

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

9 décembre 2016 / December the 9th 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

Marie-Odile Safon : safon@irdes.fr

Véronique Suhard : suhard@irdes.fr

Sommaire

Assurance Maladie / Health Insurance.....	6
(2016). "Etat des lieux des soins de santé en 2015."	6
(2016). Rapport annuel 2015-2016 sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide.....	6
Geruso, M., et al. (2016). Screening in Contract Design: Evidence from the ACA Health Insurance Exchanges.....	6
Gustman, A. L., et al. (2016). The Affordable Care Act as Retiree Health Insurance: Implications for Retirement and Social Security Claiming.	7
Heiss, F., et al. (2016). Inattention and Switching Costs as Sources of Inertia in Medicare Part D	7
Ho, K., et al. (2016). The Evolution of Health Insurer Costs in Massachusetts, 2010-12.....	7
Lin, H. et Sacks, D. W. (2016). Intertemporal Substitution in Health Care Demand: Evidence from the RAND Health Insurance Experiment	8
Economie de la Santé / Health Economics.....	8
(2016). Arguments économiques pour investir en amont une plus grande partie des fonds consacrés à la santé.	8
(2016). Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude médico-économique. Phase 2.....	8
(2016). Les frais cachés des affections longue durée (ALD).....	9
(2016). Les réseaux de soins : des prix maîtrisés et une qualité contrôlée.....	9
(2016). Rapport sur la protection sociale des non-salariés et son financement.....	9
Deryugina, T., et al. (2016). The Mortality and Medical Costs of Air Pollution: Evidence from Changes in Wind Direction.....	10
Getzen, T. E. et Cheffler, R. é. (2014). Measuring and Forecasting Global Health Expenditures..	10
E-Santé / E-Health.....	11
(2016). Vision for eHealth 2025 : Common starting points for digitisation of social services and health care.....	11
Davadie, P. d., et al. (2016). La donnée n'est pas donnée : stratégie & big data.	11
Etat de santé / Health Status.....	11
(2016). Déficiences intellectuelles.....	11
Demaillly, L. et Garnoussi, N. d. (2016). Aller mieux : approches sociologiques	12

Pesko, M. F. et Currie, J. (2016). The Effect of E-Cigarette Minimum Legal Sale Age Laws on Traditional Cigarette Use and Birth Outcomes among Pregnant Teenagers.....	12
Strulik, H. (2016). The return to education in terms of wealth and health.....	12
Géographie de la santé / Geography of Health	13
Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). Pratiques spatiales d'accès aux soins.....	13
Hôpital / Hospital.....	14
(2016). Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères	14
Aragon Aragon M. J., et al. (2016). Hospital productivity growth in the English NHS 2008/09 to 2013/14.....	14
Colla, C., et al. (2016). Hospital Competition, Quality, and Expenditures in the U.S. Medicare Population	14
Fermon, B. d., et al. (2015). Performance et innovation dans les établissements de santé.....	15
Knibiehler, Y., et al. (2016). Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle.....	15
Milcent, C. (2016). Upcoding and heterogeneity in hospitals' response: A Natural Experiment.	15
Inégalités de santé / Health Inequalities	16
(2016). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2015.....	16
Apouey, B. H. (2015). Les disparités sociales de santé perçue au cours de la vie : Le cas de la France (2004-2012).....	16
Apouey, B. et Geoffard, P. Y. (2015). Parents' education and child body weight in France: The trajectory of the gradient in the early years.	17
Eikemo, T. A., et al. (2016). Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants : résultats de la 7ème vague de l'enquête sociale européenne.....	17
Guidi, C. F., et al. (2016). Inequalities by Immigrant Status in Unmet Needs for Healthcare in Europe: The Role of Origin, Nationality and Economic Resources	17
Médicaments / Pharmaceuticals.....	18
(2016). Global report on access to hepatitis C treatment. Focus on overcoming barriers.....	18
Simon-Delavelle, F., et al. (2015). Revues de dépenses 2015 : la régulation du secteur des dispositifs médicaux.....	18
Méthodologie - Statistique/ Methodology - Statistics.....	19

Fournier, C., et al. (2016). Questionnements éthiques dans les recherches qualitatives en santé	19
Winance, M., et al. (2016). Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. Les recherches qualitatives en santé.,	19
Politique de santé / Health Policy	20
(2016). Démarche d'organisation des structures de dialyse	20
(2016). Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5-6 May 2015	20
(2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability	20
(2016). "Social spending stays at historically high levels in many OECD countries"	20
(2016). Society at glance 2016. OECD Social indicators	20
Biemouret, G. et Costes, J. L. (2016). Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux	21
Bourdillon, F., et al. (2016). Traité de santé publique.	21
Degos, L., et al. (2016). "Les "parapouvoirs" de la santé."	21
Gravesen, N. (2016). Scaling up projects and initiatives for better health: from concepts to practice.,	22
Olivier, M. (2016). Rapport d'information sur les études de genre	22
Percheron, D. (2016). Le revenu de base en France : de l'utopie à l'expérimentation.	22
Prévention / Prevention	23
Buck, D., et al. (2016). The economics of housing and health.	23
Soins de santé primaires / Primary Health Care	23
(2016). Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire.....	23
(2016). Suivi gynécologique : implications des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2014-2016 - Pays de la Loire; 145.	23
Bourgueil, Y., et al. (2016). Démographie et ressources humaines en santé.	24
Collins, B. (2016). New care models : Emerging innovations in governance and organisational form.....	24
Fournier, C., et al. (2016). Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés	24
Naiditch, M., et al. (2016). Une coordination d'appui originale au médecin traitant : un outil entre dynamique professionnelle et dynamique de régulation régionale.....	25

Système de santé / Health System	25
(2016). OECD Reviews of Health Systems: Latvia	25
(2016). Slovenia Health system.....	25
(2016). The state of health care and adult social care in England 2015/16.	26
Figueras, J., et al. (2016). "Demographics and Diversity in Europe : New Solutions for Health." .	26
Travail et santé/ Occupational Health.....	26
Barnay, T. et Sirven, N. (2016). Expectations, loss aversion, and retirement decisions in the context of the 2009 crisis in Europe.	26
Kieffer, C. (2016). Troubles musculosquelettiques: quelle reconnaissance en maladies professionnelles? Étude sur dix pays européens	26
Kim, S. et Rhee, S. (2016). Measuring the Effects of Employment Protection Policies for the Disabled: Theory and Evidence from the Americans with Disabilities Act.....	27
Noelke, C. et Avendano, M. (2015). "Who suffers during recessions? Economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans."	27
Vieillessement / Aging.....	27
(2016). "Les cessations anticipées d'activité en 2014. Une hausse limitée par une progression moindre des retraites anticipées	28
(2016). Panorama des systèmes de retraite en France et à l'étranger.....	28
(2016). Report de l'âge de la retraite : effets macroéconomiques. Dossier du 19 octobre 2016,	28
Brenna, E. et Gitto, L. (2016). Financing elderly care in Italy and Europe. Is there a common vision?.....	29
Caroli, E., et al. (2016). Is there a Retirement-Health Care utilization puzzle? Evidence from SHARE data in Europe. Working Paper; 49	29
Costa-Font, J., et al. (2016). Thinking of Incentivizing Care? The Effect of Demand Subsidies on Informal Caregiving and Intergenerational Transfers.....	30
Heger, D. et Korfhage, T. (2016). Care choices in Europe: To each according to his needs?	30
Ilinca, S., et al. (2016). Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: Policy meets Theory.....	30
Patacchini, E. et Engelhardt, G. V. (2016). Work, Retirement, and Social Networks at Older Ages.	31
Pestiau, P. et Ponthiere, G. (2015). Long-term care and births timing.....	31
Sherlaw-Johnson, C., et al. (2016). Using data to identify good-quality care for older people	31

Assurance Maladie / Health Insurance

(2016). "Etat des lieux des soins de santé en 2015." *Décryptages : Etudes Et Analyses Du Cleiss*(20): 2
<http://www.cleiss.fr/docs/decryptage/decryptage20.html>

A la lumière des récentes données statistiques de 2015, le Cleiss a procédé, comme chaque année, à un nouvel état des lieux des dépenses de soins de santé en France des assurés des régimes étrangers et des dépenses à l'étranger des assurés des régimes français

(2016). **Rapport annuel 2015-2016 sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide.** Paris : Fonds CMU
http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_ACS_2015-2016.pdf

Le gouvernement a réformé le dispositif d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) afin d'en faciliter l'accès au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence visant à offrir une plus grande lisibilité des offres de contrats et de meilleures garanties à des prix plus bas. Ainsi, depuis le 1er juillet 2015, trois types de contrats de complémentaire santé ouvrent droit à l'utilisation de l'ACS : le contrat A d'entrée de gamme, le contrat B intermédiaire, le contrat C de niveau supérieur. Ce rapport annuel dresse un premier bilan de la réforme. Il porte sur les personnes protégées par les nouveaux contrats A, B, C au 31 janvier 2016 et couvre ainsi 80 % des personnes utilisatrices de l'aide à la même date, 20 % étant alors encore protégées par les anciens contrats. Les résultats montrent que l'évolution des effectifs des personnes protégées par un contrat ACS n'a connu aucune rupture et s'est poursuivie à un rythme satisfaisant malgré le changement occasionné par la mise en œuvre effective de la réforme sur le terrain ; le niveau de garantie des contrats s'est amélioré ; malgré l'augmentation du niveau de garantie des contrats, leur prix baisse en moyenne de 10%. À eux seuls, ces trois constats mettent en évidence l'effet positif de la réforme sur les personnes protégées. Le rapport démontre également l'enjeu central représenté par l'application effective de l'opposabilité des tarifs des médecins en ville et à l'hôpital sur le niveau de garantie offert par les contrats ACS (résumé de l'éditeur)

Geruso, M., et al. (2016). Screening in Contract Design: Evidence from the ACA Health Insurance Exchanges. NBER Working Paper series : n° 22832. Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w22832

By steering patients to cost-effective substitutes, the tiered design of prescription drug formularies can improve the efficiency of healthcare consumption in the presence of moral hazard. However, a long theoretical literature describes how contract design can also be used to screen consumers by profitability. In this paper, we study this type of screening in the ACA Health Insurance Exchanges. We first show that despite large regulatory transfers that neutralize selection incentives for most consumer types, some consumers are unprofitable in a way that is predictable by their prescription drug demand. Then, using a difference-in-differences strategy that compares Exchange formularies where these selection incentives exist to employer plan formularies where they do not, we show that Exchange insurers design formularies as screening devices that are differentially unattractive to unprofitable consumer types. This results in inefficiently low levels of coverage for the corresponding drugs in equilibrium. Although this type of contract distortion has been highlighted in the prior theoretical literature, until now empirical evidence has been rare. The impact on out-of-pocket costs for consumers affected by the distortion is substantial—potentially thousands of dollars per year—and the distortion creates an equilibrium in which contracts that efficiently trade off moral hazard and risk protection cannot exist.

Gustman, A. L., et al. (2016). The Affordable Care Act as Retiree Health Insurance: Implications for Retirement and Social Security Claiming. NBER Working Paper series : n° 22815. Cambridge: NBER www.nber.org/papers/w22815

Using data from the Health and Retirement Study, we examine the effects of the Affordable Care Act (ACA) on retirement. We first calculate retirements (and in related analyses changes in expected ages of retirement and/or Social Security claiming) between 2010, before ACA, and 2014, after ACA, for those with health insurance at work but not in retirement. This group experienced the sharpest change in retirement incentives from ACA. We then compare retirement measures for those with health insurance at work but not in retirement with retirement measures for two other groups, those who, before ACA, had employer provided health insurance both at work and in retirement, and those who had no health insurance either at work or in retirement. To complete a difference-in-difference analysis, we make the same calculations for members of an older cohort over the same age span. We find no evidence that ACA increases the propensity to retire or changes the retirement expectations of those who, before ACA, had coverage when working but not when retired. An analysis based on a structural retirement model suggests that eventually ACA will increase the probability of retirement by those who initially had health insurance on the job but did not have employer provided retiree health insurance. But the retirement increase is quite small, only about half a percentage point at each year of age. The model also suggests that much of the effect of ACA on retirement will be realized within a few years of the change in the law.

Heiss, F., et al. (2016). Inattention and Switching Costs as Sources of Inertia in Medicare Part D. NBER Working Paper series : n° 22765. Cambridge: NBER www.nber.org/papers/w22765

The trend towards giving consumers choice about their health plans has invited research on how good they actually are at making these decisions. The introduction of Medicare Part D is an important example. Initial plan choices in this market were generally far from optimal. In this paper, we focus on plan choice in the years after initial enrollment. Due to changes in plan supply, consumer health status, and prescription drug needs, consumers' optimal plans change over time. However, in Medicare Part D only about 10% of consumers switch plans every year, and on average, plan choices worsen for those who do not switch. We develop a two-stage panel data model of plan choice whose stages correspond to two separate reasons for inertia: inattention and switching costs. The model allows for unobserved heterogeneity that is correlated across the two decision stages. We estimate the model using administrative data on Medicare Part D claims from 2007 to 2010. We find that consumers are more likely to pay attention to plan choice if overspending in the last year is more salient and if their old plan gets worse, for instance due to premium increases. Moreover, conditional on attention there are significant switching costs. Separating the two stages of the switching decision is thus important when designing interventions that improve consumers' plan choice.

Ho, K., et al. (2016). The Evolution of Health Insurer Costs in Massachusetts, 2010-12. NBER Working Paper series : n° 22835. Cambridge: NBER www.nber.org/papers/w22835

We analyze the evolution of health insurer costs in Massachusetts between 2010-2012, a period in which the use of physician cost control incentives spread among insurers. We show that the growth of costs and its relationship to the introduction of cost control incentives cannot be understood without accounting for (i) consumers' switching between plans, and

(ii) differences in cost characteristics between new entrants and those leaving the market. New entrants are markedly less costly than those leaving (and their costs fall after their entering year), so cost growth of those who stay in a plan is significantly higher than average per-member cost growth. Cost control incentives were used by Health Maintenance Organizations (HMOs). Relatively high-cost HMO members switched to Preferred Provider Organizations (PPOs) while low-cost PPO members switched to HMOs. As a result, the impact of cost control incentives on HMO costs is likely different from their impact on market-wide insurer costs.

Lin, H. et Sacks, D. W. (2016). Intertemporal Substitution in Health Care Demand: Evidence from the RAND Health Insurance Experiment. NBER Working Paper series : n° 22802. Cambridge: NBER www.nber.org/papers/w22802

Nonlinear cost-sharing in health insurance encourages intertemporal substitution because patients can reduce their out-of-pocket costs by concentrating spending in years when they hit the deductible. We test for such intertemporal substitution using data from the RAND Health Insurance Experiment, where people were randomly assigned either to a free care plan or to a cost-sharing plan which had coinsurance up to a maximum dollar expenditure (MDE). Hitting the MDE—leading to an effective price of zero—has a bigger effect on monthly health care spending and utilization than does being in free care, because people who hit the MDE face high future and past prices. As a result, we estimate that sensitivity to short-lasting price changes is about twice as large as sensitivity to long-lasting changes. These findings help reconcile conflicting estimates of the price elasticity of demand for health care, and suggest that high deductible health plans may be less effective than hoped in controlling health care spending.

Economie de la Santé / Health Economics

(2016). Arguments économiques pour investir en amont une plus grande partie des fonds consacrés à la santé. Antagonish : Université St. Francis Xavier http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Economic_Arguments_FR_April_21.pdf

Depuis plusieurs décennies, les chercheurs et les tenants de changements stratégiques répètent preuves économiques à l'appui que le secteur de la santé servirait mieux la population – et à moindre coût – si les fonds étaient consacrés à l'amélioration des conditions de vie et de travail des individus. Le présent document de discussion vise à redonner vie à ce genre de propos, à plus forte raison dans le contexte actuel marqué par une multiplication des capacités que permettent les percées technologiques, une population vieillissante, une augmentation de l'incidence des maladies chroniques, des écarts de richesse qui se creusent de manière exponentielle et un ralentissement économique généralisé. Le document de discussion couvre ce qui suit : 1) un aperçu des dépenses du système de santé, 2) une discussion autour des facteurs motivant l'investissement en amont d'une part de l'enveloppe budgétaire consacrée à la santé, 3) une synthèse des principaux arguments économiques pour diriger en amont les fonds consacrés à la santé, 4) des exemples d'utilisation efficace d'arguments économiques dans les domaines du développement de la petite enfance et de la sécurité alimentaire et 5) un regard vers l'avenir relativement aux démarches possibles et des questions à débattre.

(2016). Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude médico-économique. Phase 2. Appui à la décision / Dépistage et détection précoce. Boulogne-Billancourt : INCA

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-2>

Ce rapport de fin de phase 2 constitue une évaluation médico-économique de la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, fondée sur un modèle de microsimulation reproduisant l'évolution naturelle de l'infection à HPV et les stratégies de dépistage possibles

(2016). Les frais cachés des affections longue durée (ALD). Paris : CISS, Boulogne-Billancourt : Santéclair

http://leciss.org/sites/default/files/Dossier-presse_Rac-Ald.pdf

Malgré le dispositif de prise en charge à 100 % de la sécurité sociale, des frais substantiels restent à la charge des patients en ALD. C'est ce sur quoi porte cette enquête de l'Observatoire citoyen des restes-à-charge en santé, qui s'est ici associé au cabinet Cemka Eval afin d'étudier les chiffres issus des bases de données de l'Assurance maladie et plus spécifiquement de l'échantillon généraliste des bénéficiaires. L'Observatoire a également fait appel à des témoignages d'usagers du système de santé recueillis par des associations de patients : Aides, la Fédération française des diabétiques, la Ligue contre le cancer, La Note rose et Renaloo. Cette étude a donc pour objet d'aider à comprendre en quoi consistent les restes-à-charge, le type de frais de santé qui les composent en particulier pour les personnes en ALD, afin de permettre aux personnes de mettre en place la meilleure stratégie pour les contenir au maximum notamment en ayant le plus d'éléments en main pour faire intervenir de la façon la plus pertinente une éventuelle assurance complémentaire santé.

(2016). Les réseaux de soins : des prix maîtrisés et une qualité contrôlée. Paris : CISS

<http://www.leciss.org/espace-presse/communiqu%C3%A9s-de-presse/communiqu%C3%A9-reseaux-de-soins-des-prix-maitrises-et-une-qualite-controlee>

L'Observatoire citoyen des restes à charge livre les résultats d'une étude menée par le Cabinet Asterès sur les réseaux de soins. Cette étude s'appuie notamment sur des données récoltées auprès des différents acteurs œuvrant dans le domaine. Elle apporte un éclairage étayé sur le rôle que jouent les plateformes animant ces réseaux et l'intérêt que ces derniers présentent autant en matière de maîtrise des tarifs que d'encadrement de la qualité des soins. Les réseaux de soins sont mis en œuvre par différentes complémentaires santé depuis le milieu des années 1990 via des plateformes qui contractualisent avec certains professionnels de santé dans le but de proposer des tarifs inférieurs à ceux du marché tout en garantissant aux patients une qualité des soins maîtrisée. On compte aujourd'hui 7 plateformes distinctes pour un total de personnes assurées estimé à environ 40 millions.

(2016). Rapport sur la protection sociale des non-salariés et son financement. Paris : HCFPS

<http://www.securite-sociale.fr/Rapport-sur-la-protection-sociale-des-non-salaries-et-son-financement>

Réalisé sur demande du Premier ministre, ce rapport examine de façon analytique les différentes composantes de la protection sociale des non-salariés (organisation des régimes et architecture financière, modalités d'affiliation à ces régimes, assiette et modalités des prélèvements, couverture des risques sociaux). Il essaie, de façon systématique, de confronter la situation des travailleurs non-salariés " classiques", dans leur diversité (artisans, commerçants, dirigeants, professions libérales, exploitants agricoles), avec celle des salariés d'une part, et d'autre part avec celle des " nouveaux indépendants ", exerçant sous le régime

de la micro-entreprise ou dans le cadre des plateformes d'intermédiation, qui accroissent cette diversité des formes d'emploi et d'activité. Le rapport s'achève sur un ensemble de propositions et de scénarios versés au débat, sachant que trois orientations pourraient être privilégiées : "la simplification et la clarification des frontières entre activités professionnelles et non professionnelles, ainsi que des règles d'affiliation des indépendants, l'équité des prélèvements finançant les risques sociaux dont la couverture est devenue universelle et l'amélioration des droits sociaux des travailleurs non-salariés pour lesquels ils sont les plus fragiles".

Deryugina, T., et al. (2016). The Mortality and Medical Costs of Air Pollution: Evidence from Changes in Wind Direction. NBER Working Paper series : n° 22796. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22796

We estimate the effect of acute air pollution exposure on mortality, life-years lost, and health care utilization among the US elderly. We address endogeneity and measurement error using a novel instrument for air pollution that strongly predicts changes in fine particulate matter (PM 2.5) concentrations: changes in the local wind direction. Using detailed administrative data on the universe of Medicare beneficiaries, we find that an increase in daily PM 2.5 concentrations increases three-day county-level mortality, hospitalizations, and inpatient spending, and that these effects are not explained by co-transported pollutants like ozone and carbon monoxide. We then develop a new methodology to estimate the number of life-years lost due to PM 2.5. Our estimate is much smaller than one calculated using traditional methods, which do not adequately account for the relatively low life expectancy of those killed by pollution. Heterogeneity analysis reveals that life-years lost due to PM 2.5 varies inversely with individual life expectancy, indicating that unhealthy individuals are disproportionately vulnerable to air pollution. However, the largest aggregate burden is borne by those with medium life expectancy, who are both vulnerable and comprise a large share of the elderly population.

Getzen, T. E. et Cheffler, R. é. (2014). Measuring and Forecasting Global Health Expenditures. *Global Health Economics and Public Policy.*, Singapore : World scientific: 37.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2542826

Section I of this chapter briefly reviews the literature on medical spending, which suggests that health expenditures began small but steadily increased throughout history (from 1 percent to 4 percent of GDP), then began to increase rapidly among wealthier developed countries after 1950. Section II examines temporal and spatial dimensions of measurement, which suggest that the evolution of global health expenditures may be best observed by tracking health expenditures as a share of GDP over decades. Nominal and real per capita amounts are subject to distortions created by lags and currency valuation. Months and years are too short a span, while persons, households and provinces are too small. Section III covers growth in the components of health expenditures (population, income, inflation, excess due to technology and other factors). A model of national health expenditure decisions over time is presented and used to explain empirical findings of varying distributed lag responses to macroeconomic growth and development. Section IV considers the methods and accuracy of national health expenditure forecasting. Section V addresses some problems of variable identification, with specific applications to population aging and the aggregate fiscal burden of care for the elderly. Section

E-Santé / E-Health

(2016). Vision for eHealth 2025 : Common starting points for digitisation of social services and health care. Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs

<http://www.government.se/contentassets/b0fd09051c6c4af59c8e33a3e71fff24/vision-for-ehealth-2025.pdf>

La Suède veut devenir un chef de file mondial en matière de santé numérique. Les gouvernements nationaux, régionaux et locaux ont adopté une stratégie de cybersanté pour faire du pays un leader mondial dans la numérisation des soins de santé et des services sociaux d'ici 2025. La vision intégrée fera la promotion de services numériques accessibles et équitables qui priorisent la qualité, l'efficacité et la vie privée.

Davadie, P. d., et al. (2016). La donnée n'est pas donnée : stratégie & big data. La Grange Buffly : Editions Kawa

La donnée est au cœur de la révolution cyber : tous les outils quotidiens la brassent sans relâche au point qu'elle suscite un nouvel intérêt et qu'elle est à la pointe du débat scientifique : propriété des données, usage des données, localisation des données sont des sujets au goût du jour. Certains estiment même qu'à la guerre de l'information va succéder la guerre des données. Or ces sujets ne peuvent être débattus sereinement que si, au préalable, on a pris la peine de définir ce que le terme recouvre. Cet ouvrage répond à cette question, s'interrogeant sur le sens de la donnée selon les disciplines (économie, informatique, philosophie), puis sur le rôle de la donnée dans l'espace numérique. Il s'attache ensuite à décrire les différentes stratégies de la donnée, que ce soit dans le secteur privé ou dans le secteur public. Il est constitué des actes d'un colloque organisé à l'École Militaire en mars 2015, augmentés de quelques participations originales.

Etat de santé / Health Status

(2016). Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Paris : INSERM

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/164000680-deficiences-intellectuelles>

La « déficience intellectuelle » est définie par un déficit de l'intelligence et des limitations du fonctionnement adaptatif apparaissant avant l'âge adulte. La situation de handicap qui peut en résulter ne dépend pas seulement de la présence de la déficience intellectuelle, mais également de facteurs environnementaux ne favorisant pas la pleine participation de la personne à la communauté et son insertion totale dans la société. La déficience intellectuelle est fréquente puisqu' environ 1 à 2 % de la population sont concernés. L'explosion récente des connaissances, tant sur les causes des déficiences intellectuelles que sur les processus cognitifs et adaptatifs sous-jacents, permet de mieux appréhender le fonctionnement des personnes avec déficience intellectuelle ; de nouvelles stratégies d'apprentissages, d'accompagnement et de soutien, mieux adaptées, sont proposées. Toutefois, ces connaissances restent insuffisamment partagées et mises au service des personnes. Sollicitée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), cette expertise collective fait le bilan des connaissances actuelles dans trois champs : Définitions, repérage et diagnostic ; Apprentissages, développement et compétences des personnes avec une déficience intellectuelle ; Accompagnement tout au long de la vie. Le groupe d'experts propose

également de nombreuses recommandations d'actions et de recherche (résumé de l'éditeur).

Demailly, L. et Garnoussi, N. d. (2016). *Aller mieux : approches sociologiques*, Paris : Presses Universitaires du Septentrion

Explorer les représentations et les pratiques de « l'aller mieux » dans le domaine de la santé et de la santé mentale plus particulièrement, tel est l'objectif général de cet ouvrage dont les contributions portent sur les dynamiques, les acteurs, les ressources concrètes et le vécu de la guérison, du rétablissement, du « s'en sortir ». Souvent psychologisés ou naturalisés, les processus de l'aller-mieux sont ici analysés comme un objet à part entière de la sociologie qui livre sur eux des éclairages nouveaux. Ces processus s'inscrivent au croisement de plusieurs domaines, celui des institutions du « normal » et du « pathologique », des politiques de soin et de care, de l'éthique et de l'existential. Aussi l'ouvrage donne-t-il la parole à des philosophes, des professionnels, des patients, ainsi qu'à des innovateurs, en présentant les expériences actuelles de pair-aidance en France ou dans d'autres pays.

Pesko, M. F. et Currie, J. (2016). *The Effect of E-Cigarette Minimum Legal Sale Age Laws on Traditional Cigarette Use and Birth Outcomes among Pregnant Teenagers*. *NBER Working Paper series* : n° 22792. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22792

We use United States birth record data to estimate the effect of e-cigarette minimum legal sale age laws on cigarette use and birth outcomes for pregnant teenagers. While these laws may have reduced e-cigarette use, we hypothesize that these laws may have also increased cigarette use during pregnancy by making it more difficult to use e-cigarettes to reduce/quit smoking. We use cross-sectional and panel data models to find that e-cigarette minimum legal sale age laws increase underage pregnant teenagers' smoking by 2.1 percentage points. The laws may have also modestly improved select birth outcomes, perhaps by reducing overall nicotine exposure from vaping and smoking combined.

Strulik, H. (2016). *The return to education in terms of wealth and health*. *CEGE Discussion paper series* ; 293. Göttingen : Center for European Governance and Economic Development Research. (C.E.G.E.)
<http://wwwuser.gwdg.de/~cege/Diskussionspapiere/DP293.pdf>

This study presents a new view on the association between education and longevity. In contrast to the earlier literature, which focused on inefficient health behaviour of the less educated, we investigate the extent to which the education gradient can be explained by fully rational and efficient behavior of all social strata. Specifically, we consider a life-cycle model in which the loss of body functionality, which eventually leads to death, can be accelerated by unhealthy behavior and delayed through health expenditure. Individuals are heterogeneous with respect to their return to education. The proposed theory rationalizes why individuals equipped with a higher return to education chose more education as well as a healthier lifestyle. When calibrated for the average male US citizen, the model motivates about 50% percent of the observable education gradient by idiosyncratic returns to education, with causality running from education to longevity. The theory also explains why compulsory schooling has comparatively small effects on longevity and why the gradient gets larger over time through improvements in medical technology.

Géographie de la santé / Geography of Health

(2016). Comment faire les bons choix pour améliorer ensemble la santé de nos territoires ? Actes., Paris : Anap.

http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/performance_en_sante/Actes/ANAP_Actes_UDT_2016.pdf

A l'occasion de la 6ème édition de l'Université d'été de la performance en santé qui se sont tenues à Lyon les 2 & 3 septembre 2016, les initiatives locales entreprises afin de répondre aux besoins de santé de la population sur un territoire ont été mises en exergue. Ce document rassemble les interventions de ce congrès.

Com-Ruelle, L., et al. (2016). "Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins." Questions D'economie De La Sante (Irdes)(219): 8.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf>

En France, l'offre de soins médicaux se situe dans la moyenne de celle des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mais elle est inégalement répartie sur le territoire. Les professionnels de santé sont concentrés dans les zones urbaines, les métropoles et le long du littoral. Les inégalités d'offre de soins de ville sont très marquées lorsqu'elles sont mesurées par l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) qui estime, au niveau communal, l'adéquation entre offre et demande de soins. Menée à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes appariée avec les données administratives de l'Assurance maladie, cette étude met en évidence des différences de recours aux soins ambulatoires en termes de taux de recours, de recours au professionnel de santé le plus proche et de distances supplémentaires parcourues par les patients. L'analyse tient compte des caractéristiques individuelles des patients ainsi que de trois indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins. Les résultats montrent qu'une offre de soins de proximité peu disponible conduit les patients à plus souvent se déplacer, c'est-à-dire à moins souvent recourir à l'offre de soins la plus proche. En revanche, ils sont moins enclins à parcourir des distances supplémentaires au-delà du professionnel de santé le plus proche lorsque ce dernier est éloigné du domicile, ce qui limite leur liberté de choix.

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). Pratiques spatiales d'accès aux soins. Les rapports de l'Irdes ; 564. Paris IRDES: 98.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

La question traitée ici est celle de l'accès effectif des patients aux soins qu'ils consomment. L'objectif est de comprendre ce qui conduit le patient à consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ou à choisir un établissement de santé plus éloigné que celui correspondant à l'offre disponible la plus proche de son lieu de résidence. Pour ce faire, nous avons analysé les consommations de soins lorsque le patient se déplace, en ville comme à l'hôpital de court séjour. Cette étude a été réalisée en exploitant l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes de 2010 appariée aux données de consommation de soins ambulatoires et hospitaliers issues du Système national inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) et du Programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers pour le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique : PMSI-MCO). Sur le champ de l'ambulatoire comme celui de l'hospitalisation en court séjour, l'analyse met en évidence comment le contexte influence le choix du patient et comment les caractéristiques individuelles des patients interfèrent

dans cette relation. Globalement, une faible disponibilité de l'offre de soins conduit les patients à plus souvent se déplacer, réduit leur possibilité de choisir librement un professionnel de santé et pose la question du lien entre accessibilité financière et territoriale à l'offre de soins.

Hôpital / Hospital

(2016). **Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères**. Paris : ANAP

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes/>

Le projet médical partagé est la pierre angulaire des groupements hospitaliers de territoires (GHT). Le projet médical partagé a pour ambition de mettre en place une gradation des soins hospitaliers dans une organisation par filière et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire. Les fiches repères proposent des orientations méthodologiques pour identifier les points-clés dans la démarche d'élaboration et proposer un cadre de réflexion propre à chaque filière. Les fiches repères visent à appuyer le passage des jalons réglementaires dans la rédaction du projet médical partagé dans la perspective de la finalisation des projets médicaux partagés au 30 juin 2017. A ce titre, il ne s'agit pas de proposer un « guide clé en mains » mais bien plus des orientations méthodologiques pour identifier les points clé dans la démarche d'élaboration et proposer un cadre de réflexion propre à chaque filière. Les fiches repères visent à apporter un appui pragmatique : aux GHT qui ont besoin de méthode, ceux qui sont en difficulté, ceux qui ne sont pas accompagnés et/ou qui ont du mal à mobiliser les acteurs ; et/ou à tous les GHT pour inscrire le projet médical partagé dans une perspective évolutive.

Aragon Aragon M. J., et al. (2016). Hospital productivity growth in the English NHS 2008/09 to 2013/14. CHE Research Paper Series ; 138. York : University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP138_Hospital_Productivity_NHS.pdf

This report is concerned with the extent to which NHS hospital Trusts make better use of resources over time by increasing the number of patients they treat and the services they deliver for the same or fewer inputs. The ratio of all outputs to all inputs is termed Total Factor Productivity (TFP) and growth in TFP is vital to achieving patient care with increasingly limited resources. Measures of TFP for the NHS as a whole are well-established but any aggregate measure may reflect a diversity of experience and performance across individual Trusts. In this report we extend earlier studies to determine whether measures of TFP growth at the level of individual Trusts can establish consistently high performers - Trusts that habitually exhibit above average TFP growth. This work is potentially important because it may establish a benchmark figure for high performance and thus enable setting realistic targets for efficiency savings, and identify Trusts that are exemplars of good performance so that others can learn from their practices and methods (résumé d'auteurs)

Colla, C., et al. (2016). Hospital Competition, Quality, and Expenditures in the U.S. Medicare Population. NBER Working Paper series : n° 22826. Cambridge : NBER: 47

www.nber.org/papers/w22826

Theoretical models of competition with fixed prices suggest that hospitals should compete by increasing quality of care for diseases with the greatest profitability and demand elasticity.

Most empirical evidence regarding hospital competition is limited to heart attacks, which in the U.S. generate positive profit margins but exhibit very low demand elasticity – ambulances usually take patients to the closest (or affiliated) hospital. In this paper, we derive a theoretically appropriate measure of market concentration in a fixed-price model, and use differential travel-time to hospitals in each of the 306 U.S. regional hospital markets to instrument for market concentration. We then estimate the model using risk-adjusted Medicare data for several different population cohorts: heart attacks (low demand elasticity), hip and knee replacements (high demand elasticity) and dementia patients (low demand elasticity, low or negative profitability). First, we find little correlation within hospitals across quality measures. And second, while we replicate the standard result that greater competition leads to higher quality in some (but not all) measures of heart attack quality, we find essentially no association between competition and quality for what should be the most competitive markets – elective hip and knee replacements. Consistent with the model, competition is associated with lower quality care among dementia patients, suggesting that competition could induce hospitals to discourage unprofitable patients.

Fermon, B. d., et al. (2015). Performance et innovation dans les établissements de santé. Paris : Dunod

La performance est un concept qui a envahi le monde de la santé à tous les niveaux. Ce concept est cependant difficile à appréhender : la performance comporte de multiples dimensions dont chacune n'éclaire qu'un aspect de la question. En outre, il fait — entre autres — référence à la dimension économique du soin qui n'est pas spontanément ancrée dans le secteur. Une approche globale portant non seulement sur chacune des dimensions, mais également sur le produit de leurs interactions, est nécessaire pour rendre compte du concept. Un éclairage selon les points de vue des différentes parties prenantes du système de santé est également à considérer pour comprendre toute la complexité du déploiement et du pilotage de la performance au niveau macro et microéconomique.

Knibiehler, Y., et al. (2016). Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. Rennes : Presses de l'EHESP

Au lendemain de la Libération, le vécu et les représentations de l'accouchement se transforment. Progressivement, l'exercice de la profession de sage-femme passe de la plus large autonomie à la dépendance envers la médecine et l'hôpital. À partir d'une centaine de témoignages, Yvonne Knibiehler retrace l'histoire récente des sages-femmes : les progrès techniques et l'engouement pour l'accouchement à l'hôpital dans les années 1960, les changements de relations avec les patientes sous l'influence du féminisme, les revendications autour des statuts... Une histoire de ce métier « féminin » par excellence qui met en lumière la confrontation au pouvoir médical et à la domination masculine et rappelle l'évolution des mentalités et de la place des femmes dans la société. Cette 2e édition mise à jour est augmentée d'une préface et d'une étude sociologique inédite de Florence Douguet et Alain Vilbrod sur les mutations en cours au sein de la profession. Un ouvrage précieux qui offre aux sages-femmes un nouveau regard sur leur pratique et leurs combats passés, actuels et à venir.

Milcent, C. (2016). Upcoding and heterogeneity in hospitals' response: A Natural Experiment.

Working paper ; 16–13. Paris : Ecole d'Economie de Paris

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01340557/document>

How has this administrative change affected the healthcare providers behaviour? Using a unique longitudinal database with 145 million stays, this document studies the dependence of the severity classification associated with hospital stays on a financial incentive, as well as the resulting budgetary reallocations. The classification of diagnosis-related groups (DRGs) in France changed in 2009. The number of groups was multiplied by 4. Controlling for pathology indicators and hospital fixed effects, I unambiguously demonstrate that a finer classification led to an “upcoding” of stays. Because of a fixed annual budget at the national level, these results directly imply that the upcoding led to a budget reallocation which increased the share of health spending that went to for-profit hospitals, at the expense of public nonresearch hospitals. This budget reallocation did not correspond to any change in the actual production of care.

Inégalités de santé / Health Inequalities

(2016). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2015. Paris : Médecins du Monde

<http://www.medecinsdumonde.org/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015>

L'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leurs problèmes de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire. A l'occasion de la Journée mondiale du refus de la misère, le 17 octobre 2016, Médecins du Monde a publié son 16e rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins des plus démunis en France. Un rapport qui témoigne des difficultés persistantes rencontrées par ces personnes pour accéder à leurs droits et se faire soigner. Cette année, elle constate que les politiques publiques sont bien en-deçà des enjeux actuels. De plus, l'année 2015 a été marquée par de nombreuses réformes (loi de santé, loi immigration, loi asile, réforme PUMa....) qui sont venues modifier en profondeur le contexte législatif français en matière d'accueil et d'intégration des étrangers en particulier et qui ont fortement mobilisé les équipes de Médecins du Monde.

Apouey, B. H. (2015). Les disparités sociales de santé perçue au cours de la vie : Le cas de la France (2004-2012). PSE Working Papers ; 2015-14. Paris : Ecole économique de Paris

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01155138/document>

Dans le contexte du vieillissement de la population, il semble important de mieux comprendre comment les inégalités sociales de santé évoluent au cours de la vie. Cet article s'intéresse à la corrélation entre le statut socioéconomique et la santé et au changement de cette corrélation avec l'âge. Les données proviennent de l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale entre 2004 et 2012. L'échantillon contient des individus âgés de 20 à 65 ans et compte environ 40000 observations. Le statut socioéconomique est mesuré par le niveau d'éducation et de revenu, tandis que la santé est quantifiée à l'aide de la variable de santé subjective. Les modèles économétriques régressent la santé sur le statut socioéconomique d'une part, et sur un ensemble de termes d'interaction entre le statut

socioéconomique et les groupes d'âge d'autre part. Les régressions tiennent compte des caractéristiques démographiques des individus ainsi que de leur cohorte de naissance. Le statut socioéconomique est positivement corrélé à l'état de santé. L'association entre revenu et santé commence par se renforcer au début de l'âge adulte, avant d'atteindre un palier, puis de décroître après 55 ans. Les inégalités sociales de santé se renforcent, se stabilisent, puis s'affaiblissent à l'âge adulte en France. Ces changements pourraient trouver leur source dans les styles de vie et les conditions de travail.

Apouey, B. et Geoffard, P. Y. (2015). Parents' education and child body weight in France: The trajectory of the gradient in the early years. Working paper n° 2015 – 36. sl : Halshs archives ouvertes

<https://ideas.repec.org/p/hal/psewpa/halshs-01223321.html>

This paper explores the relationship between parental education and offspring body weight in France. Using two large datasets spanning the 1991-2010 period, we examine the existence of inequalities in maternal and paternal education and child reported body weight measures, as well as their evolution across childhood. Our empirical specification is flexible and allows this evolution to be non-monotonic. Significant inequalities are observed for both parents' education – maternal (respectively paternal) high education is associated with a 7.20 (resp. 7.10) percentage points decrease in the probability that the child is reported to be overweight or obese, on average for children of all ages. The gradient with respect to parents' education follows an inverted U-shape across childhood, meaning that the association between parental education and child body weight widens from birth to age 8, and narrows afterward. Specifically, maternal high education is correlated with a 5.30 percentage points decrease in the probability that the child is reported to be overweight or obese at age 2, but a 9.62 percentage points decrease at age 8, and a 1.25 percentage point decrease at age 17. The figures for paternal high education are respectively 5.87, 9.11, and 4.52. This pattern seems robust, since it is found in the two datasets, when alternative variables for parental education and reported child body weight are employed, and when controls for potential confounding factors are included. The findings for the trajectory of the income gradient corroborate those of the education gradient. The results may be explained by an equalization in actual body weight across socioeconomic groups during youth, or by changes in reporting styles of height and weight.

Eikemo, T. A., et al. (2016). Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants : résultats de la 7ème vague de l'enquête sociale européenne. Londres : ERIC ESS

www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS7-Topline6-Health-FRENCH.pdf

The European Social Survey (ESS) report analyses European attitudes towards physical and mental health from the most recent survey. The ESS module on 'Social inequalities in health and their determinants' and the cross-national comparability of data it offers, provides a valuable

Guidi, C. F., et al. (2016). Inequalities by Immigrant Status in Unmet Needs for Healthcare in Europe: The Role of Origin, Nationality and Economic Resources. EUJ Working Paper RSCAS 2016/55. San Domenico di Fiesole : Robert Schuman Center for Advanced Studies.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2860634

The aim of the research is to assess whether there are inequalities in unmet needs for healthcare between natives and migrants within Europe. We used cross-sectional data from the European Statistics on Income and Living Conditions 2012. Our dependent variables were

perceived unmet needs for medical and dental examination or treatment. Our main independent variable is immigrant status, defined using a combination of country of birth and citizenship (nationals born in the country of residence, reference; European Union-born nationals; non-EU born nationals; EU-born foreigners; non EU-born foreigners). The prevalence ratios of unmet needs according to immigrant status are obtained through sex-stratified robust Poisson regression models, sequentially adjusted by age, health status and socio-economic characteristics. The prevalence of medical unmet needs, adjusted by age and health status, is higher in foreign women, both EU-born and non-EU born, but it is no longer significant after the socioeconomic adjustment. For dental unmet needs, the risk is significantly higher for all foreigners, EU and non EU-born, men and women. Once adjusted for socioeconomic variables significant inequalities persist, although diminished, for both EU-born and non-EU-born foreign men and EU-born foreign women. This study contributes to the discussion of adequate access to healthcare systems and adaptation of services for migrants. While inequalities cannot be detected for naturalised immigrants, the higher risk of unmet need affecting foreigners, even within the EU, deserves further attention

Médicaments / Pharmaceuticals

(2016). Global report on access to hepatitis C treatment. Focus on overcoming barriers. Genève : OMS

This is the first-ever global report on treatment access to hepatitis C medicines. The report provides the information that countries and health authorities need to identify the appropriate HCV treatment, and procure it at affordable prices. The report uses the experience of several pioneering countries to demonstrate how barriers to treatment access can be overcome. It also provides information on the production of new hepatitis C drugs and generic versions worldwide, including where the drugs are registered, where the drugs are patented and where not, and what opportunities countries have under the license agreements that were signed by some companies as well as current pricing of all recommended direct-acting antivirals (DAAs), including by generic companies all over the world.

Simon-Delavelle, F., et al. (2015). Revues de dépenses 2015 : la régulation du secteur des dispositifs médicaux, Paris : IGAS ; Paris : IGS
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article535>

Les revues de dépenses constituent un dispositif d'évaluation des dépenses publiques, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 (art.22). Réalisées par les corps d'inspection et de contrôle, elles ont pour objectif de documenter des mesures et des réformes structurelles de redressement des comptes publics. Elles obéissent à une procédure spécifique, qui associe étroitement Gouvernement et Parlement. Dans ce cadre, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ont été chargées d'une mission relative à la régulation du secteur des dispositifs médicaux. Conformément à la lettre de mission, qui visait à déterminer les mesures de régulation les plus adaptées pour contenir la dynamique d'évolution de la dépense remboursée de dispositifs médicaux, deux pistes ont été expertisées en priorité : - la mise en place d'appels d'offres nationaux sur certaines catégories de dispositifs médicaux, d'une part ; - la transposition du taux L (anciennement taux K), outil de régulation macroéconomique des dépenses de médicament, au secteur du dispositif médical, d'autre part.

Méthodologie - Statistique/ Methodology - Statistics

Fournier, C., et al. (2016). Questionnements éthiques dans les recherches qualitatives en santé. Les recherches qualitatives en santé, Paris : Armand Colin: 60-82.

L'objectif de ce chapitre est de préciser la nature des questions éthiques posées par une recherche qualitative dans le champ de la santé en les restituant dans une réflexion plus large et dans l'histoire récente de la recherche. Cette réflexion générale permettra au chercheur qui conçoit une recherche qualitative d'appréhender sa dimension éthique, au-delà de la simple question de la soumission du projet à un comité de protection des personnes, à laquelle cette dimension est trop souvent réduite. Il s'agit de montrer que la dimension éthique de la recherche, notamment qualitative, repose avant tout sur la capacité du chercheur à analyser la situation d'enquête, à se poser des questions et à envisager les différentes réponses possibles, en situation, et ce aux différentes étapes de son travail. Pour cela, notre chapitre est divisé en quatre parties. Nous verrons, dans une première partie, que les questions éthiques soulevées par l'usage des méthodes qualitatives sont étroitement mêlées à des questions épistémologiques, méthodologiques et politiques, car elles renvoient à la rigueur de méthodes ayant pour particularités d'engager la subjectivité du chercheur et celle des enquêtés. La prégnance croissante aujourd'hui d'un questionnement éthique s'inscrit dans des transformations sociales que nous décrierons dans une seconde partie. Elle a abouti à la mise en place de dispositifs de régulation dont nous examinerons les spécificités, en France et à l'international. Toutefois, la codification et la régulation de plus en plus formalisée de l'éthique de la recherche, malgré leur utilité, soulèvent pour les recherches qualitatives en sciences sociales des problèmes majeurs, d'ordre théorique et pratique, que nous expliciterons dans la troisième partie. Au-delà de cette régulation par des dispositifs qui interviennent en général préalablement à sa mise en œuvre, toute recherche qualitative nécessite une attention constante aux questions éthiques qui émergent tout au long de la recherche. Nous évoquerons, dans une quatrième partie, les approches qui facilitent la pratique d'une éthique vivante et continue (résumé d'auteur).

Winance, M., et al. (2016). Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. Les recherches qualitatives en santé, Paris : Armand Colin
<http://www.armand-colin.com/les-recherches-qualitatives-en-sante-9782200611897>

Les recherches en santé, lorsqu'elles mobilisent des méthodes qualitatives, s'appuient souvent sur la sociologie, et même plus particulièrement sur la sociologie de la santé. Ainsi, dans ce chapitre, nous ne ferons pas une histoire exhaustive de ces méthodes, mais nous retracerons cette histoire du point de vue de la sociologie, en nous arrêtant sur certains moments et auteurs clefs. Nous identifierons des jalons permettant à celui qui utilisera ces méthodes d'en comprendre les présupposés et les enjeux, et les liens qui unissent l'évolution de ces méthodes et celle des sciences sociales. Nous utiliserons ces éléments d'histoire pour faire comprendre l'esprit de ces méthodes, qui ne sont pas de simples recettes pour recueillir de l'information, mais qui portent en elles des enjeux théoriques propres aux sciences sociales. Ce chapitre est structuré en trois parties. Dans la première, nous évoquons les origines lointaines de ces méthodes ; dans la seconde, nous présentons un chercheur, Park, considéré comme l'initiateur de l'utilisation de ces méthodes en sociologie ; dans la troisième, nous évoquons, à travers les travaux de Hughes, le moment de formalisation et de légitimation de ces méthodes. En conclusion, nous revenons sur les enjeux et fondements des méthodes qualitatives, mis en évidence par cette histoire (résumé d'auteur).

Politique de santé / Health Policy

(2016). Démarche d'organisation des structures de dialyse. Paris : Anap

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Organiser_la_prise_en_charge/Services_cliniques_et_medico-techniques/Dialyse/demarches_orga_structures_dialyse.pdf

La stratégie nationale de santé propose de développer une approche intégrée des modalités de prise en charge des patients atteints de maladie chronique, dont l'insuffisance rénale chronique, grâce à de nouveaux modes d'organisation centrés sur le parcours. Après un bilan de l'existant, ce rapport propose des pistes d'amélioration de l'organisation interne des structures de dialyse existantes, à l'aune de l'organisation en parcours.

(2016). Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5-6 May 2015. Geneva, Switzerland. Genève : OMS

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en/>

The main objectives of the meeting were to review evidence and existing guidance, discuss country case studies and provide considerations with regards to the scope, design and implementation of effective fiscal policies on diet. The meeting consisted of presentations and discussions during plenary and in working groups on the evidence, country experiences and technical aspects of policy design and implementation. It was concluded that there is reasonable and increasing evidence that appropriately designed taxes on sugar sweetened beverages would result in proportional reductions in consumption, especially if aimed at raising the retail price by 20% or more. There is similar strong evidence that subsidies for fresh fruits and vegetables that reduce prices by 10–30% are effective in increasing fruit and vegetable consumption.

(2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability.

Luxembourg : Publications Office of the European Union

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/eeip/ip037_en.htm

Ce rapport examine les défis politiques des secteurs de la santé et des soins de longue durée dans les 28 pays membres de l'Union européenne. Il examine les options pour contenir les pressions sur les dépenses grâce à des gains d'efficacité afin d'assurer un accès fiscalement durable à des services de qualité. Le volume annexe décrit en détail pour chaque pays de l'Union européenne étudié leur système de santé et de soins de longue durée, et présente les défis à relever.

(2016). "Social spending stays at historically high levels in many OECD countries". Paris : OCDE

<https://www.oecd.org/els/soc/OECD2016-Social-Expenditure-Update.pdf>

Since 2009, public social spending has been around 21% of GDP on average across the OECD. Countries spending more on the working-age population tend to have lower levels of income inequality. Pensions and health expenditures account for two-thirds of public spending in OECD country. Private social spending (11% of GDP in the US) and taxation of benefit income and its consumption (8% of GDP in Denmark) are key features of tax/benefit systems in many OECD countries.

(2016). Society at glance 2016. OECD Social indicators. Paris : OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-societe-2016_soc_glance-2016-fr

Ce rapport s'efforce de répondre à la demande croissante de données quantitatives sur le bien-être social et ses tendances. Cette édition actualise certains indicateurs figurant dans les précédentes éditions publiées depuis 2001 et introduit plusieurs nouveaux indicateurs. Cette édition couvre 25 indicateurs au total. Y sont présentées des données pour les 34 pays membres de l'OCDE, ainsi que, lorsque les données sont disponibles, pour les partenaires clés (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Inde, Indonésie et Fédération de Russie) et pour les autres pays du G20 (Arabie Saoudite et Argentine). On trouvera dans le présent rapport un chapitre spécialement consacré aux jeunes déscolarisés, sans emploi et ne suivant aucune formation (chapitre 1), ainsi qu'un guide destiné à aider le lecteur à comprendre la structure des indicateurs sociaux de l'OCDE (chapitre 2). Tous les indicateurs sont disponibles sur le web et sous forme de publication électronique sur OECD iLibrary.

Biemouret, G. et Costes, J. L. (2016). Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux. Paris : Assemblée Nationale
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4158.asp>

Ce rapport a pour but d'évaluer les résultats du volet "accès aux droits" du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale en réduisant le périmètre étudié à l'accès aux minima sociaux contribuant à soutenir le revenu. L'objet de ce rapport est donc de mesurer le chemin parcouru et les rapporteurs considèrent, après leurs investigations, que l'action publique en faveur de l'accès aux droits témoigne d'une louable prise de conscience mais qu'elle pêche par un décalage entre ses moyens et ses ambitions (première partie). Par ailleurs, la lutte contre le non-recours recouvre un double enjeu d'identification des bénéficiaires potentiels et d'accessibilité de prestations rendues plus lisibles (deuxième partie).

Bourdillon, F., et al. (2016). Traité de santé publique. Paris : Lavoisier Médecine Sciences

Cet ouvrage réalisé par des spécialistes du domaine synthétise toutes les informations disponibles et actualisées sur la santé publique en France. Les thèmes abordés sont regroupés selon les problématiques suivantes : les fondements de la santé publique (définition, réformes, déterminants...) ; organisation du système de santé ; politique de santé en France ; enjeux contemporains de la politique de santé ; enjeux internationaux.

Degos, L., et al. (2016). "Les "parapouvoirs" de la santé." Sève : Les Tribunes De La Santé(52): 21-88.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-3.htm>

La santé définit un univers de pouvoirs. Pouvoir médical, État-providence, police sanitaire, hospitalo-centrisme... Les professions et les institutions y constituent des cercles de pouvoir d'autant plus puissants, et parfois même inquiétants, qu'ils ont vocation à lutter contre la maladie, à endiguer nos peurs collectives, à se confronter aux limites de la vie. Le premier numéro de la revue (hiver 2003) était ainsi consacré à la problématique des pouvoirs : « Santé, où sont les pouvoirs ? » Il invitait à s'interroger sur les structures et les prérogatives des autorités sanitaires et sur leurs relations avec différents acteurs professionnels, associatifs, hospitaliers et industriels. Ce nouveau numéro des Tribunes de la santé entend reprendre cette introspection en en élargissant les contours. Quels sont, au-delà des institutions publiques, les pouvoirs de la santé qu'il est proposé de qualifier de « parapouvoirs », par un néologisme visant à désigner les formes de pouvoir qui interviennent

« à côté » des pouvoirs traditionnels et exercent une influence significative sur l'évolution des politiques de santé et, plus généralement, du système de santé ? Comment sont-ils organisés ? Quelles sont leurs leviers d'intervention ? Quelle est leur puissance réelle ? (4ème de couv.)

Gravesen, N. (2016). Scaling up projects and initiatives for better health: from concepts to practice., Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/scaling-up-projects-and-initiatives-for-better-health-from-concepts-to-practice-2016>

Scaling up means expanding or replicating innovative pilot or small-scale projects to reach more people and/or broaden the effectiveness of an intervention. Using a review of narrative literature and the results of a survey of key informants in 10 WHO Member States that are also members of the Regions for Health Network (RHN), this publication addresses the practical challenges of scaling up activities and provides a tool box for handling them. This book integrates and describes tools from various practical guidelines, and is structured in line with a guide to scaling up developed in New South Wales, Australia. By providing references to frameworks, models and practical experience, WHO and RHN hope to raise awareness of the critical factors that promote or hinder scaling up, to encourage the use of supportive tools and to promote the further exchange of experience and practical knowledge (résumé de l'éditeur).

Olivier, M. (2016). Rapport d'information sur les études de genre. Paris : Assemblée Nationale
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4105.asp>

Ce rapport fait le point sur l'état de la recherche et de l'enseignement sur le genre en France (première partie) et présente l'apport essentiel de l'intégration du genre dans la conduite des politiques publiques (deuxième partie), en formulant 25 recommandations.

Percheron, D. (2016). Le revenu de base en France : de l'utopie à l'expérimentation. Paris Senat: 433.
<http://www.senat.fr/rap/r16-035/r16-0351.pdf>

La transformation des emplois sous l'effet de l'automatisation et du numérique, la persistance de poches de pauvreté malgré un système très développé de minima sociaux ainsi que la permanence de phénomènes de trappes à inactivité font resurgir depuis quelques années l'idée de revenu universel ou revenu de base, dont l'origine remonte au XVIème siècle. Constituée à l'initiative du groupe socialiste et républicain du Sénat, la mission commune d'information sur l'intérêt et les formes possibles de mise en place d'un revenu de base en France a conduit, en trois mois, 43 auditions ou entretiens - au Sénat, en Finlande ou aux Pays-Bas - qui lui ont donné l'occasion de rencontrer 99 personnes. Ces travaux lui ont permis d'entendre les promoteurs de projets animés de philosophies parfois très différentes, voire inconciliables, des personnalités, comme MM. Lionel Stoléro et Martin Hirsch, qui du RMI au RSA, militent pour qu'un filet de sécurité réel soit mis en place dans la société pour éviter à des individus de tomber dans un complet dénuement, ainsi que des économistes, des représentants des salariés et du patronat, des représentants des organisations et instances de lutte contre l'exclusion et des représentants des différentes administrations concernées. Au terme de ses travaux, la mission a souhaité clarifier une notion dont l'énoncé apparemment simple cache une multiplicité de projets qui peuvent se révéler parfaitement opposés et d'une complexité redoutable. En lui-même, le revenu de base présente en effet un caractère révolutionnaire, car sa mise en place effective nécessiterait un bouleversement

radical de l'architecture de notre protection sociale et, pour le financer, du système fiscal. La mission a souhaité dégager les orientations qu'un revenu de base « à la française » pourrait suivre à l'avenir, estimant toutefois que les conditions de son introduction dans le pays ne sont pas réunies à ce jour. En effet, le revenu de base n'a pas fait aujourd'hui la preuve de ses avantages par rapport à d'autres évolutions du système social. Or, compte tenu de ses effets systémiques, la mise en place d'un revenu de base en France nécessite au préalable une évaluation qui doit passer, selon la mission, par une expérimentation territoriale.

Prévention / Prevention

Buck, D., et al. (2016). The economics of housing and health. Londres : King's Fund Institute
<http://www.kingsfund.org.uk/publications/economics-housing-health>

This report, based on work commissioned by the National Housing Federation from The King's Fund and the New NHS Alliance, looks at the economic case for closer working between the housing and health sectors. The authors demonstrate how housing associations provide a wide range of services that produce health benefits, which can both reduce demand on the NHS and create social value.

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2016). Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2014-2016 - Pays de la Loire; 14. Nantes ORS Pays de la Loire
http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_14_suivi_grossesse_panel3mgpdl.pdf

Interrogés dans le cadre du Panel des médecins généralistes libéraux, les praticiens des Pays de la Loire se distinguent par une implication particulièrement forte dans le suivi de grossesse : 97 % considèrent que ce type de prise en charge fait partie de leurs missions, et 82 % indiquent voir au moins une fois par trimestre des patientes pour leur suivi de grossesse. Les réponses des généralistes suggèrent en outre la "spécialisation" d'une partie d'entre eux dans ce domaine. Parmi les praticiens exerçant en cabinet de groupe, 21 % déclarent s'occuper plus particulièrement des patientes venant pour un suivi de grossesse. Les gynécologues-obstétriciens sont les interlocuteurs privilégiés des généralistes : plus de 80 % ont des échanges avec ces spécialistes au sujet de leurs suivis, ou leur adressent leurs patientes enceintes lorsqu'ils n'effectuent pas eux-mêmes ces prises en charge. Les contacts avec les gynécologues médicaux et les sages-femmes libérales sont moins fréquents, dans un contexte régional caractérisé par un sentiment de concurrence avec ces professionnels particulièrement marqué. Les réponses des généralistes témoignent également des difficultés persistantes à organiser les échanges et les transferts de prise en charge avec les établissements de santé, au cours de la grossesse mais aussi à l'issue de l'accouchement.

(2016). Suivi gynécologique : implications des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2014-2016 - Pays de la Loire; 145. Nantes : ORS Pays de la Loire
http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_14_suivi_grossesse_panel3mgpdl.pdf

Les médecins généralistes voient régulièrement des femmes pour un motif de consultation gynécologique. Dans ce domaine d'activité, les médecins des Pays de la Loire se distinguent par leur plus grande implication comparativement à la moyenne nationale. Ce constat résulte notamment d'une plus grande fréquence des recours liés à la contraception. Toutefois, cette implication varie fortement selon les médecins et leur contexte d'exercice. Certains, plus particulièrement les femmes et les médecins installés dans un territoire relativement éloigné des gynécologues libéraux, semblent ainsi plus enclins à assurer la prise en charge gynécologique de leurs patientes. Par ailleurs, près de la moitié des médecins installés en groupe ou faisant partie d'une maison de santé déclarent qu'il y a sur leur site un professionnel qui s'occupe plus particulièrement des consultations pour motif gynécologique.

Bourgueil, Y., et al. (2016). Démographie et ressources humaines en santé. Traité de santé publique. Paris : Lavoisier Médecine Sciences: 381-387.

Cet article vise à présenter dans un premier temps, l'éventail des métiers de la santé, les principes de régulation et leurs évolutions récentes. Dans un deuxième temps, nous exposerons la situation de la ressource humaine en santé en France en 2015 en termes démographiques quantitatifs et les perspectives que dessinent les choix de régulation quantitative adoptés, mais également les questions posées par les évolutions très récentes, aussi bien à l'échelle de l'Europe qu'à l'échelle des individus dont les comportements changent en début comme en fin de carrière. Enfin, nous proposerons plusieurs pistes d'actions publiques actuellement débattues sur la ressource humaine en santé pour faciliter la transformation des organisations de soins et des pratiques au service de la santé publique (résumé d'auteur).

Collins, B. (2016). New care models : Emerging innovations in governance and organisational form. Londres : King's Fund Institute

The 23 vanguard sites chosen to develop the multispecialty community provider (MCP) and primary and acute care system (PACS) new care models have been working to pool budgets and integrate services more closely. Some are continuing to use informal partnerships, but others are opting for more formal governance arrangements. Commissioners are grappling with how to contract for the new systems, while providers are exploring how to work together within emerging partnerships, how to allocate funding, and how to share risk and rewards. This report looks at the different approaches being taken by MCP and PACS vanguards to contracting, governance and other organisational infrastructure. It focuses on developments at five sites: Dudley; Sandwell and West Birmingham (Modality Partnership); Salford; Northumberland; and South Somerset (Symphony Project).

Fournier, C., et al. (2016). Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés. Intervenir en première ligne : les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité. Paris : Editions de l'Harmattan: 109-122.

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=article&no=31860>

L'organisation des "soins de première ligne" est au cœur de la Stratégie nationale de santé et du projet de loi portés en France depuis 2013 par la ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Markowitz, S., et al. (2016). Competitive Effects of Scope of Practice Restrictions: Public Health or Public Harm? NBER Working Paper series : n° 22780. Cambridge: NBER
www.nber.org/papers/w22780

The demand for health care and healthcare professionals is predicted to grow significantly over the next decade. Securing an adequate health care workforce is of primary importance to ensure the health and wellbeing of the population in an efficient manner. Occupational licensing laws and related restrictions on scope of practice (SOP) are features of the market for healthcare professionals and are also controversial. At issue is a balance between protecting the public health and removing anticompetitive barriers to entry and practice. In this paper, we examine the controversy surrounding SOP restrictions for certified nurse midwives (CNMs). We use the variation in SOP laws governing CNM practice that has occurred over time in a quasi-experimental design to evaluate the effect of the laws on the markets for CNMs and their services, and on related maternal and infant outcomes. We focus on SOP laws that pertain to physician oversight requirements and prescribing rules, and examine the effects of SOP laws in geographic areas designated as medically underserved. Our findings indicate that SOP laws are neither helpful nor harmful in regards to maternal behaviors and infant health outcomes, but states that allow CNMs to practice with no SOP-based barriers to care have lower rates of induced labor and Cesarean section births. We discuss the implications of these findings for the policy debate surrounding SOP restrictions and for health care costs.

Naiditch, M., et al. (2016). Une coordination d'appui originale au médecin traitant : un outil entre dynamique professionnelle et dynamique de régulation régionale. Intervenir en première ligne : les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité., Paris : l'Harmattan: 149-161.
<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=article&no=31863>

Le poids croissant des dépenses de santé dans un contexte de ressources rares et de transition épidémiologique exige de rendre plus efficaces les parcours des personnes porteuses de pathologies chroniques ou en situation de handicap.

Système de santé / Health System

(2016). **OECD Reviews of Health Systems: Latvia.** OECD Reviews of Health Systems. Paris OCDE
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8116141e.pdf>

Latvia has successfully consolidated its hospital sector and strengthened primary care since the financial crisis. But persistent barriers to accessing high quality care need to be removed, according to a new OECD report. Life expectancy – at 73.9 years old – is more than 6 years shorter than the OECD. Smoking and harmful alcohol consumption are becoming more common.

(2016). **Slovenia Health system.** Health Systems in transition ; vol 18 ; n° 3. Paris Organisation mondiale de la santé
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/312147/HiT-Slovenia_rev3.pdf

Slovenia has a well-developed health system with good population health outcomes, access to health care is generally good. Despite this, there are persistent disparities in morbidity and mortality between regions and population groups and waiting times for some outpatient specialist services have increased.

(2016). The state of health care and adult social care in England 2015/16. Newcastle : Care Quality Commission

<http://www.cqc.org.uk/content/state-of-care>

This annual assessment of the quality of health and adult social care in England has found that most health and adult social care services in England are providing people with safe, high quality and compassionate care - but with pressures rising on demand, access and cost, this report raises concerns about how long this can last. The report also highlights the impact of the fragility of the adult social care market on those who rely on these services and on the performance of NHS care.

Figueras, J., et al. (2016). "Demographics and Diversity in Europe : New Solutions for Health." *Eurohealth* 22(3)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/318685/Eurohealth-volume22-number-3-2016.pdf

This issue's Eurohealth addresses many topics covered in the 2016 European Health Forum Gastein on the topic 'Demographics and Diversity in Europe: New Solutions for Health'. Health leaders from the EU, WHO/Europe, Austria, Slovakia and other important institutions present their views and ideas. The Observer section covers: Reconciling demographics and diversity, Inter-culturally competent health care, Health literacy, Innovative solutions for health, Dementia, and the Life-course approach and intersectoral action. The International Section contains articles on: Life-course vaccination, Innovation and patient benefit, Hearing loss, and Health priorities of Slovak EU Presidency. The International Section contains articles on: Refugees and German hospital care, and Big data for health services research.

Travail et santé/ Occupational Health

Barnay, T. et Sirven, N. (2016). Expectations, loss aversion, and retirement decisions in the context of the 2009 crisis in Europe. *TEPP Working Paper ; 2016-04*. Paris : TEPP

We estimate a reduced form model of expectations-based reference-dependent preferences to explain job retention of older workers in Europe in the context of the 2009 economic crisis. Using individual micro-economic longitudinal data from SHARE (The Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) between 2006 and 2011, we derive a measure of "good, bad or no surprise" from (i) workers' anticipated evolution of their standard of living five years from 2006 (reference point), and from (ii) a comparison of their capacity to make-ends-meet between 2006 and 2011. We find that the probability to remain on the labour market in 2011 is significantly higher for individuals who experienced a lower than expected standard of living. The effect of a "bad surprise" on job retention is larger than the effect of a "good surprise" once netted out from the effects of expectations at baseline, change in consumption utility, and the usual lifecycle determinants on job retention of older workers. We interpret this result as an evidence of loss aversion in the case the reference point is based on individuals' expectations. We also find that loss aversion is more common among men, risk-averse individuals and those with a higher perceived life expectancy.

Kieffer, C. (2016). Troubles musculosquelettiques: quelle reconnaissance en maladies professionnelles? Étude sur dix pays européens. Paris : Eurogip

<http://www.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/4422-tms-quelle-reconnaissance-en-maladies-professionnelles-en-europe>

EUROGIP publie les résultats d'une étude sur la reconnaissance des troubles musculosquelettiques (TMS) en maladies professionnelles en Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Suède et Suisse. L'étude s'articule autour : d'un panorama exhaustif des TMS susceptibles d'être reconnus en MP et des facteurs qui entrent en ligne de compte dans cette reconnaissance, de 4 cas pratiques représentatifs de TMS fréquents chez les travailleurs - le syndrome du canal carpien, la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, la lombalgie et l'épicondylite - qui permettent d'illustrer les pratiques en vigueur, de statistiques comparées de sinistralité pour apprécier le volume de TMS pris en charge par chacun des pays et leur évolution entre 2007 et 2014.

Kim, S. et Rhee, S. (2016). Measuring the Effects of Employment Protection Policies for the Disabled: Theory and Evidence from the Americans with Disabilities Act. Working paper ; 16-21
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2849853

We evaluate the Americans with Disabilities Act (ADA) using a directed search model in which firms post health-contingent wage contracts. We theoretically show that the ADA benefits disabled workers at the expense of non-disabled workers if firms face a high penalty for preferentially hiring non-disabled, whereas the disabled are worse off if the expected cost from terminating a disabled employee is high. Our estimation results imply that disabled job-finding and job-separation rates decreased, suggesting that for firms, the cost of hiring discrimination is lower than disabled worker termination. Overall, the ADA caused a 2:2 percentage point decline in disabled employment rates.

Noelke, C. et Avendano, M. (2015). "Who suffers during recessions? Economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans." American Journal of Epidemiology 182(10): 873-882
<http://eprints.lse.ac.uk/64691/>

Job loss in the years before retirement has been found to increase risk of cardiovascular disease (CVD), but some studies suggest that CVD mortality among older workers declines during recessions. We hypothesized that recessionary labor market conditions were associated with reduced CVD risk among persons who did not experience job loss and increased CVD risk among persons who lost their jobs. In our analyses, we used longitudinal, nationally representative data from Americans 50 years of age or older who were enrolled in the Health and Retirement Study and surveyed every 2 years from 1992 to 2010 about their employment status and whether they had experienced a stroke or myocardial infarction. To measure local labor market conditions, Health and Retirement Study data were linked to county unemployment rates. Among workers who experienced job loss, recessionary labor market conditions at the time of job loss were associated with a significantly higher CVD risk (hazard ratio = 2.54, 95% confidence interval: 1.39, 4.65). In contrast, among workers who did not experience job loss, recessionary labor market conditions were associated with a lower CVD risk (hazard ratio = 0.50, 95% confidence interval: 0.31, 0.78). These results suggest that recessions might be protective in the absence of job loss but hazardous in the presence of job loss.

Vieillessement / Aging

(2016). "Les cessations anticipées d'activité en 2014. Une hausse limitée par une progression moindre des retraites anticipées." *Dares Analyses*(024): 10.

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-daes-indicateurs-daes-resultats/article/les-cessations-anticipees-d-activite-en-2014>

En 2014, 171 200 salariés ou anciens salariés du secteur privé sont entrés dans un dispositif public de cessation anticipée d'activité, un nombre en progression de 7 % par rapport à 2013, nous indique la DARES dans une étude mise en ligne le 12 mai 2016. Cette hausse s'explique pour l'essentiel par celle des retraites anticipées (167 100 départs en 2014, après 155 800 en 2013), qui constituent désormais le principal dispositif de cessation anticipée d'activité. Les entrées en préretraites publiques sont aujourd'hui marginales et se font uniquement au titre de l'exposition à l'amiante (4 200 en 2014). En 2014, sont encore en vigueur les retraites anticipées pour carrière longue (RACL), handicap, pénibilité ou amiante (197 600 bénéficiaires au total en fin d'année) et la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (CAATA) (21 500 personnes). Les autres dispositifs n'admettent plus d'entrées mais comptent encore, fin 2014, 34 400 bénéficiaires, dont 33 100 pour les seuls dispensés de recherche d'emploi. Au total, fin 2014, 253 400 personnes bénéficiaient d'un dispositif public de cessation anticipée d'activité (contre 249 600 en 2013). Cette progression de 2 % reste modeste au regard du repli des cessations anticipées d'activité depuis une dizaine d'années. Le nombre de bénéficiaires a été divisé par trois depuis le pic de 2006 (environ 700 000 bénéficiaires). Ils ne représentent plus que 1 % de la population des 55-59 ans, contre 13 % en 2006. Cette proportion atteint 5 % parmi les 60-64 ans mais 19 % à l'âge de 60 ans. En 2014, les personnes en retraite anticipée pour carrière longue font valoir leurs droits 2,4 ans plus tôt que les autres retraités. Cet écart était de 4,0 ans entre 2005 et 2008, et encore de 3,2 ans en 2011.

(2016). Panorama des systèmes de retraite en France et à l'étranger. Paris Conseil d'orientation des retraites

<http://www.cor-retraites.fr/article477.html>

La comparaison des systèmes de retraite à l'international est un exercice délicat. Elle nécessite de tenir compte du contexte spécifique des pays et de décrire précisément leurs différents paramètres, des termes identiques (âge, durée, etc.) pouvant recouvrir des réalités différentes. Le Conseil d'orientation des retraites (COR) conduit des études comparatives, à titre illustratif des problématiques traitées pour la France, sur un panel de dix pays étrangers représentatifs de la diversité des systèmes de retraite dans les pays développés : l'Allemagne, la Belgique, le Canada, l'Espagne, les États-Unis, l'Italie, le Japon, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. Ce panorama présente, sous la forme de dix fiches thématiques et de dix fiches pays, les caractéristiques des systèmes de retraite à l'étranger, notamment les évolutions récentes, en distinguant les faits et données chiffrées des observations et questions pour chaque thème abordé.

(2016). Report de l'âge de la retraite : effets macroéconomiques. Dossier du 19 octobre 2016, Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article475.html>

Comme rappelé dans le rapport annuel du COR relatif aux évolutions et perspectives des retraites en France, l'âge effectif de départ à la retraite constitue l'un des déterminants de l'équilibre financier du système de retraite - avec le niveau des ressources et celui des pensions. Les pouvoirs publics ont mis en œuvre depuis 1993 plusieurs réformes mobilisant ce levier (allongement de la durée d'assurance requise, système de décote/surcote,

relèvement des âges légaux de la retraite, etc.) pour modérer la dégradation du ratio démographique cotisants/retraités. Au final, l'âge conjoncturel de départ à la retraite devrait passer de 60,5 ans en 2010 à 64 ans en 2060. Le présent dossier du COR est consacré aux effets macroéconomiques du relèvement de l'âge de la retraite. Le relèvement de l'âge de la retraite exerce un choc d'offre positif sur le marché du travail. De ce fait, il affecte les niveaux d'emploi et de chômage et, in fine, l'activité économique. L'analyse et la mesure de ces effets sont l'objet de la première partie du dossier. Outre l'impact financier sur les régimes de retraite eux-mêmes, le relèvement de l'âge de la retraite emporte également des effets sur d'autres dispositifs sociaux. Ces effets de déversement sur les minima sociaux, les pensions d'invalidité et l'indemnisation chômage sont étudiés en deuxième partie. Enfin, le relèvement de l'âge de la retraite induit un vieillissement de la population active. La troisième partie est un complément consacré aux effets du vieillissement sur la productivité.

Brenna, E. et Gitto, L. (2016). Financing elderly care in Italy and Europe. Is there a common vision? Working Paper; 47. Milan Universita Catolica del Sacro Cuore
<http://dipartimenti.unicatt.it/economia-finanza-working-papers-del-dipartimento-n-47-financing-elderly-care-in-italy-and-europe-is-there>

There is a general consensus in considering the public financing for LTC as a suitable proxy of the resources committed to elderly care by each Government. But the preciseness of this approximation depends on the extent to which LTC is representative of elderly care within a country. We investigate this issue by estimating the resources specifically spent on elderly assistance in Lombardy, an Italian region which in terms of population, dimension, health care organization and economic development could be compared to many European countries, such as Sweden, Austria or Belgium. The analysis focuses on the public financing on elderly care in Italy and, in particular, in Lombardy, both in terms of organizational level (central/regional/local) and governmental responsibility (Welfare/Social Department). Quantitative data on the financing of elderly care is drawn from the national and regional balances; the provision of services is analyzed using regional and community based data. Results address two main questions. First, they highlight the absence of an appropriate method for assessing the public resources committed by each European country to LTC elderly expenditure. Second, our findings suggest an overestimate of the funding actually spent for elderly care in Italy: this should be of warning for policy makers, especially in view of an increasing ageing of the population.

Caroli, E., et al. (2016). Is there a Retirement-Health Care utilization puzzle? Evidence from SHARE data in Europe. Working Paper; 49. Milan Universita Catolica del Sacro Cuore:
<http://dipartimenti.unicatt.it/economia-finanza-working-papers-del-dipartimento-n-49-is-there-a-retirement-health-care-utilization-puzzle>

We investigate the causal impact of retirement on health care utilization. Using SHARE data (from 2004 to 2013) for 10 European countries, we show that health care utilization increases when individuals retire. This is true both for the number of doctor's visits and for the intensity of medical care use (defined as the probability of going more than 4 times a year to the doctor's). This increase turns out to be driven by visits to general practitioners', while specialists' visits are not affected. We also find that the impact of retirement on health care utilization is significantly stronger for workers retiring from jobs characterized by long hours worked - more than 48 hours a week and/or being in the 5th quintile of the distribution of hours worked. This suggests that at least part of the increase in medical care use following retirement is due to the decrease in the opportunity cost of time faced by individuals when they retire.

Costa-Font, J., et al. (2016). Thinking of Incentivizing Care? The Effect of Demand Subsidies on Informal Caregiving and Intergenerational Transfers. Barcelona GSE Working Paper Series . 929.
Barcelone GSE

<http://www.barcelonagse.eu/research/working-papers/thinking-incentivizing-care-effect-demand-subsidies-informal-caregiving-and>

We still know little about what motivates the informal care arrangements provided in old age. The introduction of demand-side subsidies such as unconditional caregiving allowances (cash benefits designed either to incentivize the provision of informal care, or compensate for the loss of employment of informal caregivers) provide us with an opportunity to gain a further understanding of the matter. In this paper we exploit a quasi-natural experiment to identify the effects of the inception in 2007 (and its reduction in 2012) of a universal caregiving allowance on both the supply of informal care, and subsequent intergenerational transfer flows. We find evidence of a 30% rise in informal caregiving after the subsidy, and an increase (reduction) in downstream (upstream) intergenerational transfers of 29% (and 15%). Estimates were heterogeneous by income and wealth quantiles. Consistently, the effects were attenuated by a subsequent policy intervention; the reduction of the subsidy amidst austerity cuts in 2012.

Heger, D. et Korfhage, T. (2016). Care choices in Europe: To each according to his needs? Ruhr Economic Papers; 649. Bochum : Ruhr-Universität Bochum
<https://ideas.repec.org/p/zbw/rwirep/649.html>

Growing long-term care (LTC) needs represent a major challenge for our ageing societies. Understanding how utilization patterns of different types of care are influenced by LTC policies or changes in the population composition such as age patterns or health can provide helpful insight on how to adequately prepare for this situation. To this aim, this paper explores how individuals choose between different forms of LTC. We exploit variation between countries as well as between individuals within countries using data from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE). Using nonlinear decomposition techniques, we break down the difference in utilization rates between countries into differences based on observed sociodemographic and need related characteristics and differences in the impacts of these characteristics, which allows us to identify the drivers behind differences in the formal-informal care mix. Our results show that a substantial fraction of the observed country differences can be explained by the different features of the LTC systems

Ilinca, S., et al. (2016). Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: Policy meets Theory. Vienne : The European Centre for Social Welfare Policy and Research
http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=2563

Active ageing, defined by the WHO as the “process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age”, crucially depends on opportunities and resources that are available to individuals throughout their life course. Therefore, some population groups face higher barriers than others in benefiting from gains in ‘active ageing’. In particular, research evidence is accumulating on the contribution of gender and social class divides to limiting one’s potential for opportunities in old age. The project aims to take a critical look at existing evaluations of active ageing policies and extend them with a view to gender and social class differences, a perspective largely neglected in the EU’s policy discourse on active ageing and ageing research to date. Using a combination

of qualitative and quantitative research methods, the project will build on a comprehensive review of the theoretical thinking on inequalities in old age, to provide an extended framework for analysis, incorporating but going beyond the principles basing the Active Ageing Index. A combination of conventional active ageing indicators (e.g. social participation in old age) and life-course indicators (e.g. previous unemployment experiences) will be used to analyse differences in the experience of ageing for men and women, and for different socio-economic groups. This empirical analysis and four in-depth European case studies, will complement the theoretical framework, leading to the formulation of policy recommendations to address inequalities in active ageing, with reference to current cohorts of older people, as well as to future cohorts.

Patacchini, E. et Engelhardt, G. V. (2016). Work, Retirement, and Social Networks at Older Ages. *Crr Wp; 2016-15*. Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College
<http://crr.bc.edu/working-papers/work-retirement-and-social-networks-at-older-ages/>

This paper examines the impact of work and retirement on the size, density, and composition of older Americans' social networks. It uses novel panel data from the first two waves of the National Social Life, Health, and Aging Project. Critical components of the analysis include the development of an instrumental variable fixed-effect estimation strategy based on Social Security age-eligibility rules to isolate the causal effect of labor supply on networks. The paper found that: Labor supply raises (and retirement lowers) the size and density of one's social network; The estimated elasticity of the social network size to the labor force participation rate is 0.25; The estimated elasticity of network size to hours worked is 0.16; The estimated elasticity of network size to the retirement rate is 0.12; and most of these effects occur for women and individuals with a post-secondary education. The policy implications of the findings are: Any future changes in Social Security early and full benefit ages will change the social networks of older individuals; and this may reduce the pool of individuals who provide social support to older individuals.

Pestiau, P. et Ponthiere, G. (2015). Long-term care and births timing. *Working paper n° 2015 – 10*. sl : Halshs archives ouvertes
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01131236>

Due to the ageing process, the provision of long-term care (LTC) to the dependent elderly has become a major challenge of our epoch. But at the same time, our societies are characterized, since the 1970s, by a significant postponement of births. This paper aims at examining the impact of those demographic trends on the optimal family policy. We develop a four-period OLG model where individuals, who receive children's informal LTC at the old age, must choose, when being young, how to allocate births along their lifecycle. It is shown that early children provide more LTC to their elderly parents than late children, because of the lower opportunity cost of providing LTC when being retired. In comparison with the social optimum, individuals have, at the laissez-faire, too few children early in their life, and too many later on in their life. The decentralization of the first-best optimum requires thus to subsidize early births. We study also the design of the optimal subsidy on early births in a second-best setting. Its level depends on efficiency and equity issues, as well as on its incidence

Sherlaw-Johnson, C., et al. (2016). Using data to identify good-quality care for older people. Londres : The Nuffield Trust
<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/using-data-identify-good-quality-care-older-people>

This report describes the results of a pilot analysis of the effectiveness of using routine health care data to determine areas that have made quality improvements in the care of frail and older people over time. It focuses on a few indicators that were mainly derived from acute emergency hospital use and applies statistical analyses to them at the local authority area level. It concludes that there is scope to use these methods and approaches not only to track past change, but also as part of real-time monitoring of ongoing interventions.