public reporting and increased awareness of data recording. Policy makers must decide whether the potential benefits of introducing a P4P program outweigh the potential risks within their particular national or regional context, and should be aware that P4P programs have yet not lived up to expectations.

**Naylor, C., et al. (2016). "Bringing together physical and mental health. A new frontier for integrated care."** London: King's Fund  
<http://www.kingsfund.org.uk/publications/physical-and-mental-health>

People's physical and mental health needs have traditionally been treated as two separate issues. Services are typically provided by different organisations and staff groups, in different locations, with different financial and contracting arrangements, and different forms of performance monitoring and system oversight. Efforts to promote integrated care have so far focused on bridging the gaps between health and social care, or between primary and secondary care. But the NHS five year forward view has emphasised the importance of a third dimension for integration. This report presents a compelling case for that third dimension. Based on focus groups and interviews with service users, clinicians and managers, it explores what a 'whole- person' approach towards physical and mental health would look like from a service user's perspective. Reviewing existing service innovations, it explores 10 areas where most progress could be made. The report highlights four major challenges: high rates of mental health conditions among people with long-term physical health problems; poor management of medically unexplained symptoms; reduced life expectancy among people with the most severe forms of mental illness, largely attributable to poor physical health; limited support for the wider psychological aspects of physical health and illness. Together, these issues increase the cost of providing services, perpetuate inequalities in health outcomes and mean that care is less effective than it could be. There is much that commissioners, providers and health professionals can do within existing structures to ensure that integrated care for physical and mental health becomes a reality. The report argues that parity of esteem should mean more than mental health care being 'as good as' physical health care – it should also involve delivering services 'as part of' an integrated approach to health (résumé d'auteur).

## Inégalités de santé / Health Inequalities

**(2016). "Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale."** Paris : CNLE  
[http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution\\_CNLE\\_au\\_suivi\\_du\\_plan\\_pauvrete\\_2016.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution_CNLE_au_suivi_du_plan_pauvrete_2016.pdf)

Ce rapport dresse une revue complète du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Il met en lumière tant les avancées que les points de vigilance et les pistes d'amélioration des politiques publiques, afin que la dernière étape de la feuille de route 2015-2017 permette de réelles avancées en faveur de l'accès aux droits fondamentaux de nos concitoyens les plus démunis (d'après l'avant-propos).

**(2016). "Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being."** Copenhague : OMS Regional office for Europe  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-FULL-REPORT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-FULL-REPORT.pdf)

Depuis trente ans, l'étude « WHO Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC) est un

outil éclairant l'élaboration des politiques de santé. Cette nouvelle édition se base sur une enquête réalisée auprès de plus de 200 000 jeunes issus de 42 pays. Elle révèle notamment que le nombre de jeunes de 15 ans ayant fumé leur première cigarette avant 13 ans a significativement baissé. De même, elle indique une diminution de la consommation d'alcool. Cette édition révèle les inégalités de genre et de niveau socio-économique qui affectent la santé et le bien-être des jeunes. Les jeunes filles ont rapporté une santé mentale moins favorable que les garçons. Elles sont plus nombreuses à penser qu'elles ont des problèmes de poids, bien que les données montrent que les garçons sont plus touchés par le surpoids et l'obésité. La majorité des jeunes déclarent avoir de bonnes relations avec leurs parents, mais la communication et le soutien diminuent avec l'âge, notamment chez les filles.

**Bijwaard, G. E. and A. M. Jones (2016). "Cognitive Ability and the Mortality Gradient by Education: Selection or Mediation?"** *IZA Discussion Paper ; 9798*. Bonn : IZA  
<http://ftp.iza.org/dp9798.pdf>

Large differences in mortality rates across those with different levels of education are a well established fact. This association between mortality and education may partly be explained by confounding factors, including cognitive ability. Cognitive ability may also be affected by education so that it becomes a mediating factor in the causal chain. In this paper we estimate the impact of education on mortality using inverse probability weighted (IPW) estimators, using either cognitive ability as a selection variable or as a mediating variable. We develop an IPW estimator to analyse the mediating effect in the context of survival models. Our estimates are based on administrative data, on men born in 1944-1947 who were examined for military service in the Netherlands between 1961-1965, linked to national death records. For these men we distinguish four education levels and we make pairwise comparisons. From the empirical analyses we conclude that the mortality differences observed by education are only attributable to education effects for highly educated individuals. For less educated individuals the observed mortality gain is mainly attributable to differences in cognitive ability.

**Cayla, F. (2016). «Inégalités sociales et territoriales de santé et diagnostic local de santé : les données mobilisables. »** Toulouse : ORSMIP.  
[http://www.ormip.org/tlc/InegalitesSociales\\_09-02-2016.pdf](http://www.ormip.org/tlc/InegalitesSociales_09-02-2016.pdf)

Afin de mesurer les inégalités sociales et territoriales de santé en Midi-Pyrénées, ce diaporama analyse les données mobilisables et tente un diagnostic de santé.

**Goldblatt, P. O. (2016). "Moving forward monitoring of the social determinants of health in a country: lessons from England 5 years after the Marmot Review."** *Global Health Action* 9(29627)  
[http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/29627/pdf\\_232](http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/29627/pdf_232)

Background: England has a long history of government-commissioned reviews of national inequalities. The latest review, the Marmot Review, was commissioned by a government headed by the same party (the Labour Party) that had introduced the National Health Service in 1948, but the review was implemented by a coalition of different parties (Conservatives and Liberal Democrats). At the same time, a government reform of health services took place, and the monitoring of the existing inequality strategy was changed. Objectives: This paper examines the lessons that can be learned about indicators for monitoring social determinants of health inequalities from the Marmot Review and recent health inequality strategies in England. Design: The paper provides a narrative review of key findings on the

collection, presentation, and analysis of routine data in England in the past 5 years, comparing what has been learned from the Marmot Review and other evaluations of the first health inequality strategy in England. Results: The emphasis on monitoring has progressively shifted from monitoring a small number of targets and supporting information to frameworks that monitor across a wide range of determinants of both the causes of ill-health and of health service performance. As these frameworks become ever larger, some consideration is being given to the key indicators. Conclusions: Although the frameworks used in England for monitoring health inequality strategies have developed considerably since the first strategy began, lessons continue to be learned about how monitoring could be improved. Many of these are applicable to countries initiating or reviewing their strategies.

**Quesnel-Vallee, A., et al. (2016). « Inégalités en santé chez les adultes plus vieux dans les pays développés: réconcilier théories et approches politiques. »** Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/ Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail 3 (2)  
<http://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss2/5/>

Les politiques dont le but est de soutenir les personnes âgées creusent peut-être les inégalités. Des régimes de pensions de plus en plus privatisées et un manque de services de soutien subventionnés profitent de façon disproportionnée à ceux qui ont les moyens sociaux et économiques les plus forts à l'âge avancé. Les gens favorisés sont en meilleure santé que ceux qui sont désavantagés. Le Canada a l'occasion d'éviter un impact si biaisé des programmes pour les aînés, en puisant dans les approches créées par l'Organisation mondiale de la santé, des exemples internationaux et dans la théorie et la recherche sociologique. Ces approches peuvent aider à élaborer des politiques qui transcendent les inégalités existantes parmi les personnes âgées, favorisant des résultats plus équitables en santé.

## Médicaments / Pharmaceuticals

**(2016). "L'observance des traitements médicamenteux en France."** Paris : CNOP  
[http://www.acadpharm.org/dos\\_public/Rapport\\_l\\_observance\\_medicamenteuse\\_VF\\_CORR\\_DGS\\_2016.02.09.pdf](http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_l_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf)

L'observance des traitements médicamenteux est un sujet qui prend une importance majeure dans la qualité de la prise en charge des patients. Les défauts d'observance, ou de la non-observance, ont des conséquences variées, mais toujours péjoratives, sur la qualité des traitements, leur efficacité, leurs effets indésirables, à titre individuel mais aussi collectif et sociétal. L'Académie nationale de Pharmacie a été chargée d'un rapport sur ce sujet, plus spécialement orienté sur le rôle des pharmaciens et de proposer des recommandations qui pourraient permettre d'améliorer l'observance médicamenteuse.

## Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

**Blanpain, N. (2016). « L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme. Méthode et principaux résultats. »** F1602. Paris : Insee  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=F1602](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=F1602)

Comment ont évolué les écarts d'espérance de vie par catégorie sociale au fil du temps ? L'évolution de l'espérance de vie des hommes et des femmes au fil des années est bien connue à partir des données de l'état civil. Par contre, peu de travaux permettent d'analyser les évolutions d'espérance de vie par catégorie sociale, les données des différentes études sur le sujet étant rarement directement comparables (différentes méthodes et sources). Un document de travail n° F0506 (Monteil C., Robert-Bobée I.) a été publié par l'Insee en 2005 sur l'évolution de l'espérances de vie par catégorie sociale de la fin des années 1970 au milieu des années 1990. En 2011, un deuxième document de travail n° F1108 (Blanpain N., Chardon O.) a fourni des données pour la période du milieu des années 2000. Le premier objectif du présent document est d'actualiser ces documents pour la période récente. Les tables de mortalité après 30 ans sont calculées pour cinq périodes par catégorie sociale pour les femmes et les hommes à partir d'une source unique. Les rapports de taux standardisés seront également analysés sur les mêmes périodes. Le second objectif est d'appliquer, pour la première fois en France, la méthode de calcul des espérances de vie par catégorie sociale à une autre variable, le diplôme, et d'analyser ainsi les différences de mortalité par diplôme. Ce document de travail a aussi pour objectif de détailler les méthodes utilisées pour établir les résultats analysés dans l'Insee première (n° 1584, 2016) de Nathalie Blanpain, « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers ». Autre nouveauté, les données détaillées des tables de mortalité par catégorie sociale et diplôme sont disponibles directement sous forme de fichier sur le site internet de l'Insee, dans la collection Insee Résultats : N. Blanpain, « Les inégalités sociales face à la mort - Tables de mortalité par catégorie sociale et par diplôme », Insee Résultats, n° 177 soc, 2016.

**Costemalle, V. (2016).** «**Catégorie sociale d'après les déclarations annuelles de données sociales et catégorie sociale d'après le recensement : quels effets sur les espérances de vie par catégorie sociale.** » F1603. Paris : Insee  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=F1603](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=F1603)

Les inégalités d'espérance de vie selon les catégories sociales (CS) ont déjà été mises en évidence dans des travaux de l'Insee, montrant que l'espérance de vie est la plus élevée pour les femmes cadres et professions intellectuelles supérieures, devant les femmes ouvrières, et plus élevée pour les femmes ouvrières que pour les hommes cadres et professions intellectuelles supérieures, qui eux-mêmes vivent plus longtemps que les hommes ouvriers. Ces résultats ont été obtenus à partir des réponses aux différents recensements et enquêtes annuelles de recensement, croisées aux informations de l'état civil au sein de l'Échantillon démographique permanent (EDP). Le présent document vise à exploiter une nouvelle source afin de déterminer ces différentiels d'espérances de vie par catégorie sociale. Il s'agit des déclarations annuelles de données sociales (DADS) qui concernent les salariés en France et qui renseignent sur leur catégorie sociale. On montre que même si au niveau individuel la CS issue des recensements ne correspond pas toujours à celle issue des DADS (discordance pour environ un tiers des salariés), cela n'a qu'un faible impact au niveau de l'espérance de vie par CS. On travaille ici sur un échantillon de la population que sont les salariés présents dans l'EDP. Il est donc ensuite nécessaire d'appliquer un lissage des quotients de mortalité par âge afin de réduire la variabilité due à la taille de l'échantillon. On présente ici trois méthodes de lissage : la méthode de Gompertz, la méthode de Brass et la méthode dite des « splines ». Les méthodes de lissage ne conduisent pas toujours à la même espérance de vie en niveau. Mais les résultats montrent que, malgré les différences de repérage des CS et les méthodes de lissage, on retrouve globalement les mêmes différentiels sociaux d'espérances de vie.

**Geay, C., et al. (2015).** «**Projections des dépenses de soins de ville, construction d'un module pour Destinie.**» G2015/15. Paris Insee



[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=G201515](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=G201515)

Le poids de la couverture du risque maladie, qui représentait 3,4 % du PIB en 1960, a presque atteint 12 % du PIB en 2011, soit un poids comparable à celui des dépenses de retraites. Dans ce contexte, l'évolution des dépenses de santé constitue un enjeu important pour les économies en voie de vieillissement et qui font face à des contraintes accrues sur les finances publiques. Cette étude propose une première modélisation de la projection de ces dépenses (soins ambulatoires et biens médicaux) sur une base micro-économique. Un tel modèle permet de compléter les analyses macro-économiques en anticipant les évolutions des dépenses de santé en fonction des changements sociodémographiques en France à l'horizon 2060 et, ainsi, d'éclairer des arbitrages importants en termes de politiques publiques. L'accroissement de la dépense de soins de ville à l'horizon 2060 est sensible aux hypothèses retenues sur le partage de l'espérance de vie. Les écarts de durée de vie passée en bonne santé après 60 ans sont plus importants selon les niveaux d'études qu'entre hommes et femmes. Après 60 ans, les femmes et, surtout, les catégories plus diplômées, passent plus d'années en mauvaise santé que les autres.

**Sherlaw-Johnson, C. and M. Bardlsey (2016). "Monitoring change in health care through statistical process control."** Londres : Nuffield Trust

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/monitoring-change-health-care-through-statistical-process-control-methods>

La famille d'approches connue sous l'appellation Maîtrise statistique des procédés (statistical process control - SPC) a été grandement utilisée pour suivre les résultats dans le domaine industriel et s'implante de plus en plus dans le secteur de la santé. Ce rapport, publié par le Nuffield Trust, se penche sur la manière dont les méthodes MSP peuvent être appliquées pour améliorer les soins de santé au sein du NHS.

## Politique de santé / Health Policy

**(2016). « From innovation to implementation – eHealth in the WHO European Region. »**

Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016>

Ce rapport décrit le développement de la santé électronique (cybersanté) dans la Région européenne de l'OMS en 2016, ainsi que les nouvelles tendances à cet égard. Son contenu et ses messages clés se basent sur les données de l'enquête mondiale sur la cybersanté réalisée en 2015. Plusieurs acteurs importants dans ce domaine ont également contribué au projet. Le rapport présente des exemples de cas afin d'illustrer les réussites rencontrées dans les pays ainsi que l'application pratique de la cybersanté dans divers contextes. Les principales conclusions indiquent un enthousiasme accru pour la cybersanté, et font état de progrès tangibles dans l'intégration des solutions technologiques en vue d'améliorer la santé publique et la prestation des services de santé dans la Région européenne. Ensemble, les conclusions et l'analyse présentées dans ce rapport donnent un aperçu détaillé de l'évolution de la cybersanté en Europe. Grâce aux recommandations et aux mesures proposées, l'OMS témoigne de son engagement à soutenir les États membres dans leurs efforts visant à instaurer un environnement national de la cybersanté comme élément stratégique dans la réalisation de la couverture universelle en santé, et des objectifs politiques de Santé 2020 dans la Région européenne (résumé de l'éditeur).

**(2016). "Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals." Genève : OMS**

In 2015 the Millennium Development Goals (MDGs) come to the end of their term, and a post-2015 agenda, comprising 17 Sustainable Development Goals (SDGs), takes their place. This WHO report looks back 15 years at the trends and positive forces during the MDG era and assesses the main challenges that will affect health in the coming 15 years. "Snapshots" on 34 different health topics outline trends, achievements made, reasons for success, challenges and strategic priorities for improving health in the different areas. These "snapshots" range from air pollution to hepatitis to road traffic injuries, and can be viewed/downloaded individually below.

**Henry, E. (éd.), et al. (2016). «Dictionnaire critique de l'expertise.».** Paris : Les Presse de Sciences Po.

<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100624430>

Les scandales sanitaires qui ont secoué la France et les pays occidentaux au cours des dernières décennies ont mené à la création d'agences chargées d'évaluer les risques en matière de santé publique et d'environnement, tandis que les injonctions à une expertise toujours plus indépendante, transparente, objective et scientifique se sont multipliées. Pourtant, les pratiques restent souvent éloignées de ces impératifs. Compromis toujours « impur » entre science et politique, l'expertise résulte largement de luttes se jouant bien en amont, autour de la production de connaissances, qui mobilise une multitude d'intervenants : chercheurs, agents administratifs, collectifs de victimes, industriels, lobbyistes, journalistes, lanceurs d'alerte, etc. À destination des praticiens, étudiants et enseignants, ce premier dictionnaire consacré à l'expertise sanitaire en décrit les usages, notions et concepts en quelque 40 notices. S'appuyant sur les recherches les plus récentes, il rend compte à la fois des contextes institutionnels dans lesquels l'expertise s'inscrit et des acteurs qui y participent ou en subissent les conséquences.

**Larochelle, G. and F. Courville (2016). «La course à la performance.»** Paris : Beauchesne.

[http://www.editions-beauchesne.com/product\\_info.php?cPath=68\\_107&products\\_id=1427](http://www.editions-beauchesne.com/product_info.php?cPath=68_107&products_id=1427)

Le domaine de la santé est devenu le champ de bataille où s'affrontent la culture de la performance et le souci de la dignité de la personne humaine. Comment concilier l'obsession du « toujours plus » avec une reconnaissance de l'unicité, de la singularité du patient en souffrance ? Ce sont, en effet, deux absolus qui se font face aujourd'hui : l'un, triomphaliste, est justement ce que l'on nomme « performance ». Elle est devenue le barème des choses et des hommes, l'émanation d'une expertise en surplomb de toutes les expertises, qui se vit comme une course sans fin dont nul ne maîtrise plus la signification. De l'autre côté s'opère le repli de toutes les valeurs : minimaliste, la « dignité humaine » est devenue le point de ralliement autour duquel on se réfugie pour s'identifier à ce qui subsiste en chacun d'élémentaire : l'exigence de respect que confère l'appartenance à l'espèce. À l'heure où le système de santé ne cesse de se fragiliser partout en Occident, sous la pression combinée du mercantilisme et d'un humanisme de façade, cette mise en tension se vit-elle comme une quadrature du cercle ou annonce-t-elle un éclatement prochain ?

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

**(2016). "Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places".** Paris : OCDE.

<http://www.oecd.org/fr/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm>

Health workers are the cornerstone of health systems, playing a central role in providing health services to the population and improving health outcomes. The demand and supply of health workers have increased over time in all OECD countries, with jobs in the health and social sector accounting for more than 10% of total employment now in several OECD countries. This publication reviews key trends and policy priorities on health workforce across OECD countries, with a particular focus on doctors and nurses given the preeminent role that they have traditionally played in health service delivery.

**(2016). "Parcours de soins, parcours santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z."** Paris : Ministère chargé de la santé

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)

Les parcours se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Les parcours ont une dimension temporelle qui est d'organiser une prise en charge du patient et de l'utilisateur coordonnée dans le temps, et spatiale dans un territoire et la proximité de leur domicile. Leur réussite repose sur la participation et l'implication des patients et des usagers, sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services et établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités locales, des autres services de l'Etat et des organismes de protection sociale. Ce lexique de A à Z propose la définition des concepts les plus fréquemment évoqués dans les parcours. [résumé d'auteur]

**(2016). « Portrait des professionnels de santé. »** Série Etudes et Recherche ; 134. Paris Drees: 126

[http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage\\_gcs.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_gcs.pdf)

À l'occasion de la Grande Conférence de la santé, organisée le 11 février 2016, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et ses partenaires ont réalisé un état des lieux inédit des connaissances sur les 1,9 million de professionnels de santé qui exercent en France. À travers une vingtaine de fiches à la fois pédagogiques et synthétiques, cet ouvrage fournit les chiffres clés sur les différents aspects des métiers et des parcours des professionnels de santé. Il livre tout d'abord un panorama de la démographie, passant en revue le nombre de professionnels et son évolution passée, les spécificités de l'exercice à l'hôpital et les transformations de l'exercice ambulatoire, ainsi que la répartition géographique des professionnels de premier recours. L'ouvrage se penche ensuite sur les rémunérations de ces professionnels selon le mode d'exercice et le métier ou la spécialité exercés, et place celles des médecins et infirmiers dans une perspective internationale. La formation fait l'objet d'une troisième partie. Celle-ci dresse une synthèse sur les évolutions des quotas et du numerus clausus, la sélection dans le cadre de la première année commune aux études de santé et des épreuves classantes nationales, ainsi que sur les formations des professions non médicales et les dispositifs de formation continue. Un quatrième ensemble

de fiches décrit les conditions de travail des professionnels à l'hôpital et se penche sur l'exercice des médecins généralistes libéraux. Enfin, dans une dernière partie, l'ouvrage esquisse, à la lumière des connaissances actuelles, les tendances des futures évolutions démographiques et examine la répartition des professionnels sur le territoire qui pourrait se dessiner.

**Broadway, B., et al. (2016). "Do Financial Incentives Influence GPs' Decisions to Do After-Hours Work? A Discrete Choice Labour Supply Model."** Melbourne Institute Working Paper No. 12/16. Victoria : Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research  
[http://melbourneinstitute.com/downloads/working\\_paper\\_series/wp2016n12.pdf](http://melbourneinstitute.com/downloads/working_paper_series/wp2016n12.pdf)

This paper analyses doctors' supply of after-hours care, and how it is affected by personal and family circumstances as well as the earnings structure. We use detailed survey data from a large sample of Australian General Practitioners to estimate a structural, discrete-choice model of labour supply and after-hours care. This allows us to jointly model how many daytime-weekday hours a doctor works, and his or her probability of providing after-hours care. The underlying utility function varies across individual and family characteristics. We simulate labour supply responses to an increase in doctors' hourly earnings, both in a daytime-weekday setting and for after-hours care. Among doctors overall, men and women increase their daytime-weekday working hours if their hourly earnings in this setting increases, but only to a very small extent. Men's labour supply elasticities do not change if their family circumstances change, but for women the small behavioural response disappears completely if they have preschool-aged children. Doctors are somewhat more likely to provide after-hours care if their hourly earnings in that setting increases, but again the effect is very small and is only evident in some sub-groups. Moreover, higher earnings in weekday daytime practice reduces the probability of providing after-hours care, particularly for men. Increasing doctors' earnings appears to be at best relatively ineffective in encouraging increased provision of after-hours care, and may even prove harmful if incentives are not well-targeted.

**De Haas, P. (2015). «Monter et faire vivre une maison de santé.»** Brignais : Le coudrier éditions.

Mode d'exercice attrayant pour les libéraux, les maisons de santé pallient les difficultés d'accès aux soins dans les zones où les soignants se raréfient, tout en permettant d'améliorer la continuité et la qualité des soins en ambulatoire. Pour autant, mener à bien de tels projets se révèle complexe. Dans cet ouvrage, l'auteur décortique le mécanisme de la construction d'une maison de santé à partir de quatre expériences récentes. Après une présentation des parties prenantes, il détaille les six briques porteuses de l'édifice : approche territoriale, dynamique d'équipe, montage juridique, financement, immobilier, projet de santé et projet professionnel. Il développe ensuite toutes les facettes du fonctionnement de la structure et trace les perspectives de ce mode d'exercice (4ème de couv.)

**Harris, M. (2016). "The interface between primary health care and population health: challenges and opportunities for prevention."** Public Health Research and Practice 26(1): e2611601.  
<http://www.phrp.com.au/issues/january-2016-volume-26-issue-1/the-interface-between-primary-health-care-and-population-health-and-its-contribution-to-prevention-including-challenges-and-innovation/>

Primary health care has the potential to contribute to population health at the individual and population levels. The '5As' (ask, assess, advise/agree, assist and arrange) provide a framework to realise this potential, especially for disadvantaged and vulnerable populations, not only by better organising multidisciplinary preventive interventions within primary health care, but also by linking these interventions with more intensive community and population programs and services, especially for patients with low health literacy. This requires changes to information systems to prompt and record preventive care, work with practices to engage a range of disciplines, including practice nurses, and development of effective linkages with other services in the local community. This has important implications for the newly established Primary Health Networks in supporting improvement within primary care, and creating linkages and partnerships with a range of organisations involved in delivering preventive interventions in the community. However, prevention in primary health care needs to be underpinned by funding systems that support multidisciplinary and preventive care for a population, rather than simply reactive, episode-based care.

**Paparella, G. (2016). "Person-centered care in Europe: a cross-country comparison of health system performance, strategies and structures."** Oxford : Picker Institute International

<http://www.pickereurope.org/wp-content/uploads/2016/02/12-02-16-Policy-briefing-on-patient-centred-care-in-Europe.pdf>

This document provides an overview of the different approaches taken to providing quality healthcare across Europe. Looking specifically at the person centred care interpretations and strategies taken in England, Italy, Spain, Germany and the Netherlands. With the aim of advancing understanding of the ways in which different national services: have chosen to focus on the needs of their users; have adapted to address financial pressures and efficiency challenges.

**Simon, P. (2015). «Télémédecine : enjeux et pratiques. »** Brignais : Editions Le Coudrier.

<http://www.edition-lecoudrier.fr/produit/7/9782919374069/Telemedecine%20-%20Enjeux%20et%20pratiques>

En médecine comme dans d'autres secteurs, les technologies modernes de communication ont ouvert de nouvelles possibilités. Grâce à elles, de nombreuses pratiques à distance ont vu le jour depuis les années 1990. Quelles sont ces pratiques ? Ont-elles fait leurs preuves ? Qu'apportent-elles aux patients, aux soignants et à la santé publique ? Feront-elles bientôt partie de notre quotidien ? Ce livre offre un point complet sur le sujet. Après avoir défini le champ et précisé les termes et les enjeux de la télémédecine, l'auteur raconte l'histoire des pays pionniers, dont fait partie la France. Il présente ensuite ce qu'il faut savoir des pratiques de télémédecine : la politique nationale, les cinq actes reconnus depuis 2010, les responsabilités engagées et la façon de mettre en œuvre un projet. Il termine l'ouvrage en détaillant les applications développées dans chaque spécialité et en présentant une sélection d'articles scientifiques pour chacune d'entre elles. Un ouvrage de référence pour tous ceux qui s'interrogent sur les enjeux et les pratiques de la télémédecine.

## Systèmes de santé / Health Systems

**Andre, C., et al. (2016). «Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes. ».** sl: Halshs archives ouvertes

<https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01256505>

Les systèmes de santé européens ont été soumis à de nombreuses réformes depuis une trentaine d'années. La privatisation en constitue une tendance majeure que l'on retrouve dans tous les pays. Mais le concept de privatisation revêt plusieurs dimensions qu'il convient de préciser pour effectuer une comparaison internationale. On propose dans une première partie de caractériser la privatisation selon deux critères : le champ d'application (financement et délivrance du soin) et le caractère « externe » ou « interne » de la privatisation. Dans une seconde partie est menée une analyse empirique systématique des privatisations dans les systèmes de santé de quatorze pays européens depuis 1980. Une cartographie des processus de privatisation est enfin proposée qui fait ressortir les différences dans la hiérarchisation des formes de privatisation selon les pays.

**(2015). "Health system review : United Kingdom."** Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/302001/UK-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf)

This analysis of the United Kingdom health system reports on the national health services in the four nations of the United Kingdom (England, Northern Ireland, Scotland and Wales). With devolution of responsibility for organizing health financing and services from 1997, the four nations in the United Kingdom have diverged in the details of how services are organized and paid for, but all have maintained a national health service which provide universal access to a comprehensive package of services that are mostly free at the point of use. Although the United Kingdom spends less on health when compared to many other Western European countries, the national health services function remarkably well, showing substantial improvements in major health indicators such as amenable mortality over the past decades. Yet there remains considerable room for further improvement, with a continued gap in health outcomes between the most deprived and the most privileged populations which continues to widen, rather than close. Similar to other countries, the United Kingdom faces a number of key challenges which it needs to address to further its performance. These include those posed by an ageing population, coupled with a rising burden of chronic diseases, growing expectations and technological advances against a background of increasing financial constraints and the need to ensure that resources are spent efficiently.

**Powell, S. (2016). "The structure of the NHS in England."** Briefing Paper: 25.

<http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7206/CBP-7206.pdf>

Major reforms to the structure of the health service in England were introduced by the Health and Social Care Act 2012, with a large number of new organisations established on 1 April 2013. This Library briefing provides an overview of the funding and accountability relationships under the new system, and an introduction to the roles of key organisations. This briefing also highlights some of the key health policy issues for the current Parliament, including patient safety, funding, and the integration of health and social care.

**Rosen, B., et al. (2015). "Health system review : Israel."** Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/israel-hit-2015>

The Israeli health system is quite efficient. All citizens can choose from among four competing, non-profit-making health plans, which are charged with providing a broad

package of benefits stipulated by the government. Health status levels are comparable to those of other developed countries, even though Israel spends a relatively low proportion of its gross domestic product on health care (less than 8%) and nearly 40% of that is privately financed. Factors contributing to system efficiency include regulated competition among the health plans, tight regulatory controls on the supply of hospital beds, accessible and professional primary care and a well-developed system of electronic health records. Israeli health care has also demonstrated a remarkable capacity to innovate, improve, establish goals, be tenacious and prioritize. In spite of these successes, Israel is in the midst of numerous health reform efforts to expand the benefits package, reduce health inequalities, address private financing, and tackle workforce challenges.

## Travail et santé / Occupational Health

**Ahn, T. and A. Yelowitz (2016). "Paid Sick Leave and Absenteeism: The First Evidence from the U.S."** Munich : MRPA  
<https://ideas.repec.org/p/pramprapa/69794.html>

Using a balanced sample of workers from the NHIS, we estimate of the impact of paid sick leave (PSL) insurance on absenteeism in the United States. PSL increases absenteeism by 1.2 days per year, a large effect given the typical benefit duration. Consistent with moral hazard, the effects are concentrated in moderate sick days, not severe ones. In addition, we merge the NHIS with Google Flu Trends. Severe influenza outbreaks lead workers to exhaust sick days, consequently leading to a replacement rate of zero for additional absences. Consistent with a lower replacement rate, worker absenteeism is reduced on the margin.

**Bruno, A. S., et al. (2015). "Pénibilité : un compte à rendre ?"** *Retraite Et Société*(72)  
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2015-3.htm>

Le « compte personnel de prévention de la pénibilité », décidé lors de la réforme des retraites de 2014, entre à présent en vigueur. Ce nouveau dispositif a suscité nombre de débats et réflexions sur le contenu de la notion « pénibilité », le bien-fondé de sa prise en considération par les systèmes de retraite, la faisabilité ou les difficultés d'évaluation des expositions aux facteurs de pénibilité, les évaluations possibles du nombre de personnes concernées...En réunissant des connaissances et des travaux menés dans différentes disciplines (histoire, droit, ergonomie, statistique, économie...), ce dossier a pour objectif d'enrichir la compréhension des enjeux du C3P, qu'il s'agisse du « compte » lui-même ou de sa place dans les politiques sociales.

**Bryson, A. (2016). "Health and Safety Risks in Britain's Workplaces: Where Are They and Who Controls Them?"** *IZA Discussion Paper ; 9770*. Bonn : IZA  
<http://ftp.iza.org/dp9770.pdf>

This is the first paper to identify the correlates of workplace managers' perceptions of the health and safety risks faced by workers and the degree to which workers have control over those risks. The risks workers face and the control they have over those risks are weakly negatively correlated. Managerial risk ratings are positively associated with both injury and illness rates, but not with absence rates. The control rating is also positively associated with injury and illness rates, but it is negatively correlated with absence rates. Workers are more likely to be exposed to health and safety risks when their workplace is performing poorly and where it has been adversely affected by the recession. Union density is positively associated

with risks but is not associated with worker control over risks. Having on-site worker representatives dealing with health and safety is linked to lower risks than direct consultation between management and employees over health and safety. However, there is no evidence that particular types of health and safety arrangement are related to worker control over health and safety risks.

**Charni, K. (2016).** «**The French Pension Reforms and their Impact on Unemployed Older Workers.**» Document de Travail de l'AMSE. Aix Marseille : AMSE: 40  
[http://www.amse-aixmarseille.fr/sites/default/files/dt/2012/wp\\_2016\\_nr\\_02.pdf](http://www.amse-aixmarseille.fr/sites/default/files/dt/2012/wp_2016_nr_02.pdf)

This paper analyzes labour market position of unemployed older individuals after the implementation of two major pension reforms in France. We use the French Force Labour Survey for the period 2003-2011 to assess the effects of the 2003 and the 2010 pension reforms on the exit rate from unemployment of individuals aged over 54. Using a difference-in-differences approach, we look at the effects of these reforms on the exit from unemployment to employment, and into inactivity. We find that the 2003 pension reform reduces significantly the exit to employment, while there is no significant impact of the pension reform on the exit to inactivity. For the 2010 reform, we show that the reform leads to an increase of the probability to go back to work. At the same time, the transition out of labour force through inactivity exit also rises. Unemployment and other social schemes are used as a bridge to retire early.

**De Groot, N. and P. Koenig (2016).** «**Assessing the Effects of Disability Insurance Experience Rating: The Case of the Netherlands.**» IZA Discussion Paper ; 9742. Bonn : IZA: 32 , tabl., fig.  
<http://ftp.iza.org/dp9742.pdf>

Experience rated Disability Insurance (DI) premiums are often advocated as a means to stimulate firms to reduce DI inflow and increase DI outflow. To assess the size of these intended effects of experience rating, this study provides an empirical analysis of the effects of DI experience rating in the Netherlands. We use a difference-in-difference approach with administrative matched firm and worker data that exploits the removal of experience rating for small firms in 2003 and 2004. According to our results, removing experience rating caused an increase of DI inflow of about 7% for small firms, while DI outflow decreased by 12% as a result of the reform. We argue that these effects were largely confined to the sickness period that preceded the DI claims assessment, as well as the first year of DI benefit receipt.

**Jeon, S. H. and R. V. Pohl (2016).** «**Health and Work in the Family: Evidence from Spouses' Cancer Diagnoses.**» Ottawa : Statistics Canada  
[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2733735](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2733735)

Using Canadian administrative data from multiple sources, we provide the first nationally representative estimates for the effect of spouses' cancer diagnoses on individuals' employment and earnings and on family income. Our identification strategy exploits unexpected health shocks and combines matching with individual fixed effects in a generalized difference-in-differences framework to control for observable and unobservable heterogeneity. We find strong evidence for a decline in employment and earnings of individuals whose spouses are diagnosed with cancer. We interpret this result as individuals reducing their labor supply to provide care to their sick spouses. Family income substantially declines after spouses' cancer diagnoses suggesting that the financial consequences of such



health shocks are considerable.

**Olie, J. P. and P. Legeron (2016). "Le burn-out." Paris : Académie de Médecine**

L'expansion du terme burn-out est une source de confusion en raison des limites imprécises de cette réalité. La symptomatologie du burn-out regroupe plusieurs dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction de l'accomplissement personnel. Les nosographies médicales ne mentionnent pas le burn-out. Celui-ci peut s'apparenter soit à un trouble de l'adaptation, soit à un état de stress post traumatique, soit à un état dépressif. Il peut aussi désigner un tableau de désarroi psychologique d'intensité infra clinique à celle qui est requise pour désigner une pathologie caractérisée. C'est ce que tendent à confirmer les quelques données biologiques qui ont rapporté une dys-régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-adrénocorticotrope, du système immunitaire ou encore des taux circulants de facteurs trophiques (tel le BDNF). L'échelle de mesure développée par Christina Maslach (MBI) ne peut être considérée comme un outil diagnostique : en population non clinique, elle répartit chaque dimension (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction du sentiment d'accomplissement de soi) en trois tertiles (niveau faible, intermédiaire, élevé). Les facteurs étiologiques du burn-out sont ceux des risques psycho-sociaux : (exigences du travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, manque de soutien social et de reconnaissance, conflits de valeur, insécurité de l'emploi et du travail) et ceux liés à la personnalité du sujet : des facteurs individuels peuvent être déterminants de vulnérabilité. La prévention du burn-out professionnel doit être conçue par le management de l'entreprise au plus haut niveau en impliquant tous les acteurs concernés de cette entreprise. Elle ne doit pas pour autant méconnaître les facteurs de risques inhérents au sujet lui-même : neuroticisme, surinvestissement, antécédents psychopathologique. Le médecin du travail (et le service de santé en entreprise) en accord avec sa déontologie, doit être concentré sur la définition des actions de promotion de la santé au sein de l'entreprise. Le Ministère de la Santé doit développer des campagnes d'information auprès du grand public. L'Académie de Médecine souligne la nécessité de créer une structure capable de faciliter la coopération entre Ministère de la Santé et Ministère du Travail.

**Otterbach, S., et al. (2016). "Working-Time Mismatch and Mental Health" IZA Discussion Paper ; 9818. Bonn : IZA**  
<http://ftp.iza.org/dp9818.pdf>

Nationally representative panel survey data for Germany and Australia are used to investigate the impact of working-time mismatches (i.e., differences between actual and desired work hours) on mental health, as measured by the Mental Component Summary Score from the SF-12. Fixed effects and dynamic linear models are estimated, which, together with the longitudinal nature of the data, enable person-specific traits that are time invariant to be controlled for. The incorporation of dynamics also reduces concerns about the potential effects of reverse causation. The results suggest that overemployment (working more hours than desired) has adverse consequences for the mental health of workers in both countries. Underemployment (working fewer hours than desired), however, seems to only be of significance in Australia.

**Rehwald, K., et al. (2016). "Does Activating Sick-Listed Workers Work? Evidence from a Randomized Experiment." IZA Discussion Paper ; 9771. Bonn : IZA: 43 , tabl., fig.**  
<http://ftp.iza.org/dp9771.pdf>

Using data from a large-scale randomized controlled trial conducted in Danish job centers,

this paper investigates the effects of an intensification of mandatory return-to-work activities on the subsequent labor market outcomes for sick-listed workers. Using variations in local treatment strategies, both between job centers and between randomly assigned treatment and control groups within a given job center, we compare the relative effectiveness of alternative interventions. Our results show that the use of partial sick leave increases the length of time spent in regular employment and non-reliance on benefits, and also reduces the time spent in unemployment. Traditional active labor market programs and the use of paramedical care appear to have no effect at all, or even an adverse effect.

## Vieillesse / Ageing

(2015). "Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget." Paris : CNSA

[http://www.cnsa.fr/documentation/etude\\_de\\_la\\_politique\\_de\\_laide\\_aux\\_aidants\\_et\\_evaluation\\_de\\_s\\_dispositifs\\_daide\\_aux\\_aidants\\_subventionnes\\_par\\_la\\_cnsa\\_au\\_titre\\_des\\_sections\\_iv\\_et\\_v\\_de\\_son\\_budget.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/etude_de_la_politique_de_laide_aux_aidants_et_evaluation_de_s_dispositifs_daide_aux_aidants_subventionnes_par_la_cnsa_au_titre_des_sections_iv_et_v_de_son_budget.pdf)

Le présent rapport vise à fournir à la CNSA des recommandations pour la poursuite et l'adaptation de sa politique en matière d'aide aux aidants, aussi bien en termes d'actions d'accompagnement que de modalités de déploiement et d'articulation avec les autres acteurs, pour s'assurer qu'elle mène une politique pertinente, cohérente et bien articulée avec son environnement. Il doit notamment servir de fondement à une amélioration continue des modes d'intervention des sections IV et V du budget de la CNSA.

(2016). "Retraites : pour une réforme durable." Paris : Institut Montaigne

[http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/retraite\\_pour\\_une\\_reforme\\_durable\\_fevrier2016.pdf](http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/retraite_pour_une_reforme_durable_fevrier2016.pdf)

Malgré les réformes successives, six depuis 1993, la dernière datant de janvier 2014, et l'accord conclu par les partenaires sociaux le 30 octobre 2015 sur les régimes complémentaires Agirc-Arrco, la question du financement des retraites n'est pas réglée et une nouvelle réforme sera nécessaire. Cette note réalisée par l'Institut Montaigne souligne par ailleurs que cette réforme sera nécessairement l'un des enjeux de la prochaine campagne présidentielle. En effet, à l'horizon 2040, la dette cumulée des régimes de retraite par répartition devrait représenter environ 18 points de richesse nationale, voire nettement plus selon le scénario économique retenu. L'Institut propose deux axes pour redresser les régimes à long terme. Premier axe : le recul de l'âge légal du départ en retraite d'un an, à 63 ans en 2025, et le passage à 43 annuités dès 2025 plutôt que d'attendre 2035 comme le prévoit la loi de 2014, suivi d'un ajustement plus progressif reposant sur les gains d'espérance de vie. Deuxième axe : faire converger davantage encore les régimes publics et privés. Différentes réformes ont rapproché les situations mais il reste, selon le think tank, la question du "calcul des droits". La pension de retraite des agents de l'Etat et des bénéficiaires de la plupart des régimes spéciaux est calculée sur les six derniers mois, alors que celle des salariés du privé l'est sur les 25 meilleures années. Un tel rapprochement des régimes répond à un enjeu financier important. Mais c'est aussi "la condition de l'acceptation d'efforts partagés par tous". L'Institut Montaigne suggère d'épargner les générations proches de la retraite mais il conviendra d'"appliquer intégralement et sans transition les nouvelles règles aux assurés plus éloignés de la retraite d'au moins sept ans". Dans le collimateur de l'Institut, figure aussi la prise en compte de la pénibilité, qui peut permettre un départ

anticipé à la retraite, "un piège politique" auquel "il faudrait avoir le courage de renoncer purement et simplement", au profit du développement de la prévention.

**(2016). «Vieillesse, emploi, retraites : Panorama international. Dossier du 17 février 2016.».** Paris : COR.

<http://www.cor-retraites.fr/article464.html>

Le Conseil d'Orientation des Retraites consacrait sa séance plénière du 17 février 2016 à l'examen de son dossier mensuel consacré à un panorama international des systèmes de retraite.

**Jung, J., et al. (2016). "Aging and Health Financing in the US: A General Equilibrium Approach."**

<https://ideas.repec.org/p/tow/wpaper/2016-04.html>

We quantify the effects of population aging on the US healthcare system. Our analysis is based on a stochastic general equilibrium overlapping generations model of endogenous health accumulation calibrated to match pre-2010 U.S. data. We find that population aging not only leads to large increases in medical spending but also a large shift in the relative size of public vs. private insurance. Without the Affordable Care Act (ACA), aging itself leads to a 36.6 percent increase in health expenditures by 2060. The group based health insurance (GHI) market shrinks, while the individual based health insurance (IHI) market and Medicaid expand significantly. Additional funds equivalent to roughly 4 percent of GDP are required to finance Medicare in 2060 as the elderly dependency ratio increases. The introduction of the ACA increases the fraction of insured workers to 99 percent by 2060, compared to 81 percent without the ACA. This additional increase is mainly driven by the further expansion of Medicaid and the IHI market. Interestingly, the ACA reduces aggregate health care spending by enrolling uninsured workers into Medicaid which pays lower prices for medical services. Overall, the ACA adds to the fiscal cost of population aging mainly via the Medicare and Medicaid expansion.

**Lesueur, D., et al. (2015). "Service des allocations de soutien à l'autonomie : où en est-on ?"** Paris : ODAS

[http://odas.net/IMG/pdf/cahier\\_de\\_odas\\_decembre\\_2015.pdf](http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_odas_decembre_2015.pdf)

Conduite, de septembre 2012 à décembre 2014, cette étude consacrée à la mise en œuvre par les départements des allocations APA et PCH à domicile a permis de mesurer les effets des divergences constatées entre les deux allocations. Elle a également permis de relever les efforts engagés par les départements pour unifier les actions d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de dépendance ou de handicap. Pour mener cette étude, l'ODAS a recueilli et interprété des données quantitatives et qualitatives, et construit les constats et les préconisations en s'appuyant sur une démarche d'observation partagée.

**Lindgren, B. (2016). "The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Health and Social Care."** Working Paper; 142. Stockholm :

National Institute of Economic Research

The objective of this report is to review the evidence on (a) ageing and health and (b) the demand for health and social care among the elderly. The issues discussed are: does health status of the elderly improve over time, and how do the trends in health status of the elderly affect the demand for health and social care? The review is based on some 100 published

scientific papers. While it is not a complete review, it covers most recent empirical studies of health trends and the changing pattern of demand for health and social care.

**Smith, J. C. and C. Medalia (2016). "An aging world : 2015."** Washington DC : US Census  
<http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>

This report provides an update on the world's older population as well as the demographic, health.