

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 septembre 2016 / September 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

Sommaire	2
Assurance maladie / Health Insurance	7
(2016). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2017.....	7
Barlet, M. (éd.), et al. (2016). La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016.....	7
Brechat, P. H., et al. (2016). Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie	7
Bruant-Buisson, A. et Daude, M. (2015). Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé.	8
Charpentier, F., et al. (2016). "Les régimes de base et complémentaires."	8
Chevreur, K., et al. (2016). France. Voluntary health insurance in Europe: country experience. ..	8
Franc, C. et Pierre, A. (2016). "Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps."	9
Paris, V. et Polton, D. (2016). "L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?"	9
Economie de la santé / Health Economics	9
(2016). Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts.....	9
Banks, J., et al. (2016). Life-Cycle Consumption Patterns at Older Ages in the US and the UK: Can Medical Expenditures Explain the Difference?.....	10
Cohen, J. D., et al. (2016). Measuring Time Preferences	10
Guasoni, P. et Huang, J. Y. (2016). Healthcare and Consumption with Aging	10
Etat de santé / Health Status	11
Hagen, J. (2016). What are the health effects of postponing retirement? An instrumental variable approach	11
Le Breton Lerouillois, G., et Mourgues, J. M. (éd.). (2016). La santé des étudiants et jeunes médecins.	11
Page, M., et al. (2016). The Effects of Aggregate and Gender-Specific Labor Demand Shocks on Child Health.	11
Hôpital / Hospitals	11
(2016). Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014.....	11

Brilhaut, G. (éd.) et Boisguerin, B. (coor.) (2016). Les établissements de santé : édition 2016. ..	12
Cooper, Z., et al. (2016). Does Competition from Private Surgical Centres Improve Public Hospitals' Performance? Evidence from the English National Health Service.....	12
Erhard, M., et al. (2016). State of the Art in Physician Scheduling.	12
Gaughan, J., et al. (2016). Delayed Discharges and Hospital Type: Evidence from the English NHS	13
Huillier, J. (2016). Rapport d'information sur l'hospitalisation à domicile.	13
Inégalités de santé / Health Inequalities	14
(2016). Crise économique, santé et inégalités sociales de santé.	14
Brezzi, M. et Luongo, P. (2016). Regional Disparities In Access To Health Care. A multilevel analysis in selected OECD countries.	14
Costa-Font, J. et Sato, K. (2016). Cultural Persistence of Health Capital: Evidence from European Migrants	14
Duckett, S. (2016). Perils of Place Identifying hotspots of health inequality.....	15
Médicaments / Pharmaceuticals.....	15
Barbier, G. et Daudigny, Y. (2016). Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la politique du médicament.....	15
Elseviers, M., et al. (2016). Drug utilization research : Methods and applications.	15
Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics	15
(2016). Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs. Campagne tarifaire 2016	16
Perreault, I. d. et Thifault, M. C. d. (2016). Récits inachevés : Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines et sociales	16
NTIC –Technologies médicales / E-Health –Medical Technologies	16
(2016). Atlas of eHealth Country Profiles: The use of eHealth in support of universal health coverage,.....	16
Cacot, P. (2016). "Les enseignements d'une histoire récente : l'utopie du DMP."	17
Scala, B. (2016). "E-santé : la médecine à l'ère du numérique."	17
Tuna, G. et Das, R. (2016). Secure web-based communication framework for smart home systems designed for the elderly and disabled.....	17
Politique de santé / Health Policy	17

(2016). Stratégie nationale pour le développement de l'e-santé : Le numérique au service de la modernisation et de l'efficience du système de santé.	18
Brunelle, F. (2016). "Du concept de démocratie sanitaire à l'analyse du rapport Compagnon et à la loi santé 2015."	18
Laude, A. éd. et Tabuteau, D. (éd.). La loi santé : regards sur la modernisation de notre système de santé.....	18
Tabin, J. P. et Leresche, F. (2016). "Le non-recours aux prestations sociales, ce mystère."	18
Prévention / Prevention	19
(2016). Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2015 global survey	19
Alvarez, S. (2016). "Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse."	19
McDaid, D. (2016). What do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people?	19
Moghtaderi, A. et Dor, A. (2016). Immunization and Moral Hazard: The HPV Vaccine and Uptake of Cancer Screening.	20
Oster, E. (2016). Does Disease Cause Vaccination? Disease Outbreaks and Vaccination Response	20
Prévision-Evaluation / Prevision-Evaluation.....	20
Cookson, R., et al. (2016). Years of Good Life Based on Income and Health:Re-Engineering Cost-Benefit Analysis to Examine Policy Impacts on Wellbeing and Distributive Justice	20
Psychiatrie / Psychiatry.....	21
(2016). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale.	21
Durand-Zaleski, I., et al. Les enjeux économiques de la santé mentale : perspectives et recherches internationales,.....	21
Soins de santé primaires / Primary Health Care.....	21
(2016). Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2016.	21
Buchan, J., et al. (2016). Staffing matters; funding counts. Workforce profile and trends in the English NHS.....	22
Denoyel-Jaumard, A. et Bochaton, A. (2015). "Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquences de la féminisation de la profession ?" ..	22
Jaffiol, C., et al. (2016). Prise en charge des maladies chroniques. Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste.....	22

Kongstad, L. P., et al. (2016). Can the use of Electronic Health Records in General Practice reduce hospitalizations for diabetes patients? Evidence from a natural experiment.23

Miani, C., et al. (2016). Hepatitis C : Understanding factors that influence the physicians' treatment decisions23

Molitor, D. (2016). The Evolution of Physician Practice Styles: Evidence from Cardiologist Migration.....24

Nosal, K. (2016). Physician Group Practices and Technology Diffusion: Evidence from New Antidiabetic Drugs24

Rosen, R., et al. (2016). Is bigger better? Lessons for large-scale general practice.....24

Systèmes de santé / Health care systems25

Diurni, A., et al. (2016). "Les systèmes de santé dans le monde."25

Kroneman, M., et al. (2016). Health system review : Netherlands.....25

Travail et santé / Occupational Health25

Barnay, T., et al. (2016). "Santé et itinéraire professionnel : contexte et genèse d'une enquête."25

Barnay, T. et Defebvre, E. (2016). "L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien en emploi."26

Blasco, S. et Brodaty, T. (2016). "Chômage et santé mentale en France."26

Coudin, E. et Souletie, A. (2016). "Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire."27

Euzenat, D. et Morteza pouraghdam, M. (2016). "Les changements d'organisation du travail dans les entreprises : quelles conséquences sur les accidents du travail des salariés ?"27

Fontaine, R., et al. (2016). "L'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux a-t-elle augmenté pendant la crise économique de 2008 ?"27

Haile, G. A. (2016). Workplace Disability: Whose Wellbeing Does It Affect?28

Horn, B. P., et al. (2016). Do Minimum Wage Increases Influence Worker Health?28

Hummels, D., et al. (2016). No Pain, No Gain: The Effects of Exports on Effort, Injury, and Illness.28

Meron, M. coord. (2016). Emploi, chômage, revenus du travail - Edition 2016,29

Mullen, K. et Staubli, S. (2016). Disability Benefit Generosity and Labor Force Withdrawal.29

Otterbac, S., et al. (2016). Working-Time Mismatch and Mental Health29

Picchio, M. et Van Ours ; J.C. (2016). Temporary Jobs and the Severity of Workplace Accidents.30

Pichler, F. et Ziebarth, N. R. (2016). The Pros and Cons of Sick Pay Schemes: A Method to Test for Contagious Presenteeism and Shirking Behavior.....30

Vieillessement / Ageing31

(2016). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler.31

(2016). Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet EHPAD31

Bachelay, A. (2016). Rapport d'information sur les immigrés âgés.31

Lindgren, B. (2016). The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Care - A Selected Literature Review.....32

Pollak, C. et Sirven, N. (2016). "Active ageing beyond the labour market : evidence on the role of intrinsic and extrinsic rewards at work."32

Sirven, N. (2016). "Vieillessement, fragilité et dépenses de santé."33

Sirven, N. et Rapp, T. (2016). Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français33

Assurance maladie / Health Insurance

(2016). **Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2017**. Paris : Cnamts

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2017.php>

Comme chaque année, le rapport "charges et produits" de la CNAMTS présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé. La première partie présente une cartographie médicalisée des dépenses. Elle est enrichie, cette année, d'éclairages sur certaines pathologies, qui se distinguent par une dynamique particulière de leurs dépenses : cancer de la prostate, maladie du foie et du pancréas, diabète etc... La deuxième partie détaille les actions prévues pour assurer le respect de l'ONDAM 2017 développées selon 4 axes : la pertinence et le bon usage des soins, le virage ambulatoire, la qualité de l'offre hospitalière, l'utilisation des génériques et le prix des médicaments. Enfin il met en avant des propositions complémentaires pour accroître la qualité et l'efficacité du système de soins à court et moyen terme. Parmi elles : déployer des actions de prévention efficaces et coût-efficaces pour lutter contre les facteurs de risque (avec un focus particulier sur le tabagisme) ; optimiser les parcours de diagnostic et de soins pour des affections courantes, telles que les lombalgies, les lésions des tendons de l'épaule, la BPCO ; développer des prises en charge adaptées pour les patients les plus complexes, patients à haut risque qui sont aussi ceux qui génèrent des dépenses particulièrement élevées : une réflexion est menée sur les patients diabétiques à haut risque podologique, ainsi que sur les personnes âgées en EHPAD qui constituent une population particulièrement fragile ; innover dans les modes de rémunération pour inciter les professionnels et les établissements à maîtriser les coûts par la qualité ; mieux réguler l'offre de soins dans certains secteurs : cette année un éclairage particulier est apporté sur la LPP, sur la démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et sur la biologie.

Barlet, M. (éd.), et al. (2016). La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016. Paris : Drees

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2016>

En France, 95 % des personnes bénéficient d'une complémentaire santé pour financer les dépenses non couvertes par l'assurance maladie. Qu'elle soit individuelle ou collective, cette assurance « privée » joue ainsi un rôle important dans l'accès aux soins. Cet ouvrage passe au crible les différents types de contrats (tarifs, prestations, bénéficiaires), mais aussi les organismes qui les proposent (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) et leur place dans le financement des dépenses de santé. Il analyse également dans le détail la prise en charge des différents postes de soins. Enfin, il se penche sur les dispositifs destinés aux populations les plus vulnérables (couverture maladie universelle complémentaire et aide à la complémentaire santé), éclairant ainsi le débat public sur l'ensemble des dimensions d'intervention de la complémentaire santé.

Brechat, P. H., et al. (2016). Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie ; Rennes : Presses de l'EHESP

<http://www.presses.ehesp.fr/produit/sauvons-systeme-de-sante-dassurance-maladie/>

Cet ouvrage est né d'un constat accablant : si le système de santé et d'assurance maladie français était l'un des meilleurs au monde au début des années 2000, aujourd'hui il semble avoir perdu de vue sa mission première qui est l'accès à tous et partout à la santé et à des soins de haute qualité au meilleur coût. Augmentation des inégalités d'accès aux soins et à la santé, faiblesse des politiques de prévention, « déconstruction » du secteur médico-social, remise en cause des principes d'égalité, de solidarité et de fraternité... Les motifs d'inquiétude s'accroissent. Un autre système de santé est possible : c'est ce que démontre Pierre-Henri Bréchat en s'appuyant sur des réussites étrangères et de nombreuses données socio-économiques, politiques et juridiques. Autour de 34 axes, il propose des réformes structurelles et législatives conciliant impératifs économiques, amélioration de l'état de santé de la population, accroissement continu de la qualité des soins et satisfaction des usagers et des soignants.

Bruant-Buisson, A. et Daude, M. (2015). Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. Paris : IGAS

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-143RDEF.pdf>

L'IGAS a été chargée d'une mission d'appui auprès des pouvoirs publics afin de préparer le rapport du Gouvernement au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé, rapport prévu par l'article 2 de la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013. Ce rapport présente et quantifie les différents dispositifs et en évalue l'impact, notamment l'efficacité et l'équité, dans un contexte de réformes multiples sur ce champ. L'étude de scénarios alternatifs à l'architecture actuelle doit permettre d'éclairer l'opportunité de réformes nouvelles.

Charpentier, F., et al. (2016). "Les régimes de base et complémentaires." *Regards*(49): 25-207.

http://en3s.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=4242&cle=a8159728260b67fed80160ae8d9b667aa9daa7c3&file=pdf%2Fregards_49_v2.pdf

On dit le système français de protection sociale « à deux étages ». L'édifice se caractérise, en effet, entre autres choses, par la coexistence de régimes de base et de régimes complémentaires. Principalement présents en ce qui concerne l'assurance maladie et les retraites, les thèmes de l'articulation et du rapprochement entre ces deux niveaux suscitent interrogations, propositions et innovations. Abordés en tant que ressorts de productivité et d'efficacité, ces sujets se comprennent, également, dans une dynamique d'extension des couvertures. Afin de prendre la bonne mesure de la situation, un historique et un panorama s'imposent d'abord. Des études approfondies des synergies et effets observés nourrissent, ensuite, une évaluation raisonnée de la redistributivité et de l'accessibilité d'une telle complémentarité. Enfin, dans un souci partagé d'optimisation et une volonté générale de juguler la complexité, des perspectives sont tracées, des propositions sont versées aux débats, sur ce point capital de la structuration et de l'évolution de la protection sociale à la française.

Chevreur, K., et al. (2016). France. Voluntary health insurance in Europe: country experience.

Copenhague : Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf

En matière d'assurance maladie volontaire, aucun marché ne ressemble à un autre. Ils diffèrent tous par certains côtés en raison de l'importante influence exercée par la nature et

la performance des systèmes de santé à financement public, ainsi que par les contextes dans lesquels ils ont évolué. Cette publication présente des profils courts et structurés des marchés de l'assurance maladie volontaire de 34 pays de la Région européenne de l'OMS, à savoir des États membres de l'Union européenne ainsi que l'Arménie, la Fédération de Russie, la Géorgie, l'Islande, la Norvège, la Suisse et l'Ukraine. Ce chapitre présente le marché de l'assurance maladie volontaire en France.

Franc, C. et Pierre, A. (2016). "Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps." Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (217)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/217-restes-a-charge-eleves-profils-assures-et-persistance-dans-le-temps.pdf>

En France, les restes à charge des assurés après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire représentent en moyenne un quart de la dépense de santé. Ils peuvent cependant s'avérer très élevés pour certains individus et constituer une véritable barrière à l'accès aux soins, a fortiori s'ils se répètent dans le temps. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée aux données de consommations de soins sont construits, à l'aide d'une typologie, les profils des 10 % d'individus qui supportent les restes à charge les plus élevés en 2010. Quatre profils sont identifiés en fonction des divers postes de soins consommés, puis décrits selon leurs caractéristiques socio-économiques et leur état de santé. Un premier profil concerne des patients principalement traités en ambulatoire pour des maladies chroniques ; un second regroupe les individus plutôt précaires et hospitalisés dans un établissement public ; un troisième concerne majoritairement des actifs consommant des soins dentaires et un quatrième profil rassemble plutôt des seniors non hospitalisés. Les résultats montrent enfin que les individus appartenant au premier profil ont le plus de risques de supporter des restes à charges élevés en 2012.

Paris, V. et Polton, D. (2016). "L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?" Regards(49): 69-79.

http://en3s.fr/spip.php?action=accéder_document&arg=4242&cle=a8159728260b67fed80160ae8d9b667aa9daa7c3&file=pdf%2Fregards_49_v2.pdf

L'analyse comparative des dépenses de santé menée par l'OCDE depuis de nombreuses années montre que coexistent dans tous les pays, à des degrés divers, des financements publics (qu'ils soient apportés dans le cadre d'assurances sociales ou de systèmes nationaux de santé financés par l'impôt), des dépenses payées directement par les patients et des financements par des assurances privées. Cette intervention combinée de couvertures publiques et privées s'opère-telle selon le schéma que nous connaissons en France, retrouve-t-on le même modèle dans d'autres pays ? Ou au contraire, cette configuration est-elle assez spécifique à notre système de santé ? Un examen approfondi montre que la situation de la France est effectivement particulière, tant par le niveau d'intervention de l'assurance privée que par le rôle qu'elle joue dans le système. Dès lors on peut s'interroger sur les avantages et les inconvénients d'un tel schéma de financement, au regard d'autres modèles possibles que l'on trouve chez nos voisins. La question se pose également, dans un contexte général de tension sur les finances publiques, de la dynamique d'évolution de ces différents modèles.

Economie de la santé / Health Economics

(2016). Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts. Paris : CNSA

Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

Page 9 sur 34

www.irdes.fr/documentation/actualites.html

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

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

<http://www.cnsa.fr/etude-des-prestations-daide-et-daccompagnement-a-domicile-et-des-facteurs-explicatifs-de-leurs-couts>

L'étude nationale de coûts sur les prestations d'aide et d'accompagnement à domicile menée entre septembre 2014 et février 2016 sur un échantillon de 44 structures fait ressortir trois facteurs principaux de variation du coût horaire : la convention collective, la taille du service et le taux de présence à domicile. Elle met en évidence le fait que le volume des plans d'aide est fortement lié au niveau de dépendance des personnes et qu'ils présentent une certaine homogénéité par profil de public.

Banks, J., et al. (2016). Life-Cycle Consumption Patterns at Older Ages in the US and the UK: Can Medical Expenditures Explain the Difference? NBER Working Paper series : n° 22513.

Cambridge : NBER

www.nber.org/papers/w22513

In this paper we document significantly steeper declines in nondurable expenditures in the UK compared to the US, in spite of income paths being similar. We explore several possible causes, including different employment paths, housing ownership and expenses, levels and paths of health status, number of household members, and out-of-pocket medical expenditures. Among all the potential explanations considered, we find that those to do with healthcare—differences in levels and age paths in medical expenses—can fully account for the steeper declines in nondurable consumption in the UK compared to the US.

Cohen, J. D., et al. (2016). Measuring Time Preferences. NBER Working Paper Series ; n° 22455.

Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22455>

We review research that measures time preferences – i.e., preferences over intertemporal tradeoffs. We distinguish between studies using financial flows, which we call “money earlier or later” (MEL) decisions and studies that use time-dated consumption/effort. Under different structural models, we show how to translate what MEL experiments directly measure (required rates of return for financial flows) into a discount function. We summarize empirical regularities found in MEL studies and the predictive power of those studies. We explain why MEL choices are driven in part by some factors that are distinct from underlying time preferences.

Guasoni, P. et Huang, J. Y. (2016). Healthcare and Consumption with Aging. Rochester : Social Science Electronic Publishing

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2808362

Health-care slows the natural growth of mortality, indirectly increasing utility from consumption through longer lifetimes. This paper solves the problem of optimal dynamic consumption and healthcare spending with isoelastic utility, when natural mortality grows exponentially to reflect the Gompertz' law. Optimal consumption and healthcare imply an endogenous mortality law that is asymptotically exponential in the old-age limit, with lower growth rate than natural mortality. Health spending steadily increases with age, both in absolute terms and relative to total spending. Differential access to healthcare with isoelastic effects can account for observed longevity gains across cohorts.

Etat de santé / Health Status

Hagen, J. (2016). What are the health effects of postponing retirement? An instrumental variable approach. *Working papers ; 2016-11*. Uppsala : IFAU

This essay estimates the causal effect of postponing retirement on a wide range of health outcomes using Swedish administrative data on cause-specific mortality, hospitalizations and drug prescriptions. Exogenous variation in retirement timing comes from a reform which raised the age at which broad categories of Swedish local government workers were entitled to retire with full pension benefits from 63 to 65. Instrumental variable estimation results show no evidence that postponing retirement impacts mortality or health care utilization

Le Breton Lerouvillois, G., et Mourgues, J. M. (éd.). (2016). La santé des étudiants et jeunes médecins. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726>

Cette enquête menée auprès de 8 000 étudiants et jeunes médecins, a permis de dresser plusieurs constats sur la santé des étudiants et jeunes médecins, dont la souffrance est avérée. Ainsi, près du quart des répondants évalue leur état de santé comme étant moyen ou mauvais, et 14% des étudiants et jeunes médecins déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires.

Page, M., et al. (2016). The Effects of Aggregate and Gender-Specific Labor Demand Shocks on Child Health. *NBER Working Paper Series ; n° 22394*. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22394>

In this paper, we estimate the relationship between cyclical changes in aggregate labor market opportunities and child health outcomes. In addition to using state unemployment rates to proxy for labor market conditions, as is common in the existing literature, we construct predicted employment growth indices that allow us to separately identify demand-induced changes in labor market opportunities for fathers and mothers. In contrast with prominent studies of adult health, we find no evidence that negative shocks to general economic conditions are associated with improvements in contemporaneous measures of children's health. We do find, however, that focusing on gender-inclusive economic variables obscures the extent to which the labor market affects children. Specifically, we find evidence that improvements in labor market conditions facing women are associated with worse child health, while improvements in men's labor market conditions have smaller positive effects on child health. These patterns, which are consistent with previous findings on the effects of individual parental employment and job displacement, suggest that family income and maternal time use are both important mechanisms mediating the effects of aggregate labor market conditions on child health.

Hôpital / Hospitals

(2016). Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014. Paris : DGOS
<http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/les-recompositions-de-l-offre-de-soins>

Le présent rapport analyse l'évolution pour six types d'opérations de recombinaison

emblématiques du contexte actuel de régulation de l'offre hospitalière de soins, sur la période du 1er juillet 2012 au 31 décembre 2014 : les groupements de coopération sanitaire (GCS), les communautés hospitalières de territoire (CHT), les groupements d'intérêt public (GIP) à objet sanitaire, les syndicats inter-hospitaliers (SIH), les directions communes et les fusions. Le rapport s'attache à faire un état des lieux en articulant une analyse globale des évolutions observées au niveau national et une étude des disparités constatées au niveau régional, corollaires de différences dans la manière dont les divers acteurs, notamment les ARS, s'approprient les outils à leur disposition.

Brilhaut, G. (éd.) et Boisguerin, B. (coor.) (2016). Les établissements de santé : édition 2016. Paris : Drees

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016>

En 2014, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières s'adaptent et modifient en profondeur leurs modes d'intervention et leur organisation. Les établissements de santé donnent les chiffres clés de ce secteur qui doit répondre simultanément à des besoins très différents. Les capacités et l'activité des hôpitaux sont détaillées, ainsi que leurs disciplines spécifiques et leur personnel, médical et non médical. Cet ouvrage présente également des éléments de cadrage économique, financier et juridique de ces différentes structures.

Cooper, Z., et al. (2016). Does Competition from Private Surgical Centres Improve Public Hospitals' Performance? Evidence from the English National Health Service. CEP Discussion Paper: 1434. Londres : Centre for Economic Performance

<http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1434.pdf>

This paper examines the impact of competition from government-facilitated entry of private, specialty surgical centres on the efficiency and case mix of incumbent public hospitals within the English NHS. We exploit the fact that the government chose the location of these surgical centres (Independent Sector Treatment Centres or ISTCs) based on nearby public hospitals' waiting times – not length of stay or clinical quality – to construct treatment and control groups that are comparable with respect to key outcome variables of interest. Using a difference-in-difference estimation strategy, we find that ISTC entry led to greater efficiency – measured by pre-surgery length of stay for hip and knee replacements – at nearby public hospitals. However, these new entrants took on healthier patients and left incumbent hospitals treating patients who were sicker, and who stayed in hospital longer after surgery.

Erhard, M., et al. (2016). State of the Art in Physician Scheduling. Rochester : Social Science Electronic Publishing

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2813360

Over the last decades, hospitals have faced increasing financial pressure due to rising costs and changes in reimbursement policies. One of the reasons for this development is the rising number of qualified personnel required to handle the consistently growing demand for hospital services. In the U.S., on average more than 50% of hospital costs are workforce related. In order to reduce these expenses without sacrificing quality of care, a stream of research has focused on building more efficient personnel schedules for nurses and

physicians. We provide the first review that focuses on quantitative methods for physician scheduling in hospitals. We describe the relevant characteristics of various investigated physician scheduling problems, such as the problem type, i.e. Staffing, Rostering or Re-planning problems, personnel qualification and experience, and the utilized shift types. Furthermore, we analyze the existing literature with respect to additional modeling features including fairness aspects and underlying demand patterns, as well as employed solution approaches and real life applications. In total, we review 60 relevant publications in the OR/MS field. We use our presented framework to categorize the existing approaches and highlight gaps in the literature to initiate future research activities.

Gaughan, J., et al. (2016). Delayed Discharges and Hospital Type: Evidence from the English NHS. CHE Research Paper Series ;133. York : University of York

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP133_discharges_hospital_NHS.pdf

Delayed discharges of patients from hospital, commonly known as bed-blocking, is a long standing policy concern. Delays can increase the overall cost of treatment and may worsen patient outcomes. We investigate how delayed discharges vary by hospital type (Acute, Specialist, Mental Health, Teaching), and the extent to which such differences can be explained by demography, case-mix, the availability of long-term care and hospital governance as reflected in whether the hospital has Foundation Trust status, which gives greater financial autonomy and flexibility in staffing and pay. We use a new panel database of delays in all English NHS hospital Trusts from 2011/12 to 2013/14. Employing count data models, we find that a greater local supply of long-term care (care home beds) is associated with fewer delays. Hospitals which are Foundation Trusts have fewer delayed discharges and might therefore be used as exemplars of good practice in managing delays. Mental Health Trusts have more delayed discharges than Acute Trusts but a smaller proportion of them are attributed to the NHS, possibly indicating a relatively greater lack of adequate community care for mental health patients.

Huillier, J. (2016). Rapport d'information sur l'hospitalisation à domicile. Paris Assemblée Nationale <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3977.asp>

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui (c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer. Considérée auparavant comme une « alternative » à l'hospitalisation conventionnelle, l'HAD est depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) une modalité d'hospitalisation à part entière et les structures d'HAD sont considérées comme des établissements de santé. Rejoignant les observations de la Cour des comptes qui constate que la place de l'HAD progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins, la rapporteure estime nécessaire de continuer à développer l'HAD, notamment en raison de son coût et de son intérêt pour des patients qui souhaitent de plus en plus demeurer à leur domicile. Elle fait ainsi plusieurs propositions : mieux définir l'HAD et son champ de prescription ; faire évoluer les structures d'HAD afin de garantir le caractère hospitalier de cette prise en charge ; remettre à plat rapidement la tarification ; faire connaître et reconnaître l'HAD, comme un mode de prise en charge enseigné aux professionnels de santé durant leur formation initiale et continue, mais également comme une structure de santé présente pour les usagers et les professionnels de la médecine de ville dans chaque territoire de santé desservi par un groupement hospitalier

de territoire.

Inégalités de santé / Health Inequalities

(2016). **Crise économique, santé et inégalités sociales de santé**. Collection Avis et rapports. Paris : La Documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782111450523/index.shtml>

Les crises économiques affectent particulièrement les populations les plus socialement démunies. De plus, les restrictions budgétaires qui s'en suivent entraînent souvent une diminution des budgets consacrés à la protection sociale. Ce rapport a pour but d'identifier des pistes d'action, de surveillance et de recherche pour limiter les effets de la crise économique sur la santé et éviter un impact négatif de mesures politiques de gestion de crise. Il livre ici ses recommandations aux pouvoirs publics.

Brezzi, M. et Luongo, P. (2016). Regional Disparities In Access To Health Care. A multilevel analysis in selected OECD countries. OECD Regional Development Working Papers ; 2016/04. Paris : OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/urban-rural-and-regional-development/regional-disparities-in-access-to-health-care_5jm0tn1s035c-en

This paper investigates regional disparities in access to healthcare, measured by self-reported unmet medical needs. It looks at disparities across 86 regions in 5 European countries: Czech Republic, France, Italy, Spain and the United Kingdom. The results show that in addition to individual factors, such as age, gender, health status, or education, the characteristics of the region where people live, such as the average skill endowment or employment rate, have a significant impact on the probability of unmet medical needs. Individual and regional determinants play different roles across regions in these five countries. Moreover, in three of these countries (Czech Republic, Italy and Spain), age and chronic illness have different impacts on unmet medical needs depending on the region of residence, when all the other conditions are kept the same. The result calls for further investigation on regional specific factors that could be modified with targeted policies in order to reduce the probability of foregone health care.

Costa-Font, J. et Sato, K. (2016). Cultural Persistence of Health Capital: Evidence from European Migrants. Cesinfo Working Paper; 5964. Munich : Center for Economic Studies:

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2814466

Culture is an under-studied determinant of health production and seldom measured. This paper empirically examines the persistence and association of health capital assessments of first and second-generation migrants with that of their ancestral countries. We draw on European data from 30 countries, including over 90 countries of birth and control for timing of migration, selective migration and other controls including citizenship and cultural proxies. Our results show robust evidence of cultural persistence of health assessments. Culture persists, rather than fades, and further, appears to strengthen over generations. We estimate a one standard deviation increase in ancestral health assessment increases first generation migrant's health assessments by an average of 16%, and that of second generation migrants between 11% and 25%. Estimates are heterogeneous by gender (larger for males) and lineage (larger for paternal lineage).

Duckett, S. (2016). Perils of Place Identifying hotspots of health inequality. Rochester : Social Science Electronic Publishing
<https://grattan.edu.au/report/perils-of-place-identifying-hotspots-of-health-inequality>

Health-care slows the natural growth of mortality, indirectly increasing utility from consumption through longer lifetimes. This paper solves the problem of optimal dynamic consumption and healthcare spending with isoelastic utility, when natural mortality grows exponentially to reflect the Gompertz' law. Optimal consumption and healthcare imply an endogenous mortality law that is asymptotically exponential in the old-age limit, with lower growth rate than natural mortality. Health spending steadily increases with age, both in absolute terms and relative to total spending. Differential access to healthcare with isoelastic effects can account for observed longevity gains across cohorts.

Médicaments / Pharmaceuticals

Barbier, G. et Daudigny, Y. (2016). Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la politique du médicament. Paris : Sénat
<http://www.senat.fr/notice-rapport/2015/r15-739-notice.html>

La diversité des approches sur le médicament et le nombre croissant de polémiques qui l'entourent rendent nécessaire la définition par les pouvoirs publics d'une position claire quant à sa place dans notre système de santé - ceci d'autant plus que le cadre, déjà contraint, de nos finances sociales se trouve largement bousculé par le retour de l'innovation médicamenteuse. Ce rapport se penche sur la politique du médicament, afin de déterminer comment garantir l'accès de tous les malades aux médicaments les plus efficaces. Après plusieurs mois de travaux et l'audition de la plupart des acteurs du secteur, ce rapport formule douze préconisations destinées à permettre à notre système d'évaluation, d'admission au remboursement et de fixation des prix qui a jusqu'à présent prouvé son efficacité de faire à ces nouveaux enjeux (d'après résumé d'auteur).

Elseviers, M., et al. (2016). Drug utilization research : Methods and applications. Chichester : John Wiley & Sons
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1118949781.html>

Drug Utilization Research (DUR) is an eclectic scientific discipline, integrating descriptive and analytical methods for the quantification, understanding and evaluation of the processes of prescribing, dispensing and consumption of medicines and for the testing of interventions to enhance the quality of these processes. The discipline is closely related and linked mainly to the broader field of pharmacoepidemiology, but also to health outcomes research, pharmacovigilance and health economics. Drug Utilization Research is a unique, practical guide to the assessment and evaluation of prescribing practices and to interventions to improve the use of medicines in populations. Edited by an international expert team from the International Society for Pharmacoepidemiology (ISPE), DUR is the only title to cover both the methodology and applications of drug utilization research and covers areas such as health policy, specific populations, therapeutics and adherence.

Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

(2016). Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs. Campagne tarifaire 2016.

Paris : ATIH

[http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2986/methodologie -
methode alternative a la comparaison des couts et des tarifs 2016.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2986/methodologie_-_methode_alternative_a_la_comparaison_des_couts_et_des_tarifs_2016.pdf)

Ce document a pour objectif de détailler les différentes étapes qui conduisent à élaborer, à partir des coûts complets issus de l'Etude nationale des coûts (ENC), une échelle de tarifs théoriques respectant strictement la hiérarchie des coûts.

Perreault, I. d. et Thifault, M. C. d. (2016). Récits inachevés : Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines et sociales. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa

<http://chrs.uqam.ca/sites/default/files/PUO-UOP%20R%C3%A9cits%20inachev%C3%A9s.pdf>

Comment peut-on faire de la recherche tout en s'intéressant aux façons d'écrire sur des sujets marginalisés au sein de l'institution universitaire? Ou sur des objets de recherche plus difficiles à investiguer, comme l'accessibilité, le langage, les traces et les comités d'éthique? Comment analyser avec acuité et fidélité les témoignages des travailleurs du sexe, des personnes vivant avec le VIH/sida ou faisant partie des minorités sexuelles et de genre, et cela, sans modifier leurs propos ni trahir les pensées qu'ils ont consenti à dévoiler? Comment retracer l'itinéraire de patients dans un contexte de déshospitalisation psychiatrique alors que les archives semblent introuvables? Comment rendre compte avec justesse de la parole délirante de ceux qu'on a coutume d'appeler les « fous »? Comment faire parler les « derniers » témoignages des suicidés? Que dire et quoi écrire sur des personnes qui laissent peu de traces ou qui, lorsqu'elles en laissent, les inscrivent souvent en marge des normes? Quand et comment faut-il mettre en narration « scientifique » des discours singuliers se rapportant à des individus qui, eux-mêmes, « échappent » à la fois aux systèmes et aux récits dominants? Voilà quelques-unes des questions auxquelles se heurtent fréquemment les spécialistes des sciences humaines et sociales. Afin de trouver des pistes de réponses, des professeurs et des chercheurs en histoire, en sociologie, en criminologie, en travail social et en santé s'appuient sur des approches méthodologiques variées, tout en abordant les questions d'éthique et l'importance des affects dans leur travail/pratique professionnelle.

NTIC –Technologies médicales / E-Health –Medical Technologies**(2016). Atlas of eHealth Country Profiles: The use of eHealth in support of universal health coverage,** Genève : OMS

http://www.who.int/goe/publications/atlas_2015/en/

The third global survey on eHealth conducted by the WHO Global Observatory for eHealth (GOe) has a special focus – the use of eHealth in support of universal health coverage. eHealth plays a vital role in promoting universal health coverage in a variety of ways. For instance, it helps provide services to remote populations and underserved communities through telehealth or mHealth. It facilitates the training of the health workforce through the use of eLearning, and makes education more widely accessible especially for those who are isolated. It enhances diagnosis and treatment by providing accurate and timely patient information through electronic health records. And through the strategic use of ICT, it improves the operations and financial efficiency of health care systems. This Atlas presents data collected on 125 WHO Member States. The survey was undertaken between April and August 2015 and represents the most current information on the use of eHealth in these countries.

Cacot, P. (2016). "Les enseignements d'une histoire récente : l'utopie du DMP." *Sève : Les Tribunes de la Santé* (51): 89-98

<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-2.htm>

La chaotique histoire du DMP en France peut tout aussi bien se lire comme celle de l'échec bruyant et coûteux d'une politique de gribouille que comme le révélateur de maux qui, peu analysés, ne trouvent pas ici leur remède malgré l'intention politique qui y fut imprimée. De fait, les transformations de l'objet dossier dans le champ de la santé ne peuvent se comprendre qu'en regard de l'évolution volontariste et conflictuelle d'une pratique et de son contexte : forme, organisation et contenu du dossier se sont transformés et se transformeront encore en fonction de la variation des objectifs, des écrivains et des différents lecteurs du dossier. Retour sur la brève histoire de ce dossier omnipotent au début du XXI^e siècle et ébauche des leçons qui pourraient en découler (résumé de l'auteur).

Scala, B. (2016). "E-santé : la médecine à l'ère du numérique." *Science & Santé* (29): 22-33

http://www.inserm.fr/content/download/100401/722261/version/1/file/Dossier_medecine_ere_numerique.pdf

Pour le grand public, la e-santé - pour "santé électronique" - évoque essentiellement la santé connectée, celle qui fait appel à l'internet des objets et aux applications pour smartphones. Et pour cause, ces nouvelles technologies sont majoritairement destinées au grand public, en bonne santé, et non aux malades. Cependant, c'est aussi par ce biais que ce même grand public se familiarise avec un pan plus médical de la e-santé. Ce dossier fait le point sur ce sujet.

Tuna, G. et Das, R. (2016). *Secure web-based communication framework for smart home systems designed for the elderly and disabled*. Prague : IISES

<http://www.iises.net/proceedings/24th-international-academic-conference-barcelona/table-of-content/detail?article=secure-web-based-communication-framework-for-smart-home-systems-designed-for-the-elderly-and-disabled>

As a result of the increasing awareness about common daily problems of the elderly and disabled in recent years, novel technology solutions have been designed and developed. Thanks to smart homes which involve a set of various sensors and devices to make the daily lives of the elderly and disabled easier and provide remote monitoring ability to the family members, nowadays the elderly and disabled stay in their houses instead of assisted-living centres. On the other hand, elderly and disabled people living alone may be exposed to potential security threats. In this study, a framework is proposed in order to achieve secure communication over the Internet. In the proposed framework, information to be transferred is first encrypted using RSA algorithm and then sent to the recipient. For security reasons, after the recipient reads the encrypted information, traces of the communication should be removed. For this objective, before the transfer, the sender determines how many seconds the message will be available to the recipient via a link. When the recipient receives the link, he/she can open the message with the secret key. After the predefined time, the message is deleted from the database used by the framework. The framework can be used to enable confidential messaging between smart home inhabitants and people they would like to communicate. The framework can easily be integrated into smart home control panels or web-based interfaces of smart home systems.

Politique de santé / Health Policy

(2016). Stratégie nationale pour le développement de l'e-santé : Le numérique au service de la modernisation et de l'efficacité du système de santé. Paris : Ministère chargé de la santé
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé vient de publier la Stratégie nationale e-santé 2020. L'objectif de cette stratégie est d'intégrer, de manière innovante, les nouvelles technologies pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé. Il s'articule autour de quatre axes. Le premier axe vise à mettre le citoyen au cœur du système de santé, notamment en simplifiant l'accès aux soins et en développant des services favorisant l'autonomie des patients. Le deuxième axe consiste à soutenir l'innovation des professionnels de santé. Il s'agit de développer des cursus de formation autour du numérique, de soutenir les projets en faveur de l'innovation numérique, mais aussi de développer des outils d'aide à la décision médicale. Les mesures du troisième axe entendent simplifier le cadre d'actions pour les acteurs économiques, en clarifiant, notamment, les voies d'accès au marché des solutions e-santé. Enfin, le quatrième et dernier axe concerne la modernisation des outils de notre système de santé, avec l'amélioration des systèmes d'information, de la veille et de la surveillance sanitaire.

Brunelle, F. (2016). "Du concept de démocratie sanitaire à l'analyse du rapport Compagnon et à la loi santé 2015." *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine* 199 (4-5): 571-580.

Cet article dresse un historique de la notion de démocratie sanitaire en France depuis les dérives de la seconde guerre mondiale, les différentes crises sanitaires (sang contaminé, vache folle,...) jusqu'au rapport de Claire Compagnon qui donne un rôle accru aux représentants des usagers dans le système de santé.

Laude, A. éd. et Tabuteau, D. (éd.). La loi santé : regards sur la modernisation de notre système de santé. Rennes : Presses de l'Ehesp
<http://www.presses.ehesp.fr/produit/la-loi-de-sante>

Depuis les réflexions collectives lancées dans le cadre de la Stratégie nationale de santé en 2013 jusqu'à sa promulgation en janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a suscité de nombreux débats au Parlement et au sein des professions médicales. Modifiant en profondeur le système de santé français, cette loi, par son ampleur, est difficile à appréhender et sa lecture globale passe par le biais d'analyses portant autant sur le cadre juridique, que sur l'organisation des soins, les pratiques médicales, les politiques sociales et de santé... Pour permettre une meilleure compréhension de toutes les implications de cette loi, Anne Laude et Didier Tabuteau ont sollicité autour d'eux experts, universitaires et chercheurs : en 10 thématiques essentielles, ils analysent les principaux chapitres et articles de la loi et livrent leurs réflexions personnelles sur la portée et les éventuelles difficultés d'application des principales mesures. Chaque contribution permet non seulement de faire le point sur les dispositions de la loi, mais aussi de comprendre l'histoire de leur élaboration et la façon dont elles s'insèrent dans un système de santé en pleine mutation.

Tabin, J. P. et Leresche, F. (2016). "Le non-recours aux prestations sociales, ce mystère." *Reiso : Revue d'information Sociale*
<http://www.reiso.org/spip.php?article5639>

Depuis quelques années, le non-recours aux prestations sociales fait l'objet de recherches en Europe, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en France ou en Suisse [1]. De manière générale, ces

recherches y voient un « révélateur des dysfonctionnements d'une politique, en ce sens qu'il indique que la mise en œuvre d'un dispositif est inefficace » (Oorschot & Math, 1996). A quoi bon déployer des prestations sociales si les personnes à qui elles sont destinées ne les demandent pas ? Cet article tente d'expliquer les raisons de ce non-recours.

Prévention / Prevention

(2016). Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2015 global survey. Genève : OMS

http://www.who.int/chp/ncd_capacity/en/

Noncommunicable diseases (NCDs) are currently responsible for over 60% of global deaths. This burden is one of the major public health challenges facing all countries, regardless of their economic status. NCDs threaten economic and social development and, without concerted efforts at country level, are predicted to increase in the coming decade. To respond to this burden, WHO conducts periodic assessment of national capacity for NCD prevention and control through the use of a global survey to all Member States known as the NCD Country Capacity Survey (NCD CCS). Such periodic assessment allows countries and WHO to monitor progress and achievements in expanding capacities to respond to the epidemic of noncommunicable diseases. The questionnaire, which covers the following topics: health system infrastructure; funding; policies, plans and strategies; surveillance; primary health care; and partnerships and multilateral collaboration; is completed by national NCD focal points or designated colleagues within the ministry of health or a national institute/agency.

Alvarez, S. (2016). "Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse." *Revue De L'Ires*(88): 33-51.

<http://www.ires.fr/images/files/Revue/R88/R88-2.pdf>

Depuis le début des années 2000, la prévention dans le vieillissement fait l'objet d'une attention particulière de la part des gouvernements successifs. Afin d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et de réduire le risque de voir les retraités et personnes âgées intégrer la catégorie de la dépendance, la politique

McDaid, D. (2016). What do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people? Policy brief ; 19. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/315852/Policy-Brief-19-Investing-health-literacy.pdf

Nearly half the European population are thought to have difficulties identifying, understanding and using health information. This has real and negative health consequences. Tackling and improving health literacy is a route to improving the population's health. Health literacy skills are best developed early in life, which makes the education sector, rather than the health sector, an important player, but it is not always easy to secure investment across sectors or to persuade the education sector to engage. There is however sound evidence that investing in health literacy in schools helps with outcomes beyond health. Some of the co-benefits identified include the possibility of better educational outcomes in school which in turn enhance career opportunities and increase the potential economic benefits for children when they reach adulthood. These co-benefits also contribute to better physical and

emotional health. What is more, these effects can be passed down to future generations. This brief synthesizes what we know about the co-benefits for the education sector of health literacy programmes, and outlines the evidence on how to secure such co-benefits. It is hoped that setting out the evidence on effectiveness and co-benefits to other sectors more clearly will increase the potential for support from outside the health sector and facilitate the implementation of health literacy programmes.

Moghtaderi, A. et Dor, A. (2016). Immunization and Moral Hazard: The HPV Vaccine and Uptake of Cancer Screening. *NBER Working Paper Series ; n° 22523*. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22523>

Immunization can cause moral hazard by reducing the cost of risky behaviors. In this study, we examine the effect of HPV vaccination for cervical cancer on participation in the Pap test, which is a diagnostic screening test to detect potentially precancerous and cancerous process. It is strongly recommended for women between 21-65 years old even after taking the HPV vaccine. A reduction in willingness to have a Pap test as a result of HPV vaccination would signal the need for public health intervention. The HPV vaccination is recommended for women age eleven to twelve for regular vaccination or for women up to age 26 not vaccinated previously. We present evidence that probability of vaccination changes around this threshold. We identify the effect of vaccination using a fuzzy regression discontinuity design, centered on the recommended vaccination threshold age. The results show no evidence of ex ante moral hazard in the short-run. Sensitivity analyses using alternative specifications and subsamples are in general agreement. The estimates show that women who have been vaccinated are actually more likely to have a Pap test in the short-run, possibly due to increased awareness of its benefits.

Oster, E. (2016). Does Disease Cause Vaccination? Disease Outbreaks and Vaccination Response. *NBER Working Paper Series ; n° 22464*. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22464>

Childhood vaccinations are an important input to disease prevention, but vaccination rates have declined over the last decade due largely to parental fears about vaccine dangers. Education campaigns on the safety of vaccines seem to have little impact. Anecdotal evidence on disease outbreaks suggests that they may prompt vaccination behavior. I use newly compiled data on vaccinations and outbreaks to estimate whether vaccinations respond to disease outbreaks. I find that the pertussis vaccination rate increases among children at school entry following an outbreak in the year prior. A large outbreak in the county can decrease the share of unvaccinated children by 28% (1.2 percentage points). These responses do not reflect true changes in the future disease risk. I argue these facts may be explained by a model in which perceived risk of disease is influenced by whether a household is aware of any cases of disease. This suggests better “promotion” of outbreaks could enhance the response. I use survey data from health departments to show that states which directly coordinate outbreak responses have substantially larger vaccination increases in the wake of an outbreak, suggesting centralized management may better take advantage of this opportunity.

Prévision-Evaluation / Prevision-Evaluation

Cookson, R., et al. (2016). Years of Good Life Based on Income and Health:Re-Engineering Cost-Benefit Analysis to Examine Policy Impacts on Wellbeing and Distributive Justice. *CHE*

Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

Page 20 sur 34

www.irdes.fr/documentation/actualites.html

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

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

Research Paper Series ;132.York : University of York

This paper proposes a practical measure of individual wellbeing to facilitate the economic evaluation of public policies. It proposes to evaluate policies in terms of years of good life gained, in a way that complements and generalises conventional cost-benefit analysis in terms of money. We aim to show how years of good life could be measured in practice by harnessing readily available data on three important elements of individual wellbeing: income, health-related quality of life, and longevity. We also aim to identify the main ethical assumptions needed to use this measure.

Psychiatrie / Psychiatry

(2016). **Isolement et contention dans les établissements de santé mentale**. Paris : Editions Dalloz
http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf

Publié par la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, ce rapport sur « L'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale » est le premier d'une collection d'analyses thématiques que le CGLPL a décidé de développer à compter de cette année. L'hôpital psychiatrique n'est pas par définition un lieu de privation de liberté, mais il s'y trouve des patients admis sans leur consentement, dont la liberté d'aller et venir est restreinte. Et au sein de ces établissements, certaines personnes peuvent être soumises à des mesures de contrainte physique (placées en chambre d'isolement ou sous contention). Il n'appartient pas au CGLPL d'apprécier la pertinence thérapeutique du recours à ces mesures coercitives. Mais il lui revient de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement et dans ce cadre il constate que ces pratiques leur portent une atteinte certaine, plus au moins grave, plus ou moins étendue selon les circonstances. Les visites conduites depuis huit ans dans les établissements psychiatriques ont permis au CGLPL de dresser une série de constats et de recommandations, présentés dans ce rapport.

Durand-Zaleski, I., et al. Les enjeux économiques de la santé mentale : perspectives et recherches internationales, Montrouge : John Libbey Eurotext
<https://www.fondation-fondamental.org/upload/pdf/aff-a3-fondamental.pdf>

Réalisé dans le cadre des conférences 2014-2014 du Réseau de coordination scientifique en santé mentale, et compte tenu de l'impact de la santé mentale sur la société d'aujourd'hui, cette publication rassemble les contributions de différents experts du secteur afin de faire le point sur l'impact médico-économique des maladies mentales depuis la question des méthodes permettant l'évaluation des ressources nécessaires à l'obtention d'un résultat médical efficient, aux résultats, comme la mesure des disparités de moyens d'une région à l'autre, l'étude des stratégies de mesure de la réduction du coût et de l'amélioration de la qualité de vie par pathologie.

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2016). **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2016**. Paris : Cnop
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques>

Le panorama des pharmaciens au 1er janvier 2016 révèle deux grandes tendances : l'entrée de jeunes pharmaciens compense le décalage de départ à la retraite des anciens ; la concentration du secteur et l'exercice « groupé » préserve un maillage territorial de proximité. En revanche, concernant la question de l'attractivité de la filière officine, le départ de la publication des textes qui concernent la filière officine freinent les initiatives qui rendraient pourtant des services incontestables à la population française.

Buchan, J., et al. (2016). Staffing matters; funding counts. Workforce profile and trends in the English NHS. Londres : Health Foundation

<http://www.health.org.uk/publication/staffing-matters-funding-counts>

This study examines the profile and features of the NHS workforce in England, including; health labour market trends; relevant international data and comparisons from other countries; and a series of specific 'pressure points. General practice and nursing workforces in particular are examined in detail – two key components that have been the subject of much recent policy analysis and media scrutiny – as areas that continue to need a strong policy focus. There is also a supplement giving more detailed information about the profile and recent trends of the workforce of the NHS in England.

Denoyel-Jaumard, A. et Bochaton, A. (2015). "Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquences de la féminisation de la profession ?" Revue Francophone sur la Santé et les Territoires: 14.

<http://rfst.hypotheses.org/denoyel-jaumard-alice-bochaton-audrey>

La féminisation de la profession médicale est un phénomène croissant, de plus en plus étudié par les historiens, sociologues ou médecins qui analysent son impact sur les évolutions du métier dans un contexte d'augmentation des inégalités en matière de santé. Mais alors que les inégalités de répartition des médecins vont croissantes, les géographes se sont peu penchés sur le lien entre féminisation et organisation territoriale de l'offre de soins. De nombreux rapports officiels et travaux scientifiques montrent que les écarts de répartition de médecins augmentent sur le territoire français et à différentes échelles (Maurey, 2013). La tendance actuelle est à la concentration des médecins en zone urbaine et par conséquent un délaissement des zones rurales désignées généralement par l'expression de « déserts médicaux ». L'objectif de cet article est d'explorer les facteurs couramment évoqués et perçus pour expliquer ce phénomène. Parmi ces derniers, nous verrons comment la féminisation de la profession médicale est souvent désignée comme un déterminant central des évolutions actuelles de la médecine et de la distribution inégale des médecins sur le territoire français. Outre la féminisation de la profession de médecins, il convient d'avoir à l'esprit que le secteur médical traverse également de nombreux changements liés au contexte actuel de départ massif à la retraite, à l'application du numerus clausus pendant de longues années et aux attentes de la nouvelle génération de médecins. Face à la diversité des facteurs démographiques, économiques, sociaux et territoriaux qui sont au coeur des changements de la profession, nous déterminerons la manière dont les représentations et les discours associés à la féminisation du métier perdurent et tendent à simplifier les évolutions complexes du métier.

Jaffiol, C., et al. (2016). Prise en charge des maladies chroniques. Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. Paris : Académie Nationale de Médecine: 15.

<http://www.academie-medicine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100568>

Les maladies chroniques sont la première cause de décès et la source principale des dépenses de santé. Leur dépistage précoce permet de limiter leur gravité évolutive et de réduire sensiblement leur coût. Mais, leur suivi thérapeutique se heurte à deux obstacles : le défaut fréquent d'observance du traitement par le patient et aussi, plus rarement, l'inadaptation thérapeutique à l'évolution clinique par le médecin. C'est pourquoi, il faut revoir fondamentalement la prise en charge du patient chronique pour le rendre autonome dans la gestion de sa maladie tout en donnant au praticien les moyens de gérer et de coordonner les diverses étapes de son parcours de soin. Cela exige de changer les mentalités de part et d'autre, mais aussi de donner au praticien les moyens financiers lui permettant de consacrer à ses patients plus de temps, au centre d'une nouvelle organisation interprofessionnelle. La prévention et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont les clés de cette révolution thérapeutique, fondée aussi sur l'éducation à la santé, une meilleure formation des professionnels de santé, un accès accru au numérique, mais aussi et surtout la reconnaissance, par des mesures concrètes, de la place du médecin généraliste dans un nouveau parcours de soins où il doit avoir un rôle central de coordination (résumé d'auteur).

Kongstad, L. P., et al. (2016). Can the use of Electronic Health Records in General Practice reduce hospitalizations for diabetes patients? Evidence from a natural experiment. Working paper ; 16/25. Londres : University of York

Disease management programmes (DMP) in the general practice sector are increasingly used to improve health of chronically ill patients, reduce hospitalizations and thereby costs. The aim of this paper is to estimate the causal effects of the enrolment of general practices (GP) in a DMP based on Electronic Health Records (EHR) on diabetes patients total hospitalizations, diabetes related hospitalizations and hospitalizations with diabetes and cardiovascular related Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). We use a rich nationwide panel dataset (2004-2013) with information of stepwise enrolment of GPs in the EHR program. As a control group we use GPs who never enrolled. Following the recent literature on causal inference with panel data, we use a standard propensity score matching estimator where we also match on pre-treatment outcomes. This allows controlling for all the unobservable confounders which were already present in the pre-treatment outcomes. Alternative, we use a difference in difference as well as a parametric model with a continuous treatment specification and find similar results. Our results show that enrolment in EHR reduced diabetes patients 'risk of hospitalizations by more than 10%. The results are comparable with studies on EHR programs from California and the magnitudes of the effects are comparable to DMPs including both EHR and financial incentives.

Miani, C., et al. (2016). Hepatitis C : Understanding factors that influence the physicians' treatment decisions. Santa-Monica : Rand Corporation
http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR263.html

This study aimed to inform Hepatitis C (HCV) treatment by (1) better understanding the nexus of factors physicians consider when making HCV treatment decisions; (2) investigating the comparative influence and importance of specific factors and the trade-offs implicated in the decisionmaking process; and (3) examining how much thrombocytopenia impacts treatment decisions and how it impacts treatment. To meet this goal, we conducted five analyses, focusing on four European countries characterised by different approaches to healthcare organisation and financing, which alongside cultural differences may have potential implications for treatment pathways for patients with HCV infection. These were: France, Italy, Spain, and the United Kingdom. These analysis included: a review the academic literature and of relevant national and European guidelines; conduct key informant

interviews (KIIs) with national experts to contextualise the data from the literature review and further explore some emerging themes; Map the patient journey in the four countries to identify stages HCV patients pass through once they have entered the healthcare system and map, for each stage, potential points of departure from the typical journey; Design and conduct of Discrete Choice Experiments (DCEs) to quantitatively assess the importance of factors that influence treatment decisions; Conduct expert workshop to help build scenarios identifying challenges to HCV treatment.

Molitor, D. (2016). The Evolution of Physician Practice Styles: Evidence from Cardiologist Migration. *NBER Working Paper Series ; n° 22478*. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22478>

Physician treatment choices for observably similar patients vary dramatically across regions. This paper exploits cardiologist migration to disentangle the role of physician-specific factors such as preferences and learned behavior versus environment-level factors such as hospital capacity and productivity spillovers on physician behavior. Physicians who start in the same region and subsequently move to dissimilar regions practice similarly before the move, but each percentage point change in practice environment results in an immediate 2/3 percentage point change in physician behavior, with no further changes over time. This suggests environment factors are twice as important as physician-specific factors for explaining regional disparities.

Nosal, K. (2016). Physician Group Practices and Technology Diffusion: Evidence from New Antidiabetic Drugs. *Working paper ; 16/22*. Londres : University of York
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2783413

One way that physicians learn about new treatments and technologies is through interactions with other physicians. Such interactions are shaped, in part, by the structure of group medical practices: physicians who work in the same practice have more opportunities to exchange ideas. To quantify the importance of physician practices in technology adoption, I analyze physicians' adoption of three new anti-diabetic drugs introduced between 2009 and 2011 using data on the universe of Medicare Part D prescriptions. I construct the network of "colleague" relationships through practice memberships, and test whether physicians are more likely to adopt the new drugs if they have colleagues who do so. To distinguish the causal effect of interest from other sources of correlated decisions within practices, I use instrumental variables and also a panel data approach with physician and drug fixed effects. The instruments exploit the network structure, using characteristics of second degree connections (colleagues of colleagues) as a source of exogenous variation. The results indicate that having a colleague who prescribes the drug is associated with a 21 percentage point increase in a physician's probability of adopting the drug, compared to a 2 to 5 percent baseline adoption probability..

Rosen, R., et al. (2016). Is bigger better? Lessons for large-scale general practice. Londres Health Foundation, Londres : The Nuffield Trust
<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/bigger-better-lessons-large-scale-general-practice>

Traditional general practice is changing. Three quarters of practices are now working collaboratively in larger-scale organisations – albeit with varying degrees of ambition. Policy-makers and practitioners have high hopes for these organisations, and their potential to transform services both within primary care and beyond. But can we be confident that they can live up to these expectations? This research report is drawn from a 15-month study of

large-scale general practice organisations in England. The study examined the factors affecting their evolution and their impact on quality, staff and patient experience. It was informed by an extensive literature review, which will be published separately, and combined national surveys with in-depth case studies of contrasting, large-scale general practice organisations and analysis of 15 quality indicators.

Systèmes de santé / Health care systems

Diurni, A., et al. (2016). "Les systèmes de santé dans le monde." Sève : Les Tribunes de La Santé (51): 23-88.

<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-2.htm>

« Global health ! » La mondialisation des problématiques de santé s'impose à l'évidence. Progrès médicaux, évaluations des thérapeutiques, épidémie planétaire, réchauffement climatique, enjeux de la bioéthique... Les frontières semblent s'estomper. Pourtant les singularités du système de santé, et plus encore les inégalités face à la maladie, restent patentées. Comment préserver le meilleur de chaque système en s'ouvrant aux initiatives fructueuses des autres ? Comment garantir plus efficacement et plus équitablement la protection de la santé sur notre planète ? Comment promouvoir une politique de santé globale ? Le débat peine à s'engager. L'approche comparative se résume souvent aux velléités d'importation des mécanismes de régulation des dépenses et des doctrines des technostructures de la santé. Ce numéro propose un voyage pour découvrir les horizons des autres systèmes de santé. Au moment où le système de santé français est confronté à des défis considérables, liés notamment à l'expansion des maladies chroniques, à l'émergence de risques sanitaires inédits, à l'essor de nouvelles médecines, au développement de l'e-santé et à des contraintes économiques considérables, l'expérience des autres pays comme les enjeux de la santé globale constituent des champs de connaissance et d'analyse aussi précieux que complexes (résumé de l'éditeur).(d'après l'éditorial).

Kroneman, M., et al. (2016). **Health system review : Netherlands.** Health system review ; (18 No. 2. Copenhague : Bureau Régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf

The Dutch health system has been undergoing transformational reform since the mid-2000s. The 2006 reform introduced managed competition as a driving mechanism in health care. Ten years of gradual implementation have changed and continue to change the health care system and the role of stakeholders. A second major reform in long term care (2015) aimed to move citizens away from publicly provided care, urging citizens to be more self-reliant, while also placing broader responsibilities on municipalities. The new Dutch HiT provides an up-to-date assessment on both reforms, and the Dutch health system in general, and discusses important challenges for the future.

Travail et santé / Occupational Health

Barnay, T., et al. (2016). "Santé et itinéraire professionnel : contexte et genèse d'une enquête." Economie Et Statistique(486-487): 5-15.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES486A.pdf

La revue Économie et Statistique a choisi de consacrer ce numéro à des travaux mobilisant l'enquête Santé et itinéraire professionnel mise en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère des Affaires sociales et de la santé et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Cette enquête originale repose sur deux vagues d'interrogation des individus (2006 et 2010) et un volet biographique rétrospectif. Elle offre des perspectives de recherche appliquée tout à fait inédites, notamment en sciences économiques, dans un champ relativement peu exploré en France par rapport à l'abondance de la littérature internationale sur le sujet (Barnay, 2015 ; Bassanini et Caroli, 2015 ; Lindeboom, 2006). Les incidences microéconomiques sont pourtant évidentes ; pour le salarié, la dégradation de l'état de santé contribue à modifier ses préférences pour le loisir et à diminuer sa capacité de travail voire sa productivité ; pour l'entreprise, les arrêts-maladie de longue durée notamment induisent des coûts de gestion, de formation, des pertes de productivité et de compétitivité. Les équilibres macroéconomiques sont aussi fragilisés par une dégradation du capital santé, provoquant des départs prématurés du marché du travail et une surconsommation de soins (résumé d'auteur).

Barnay, T. et Defebvre, E. (2016). "L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien en emploi." *Economie et Statistique*(486-487): 45-78.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES486C.pdf

Cet article vise à mesurer l'effet causal de la santé mentale déclarée en 2006 (troubles anxieux et épisodes dépressifs) sur le maintien en emploi en 2010. Pour ce faire, nous mobilisons les données de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP). De manière à prendre en compte l'endogénéité potentielle inhérente aux variables de santé mentale, nous utilisons une modélisation en Probit bivarié, estimant d'une part le maintien en emploi des individus en fonction de leur santé mentale, et de l'autre la santé mentale, expliquée notamment par des événements marquants de l'enfance. De plus, nous contrôlons nos résultats des caractéristiques socio-économiques, d'emploi, de santé générale, de comportements à risque et d'itinéraire professionnel. Nous montrons que pour les hommes, le fait de déclarer souffrir d'un trouble mental en 2006 est associé à une diminution du maintien en emploi quatre ans plus tard. Concernant les femmes, aucune relation significative de ce type n'est identifiée, après prise en compte de leur santé générale. Les tests de robustesse effectués, notamment sur la période 2007-2010 et sur différentes tranches d'âges, confirment ces résultats (résumé d'auteur).

Blasco, S. et Brodaty, T. (2016). "Chômage et santé mentale en France." *Economie Et Statistique* (486-487): 17-44.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES486B.pdf

Nous utilisons le panel Santé et itinéraire professionnel pour étudier l'effet causal du chômage sur la santé mentale en France. Plus précisément, nous cherchons à évaluer si l'expérience et la durée de chômage augmentent les troubles mentaux dits courants de type dépression majeure et trouble d'anxiété généralisée. Nous mobilisons l'historique de problèmes de santé depuis l'enfance et mettons en œuvre une méthode à variable instrumentale afin de tenir compte des problèmes d'hétérogénéité inobservée et d'endogénéité du chômage. Nos résultats indiquent que l'expérience du chômage a un effet sur les hommes alors que ce n'est pas le cas pour les femmes. Nous montrons également que l'effet se concentre sur les hommes en deuxième partie de carrière. Ces résultats sont robustes à nos différentes mesures de santé mentale. Du point de vue des politiques

publiques, cette étude montre qu'un accompagnement psychologique ciblé et efficace des chômeurs permettrait de prévenir la survenue de troubles mentaux (résumé d'auteur).

Coudin, E. et Souletie, A. (2016). "Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire." *Economie Et Statistique* (486-487): 79-102.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES486D.pdf

A niveau équivalent de compétences, les femmes obèses ont moins souvent un emploi que celles qui ne le sont pas (7 points de probabilité en moins d'avoir un emploi). Au contraire, chez les hommes, un indice de masse corporelle plus élevé est associé à une probabilité légèrement plus élevée d'avoir un emploi. Les salaires des hommes et des femmes obèses ne sont pas différents de ceux des personnes non obèses, et ce tout au long de l'échelle des salaires, mais un indice de masse corporelle plus élevé est associé à une très légère baisse du salaire chez les femmes (- 0,3 %). Cette moindre performance des femmes obèses sur le marché du travail peut à la fois refléter une productivité plus faible, une discrimination supposée ou subie, des préférences qui diffèrent de celles des femmes non obèses et qui influencent l'emploi, le salaire et la corpulence de manière jointe, et enfin la simultanéité du lien entre corpulence et emploi ou salaire. Nous mobilisons ici les données des deux vagues de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (2006 et 2010). En exploitant le fait que la pratique régulière dans le passé d'une activité physique diminue la corpulence sans influencer directement sur l'emploi ou le salaire, nous identifions un effet causal de la corpulence sur l'emploi plus fortement négatif pour les femmes, et nul pour les hommes. Les impacts causaux de l'obésité et de la corpulence sur le salaire horaire sont eux aussi négatifs mais leurs ampleurs ne sont pas toujours quantifiables en raison du manque de puissance de l'instrument. Ces résultats sont confirmés lorsque nous utilisons l'écart relatif de corpulence par rapport à la corpulence moyenne d'un groupe de référence plutôt que l'indice de masse corporelle (résumé d'auteur).

Euzenat, D. et Mortezapouraghdam, M. (2016). "Les changements d'organisation du travail dans les entreprises : quelles conséquences sur les accidents du travail des salariés ?" *Economie Et Statistique* (486-487): 129-147.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES486F.pdf

Cet article étudie l'influence de l'introduction, au sein des entreprises, des nouvelles formes d'organisation du travail, souvent inspirées du toyotisme (production en juste-à-temps, équipes autonomes de travail...) sur le risque d'accidents du travail des salariés. Dans ce but, il estime, sur l'enquête française COI (Changements organisationnels et informatisation) dédiée à ce sujet et appariée avec les données administratives sur les accidents du travail, un modèle de données de comptage en panel à effets fixes sur les années 2003 et 2006.

Fontaine, R., et al. (2016). "L'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux a-t-elle augmenté pendant la crise économique de 2008 ?" *Economie Et Statistique* (486-487): 103-128.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES486E.pdf

À partir des deux vagues de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), cet article étudie l'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux (RPS) et son évolution entre 2006 et 2010, dans un contexte de crise économique. Nous estimons par des modèles Probit la probabilité individuelle d'exposition aux différents RPS conditionnellement aux caractéristiques socioéconomiques des individus et aux caractéristiques de leur emploi. Si l'on observe une surexposition générale aux RPS chez les individus de 35 à 44 ans, ceux ayant

un diplôme de niveau baccalauréat ou ceux exposés à des pénibilités physiques, les profils d'exposition apparaissent nettement différenciés selon le genre, la catégorie professionnelle et le secteur d'activité. L'identification de ces surexpositions et de ces profils doit permettre de mieux cibler les politiques de prévention sur ces populations qui ne sont pas toujours celles que l'on considère comme les plus fragiles sur le marché du travail. On observe une augmentation générale de l'exposition aux RPS sur la période 2006-2010. L'augmentation la plus frappante concerne le manque de reconnaissance. Nous analysons ces évolutions selon les caractéristiques économiques des secteurs d'activité, l'existence d'un plan de licenciement au niveau de l'entreprise et les mobilités professionnelles des individus. Aucun lien significatif n'est à noter entre l'évolution de l'exposition aux RPS et les différences sectorielles d'exposition à la crise. En revanche, nous mettons en évidence une association significative entre l'existence d'un plan de licenciement au niveau de l'entreprise et l'aggravation de l'exposition aux RPS. Enfin, connaître une mobilité professionnelle est associé à une réduction significative de l'exposition aux RPS. Du fait du caractère pro-cyclique des mobilités professionnelles externes, ce lien pourrait constituer un canal de transmission entre crise économique et exposition aux RPS (résumé d'auteur).

Haile, G. A. (2016). Workplace Disability: Whose Wellbeing Does It Affect? IZA Discussion Paper ; 10102. Bonn : IZA
<http://ftp.iza.org/dp10102.pdf>

The paper investigates if there is a link between workplace disability (WD) and job satisfaction (JS) in Britain using nationally representative linked data from WESR2011 and alternative empirical analyses. The results obtained indicate that in the private sector, workplaces with respondents with disabilities have significantly lower JS vis-à-vis workplaces without such respondents. JS is also found to decline with the percentage of respondents with disabilities in private sector workplaces with a mix of respondents with and without disabilities. Notably; the decline in JS found for private sector workplaces is specific to co-workers without disabilities therein. These, coupled with the significant positive (negative) relationship found between workplace JS and disability policies and practices for respondents with (without) disabilities in private sector workplaces, suggest that the sector may have to go some way towards dealing with issues of workplace disability more efficiently.

Horn, B. P., et al. (2016). Do Minimum Wage Increases Influence Worker Health? NBER Working Paper series ; n° 22578. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22578

This study investigates whether minimum wage increases in the United States affect an important non-market outcome: worker health. To study this question, we use data on lesser-skilled workers from the 1993-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance Surveys coupled with differences-in-differences and triple-difference models. We find little evidence that minimum wage increases lead to improvements in overall worker health. In fact, we find some evidence that minimum wage increases may decrease some aspects of health, especially among unemployed male workers. We also find evidence that increases reduce mental strain among employed workers.

Hummels, D., et al. (2016). No Pain, No Gain: The Effects of Exports on Effort, Injury, and Illness. NBER Working Paper Series ; n° 22365. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22365>

Increased job effort can raise productivity and income but put workers at increased risk of illness and injury. We combine Danish data on individuals' health with Danish matched worker-firm data to understand how rising exports affect individual workers' effort, injury, and illness. We find that when firm exports rise for exogenous reasons: 1. Workers work longer hours and take fewer sick-leave days; 2. Workers have higher rates of injury, both overall and correcting for hours worked; and 3. Women have higher sickness rates. For example, a 10% exogenous increase in exports increases women's rates of injury by 6.4%, and hospitalizations due to heart attacks or strokes by 15%. Finally, we develop a novel framework to calculate the marginal dis-utility of any non-fatal disease, such as heart attacks, and to aggregate across multiple types of sickness conditions and injury to compute the total utility loss. While the ex-ante utility loss for the average worker is small relative to the wage gain from rising exports, the ex-post utility loss is much larger for those who actually get injured or sick.

Meron, M. coor. (2016). *Emploi, chômage, revenus du travail - Edition 2016*, Paris : INSEE
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/EMPSAL16.pdf

L'Insee et le service statistique public présentent avec *Emploi, chômage, revenus du travail* un ensemble d'analyses et d'indicateurs sur le marché du travail. Cette édition succède à l'Insee Références Emploi et salaires et élargit ses thèmes. Les évolutions récentes sont analysées et mises en perspective sur plusieurs années dans la vue d'ensemble et les fiches thématiques. Ces fiches portent sur l'emploi, le chômage et les demandeurs d'emploi, les conditions de travail, les revenus et le coût du travail. Le numéro comprend quatre dossiers, sur les situations à la marge du chômage, sur l'emploi des immigrés en lien avec leur niveau de maîtrise de la langue, sur les évolutions annuelles de revenu salarial selon la place des personnes dans l'échelle salariale et sur l'évolution de long terme de la concentration spatiale des diplômés en France (résumé d'auteur).

Mullen, K. et Staubli, S. (2016). *Disability Benefit Generosity and Labor Force Withdrawal*. NBER Working Paper Series ; n° 22419. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22419>

A key component for estimating the optimal size and structure of disability insurance (DI) programs is the elasticity of DI claiming with respect to benefit generosity. Yet, in many countries, including the United States, all workers face identical benefit schedules, which are a function of one's labor market history, making it difficult to separate the effect of the benefit level from the effect of unobserved preferences for work on individuals' claiming decisions. To circumvent this problem, we exploit exogenous variation in DI benefits in Austria arising from several reforms to its DI and old age pension system in the 1990s and 2000s. We use comprehensive administrative social security records data on the universe of Austrian workers to compute benefit levels under six different regimes, allowing us to identify and precisely estimate the elasticity of DI claiming with respect to benefit generosity. We find that, over this time period, a one percent increase in potential DI benefits was associated with a 1.2 percent increase in DI claiming.

Otterbac, S., et al. (2016). *Working-Time Mismatch and Mental Health*. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research ; 843. Berlin : DIW

Nationally representative panel survey data for Germany and Australia are used to investigate the impact of working-time mismatches (i.e., differences between actual and desired work hours) on mental health, as measured by the Mental Component Summary

Score from the SF-12. Fixed effects and dynamic linear models are estimated, which, together with the longitudinal nature of the data, enable person-specific traits that are time invariant to be controlled for. The incorporation of dynamics also reduces concerns about the potential effects of reverse causation. The results suggest that overemployment (working more hours than desired) has adverse consequences for the mental health of workers in both countries. Underemployment (working fewer hours than desired), however, seems to only be of significance in Australia.

Picchio, M. et Van Ours ; J.C. (2016). Temporary Jobs and the Severity of Workplace Accidents. IZA Discussion Paper ; 10121. Bonn : IZA
<http://ftp.iza.org/dp10121.pdf>

From the point of view of workplace safety, it is important to know whether having a temporary job has an effect on the severity of workplace accidents. We present an empirical analysis on the severity of workplace accidents by type of contract. We used micro data collected by the Italian national institute managing the mandatory insurance against work related accidents. We estimated linear models for a measure of the severity of the workplace accident. We controlled for time-invariant fixed effects at worker and firm levels to disentangle the impact of the type of contract from the spurious one induced by unobservables at worker and firm levels. We found that workers with a temporary contract, if subject to a workplace accident, were more likely to be confronted with severe injuries than permanent workers. When correcting the statistical analysis for injury under-reporting of temporary workers, we found that most of, but not all, the effect is driven by the underreporting bias. The effect of temporary contracts on the injury severity survived the inclusion of worker and firm fixed effects and the correction for temporary workers' injury underreporting. This however does not exclude the possibility that, within firms, the nature of the work may vary between different categories of workers. For example, temporary workers might be more likely to be assigned by the employer dangerous tasks because they might have less bargaining power. The findings will be of help in designing public policy effective in increasing temporary workers' safety at work and limiting their injury under-reporting.

Pichler, F. et Ziebarth, N. R. (2016). The Pros and Cons of Sick Pay Schemes: A Method to Test for Contagious Presenteeism and Shirking Behavior. NBER Working Paper series : n° 22530. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22530

This paper provides an analytical framework and uses data from the US and Germany to test for the existence of contagious presenteeism and negative externalities in sickness insurance schemes. The first part exploits high-frequency Google Flu data and the staggered implementation of U.S. sick leave reforms to show in a reduced-form framework that population-level influenza-like disease rates decrease after employees gain access to paid sick leave. Next, a simple theoretical framework provides evidence on the underlying behavioral mechanisms. The model theoretically decomposes overall behavioral labor supply adjustments ('moral hazard') into contagious presenteeism and noncontagious absenteeism behavior and derives testable conditions. The last part illustrates how to implement the model exploiting German sick pay reforms and administrative industry-level data on certified sick leave by diagnoses. It finds that the labor supply elasticity for contagious diseases is significantly smaller than for noncontagious diseases. Under the identifying assumptions of the model, in addition to the evidence from the U.S., this finding provides indirect evidence for the existence of contagious presenteeism.

Vieillesse / Ageing

(2016). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. Paris : Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/Le-maintien-a-domicile-des-personnes-agees-en-perte-d-autonomie>

La Cour des comptes rend public, le 12 juillet 2016, un rapport sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. La proportion des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population française devrait doubler entre 2010 et 2060, et leur nombre atteindre alors 8,4 millions. Simultanément, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait passer à 2,3 millions. Pour les personnes concernées et leur famille, la perte d'autonomie est psychologiquement difficile à vivre. Elle l'est aussi financièrement. La question des modalités de la prise en charge de la perte d'autonomie se posera de manière accrue, dans un contexte de ressources publiques limitées. La loi du 20 juillet 2001, en créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), a favorisé le développement de services de soins et d'accompagnement à domicile, ainsi que de nouvelles formules intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire). L'offre de prestations a ainsi connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité, mais la connaissance des besoins, l'information des bénéficiaires et le pilotage de cette politique demeurent insuffisants. La Cour estime donc nécessaire d'améliorer l'organisation de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de cibler de manière plus efficace les aides correspondantes.

(2016). Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet EHPAD. Saint-Denis : Anesm

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1128&var_mode=calcul

À l'arrivée en Ehpad, le résident doit bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée coordonnée par le médecin coordonnateur. Les évaluations gériatriques agissent sur la prévention des événements cliniques majeurs quel que soit le lieu de vie de la personne âgée. Mais au-delà de cette évaluation, des actions concrètes de repérage peuvent être mises en place. Les principaux domaines à observer sont le statut nutritionnel, l'activité physique, la mobilité, l'énergie/la fatigue, la force, la cognition, l'humeur, les relations sociales et l'environnement, la dépendance⁹ mais aussi la polyopathie, la chute, la polymédication (et le risque de iatrogénie médicamenteuse). Tous les professionnels présents au sein de l'Ehpad doivent participer, à leur niveau d'observation, à ce repérage. Ces évaluations contribuent à l'élaboration du projet personnalisé. C'est pourquoi, ces recommandations sont accompagnées de fiches repères pour faciliter le repérage des situations à risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. Ces fiches portent sur la mauvaise nutrition/dénutrition et déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise des médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles du comportement et les troubles cognitifs. Enfin, une fiche-repère est aussi consacrée aux aidants (leur présence régulière au sein de l'Ehpad contribue souvent à la qualité de vie du résident).

Bachelay, A. (2016). Rapport d'information sur les immigrés âgés. Paris : Assemblée Nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3980.asp>

Le 20 novembre 2012, la Conférence des présidents a créé, sur proposition du Président Claude Bartolone, une mission d'information sur les immigrés âgés originaires des États tiers à l'Union européenne. Un rapport d'information paru en juillet 2013 avait proposé tout un ensemble de propositions embrassant l'ensemble des aspects de la problématique. Le présent rapport ne revient pas sur chacune des 82 propositions, mais insiste sur celles qui touchent le public le plus large et dont l'impact dans la vie quotidienne est le plus sensible : accès à la nationalité, accès au logement et aux droits sociaux. Sur la question de l'accès au territoire et à la nationalité, tout d'abord : les immigrés âgés, souvent présents sur notre sol depuis plusieurs décennies, doivent pouvoir prétendre à devenir Français dans des conditions facilitées. Ceux qui ne le souhaitent pas ou ne le peuvent pas doivent pouvoir se voir délivrer des titres de séjour adaptés, leur permettant notamment de retourner sans difficulté dans leur pays d'origine, pour des périodes longues ; Concernant la question du logement, ensuite. Les immigrés âgés sont le plus souvent logés dans des foyers de travailleurs migrants, dont la rénovation, lancée il y a près de 20 ans, n'est pas achevée. Si les conditions de vie dans ces foyers ont néanmoins connu quelques améliorations, il ne faut pas perdre de vue que les immigrés âgés ont vocation, comme n'importe quel public éligible, à accéder au logement social « de droit commun » ; Et sur la question de l'accès aux droits sociaux, enfin. La plupart des immigrés âgés bénéficient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées – anciennement « minimum vieillesse » –, prestation non contributive réservée aux plus modestes ; plusieurs propositions tendant à adapter les contrôles de l'attribution de cette prestation à la population des immigrés âgés ont été mises en œuvre. Mais sur le terrain des droits sociaux, on retiendra surtout l'entrée en vigueur de l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine, près de 10 ans après sa création par le législateur.

Lindgren, B. (2016). The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Care - A Selected Literature Review. NBER Working Paper series : n° 22521. Cambridge : NBER: www.nber.org/papers/w22521

The objective is to review the evidence on (a) ageing and health and (b) the demand for health- and social services among the elderly. Issues are: does health status of the elderly improve over time, and how do the trends in health status of the elderly affect the demand for health- and elderly care? It is not a complete review, but it covers most of recent empirical studies. The reviewed literature provides strong evidence that the prevalence of chronic disease among the elderly has increased over time. There is also fairly strong evidence that the consequences of disease have become less problematic due to medical progress: decreased mortality risk, milder and slower development over time, making the time with disease (and health-care treatment) longer but less troublesome than before. Evidence also suggests the postponement of functional limitations and disability. Some of the reduction in disability can be attributed to improvements in treatments of chronic diseases, but it is also due to the increased use of assistive technology, accessibility of buildings, etc. The results indicate that the ageing individual is expected to need health care for a longer period of time than previous generations but elderly care for a shorter.

Pollak, C. et Sirven, N. (2016). "Active ageing beyond the labour market : evidence on the role of intrinsic and extrinsic rewards at work." Review of Social Economy(En ligne): 1-27.

Les stratégies de « vieillissement actif » visent à promouvoir la participation des seniors dans la société. Alors qu'une littérature économique abondante a été consacrée aux facteurs incitatifs de l'offre de travail des seniors, on connaît mal les motivations qui encouragent les travailleurs à compléter leur activité professionnelle par d'autres activités sociales. En

utilisant les données de l'enquête SHARE, cet article apporte des éléments empiriques sur le rôle de l'environnement de travail dans l'offre d'activités productives formelles et informelles des travailleurs âgés de 50 à 65 ans. Les résultats montrent que les récompenses intrinsèques au travail, telles que le développement des compétences et la latitude décisionnelle, constituent une incitation pour les seniors de s'investir dans des activités sociales en dehors du marché du travail. En revanche, les récompenses extrinsèques, telles que les perspectives d'avancement, la sécurité de l'emploi et le salaire, affectent peu les décisions prises en dehors de la sphère marchande. Par conséquent, les motivations intrinsèques dans l'environnement de travail devraient être favorisées si l'on souhaite promouvoir la participation sociale des travailleurs seniors (résumé d'auteur).

Sirven, N. (2016). "Vieillesse, fragilité et dépenses de santé." Questions d'Economie de La Santé (Irdes)(216)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/216-vieillesse-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf>

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des dépenses de santé, la fragilité apparaît comme une notion intéressante tant les professionnels de santé que les politiques de régulation des conséquences du vieillissement. Elle est définie comme une diminution de la résistance de la personne face au stress qui augmente sa vulnérabilité et l'expose à un risque d'accidents, comme les chutes, et d'évolution vers la dépendance. Jusqu'à présent, une partie de l'augmentation des dépenses de santé était souvent attribuée à un effet mécanique de l'âge en l'absence de la prise en compte de la notion de fragilité dans les analyses multidimensionnelles. Cet effet ne masque-t-il pas des situations individuelles différentes ? La fragilité peut-elle révéler ces différences ? A partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée aux données de l'Assurance maladie, nous testons ici l'hypothèse selon laquelle la fragilité est un des déterminants des dépenses de santé individuelles des personnes âgées. L'analyse montre ainsi qu'en 2012, le montant moyen des dépenses de santé ambulatoires des personnes âgées de 65 ans et plus augmente avec le niveau de fragilité (résumé d'auteur).

Sirven, N. et Rapp, T. (2016). Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français.

Document de travail Irdes ; 71. Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/071-depenses-de-sante-vieillesse-et-fragilite-le-cas-francais.pdf>

La fragilité de la personne âgée préfigure un risque d'événements péjoratifs et d'évolution vers la dépendance. L'objectif de ce travail consiste à évaluer le coût économique de la fragilité au travers du surplus de dépenses de santé ambulatoires qu'elle suscite, indépendamment des coûts induits par d'autres pathologies. Nous utilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, appariées aux remboursements de soins déclarés par les individus. L'échantillon est représentatif de la population des 65 ans et plus vivant en ménage ordinaire en 2012. Un modèle GLM est spécifié avec une forme fonctionnelle exponentielle et une variance des estimateurs de loi Gamma. L'effet de la fragilité est estimé en tenant compte des autres mesures de santé disponibles dans l'enquête (maladies chroniques, limitations fonctionnelles, distance à la mort et un indice composite de plusieurs mesures de santé). Les résultats indiquent que le surcoût associé à la fragilité est d'environ 1 500 €, et de 750 € pour les pré-fragiles. L'introduction de la fragilité contribue à l'amélioration de l'identification des modèles de dépenses de santé quelles que soient les mesures de santé alternatives retenues. La fragilité joue le rôle d'une variable omise. En sa présence, l'âge n'a plus d'effet significativement différent de zéro dans les modèles, ce qui

affaiblit l'hypothèse d'un effet du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (résumé d'auteur).