

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

20 mai 2016 / May The 20th, 2016

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

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

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

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

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

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

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

You can access to the electronic version of articles on our EJS portal (except for the French journals):
<http://ejournals.ebsco.com/Home.asp> (Access limited to Irdes team).

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

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

Contacts

Espace documentation : documentation@irdes.fr

Marie-Odile Safon : safon@irdes.fr

Véronique Suhard : suhard@irdes.fr

Sommaire

Assurance maladie / Health Insurance 6

Farook, A. and A. Kugler (2016). Beyond Job Lock: Impacts of Public Health Insurance on Occupational and Industrial Mobility.....	6
Hu, L., et al. (2016). The Effect of the Patient Protection and Affordable Care Act Medicaid Expansions on Financial Well-Being.....	6
Jimenez-Martin, S., et al. (2016). Great recession and disability in Spain.....	6
Pichler, S. and J. Ruffner (2016). Does it really make a difference? Health care utilization with two high deductible health care plans.....	6

Economie de la santé / Health Economics 7

(2015). Evolution des dépenses pharmaceutiques et défis futurs.....	7
Bakx, P., et al. (2016). Spending on Health Care in the Netherlands: not going so Dutch.....	7
Chisholm, D., et al. (2016). "Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis.".....	8
Clemente, J., et al. (2016). Public health expenditure in Spain: is there partisan behaviour?.....	8
Dessaue, C., et al. (2016). "Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C : retour sur 18 mois de prise en charge par l'Assurance Maladie.".....	9
Howdon, D. and N. Rice (2015). Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: implications for an ageing population.....	9
Littman, J. and R. Halil (2016). "Effets potentiels d'un modèle rationnel de prescription sur les dépenses nationales en santé. Plus d'un demi-milliard de dollars en économies annuelles.".....	9
Ponzo, M. and V. Scoppa (2016). Cost-Sharing and Use of Health Services in Italy: Evidence from a Fuzzy Regression Discontinuity Design.....	10
Tenand, M. (2016). "Hausse des dépenses de santé. Quel rôle joue le vieillissement démographique ?".....	10

Etat de santé / Health Status 10

"Les cancers en France : éditions 2015.".....	10
(2016). "Global report on diabetes.".....	10
Muller, T. and M. Shaikh (2016). Your Retirement and My Health Behaviour: Evidence on Retirement Externalities from a Fuzzy Regression Discontinuity Design.....	11

Géographie de la santé/ Geography of Health 11

Chevillard, G., et al. (2016). "Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ?"	11
Lopez, A. and P. H. Brechat (2016). "La planification en santé : un essai à transformer."	12
(2016). "Global report on urban health : equitable, healthier cities for sustainable development."	12
Hôpital / Hospitals	12
Cappellari, L., et al. (2016). Do Market Incentives for Hospitals Affect Health and Service Utilization? Evidence from PPS-DRG Tariffs in Italian Regions.....	12
Cazin, L. (2016). Can French public hospitals make do with a dynamic and uncertain environment by developing inter-organizational restructuring strategies?	13
Van Den Heede, K., et al. (2015). "Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform."	14
Inégalités de santé / Health Inequalities	14
Carrieri, V. and A. M. Jones (2016). Inequality of opportunity in health: a decomposition-based approach.....	14
Cookson, R., et al. (2016). Socioeconomic Inequalities in Health Care in England.....	14
Hamel, C. and M. Moisy (2016). Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé.....	15
Heger, D. (2016). Decomposing Differences in Health and Inequality using Quasi-Objective Health Indices.....	15
Mantoura, P. and V. Morrison (2016). Les approches politiques de réduction des inégalités de santé,.....	15
Médicaments / Pharmaceuticals.....	16
(2016). "État des lieux sur les médicaments biosimilaires."	16
Belloni, A., et al. (2016). Pharmaceutical Expenditure And Policies. Past Trends And Future Challenges	16
Le Cossec, C., et al. (2015). "Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques."	16
Shepherd, J. (2016). The Prescription for Rising Drug Prices: Competition or Price Controls	17
Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics	17
Atanda, A. A., et al. (2016). Is Health Care Infected by Baumol’s Cost Disease? Test of a New Model Using an OECD Dataset.	17
Nakamura, R., et al. (2016). Assessing the Impact of Health Care Expenditures on Mortality Using Cross-Country Data	18

Politique de santé / Health Policy 18

(2016). "DGOS. Projet stratégique 2015-2017." 18

Aissou, M., et al. (2016). Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé. 19

Buffetau, S. and Y. L'Horty (2016). "Sélectionner des territoires de contrôle pour évaluer une politique localisée : le cas des territoires de soins numériques." 19

Clement, J. M. (2016). La loi santé : analyse, commentaires, critiques. 20

Danzon, M. and Y. Charpak (2016). Notre santé dans l'arène politique mondiale..... 20

Sirugue, C. (2016). "Repenser les minima sociaux. Vers une couverture socle commune." 20

Tabuteau, D., et al. (2016). "Soixante-dix ans de sécurité sociale." 21

Prévention / Prevention 21

(2016). "Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives." 21

Le Bodo, Y., et al. (2016). "Comment faire mieux? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité." 21

Psychiatrie / Psychiatry 22

(2016). "Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015." 22

St-Pierre, L. (2016). La santé mentale dans le champ de l'évaluation d'impact sur la santé..... 22

Soins de santé primaires / Primary Health Care 23

(2016). La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 4 ans. 23

Aiken, L. H., et al. (2016). "The changing role of nursing." 23

Bras, P. L. (2016). "Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?" 23

Clapier, P., et al. (2016). "Enquête qualitative relative aux déterminants des choix d'installation des médecins anesthésistes bretons." 23

Coutant, D. and F. Tuffreau (2016). La médecine générale, une spécialité d'avenir. 24

De Haas, P. (2015). Monter et faire vivre une maison de santé. 24

Durand, S. and F. Laflamme (2016). "Pratique infirmière avancée. Réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée." 24

Ewbank, L., et al. (2016). Who cares ? The future of general practice 25

Howard, D. H., et al. (2016). Physicians, acting in their role as experts, are often faced with situations where they must trade off personal and patient welfare 25

Système de santé / Health Systems.....	25
Vrijens, F., et al. (2015). "La performance du système de santé belge. Rapport 2015."	25
Travail et santé / Occupational Health	26
Chappert, F. and P. Therry (2016). "Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2014."	26
Boheim, R. and T. Leoni (2016). Disability policies: Reform strategies in a comparative perspective	26
Vieillesse / Ageing	27
(2016). "Territoires et politiques de l'autonomie (extrait du rapport 2015 de la CNSA)."	27
(2016). Transitions emploi-retraite. Dossier du 30 mars 2016.	27
Fetter, D. K. and L. M. Lockwood (2016). Government Old-Age Support and Labor Supply: Evidence from the Old Age Assistance Program.	27
Guillaume, S. and Z. Or (2016). "La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire."	27

Assurance maladie / Health Insurance

Farook, A. and A. Kugler (2016). Beyond Job Lock: Impacts of Public Health Insurance on Occupational and Industrial Mobility. NBER Working Paper Series ; n° 22118. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22118>

We examine whether greater Medicaid generosity encourages mobility towards riskier but better jobs in higher paid occupations and industries. We use Current Population Survey Data and exploit variation in Medicaid thresholds across states and over time through the 1990s and 2000s. We find that moving from a state in the 10th to the 90th percentile in terms of Medicaid income thresholds increases occupational and industrial mobility by 7.6% and 7.8%. We also find that higher income Medicaid thresholds increase mobility towards occupations and industries with greater wage spreads and higher separation probabilities, but with higher wages and higher educational requirements.

Hu, L., et al. (2016). The Effect of the Patient Protection and Affordable Care Act Medicaid Expansions on Financial Well-Being. NBER Working Paper Series ; 22170. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22170>

This working paper examines the effect of the Medicaid expansions under the 2010 Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) on financial outcomes using credit report data for a large sample of individuals. It employs the synthetic control method (Abadie et al., 2010) to compare individuals living in states that expanded Medicaid to those that did not. We find that the Medicaid expansions significantly reduced the number of unpaid bills and the amount of debt sent to third-party collection agencies among those residing in zip codes with the highest share of low income, uninsured individuals. Its estimates imply a reduction in collection balances of around \$600 to \$1,000 among those who gain Medicaid coverage due to the ACA. Our findings suggest that the ACA Medicaid expansions had important financial impacts beyond health care use.

Jimenez-Martin, S., et al. (2016). Great recession and disability in Spain. Barcelona GSE Working Paper Series . 896. Barcelone : GSE

http://www.barcelonagse.eu/sites/default/files/working_paper_pdfs/896.pdf

This paper evaluates the impact of the business cycle on participation in the Disability Insurance (DI) program in Spain in the context of the Great Recession, which has been particularly strong in this country. The study follows two approaches. First it uses regional administrative data to estimate the effect of the regional unemployment rate on the number of applications, denials and allowances to the DI rolls. Second it uses longitudinal panel data to estimate the effect of the business cycle on transitions from different labor market states to the DI rolls. Our results show a pro-cyclical behavior of participation in DI during the years of the Great Recession. This is in contrast to the countercyclical response documented both for other countries as well as for Spain before 2008. This paper documents some facts that partially explain why DI benefits have become pro instead of countercyclical during the Great Recession in Spain. The results provide valuable evidence for policy-makers as they highlight that some of the disabled population may be left economically uncovered during the worst of times.

Pichler, S. and J. Ruffner (2016). Does it really make a difference? Health care utilization with two

high deductible health care plans. KOF Working Papers; 404. Zurich : Swiss Federal Institute of Technology

Deductibles are commonly used to tame increasing health care costs. Numerous studies find that higher deductibles reduce health care utilization. In this paper we compare utilization in Switzerland between two health care plans with deductibles of 1,500 CHF and 2,500 CHF (1CHF = 1\$) per calendar year. While there is a minimum deductible level in Switzerland, individuals are free to increase their deductible and thereby reduce their insurance premium. In order to distinguish between selection and moral hazard we use regional variation in premiums as an instrument. Moreover, we take advantage of a policy change in 2005 that introduced the higher deductible for the first time. The results show that selection leads to considerable differences in utilization between the two groups, while we find no behavioral differences across both groups. If anything health care expenditures are higher for male individuals with the higher deductible, while for females there are no differences between the two deductible levels.

Economie de la santé / Health Economics

(2015). Evolution des dépenses pharmaceutiques et défis futurs. Panorama de la santé 2015. Paris : OCDE

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115072ec005.pdf>

Les dépenses pharmaceutiques ont atteint environ 800 milliards USD en 2013 dans les pays de l'OCDE, soit environ 20 % en moyenne des dépenses de santé totales lorsque l'on ajoute la consommation hospitalière de produits pharmaceutiques à l'achat de médicaments au détail. Ce chapitre présente les tendances récentes en matière de dépenses pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE. Il examine les déterminants de l'évolution récente des dépenses, en soulignant les différences entre classes thérapeutiques. Il montre que, alors que la consommation de médicaments continue d'augmenter et de pousser à la hausse les dépenses pharmaceutiques, les politiques de maîtrise des coûts et l'expiration des brevets d'un certain nombre de produits les plus vendus ont mis la pression à la baisse sur les prix des médicaments au cours des dernières années. Cela a entraîné un ralentissement de la croissance des dépenses au cours de la dernière décennie. Le chapitre se penche ensuite sur les défis émergents pour les décideurs politiques en ce qui concerne la gestion des dépenses pharmaceutiques. La prolifération de médicaments de spécialité à coût élevé sera un moteur important de la croissance des dépenses de santé dans les années à venir. Alors que certains de ces médicaments apportent de grands bénéfices aux patients, d'autres ne fournissent que des améliorations marginales. Cela remet en question l'efficacité des dépenses pharmaceutiques.

Bakx, P., et al. (2016). Spending on Health Care in the Netherlands: not going so Dutch. Tinbergen Institute Discussion Paper ; TI 2016-024/V. Rotterdam : Tinbergen Institute

<http://papers.tinbergen.nl/16024.pdf>

The Netherlands is among the top spenders on health in the OECD. We document the lifecycle profile, concentration and persistence of this expenditure using claims data covering both curative and long-term care expenses for the full Dutch population. Spending on healthcare is strongly concentrated: the one per cent of individuals with the highest levels of

expenditure account for one quarter of the aggregate in any one year. Averaged over three years, the top one per cent still accounts for more than a fifth of the total, indicating a very high degree of persistence in the largest expenses. Spending on long-term care, which amounts to one third of all expenditure on health care, is even more concentrated: the top one per cent accounts for more than half of total spending on this type of care. Average expenditure rises steeply with age and even more so with proximity to death. Spending on individuals in their last year of life absorbs one tenth of aggregate health care expenditure. In a given year, spending on health care is highly skewed toward individuals with lower incomes. Average expenditure on the poorest fifth is more than three times that on the richest fifth. Spending on long-term care is five times more concentrated on the poor.

Chisholm, D., et al. (2016). "Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis." *The Lancet Psychiatry* on line: 10.

<http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366%2816%2930024-4/abstract>

Background : Depression and anxiety disorders are highly prevalent and disabling disorders, which result not only in an enormous amount of human misery and lost health, but also lost economic output. Here we propose a global investment case for a scaled-up response to the public health and economic burden of depression and anxiety disorders. **Methods** In this global return on investment analysis, we used the mental health module of the OneHealth tool to calculate treatment costs and health outcomes in 36 countries between 2016 and 2030. We assumed a linear increase in treatment coverage. We factored in a modest improvement of 5% in both the ability to work and productivity at work as a result of treatment, subsequently mapped to the prevailing rates of labour participation and gross domestic product (GDP) per worker in each country. **Findings** The net present value of investment needed over the period 2016–30 to substantially scale up effective treatment coverage for depression and anxiety disorders is estimated to be US\$147 billion. The expected returns to this investment are also substantial. In terms of health impact, scaled-up treatment leads to 43 million extra years of healthy life over the scale-up period. Placing an economic value on these healthy life-years produces a net present value of \$310 billion. As well as these intrinsic benefits associated with improved health, scaled-up treatment of common mental disorders also leads to large economic productivity gains (a net present value of \$230 billion for scaled-up depression treatment and \$169 billion for anxiety disorders). Across country income groups, resulting benefit to cost ratios amount to 2.3–3.0 to 1 when economic benefits only are considered, and 3.3–5.7 to 1 when the value of health returns is also included. **Interpretation** Return on investment analysis of the kind reported here can contribute strongly to a balanced investment case for enhanced action to address the large and growing burden of common mental disorders worldwide.

Clemente, J., et al. (2016). Public health expenditure in Spain: is there partisan behaviour? Munich : MRPA

<https://ideas.repec.org/p/pramprapa/69781.html>

This study examines the disparities in the evolution of Spanish regional public health expenditures from 1991 to 2010. We find that the recent development of the Spanish regional public health system have led the regions to reflect a very heterogeneous pattern of behaviour. These differences depend on economic and demographic factors, but also on the ideology of the regional governments. The longer a region is governed by a right-wing party, the lower the public health expenditure. This result suggests the presence of clear partisan behaviour in the Spanish public health system.

Dessauce, C., et al. (2016). "Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C : retour sur 18 mois de prise en charge par l'Assurance Maladie." Points de Repère(44)
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-44-antiviraux-a-action-directe-et-hepatite-c.php>

L'hépatite C est une maladie infectieuse du foie provoquée par le virus de l'hépatite C (VHC). Cette infection peut provoquer des lésions inflammatoires du foie et des altérations des cellules et conduit, lorsqu'elle devient chronique, à la fibrose puis à la cirrhose. Si de nombreuses innovations se sont succédé au cours des vingt dernières années, les antiviraux à action directe (AAD) de deuxième génération, arrivés fin 2013, ont bouleversé la thérapeutique avec des taux de guérison de l'infection supérieurs à 90 % selon les études cliniques, associés à de meilleurs profils de tolérance par rapport aux anciens traitements. De fait, la montée en charge de ces thérapeutiques a été extrêmement rapide avec plus de 3 000 nouveaux patients traités par AAD dès le second trimestre 2014 et au total plus de 1,5 milliard d'euros remboursés par l'Assurance Maladie entre janvier 2014 et juin 2015. Les données de remboursement collectées par l'Assurance Maladie permettent de suivre la consommation de ces médicaments et leur utilisation, aussi bien en termes de durée de traitement que de molécules utilisées. À cet égard, on observe, sur les dix-huit premiers mois de commercialisation des AAD, de profondes évolutions des schémas thérapeutiques.

Howdon, D. and N. Rice (2015). Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: implications for an ageing population. CHE Research Paper Series ; 107. York : University of York
http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP107_health_care_expenditures_ageing_morbidity.pdf

This paper uses Hospital Episode Statistics, English administrative data, to investigate the growth in admitted patient health care expenditures and the implications of an ageing population. We use two samples of around 40,000 individuals who a) used inpatient health care in the financial year 2005/06 and died by 2011/12 and b) died in 2011/12 and had some hospital utilisation since 2005/06. We use a panel structure to follow individuals over seven years of this administrative data, containing estimates of inpatient health care expenditures (HCE), information regarding individuals' age, time-to-death (TTD), morbidities at the time of an admission, as well as the hospital provider, year and season of admission. We show that HCE is principally determined by proximity to death rather than age, and that proximity to death is itself a proxy for morbidity.

Littman, J. and R. Halil (2016). "Effets potentiels d'un modèle rationnel de prescription sur les dépenses nationales en santé. Plus d'un demi-milliard de dollars en économies annuelles." Canadian Family Physician 62(3)
<http://www.cfp.ca/content/62/3/e146.full>

En 2013 au Canada, 29,3 milliards \$ ont été dépensés en produits pharmaceutiques d'ordonnance. Une modèle rationnel de prescription comparant l'efficacité, la toxicité, la commodité et le coût pourrait entraîner des économies considérables. Cette étude visait à quantifier les économies potentielles que la mise en œuvre d'un tel modèle pourrait engendrer. Parmi les 10 classes de médicaments communément prescrits, il a été déterminé que 4 avaient une équivalence intraclasse sur le plan de l'efficacité, de la toxicité et de la commodité. Les auteurs estiment que la pratique d'éviter de prescrire le plus récent médicament de la même classe pourrait épargner plus d'un demi-milliard de dollars par année, dont 222 millions \$ en dépenses publiques. De moins grandes quantités de

prescriptions pour seulement 3 médicaments (escitalopram, ésoméprazole et périndopril) représenteraient 78 % de l'ensemble des économies. Les prescripteurs doivent reconnaître le coût des médicaments et en tenir compte dans leur décision de prescrire parmi des médicaments autrement équivalents. La statine, l'inhibiteur de la pompe à protons, l'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et l'inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine les moins chers sont respectivement la rosuvastatine, le rabéprazole, le ramipril et le citalopram.

Ponzo, M. and V. Scoppa (2016). Cost-Sharing and Use of Health Services in Italy: Evidence from a Fuzzy Regression Discontinuity Design. *IZA Discussion Paper ; 9772*. Bonn IZA: 20 , tabl., fig. <http://ftp.iza.org/dp9772.pdf>

We use a Regression Discontinuity Design (RDD) to evaluate the impact of cost-sharing on the use of health services. In the Italian health system, individuals reaching age 65 and earning low incomes are given total exemption from cost-sharing for health services consumption. Since the probability of exemption changes discontinuously at age 65, we use a Fuzzy RDD in which the age threshold is used as an instrument for exemption. We find that prescription drug consumption, specialist visits and diagnostic checks remarkably increase with exemption. However, using several measures of health outcomes we do not find any change in individual health.

Tenand, M. (2016). "Hausse des dépenses de santé. Quel rôle joue le vieillissement démographique ?" *Médecine/Science* **36**: 204-210. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01289489>

Le vieillissement démographique est souvent mis en avant pour expliquer la hausse des dépenses de santé. Puisque les personnes âgées consomment davantage de soins médicaux que leurs cadets, l'augmentation de la part des 60 ans et plus que connaissent les pays développés ne devrait-elle pas conduire à une augmentation marquée des dépenses de santé ? Ce raisonnement en apparence logique oublie le rôle joué par les conditions épidémiologiques et les pratiques médicales. Il occulte également l'importance du progrès technique médical qui, de manière paradoxale, a contribué à la hausse des budgets consacrés aux soins. Cet article propose un aperçu de la littérature économique qui s'est attachée à isoler et à quantifier les effets respectifs du vieillissement de la population et des déterminants non-démographiques sur la dynamique des dépenses de santé

Etat de santé / Health Status

"Les cancers en France : éditions 2015." Boulogne-Billancourt : INCA <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2015>

Ce rapport présente un panorama des connaissances et des données actualisées sur la situation des cancers en France, concernant l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la vie avec un cancer, les inégalités face au cancer et la recherche.

(2016). "Global report on diabetes." Genève : OMS <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>

Le diabète constitue un problème de santé publique majeur. On a assisté au cours des dernières décennies à une augmentation constante du nombre de cas de diabète et de la prévalence de la maladie. À l'échelle mondiale, on estime que 422 millions d'adultes vivaient avec le diabète en 2014, comparé à 108 millions en 1980. Ce premier rapport mondial de l'OMS sur le diabète souligne l'énorme ampleur du problème du diabète ainsi que la possibilité d'inverser les tendances actuelles. Les pouvoirs publics, les prestataires de soins, les personnes diabétiques, la société civile, les producteurs alimentaires, les fabricants et fournisseurs de médicaments et de technologies peuvent contribuer de manière significative à l'arrêt de l'augmentation du diabète et à l'amélioration de la vie des personnes vivant avec le diabète.

Muller, T. and M. Shaikh (2016). Your Retirement and My Health Behaviour: Evidence on Retirement Externalities from a Fuzzy Regression Discontinuity Design. MPRA Paper; 70843. Munich : MPRA
https://mpra.ub.uni-muenchen.de/70843/1/MPRA_paper_70843.pdf

This paper presents evidence on intra-household retirement externalities by assessing the causal effect of partner's retirement on own health behaviour in Europe. We identify partner's retirement effects by applying a fuzzy regression discontinuity (RD) framework using retirement eligibility as an exogenous instrument for partner's retirement status. Using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) we find that while partner's retirement increases own physical activity, it also increases smoking by up to 7 cigarettes a day and increases alcohol intake by 1-2 drinks per day. Furthermore, we find that physical activity increases only for individuals that are themselves retired pointing toward compensated effects that arise due to husband's and wife's retirement being complements. Similarly, an increase in alcohol intake is observed only if the individuals are themselves retired and an increase in smoking is only observed if the partner is a smoker suggesting mutual positive externalities and leisure complementarities.

Géographie de la santé/ Geography of Health

Chevillard, G., et al. (2016). "Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ?" Espace Populations Sociétés 2015/3-2016/1 1-19.
<http://eps.revues.org/6177>

Les espaces ruraux en dépeuplement ont été peu explorés du point de vue de l'offre de soins de premiers recours et des besoins des populations résidentes, alors que ces questions y occupent une place importante. Ce travail caractérise les espaces en dépeuplement comparativement aux autres espaces ruraux à partir d'une typologie socio-sanitaire et d'une approche statistique nationale. Il met en évidence le déclin plus prononcé de l'offre de médecins généralistes libéraux dans ces espaces, alors que les besoins sanitaires demeurent élevés. Cette contribution évalue également les effets des maisons de santé mises en place pour attirer et maintenir des médecins généralistes dans les zones sous-dotées. Les maisons de santé permettent de diminuer l'érosion de l'offre de médecins généralistes dans certains espaces en dépeuplement, mais pas dans l'ensemble de ceux-ci appelant à des mesures plus larges ou spécifiques (résumé d'auteur).

Lopez, A. and P. H. Brechat (2016). "La planification en santé : un essai à transformer." Sève : Les Tribunes de La Santé(50): 67-91.

<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-1.htm>

La planification en santé couvre en France l'ensemble des déterminants de la santé au niveau régional, ce qui en fait un levier important pour construire un système producteur de santé. Si elle est une réussite, elle est en attente d'évolutions. Des propositions sont faites pour déterminer une stratégie publique globale, portant sur tous les domaines d'intervention et combinant l'emploi de tous les leviers de régulation, favorisant l'engagement de chacun, dont les professionnels de santé et la population, dans la recherche d'orientations partagées. (résumé de l'auteur).

(2016). "Global report on urban health: equitable, healthier cities for sustainable development."
Genève : OMS

http://www.who.int/entity/kobe_centre/measuring/urban-global-report/en/index.html

De nouvelles données sur la santé des citoyens dans près d'une centaine de pays montrent que, pendant que la population urbaine continue de croître au niveau mondial, le défi des inégalités sanitaires persiste, notamment entre les populations citadines les plus riches et les plus pauvres. Ce rapport fait une synthèse systématique des données pour diverses actions intersectorielles et les impacts sur la santé qu'ont certains problèmes comme les maladies non transmissibles, les maladies infectieuses, les urgences sanitaires, la nutrition, l'hygiène du milieu (pollution de l'air, eau et assainissement), le transport, le logement, l'énergie et la sécurité. Il introduit la nécessité de renforcer la gouvernance et le leadership pour obtenir des résultats, notamment pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, et atteindre un certain nombre de cibles des ODD. Il met en lumière les domaines pour des interventions immédiates, de même que les lacunes dans les connaissances, en particulier pour documenter l'impact des diverses interventions concernant la santé en milieu urbain, et les moyens pour réduire les inégalités sanitaires ; il met l'accent sur les inégalités sanitaires et sur les populations vulnérables, en particulier la population de près d'un milliard de personnes vivant dans des bidonvilles ou des zones d'établissement spontané qui, selon les projections, devrait doubler d'ici 2050.

Hôpital / Hospitals

Cappellari, L., et al. (2016). Do Market Incentives for Hospitals Affect Health and Service Utilization? Evidence from PPS-DRG Tariffs in Italian Regions. Cesinfo Working Paper; 5804.
Münich : CESINFO

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2764094

This document exploits variation across Italian Regions in the implementation of region-specific tariffs within a Prospective Pay System (PPS) for hospitals based on Diagnosis Related Groups (DRG) to assess their impact on health and on the use of health care services. It considers survey data for the years 1993-2007 with information on both individuals' perceived health and their utilization of health care services. Results suggest that the introduction of market incentives via a fixed-price payment system did not lead to worst health perceptions. Instead, it marked a moderate decrease in hospitalization coupled with a clearer decrease in the utilization of emergency services. It also finds mild evidence of

reduced satisfaction with health care services among hospitals patients. These effects were stronger for adoptions occurring when also the national government supported the market-based approach. Results are robust to a number of sensitivity checks.

Cazin, L. (2016). Can French public hospitals make do with a dynamic and uncertain environment by developing inter-organizational restructuration strategies? Paris : Ecole des Mines
<https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01295204/document>

For a few years, public hospitals in France and in most of developed countries have had to deal with major issues. New legislations have recently been introduced, such as a prospective payment system (PPS: hospitals are reimbursed depending of the amount of services they provide), which aims at developing “business-like” management models, according to the New Public Management principles (Osborne & Gaebler 1994). Therefore, the dominant institutional logic in healthcare organizations is shifting, sometimes in very short periods of time, from “medical professionalism” to “business-like healthcare” (Reay & Hinings 2005). The PPS is a pro-competitive trigger, since hospitals are encouraged to develop their activity in order to generate more income by gaining market shares (Moisdon 2013). What is more, public hospitals often have to cope with a major problem of medical workforce shortages (Kroezen et al. 2015), which threatens the existence of some activities in a lot of institutions, particularly in remote areas. Furthermore, the evolution of medical practices, for instance the ambulatory turning point which consists in reducing, when possible, patient stay in hospitals to less than 24 hours, brings about a series of organizational concerns, as hospitals will be asked to cooperate with different stakeholders about healthcare pathways. All in all, as in many developed countries, hospitals are pressurized into providing better care at an affordable cost, in a dynamic and uncertain environment, with potentially clashing demands. In order to generate a transformation of the French public hospitals territory organization, and so as to meet the challenges mentioned above, the French government has implemented a set of tools aiming at fostering restructuration between neighbouring hospitals, thanks to cooperation and merger processes. For instance, a law voted in 2009 provided hospitals with the possibility to cooperate in Territory Hospital Communities. Private clinics have been dramatically restructured in the past two decades amongst integrated networks, but public hospitals, which have been used to working relatively autonomously, have not followed this process to the same extent in France (Delas 2011). The results that the government was calling for have not been rather mixed so far. Given this relative failure, the State has decided to step up a gear by making cooperation mandatory. By the end of 2016, all hospitals will have to be part of a Territory Hospital Group. Territory organization of healthcare providers is regulated by Regional Health Agencies (RHA), whose mission is to promote restructuration leading to a better access to healthcare at an affordable cost. The purpose of this paper is to contribute to the management literature about organizational change implementation in the case of inter-hospital reorganization, by analysing restructuring processes under way in France. The empirical material collected will be used to answer the following research questions: 1. To what extent are inter-hospital restructuring strategies an answer to uncertainty (such as the lack of medical resources) and pro-competitive triggers (e.g. the PPS) they have to cope with? 2. Is the transformation of the French public hospitals territory organisation led thanks to a regulated restructuration process, or is it the result of “making do” bottom-up strategies (sometimes partially unsuccessful) between hospitals? The study was carried out thanks to two different case studies that analysed inter-organizational restructuration strategies in two French public hospital groups. Qualitative data was collected mainly by carrying out 30 semi-structured interviews with different stakeholders involved in the processes. This paper shows that even though the necessity of performing inter-hospital restructuration is globally accepted by the

different stakeholders, the conditions to implement this process raise a number of concerns. The role and missions of the regulatory institutions is not always clearly defined. Moreover, because of multiple f

Van Den Heede, K., et al. (2015). "Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform." Bruxelles : KCE KCE Report; 263B.
<https://kce.fgov.be/publication/report/organisation-and-payment-of-emergency-care-services-in-belgium-current-situation->

This scientific report includes three main parts: In Part I we describe general facts and figures on emergency departments in Belgium and aim at collecting information on the current strengths and problems as well as on solution elements for a more efficient system. Although the primary focus is on emergency departments, the broader context of emergency care services is taken into account with a focus on the organisation and payment of out-of hours primary care services. In Part II an international perspective on the organisation and payment system of emergency care services is given by a detailed description of emergency care services in five countries. The international comparison is based on a review of peer-reviewed and grey literature and a survey of key informants. In Part III a narrative review of systematic reviews on interventions to reduce ED use is conducted.

Inégalités de santé / Health Inequalities

Carrieri, V. and A. M. Jones (2016). Inequality of opportunity in health: a decomposition-based approach. Working paper ; 16/05. Londres : University of York
<http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1605.pdf>

This paper presents a decomposition-based approach to measure inequality in health that captures Roemer's distinction between circumstances and effort. Our approach builds on a decomposition of the Gini index with heterogeneous responses and is extended to decompose an inequality of opportunity Gini index inspired by the "fairness gap" principle. An original feature of our empirical analysis is the use of objectively measured biomarker as health outcomes and as proxies for relevant effort variables. Using data from the Health Survey for England from 2003 to 2012, we find that circumstances are the leading determinant of inequality in cholesterol, glycated haemoglobin, fibrinogen and mean arterial pressure. Moreover, we find a strong interaction between circumstances and effort leading to a smaller effect of effort on health for individuals in worse circumstances. Among the effort factors, we find that healthy diet and physical activity play the largest role in shaping objective health.

Cookson, R., et al. (2016). Socioeconomic Inequalities in Health Care in England. CHE Research Paper Series ; 129. York University of York
http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP129_socioeconomic_inequalities_healthcare.pdf

This paper reviews what is known about socioeconomic inequalities in health care in England, with particular attention to inequalities relative to need that may be considered unfair ('inequities'). We call inequalities of 5% or less between most and least deprived socioeconomic quintile groups 'slight'; inequalities of 6-15% 'moderate', and inequalities of > 15% 'substantial'. Overall public health care expenditure is substantially concentrated on

poorer people. At any given age, poorer people are more likely to see their family doctor, have a public outpatient appointment, visit accident and emergency, and stay in hospital for publicly funded inpatient treatment. After allowing for current self-assessed health and morbidity, there is slight pro-rich inequity in combined public and private medical specialist visits but not family doctor visits. There are also slight pro-rich inequities in overall indicators of clinical process quality and patient experience from public health care, substantial pro-rich inequalities in bereaved people's experiences of health and social care for recently deceased relatives, and mostly slight but occasionally substantial pro-rich inequities in the use of preventive care (e.g. dental checkups, eye tests, screening and vaccination) and a few specific treatments (e.g. hip and knee replacement). Studies of population health care outcomes (e.g. avoidable emergency hospitalisation) find substantial pro-rich inequality after adjusting for age and sex only. These findings are all consistent with a broad economic framework that sees health care as just one input into the production of health, alongside many other socioeconomically patterned inputs including environmental factors (e.g. living and working conditions), consumption (e.g. diet, smoking), self-care (e.g. seeking medical information) and informal care (e.g. support from family and friends).

Hamel, C. and M. Moisy (2016). Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé. Paris : Ined
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/24668/grande.enquetes_teo_fascicule.fr.pdf

La question de la santé intervient peu dans les débats sur l'immigration. Cependant, il arrive qu'elle émerge lors de la réapparition de maladies infectieuses depuis longtemps endiguées ou lorsqu'elle est évoquée l'aide médicale d'Etat dont bénéficient les migrants sans titre de séjour. Cet article aborde tout d'abord l'évolution des sources de données sur la santé et notamment de l'enquête TeO. Puis il traite successivement des aspects suivants : l'état des savoirs sur la santé des migrants et les pistes de recherche, l'approche de la santé, des conditions de vie et des circonstances de la migration, les disparités en matière de santé selon l'âge et l'origine des immigrés, la diversité des conditions de vie et des causes d'altération de la santé, pour terminer sur les relations entre l'histoire migratoire et la déclaration d'un état de santé altéré.

Heger, D. (2016). Decomposing Differences in Health and Inequality using Quasi-Objective Health Indices. *Ruhr Economic Papers*; 607. Bochum : Ruhr-Universität Bochum
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2758662

People in Canada and the U.S. often make claims regarding whose country has a better health system. Several researchers have attempted to address this question by analysing subjective health in the two countries, thus assuming a common definition of "good" health. Using data from the Joint Canada/U.S. Survey of Health, I generate quasi-objective health indices and show that Canadians and Americans define "good" health differently. After controlling for reporting heterogeneity, health differences between Americans and Canadians are eliminated for intermediate health statuses, while health differences at the tails of the health distribution lead to slightly better average population health in Canada. In both countries, income and education gradients increase steeply with poor health.

Mantoura, P. and V. Morrison (2016). Les approches politiques de réduction des inégalités de santé, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
http://www.ccnpps.ca/docs/2016_Ineg_Ineg_ApprochesPPInegalites_Fr.pdf

L'objectif de ce document est de clarifier les manières dont les diverses approches politiques utilisées pour faire face aux inégalités sont ancrées théoriquement et les façons dont elles

peuvent influencer différemment les inégalités de santé. Il vise à soutenir le travail des acteurs de la santé publique en: favorisant leur compréhension des inégalités de santé et des facteurs qui y contribuent; leur permettant de comprendre les différences entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux des inégalités de santé; indiquant comment différentes approches de réduction des inégalités de santé se fondent sur une conception précise des inégalités, et en démontrant que ces conceptions influencent le type d'interventions possibles et leurs effets probables; les aidant à déterminer les répercussions qu'ils peuvent espérer provoquer à travers différentes approches de réduction des inégalités de santé.

Médicaments / Pharmaceuticals

(2016). "État des lieux sur les médicaments biosimilaires." Saint-Denis : ANSM

<http://ansm.sante.fr/content/download/88209/1110173/version/1/file/Rapport-biosimilaires-2mai2016.pdf>

Ce rapport rassemble les données disponibles sur les médicaments biosimilaires. Cet état des lieux illustre l'évolution rapide du marché de ces médicaments en Europe où 20 spécialités biosimilaires sont autorisées et/ou commercialisées en avril 2016. L'ANSM, qui suit attentivement ces médicaments biologiques similaires, propose un point sur les aspects réglementaires de l'AMM qui est délivrée au niveau européen. L'évaluation des bénéfices et des risques, la pharmacovigilance et le suivi, le bon usage des médicaments biosimilaires sont également abordés dans ce rapport qui détaille, en annexe, tous les médicaments biologiques de référence et leurs biosimilaires actuellement autorisés en Europe.

Belloni, A., et al. (2016). Pharmaceutical Expenditure And Policies. Past Trends And Future Challenges. *OECD Health Working Papers; 87*. Paris : OCDE: 72 , tabl., fig.

<http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>

Across OECD countries, pharmaceutical spending reached around USD 800 billion in 2013, accounting for about 20% of total health spending on average when pharmaceutical consumption in hospital is added to the purchase of pharmaceutical drugs in the retail sector. This paper looks at recent trends in pharmaceutical spending across OECD countries. It examines the drivers of recent spending trends, highlighting differences across therapeutic classes. While the consumption of medicines continues to increase and to push pharmaceutical spending up, cost-containment policies and patent expiries of a number of top-selling products have exerted downward pressure on pharmaceutical expenditures in recent years. This resulted in a slower pace of growth over the past decade. The paper then looks at emerging challenges for policy makers in the management of pharmaceutical spending. The proliferation of high-cost specialty medicines will be a major driver of health spending growth in the coming years. While some of these medicines bring great benefits to patients, others provide only marginal improvements. This challenges the efficiency of pharmaceutical spending.

Le Cossec, C., et al. (2015). "Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques." *Questions d'économie de la Santé (Irdes)(213): 1-8.*

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/213-mesurer-la-polymedication->

[chez-les-personnes-agees.pdf](#)

L'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une augmentation des années de vie avec une, voire plusieurs maladies chroniques entraînant une accumulation des traitements médicamenteux, ce qui accroît les risques iatrogéniques. Ces dernières années, des politiques publiques visant à réduire la polymédication chez les personnes âgées ont été mises en place. Leur évaluation nécessite des indicateurs faciles à produire sur des bases de données concernant de grandes populations. Deux indicateurs sont étudiés ici : l'indicateur de polymédication « cumulative », qui prend en compte l'ensemble des médicaments administrés sur une période donnée, et l'indicateur de polymédication « continue » qui s'intéresse aux médicaments pris de façon prolongée et régulière. L'aspect novateur de ce travail est lié à la prise en compte des associations de molécules et des conditionnements trimestriels dans les calculs. La prévalence de la polymédication varie ainsi de 27 à 40 % selon l'indicateur, avec ou sans prise en compte des associations de molécules et des grands conditionnements.

Shepherd, J. (2016). The Prescription for Rising Drug Prices: Competition or Price Controls?

Research Paper No. 16-403. Atlanta : Emory University School of Law

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2743242

With spending on pharmaceuticals increasing at an unprecedented rate, policy makers are looking for explanations and demanding change. In this Article, I explain why proposed reforms that facilitate competition will produce better results and fewer negative consequences than reforms imposing new price controls on the pharmaceutical industry. Price controls are government-mandated limits on prices or government-required discounts on prices. Over 40 percent of drugs currently sold in the U.S. are sold under government programs that mandate price controls. However, basic economic principles, past experience, and empirical data indicate that new price controls will likely increase drug prices for some consumers, slow pharmaceutical innovation, curtail generic competition, and reduce consumer choice. In contrast, reforms aimed at promoting competition will expand product offerings, lower drug prices, and incentivize innovation. I propose many actions the government can take to facilitate competition: reduce the generic approval backlog at the FDA, expedite biosimilar alternatives, and target certain anticompetitive behaviors. These reforms will ensure that patients can continue to afford life-saving and life-enhancing medications.

Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

Atanda, A. A., et al. (2016). Is Health Care Infected by Baumol's Cost Disease? Test of a New Model

Using an OECD Dataset. Working Paper ; 4/2016. Christchurch : University of Canterbury

<http://www.econ.canterbury.ac.nz/RePEc/cbt/econwp/1604.pdf>

Rising health care costs are a policy concern across the OECD and relatively little consensus exists concerning their causes. One explanation that has received revived attention is Baumol's Cost Disease (BCD). However, developing a theoretically-appropriate test of BCD has been a challenge. In this paper, we construct a two-sector model firmly based on Baumol's axioms. We then theoretically derive two propositions that can be tested using observable variables. In particular, we predict that: 1) the relative price index of the health

care sector, and 2) the share of total labor employed in the health care sector should both be positively related to economy-wide productivity. Using annual data from 27 OECD countries over the years 1995-2013, we show that empirical evidence for the existence of BCD in health care is sensitive to model specification and disappears once we address spurious correlation due to contemporaneous trending and other econometric issues.

Nakamura, R., et al. (2016). Assessing the Impact of Health Care Expenditures on Mortality Using Cross-Country Data. *CHE Research Paper Series ; 128*. York : University of York
https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP128_health_care_expeditures_mortality_cross-country_data.pdf

A significant body of literature has examined the impact of public health expenditure on mortality, using a global cross-section or panel of country-level data. However, while a number of studies do confirm such a relationship, the magnitude of the impact varies considerably between studies, and several studies show statistically insignificant effects. In this paper we re-examine the literature that identifies this effect using cross-country data. Our analysis builds on the two instrumental variables (IV) approaches embodied by key publications in the field – Bokhari et al. (2007) and Moreno-Serra and Smith (2015). Using exactly the same data and econometric specifications as the published studies, we start by successfully replicating their findings. However, further analyses using updated data and ‘streamlined’ econometric specifications, plus statistical data imputation and extensive robustness checks, reveal highly sensitive results. In particular, the relevance of the IVs is seriously compromised in the updated data, leading to imprecise estimations of the relationship. While our results should not be taken to imply that there is no true mortality-reducing impact of public health care expenditures on mortality, the findings do call for further methodological work, for instance in terms of identifying more suitable IVs or by applying other estimation strategies, in an effort to derive more robust estimates of the marginal productivity of public health care funding.

Politique de santé / Health Policy

(2016). "DGOS. Projet stratégique 2015-2017." Paris : DGOS
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_plan_strategique.pdf

Le projet stratégique de la DGOS tient compte de son environnement politique : il s’inscrit notamment dans le cadre de la stratégie nationale de santé, de la loi de modernisation de notre système de santé, du « choc de simplification » annoncé par le président de la république et de la réforme territoriale. Il s’articule autour de 4 axes stratégiques et 16 objectifs opérationnels : développer les soins primaires, optimiser les parcours et le financement de l’offre de soins par la promotion et l’accompagnement du « virage ambulatoire », par une juste gradation des soins et leur bonne répartition territoriale, par l’optimisation des allocations budgétaires; favoriser l’innovation, améliorer la performance des offreurs de soins par le soutien au numérique et à l’innovation en santé, par la coordination des parcours (de santé, de soins, de vie), par l’amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et des organisations ;développer les compétences des professionnels et promouvoir le dialogue social par l’évolution des formations et des métiers, par une régulation et un pilotage modernisés des ressources humaines, par un appui à la performance sociale et un positionnement fort de la fonction publique hospitalière;

renforcer l'appui au pilotage stratégique et la performance de la DGOS par la tutelle de ses opérateurs, par une transversalité renforcée entre services et avec les partenaires, par l'optimisation des outils et des ressources, par le développement d'une culture de l'évaluation des politiques menées et de maîtrise des risques.

Aissou, M., et al. (2016). Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé. Bordeaux : LEH Editions.

<http://www.leh.fr/edition/p/structurer-les-parcours-de-soins-9782848746210>

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales pour les malades en phase aiguë. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social ainsi qu'auprès des professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis bientôt une dizaine d'années et notamment avec la loi HPST, est apparue une autre manière de structurer notre système de santé. La montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé conduit à repenser notre système de santé et médico-social autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. La stratégie nationale de santé intègre le vieillissement de la population et la prédominance des maladies chroniques et la nécessité de l'égalité d'accès aux soins. L'un des axes majeurs de la loi Santé est d'organiser les soins autour des parcours des patients et en garantir l'égal accès. Mais comment mettre en œuvre les nouvelles pratiques impliquées par cette loi inédite ? Cela revient à donner aux soins primaires et au médecin traitant un rôle pivot dans la gestion et l'accompagnement de ce parcours de soins et de santé. « L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours. » D'autre part, il s'agit de promouvoir des « prises en charge globales (promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistage, parcours pour maladies chroniques, handicap et perte d'autonomie, prise en charge de l'entourage, recherche coordonnée...) ». Pour beaucoup de professionnels du monde de la santé, il s'agit d'une révolution copernicienne qui implique de penser, d'organiser et d'agir autrement. Le présent ouvrage est conçu comme un mode d'emploi de la loi Santé pour sa partie concernant la structuration des parcours de soins et de santé. Élaboré par des consultants, il offre des méthodologies, des outils et des exemples de pratiques avancées.

Buffetau, S. and Y. L'Horty (2016). "Sélectionner des territoires de contrôle pour évaluer une politique localisée : le cas des territoires de soins numériques." Bordeaux : SPED

http://www.tepp.eu/doc/users/268/bib/eva-tsnpdf_5329.pdf

Cette étude propose une démarche opérationnelle permettant de définir des territoires de contrôle dans le cadre de l'évaluation d'une politique publique territorialisée. Cette démarche s'applique à des expérimentations localisées dont les périmètres de mise en œuvre ont été fixés ex ante et où il est nécessaire de définir un territoire de contrôle pour chaque territoire test, par exemple parce que des enquêtes statistiques ad hoc sont déployées localement à des fins d'évaluation. La démarche comprend trois étapes. Elle nécessite des entretiens auprès des acteurs et le recours à des techniques statistiques variées, combinant analyses de données, classifications automatiques et régressions sur séries temporelles. Elle l'applique à la sélection des territoires de contrôle dans le cadre de l'expérimentation « Territoires de Soins Numériques » qui est un programme national des Investissements d'Avenir, doté de 80 millions d'€. Parmi tous les territoires témoins potentiels qui ont, au sein d'une région donnée, des caractéristiques comparables à celles du territoire expérimentateur, elle sélectionne ceux dont les déterminants de l'accès aux soins,

tant du côté de la demande que de l'offre, sont les plus proches du territoire expérimentateur. Puis elle sélectionne les territoires qui présentent le plus de similitudes vis-à-vis du territoire test du point de vue de la prise en charge effective des patients et de leur accès aux soins. Cette procédure, répétée dans les cinq régions expérimentatrices, conduit à des résultats cohérents.

Clement, J. M. (2016). La loi santé : analyse, commentaires, critiques. Bordeaux : LEH Editions.
<http://www.leh.fr/edition/p/la-loi-sante-2015-9782848746388>

Encore une loi, et quelle loi ! Plus de 200 articles aussi abscons que bavards. Comment pénétrer dans cette inextricable forêt juridique ? Plutôt que de paraphraser les différents articles de cette loi dite « de modernisation de notre système de santé », l'auteur, en spécialiste du droit de la santé, nous éclaire sur la volonté du législateur et nous permet de comprendre les tenants et les aboutissants idéologiques de la ministre Marisol Touraine qui a voulu cette « grande loi ». La loi Santé 2016 est étatique dans le prolongement de la loi HPST du 21 juillet 2009 puisqu'elle ajoute du centralisme en donnant encore plus de pouvoirs aux agences régionales de santé, établissements publics de l'État. La loi Santé 2016 est idéologique dans le sens où, selon ses concepteurs, elle doit modeler les comportements des usagers et des professionnels de la santé. La loi Santé 2016 s'occupe de tout, veut tout régenter et donne à son lecteur une impression de désordre. Or, il est essentiel de la connaître (4e de couverture.)

Danzon, M. and Y. Charpak (2016). Notre santé dans l'arène politique mondiale. Paris : Belin.
http://www.editions-belin.com/ewb_pages/f/fiche-article-notre-sante-dans-l-arene-politique-mondiale-26959.php

Crises sanitaires majeures, lobbies politiques et industriels, qualité des soins et des actions de prévention, gestion des campagnes de vaccination face aux craintes populaires, etc. Notre santé à tous est au cœur d'enjeux parfois difficiles à décrypter. Dans ce livre, deux professionnels racontent le dessous des cartes de la politique de la santé. Pas sous un angle docte et académique, mais sous forme d'échanges de lettres, vifs, contradictoires... et constructifs, où chacun expose ses visions et interrogations pour solliciter les positions de l'autre, sans rien cacher au lecteur et sans langue de bois. Éclairé par l'expérience passée et présente de ce duo d'experts, cet ouvrage nous livre une plongée passionnante derrière la scène politique, scientifique et technique de la santé. Il évoque en termes simples la construction de nos systèmes de santé, sur la base de connaissances souvent imprécises, imparfaites, mouvantes et qui même basculent brutalement. Autour de thèmes d'actualité, c'est finalement l'évaluation de l'efficacité de nos systèmes de santé qui est en filigrane de tous ces échanges, avec son lot de questions pour le futur sur les grands risques que nous font courir nos modes de vie.

Sirugue, C. (2016). "Repenser les minima sociaux. Vers une couverture socle commune." Paris : Premier Ministre

Le Premier ministre a confié le 30 octobre dernier au député Christophe SIRUGUE la mission d'identifier des scénarios de réforme des minima sociaux. Conformément aux objectifs du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, il s'agit d'améliorer l'équité de ces prestations, de les simplifier pour favoriser l'accès aux droits et de renforcer leur efficacité, notamment celle des politiques d'insertion qui leur sont associées. Trois scénarios de réforme sont présentés dans ce rapport. Le premier scénario proposé vise à mettre en oeuvre, dès le 1er janvier 2017, douze mesures de simplification de l'architecture des minima

sociaux. Le deuxième scénario présenté dans ce rapport vise à réduire par deux le nombre de dispositifs existant, en passant de dix minima sociaux à cinq à horizon 2020. Le troisième scénario recommande enfin la création d'une « couverture socle commune » qui viendrait remplacer les dix minima actuels.

Tabuteau, D., et al. (2016). "Soixante-dix ans de sécurité sociale." *Sève : Les Tribunes de La Santé*(50): 25-65.
<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-1.htm>

A l'occasion du 70e anniversaire de la création de la « Sécu », une série de conférences sur l'évolution de la sécurité sociale, et plus particulièrement de l'assurance maladie, au cours de ces sept décennies a été organisé par la Chaire Santé de Sciences Po. Ce numéro reprend les textes des différents intervenants au cours de ce cycle. Les questions abordées sont très diverses. De l'évolution du rôle du législateur en matière de sécurité sociale aux relations complexes entre la médecine générale de la sécurité sociale ou entre la sécurité sociale et la politique de santé, les articles publiés permettent de cerner quelques-uns des bouleversements induits par la création d'un système de protection sociale obligatoire. Trois autres articles invitent à une analyse de la notion de démocratie sociale, aux mythes et aux réalités qu'elle recouvre, et à une mise en perspective de l'assurance maladie au regard de la construction européenne (d'après l'éditorial).

Prévention / Prevention

(2016). "Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives." Paris : DREES
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_010216.pdf

Avec près de 10 000 décès par an et plus de 200 000 tentatives, les conduites suicidaires restent une préoccupation majeure en France. Face à ces chiffres préoccupants, l'Observatoire national du suicide, créé en 2013, poursuit sa réflexion pour mieux comprendre et prévenir ce fléau de santé publique. Dans ce deuxième rapport, l'Observatoire s'attache à mettre en lumière les données et les actions de prévention, menées à un niveau national comme local, par les pouvoirs publics comme par les associations. Il fait aussi le point sur les connaissances récentes concernant le rôle joué par les facteurs de risque et de protection du suicide. Il propose, enfin, les dernières statistiques disponibles et un suivi des recommandations énoncées dans le premier rapport. Celles-ci sont complétées par de nouvelles perspectives et pistes de réflexion. Paru en novembre 2014, le premier rapport avait établi un état des lieux des connaissances sur le suicide en décrivant les systèmes d'information, le programme national d'actions ainsi que les interventions auprès de populations spécifiques comme les personnes en milieu carcéral ou les agriculteurs. Il avait aussi permis d'identifier les zones d'ombre en matière de recherche, ce qui a conduit au lancement d'un appel à recherche en février 2015.

Le Bodo, Y., et al. (2016). "Comment faire mieux? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité." Québec : INSPQ
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2121_comment_faire_mieux.pdf

Le projet « Comment faire mieux » (CFM) est coordonné conjointement par la Plateforme

d'évaluation en prévention de l'obésité (PEPO) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce projet vise à dresser un état des lieux de l'expérience québécoise en promotion des saines habitudes alimentaires, en promotion de l'activité physique et en prévention de l'obésité, et à faire émerger des pistes d'amélioration pour la mise en œuvre d'interventions en cours ou à venir.

Psychiatrie / Psychiatry

(2016). "Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015." Paris : HCSP

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a été construit autour d'objectifs stratégiques avec un rôle central des agences régionales de santé pour sa mise en œuvre. Il est décliné autour de quatre axes pour prévenir et réduire les ruptures: 1) au cours de la vie ; 2) selon les publics et les territoires ; 3) entre la psychiatrie et son environnement sociétal ; 4) entre les savoirs. Le HCSP dresse les constats suivants : ce plan est consensuel et pertinent. On constate des progrès dans la reconnaissance du rôle des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage. Les études et les recommandations sur le handicap psychique se sont développées. On a assisté à un rôle accru des secteurs médico-social et social, et à un début de rééquilibrage de l'offre de soins. La santé somatique est mieux prise en compte et une attention a été apportée à la prise en charge en urgence et à l'accès aux soins des populations défavorisées. Il persiste cependant des difficultés : notamment une hétérogénéité des pratiques de soins et des moyens. Le HCSP regrette l'absence de remboursement des soins de psychothérapie. Le HCSP recommande d'inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme, avec une dimension interministérielle, plutôt que de mettre en place des plans successifs. Une enquête qualitative dans 5 régions a permis d'enrichir cette évaluation. Le rapport comporte 64 recommandations déclinées autour de cinq thèmes principaux : organisation des actions, prévention, développement des formations et soutien de la recherche, amélioration de l'accès aux soins, et amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec un trouble psychique.

St-Pierre, L. (2016). La santé mentale dans le champ de l'évaluation d'impact sur la santé. Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

http://www.ccnpps.ca/88/Nouvelles_publications.ccnpps?id_article=1558

Cette note documentaire propose une mise en perspective de la pratique actuelle de l'évaluation de l'impact de projets, programmes ou de politiques sur la santé mentale. Elle présente les trois courants qui la portent, les raisons évoquées par les instigateurs de ces courants, l'apport de ces derniers à la pratique de base de l'évaluation d'impact sur la santé, ainsi que les différents usages que l'on observe aujourd'hui. Elle propose enfin une brève réflexion sur la contribution potentielle de cette pratique aux stratégies gouvernementales en santé mentale au Canada.

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2016). La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 4 ans. Paris : Cnamts.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf

Après 4 ans de mise en œuvre, le bilan de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) témoigne de l'intérêt du dispositif comme levier d'évolution des pratiques chez les plus de 110 000 médecins libéraux éligibles. Entre 2011 et 2015, celle-ci a encouragé une prise en charge améliorée des malades chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la maîtrise des dépenses de santé ; de plus, elle a agi comme levier de modernisation du cabinet médical, pour le bénéfice des patients. Le taux d'atteinte global pour les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière¹ est passé de 52,9% à 68,3%² entre 2012 et 2015. Seul bémol, les indicateurs du volet prévention ne progressent pas.

Aiken, L. H., et al. (2016). "The changing role of nursing." Eurohealth 22(1)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/304393/EuroHealth_v22n1.pdf

This issue examines the changing role of nursing, including articles on the state of nursing in the European Union, nurse migration, EU accession and nursing, and whether there an EU framework for nurse education. Other articles include: Health priorities of the Dutch EU Presidency; Implementation status of the cross-border care directive; Making sense of EU health law; Managed entry agreements in the Baltic countries (Estonia, Latvia and Lithuania); What does the Euro Health Consumer Index tell us; and Eurohealth Monitor.

Bras, P. L. (2016). "Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ?" Sève : Les Tribunes de La Santé(50): 67-91.

<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-1.htm>

Depuis 2000, les généralistes sont moins nombreux et aspirent à maîtriser leur temps de travail. Les Français reçoivent donc moins de soins de leur part ; cette tendance est appelée à se prolonger. Cette évolution contribue à modérer l'évolution des dépenses. Il est délicat de se prononcer sur ses effets sanitaires mais l'on peut craindre qu'elle n'ait en s'accroissant des effets délétères. Pour autant, cette diminution ne fait pas l'objet de débats publics si ce n'est sous l'angle partiel des « déserts médicaux ». Ainsi des discours publics en appelant à des interventions accrues des médecins de premier recours, notamment pour mettre en œuvre le « virage ambulatoire », peuvent se déployer alors même que ceux-ci sont moins présents auprès de leurs patients. Infléchir cette évolution supposerait des révisions profondes en matière de démographie médicale, d'organisation et de rémunération des soins que ni les pouvoirs publics, ni la profession ne semblent actuellement disposés à entreprendre (résumé de l'auteur).

Clapier, P., et al. (2016). "Enquête qualitative relative aux déterminants des choix d'installation des médecins anesthésistes bretons." Rennes : ORS Bretagne

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Publications_en_partenariat/2016/2016-01_-_Installation_des_medecins_anesthesistes_bretons_ORSB-ARS_.pdf

Dans le cadre de la mise en place de la Commission Régionale Paritaire (CRP) et au regard

d'une problématique aiguë de démographie médicale concernant les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) en région Bretagne, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne a souhaité, dans la perspective d'obtenir des éléments d'aide à la décision quant aux modalités de régulation de la profession qui pourraient être mises en place à l'avenir, améliorer sa connaissance sur 3 axes complémentaires : les motivations et critères des choix des modes et lieux d'exercice, les freins et les facteurs favorisant un mode d'exercice partagé entre plusieurs sites hospitaliers, les atouts en termes d'attractivité de la région Bretagne.

Coutant, D. and F. Tuffreau (2016). La médecine générale, une spécialité d'avenir. Rennes : Presses de l'Ehesp.

<http://www.presses.ehesp.fr/produit/la-medecine-generale-une-specialite-davenir>

Aujourd'hui en France, si globalement les effectifs de médecins augmentent, le nombre de généralistes est inférieur à son niveau de 1996, alors que la population française s'est accrue de plus de 6 millions d'habitants. Mais la crise actuelle n'est pas seulement démographique ; la question de la place de la médecine générale au sein du système de soins a été interrogée dès les années 1970. En l'absence de reconnaissance universitaire (intervenue en 2004), la construction identitaire de la médecine générale s'est faite, pour une large part, dans le cadre des conventions signées entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie. Un espace de négociations porteur d'enjeux considérables...Pourtant, ces dernières années, une image nouvelle se dessine, celle du généraliste « responsable » d'équipe de soins primaires et véritable acteur de santé publique de son territoire, dans une approche pluriprofessionnelle, au sein des maisons de santé, héritières des centres et des réseaux de santé.

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

<http://www.edition->

[lecoudrier.fr/produit/5/9782919374052/Monter%20et%20faire%20vivre%20une%20maison%20de%20sante](http://www.edition-lecoudrier.fr/produit/5/9782919374052/Monter%20et%20faire%20vivre%20une%20maison%20de%20sante)

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

Durand, S. and F. Laflamme (2016). "Pratique infirmière avancée. Réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée." Montréal : Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec

<https://www.oiiq.org/sites/default/files/8456-reflexion-role-ics.pdf>

Étant donné la complexité croissante des soins et l'évolution des connaissances spécialisées, la pratique infirmière avancée (PIA) est en demande croissante partout dans le monde. Contrairement au rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), l'exercice du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) et la formation exigée pour l'assumer sont très variables. Pour que les ICS puissent jouer un rôle essentiel dans la protection du public, il y a lieu d'établir un consensus sur ses principales caractéristiques, la formation requise pour l'exercer et d'examiner la possibilité d'établir des mécanismes réglementaires. Le présent

document traite des caractéristiques principales du rôle d'ICS et de ses retombées sur la santé de la population, les infirmières, les organisations de soins et la collaboration interprofessionnelle. Le document présente également les principales conditions à mettre en place au Québec pour que le rôle d'ICS puisse être pleinement exercé en vue de répondre aux besoins de santé de la population et d'assurer la protection du public.

Ewbank, L., et al. (2016). Who cares ? The future of general practice. Londres : Reform

This report examines the current model of general practice in relation to advances in culture, society and technology and argues that the model needs to change to adapt to future needs. It highlights the need for providers to operate at a larger scale in order to deliver primary care services more effectively. It also considers different approaches to providing primary care services such as utilising a more diverse workforce to deliver these services, such as using nurses or pharmacists to administer some general practice appointments.

Howard, D. H., et al. (2016). Physicians, acting in their role as experts, are often faced with situations where they must trade off personal and patient welfare. *NBER Working Paper Series ; 22171*. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22170.pdf>

Physicians, acting in their role as experts, are often faced with situations where they must trade off personal and patient welfare. Physicians' incentives vary based on the organizational environment in which they practice. This study uses the publication of a major clinical trial, which found that a common knee operation does not improve outcomes for patients with osteoarthritis, as an "informational shock" to gauge the impact of physicians' agency relationships on treatment decisions. Using a 100% sample of procedures in Florida from 1998 to 2010, we find that publication of the trial reduced procedure volume, but the magnitude of the decline was smaller in physician-owned surgery centers. Incentives affected physicians' reactions to evidence.

Système de santé / Health Systems

Vrijens, F., et al. (2015). "La performance du système de santé belge. Rapport 2015." *KCE Report; 259B*. Bruxelles : KCE
<https://kce.fgov.be/fr/publication/report/la-performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-rapport-2015#.VzBVqvpK1U4>

À travers 106 indicateurs, portant sur la période 2008–2013, ce rapport dresse la liste des points forts et des points faibles du système, et indique aux décideurs politiques et aux responsables de notre système de santé où il serait judicieux de placer les priorités pour garder le système performant, voire l'améliorer. Cet exercice est réalisé dans beaucoup de pays européens, ce qui leur permet de se comparer et de se fixer des objectifs à atteindre pour s'aligner sur les meilleurs. De façon générale, les Belges sont satisfaits de leurs soins de santé, et 78 % s'estiment en bonne santé. Sur le plan de la qualité des soins, notre pays se situe dans la moyenne européenne. Toutefois, l'examen de l'ensemble des indicateurs livre un tableau plus nuancé et 34 signaux d'alarme ont été identifiés.

Travail et santé / Occupational Health

Chappert, F. and P. Therry (2016). "Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2014."

Saint-Etienne : ANACT

<http://www.anact.fr/sinistralite-au-travail-des-tendances-devolution-differenciees-selon-le-sexe-0>

Depuis 2012, dans le cadre d'un projet relatif à "la santé et aux conditions de travail des femmes et des hommes en France", l'Anact met à jour annuellement une analyse sexuée des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles à partir des statistiques de sinistralité au travail des salariés, fournies par la CNAMTS. Cette étude quantitative et longitudinale de la sinistralité au travail en France entre 2001 et 2014 met en lumière des différences d'évolution selon le sexe méconnues : La baisse globale des accidents du travail depuis 2001 masque la progression des accidents du travail pour les femmes. Les accidents de trajet sont en baisse pour les hommes depuis 2001 et en hausse pour les femmes. Et si la progression des maladies professionnelles concerne hommes et femmes, elle est deux fois plus rapide pour les femmes. L'analyse par branche d'activité montre que l'écart entre les tendances d'évolution de la sinistralité pour les femmes et pour les hommes est le plus important dans les secteurs mixtes ou à prédominance féminine en croissance d'effectifs. Les différences constatées en termes de sinistralité des femmes et des hommes renvoient, en grande partie, aux conditions d'exposition différenciée des femmes et des hommes dues entre autres à la répartition sexuée des secteurs, métiers et activités. Nous faisons aussi hypothèse qu'il existe une sous-évaluation de l'exposition aux risques professionnels des femmes dans leurs emplois et que les dispositifs de prévention ne sont pas assez adaptés et efficaces dans les secteurs à prédominance féminine. Cet éclairage sexué des statistiques de santé vise à renouveler le regard des politiques d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans l'objectif d'améliorer les conditions de travail de tous les salariés hommes et femmes.

Boheim, R. and T. Leoni (2016). Disability policies: Reform strategies in a comparative perspective.

NBER Working Paper Series ; 22206. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22206>

We analyze different disability policy strategies using policy scores developed by the OECD for the period 1990 to 2007. Applying model-based and hierarchical agglomerative clustering, we investigate the existence of distinct country clusters, characterized by particular policy combinations. In spite of common trends in policy re-orientation, our results indicate that the reforms of the last two decades led to more, not less, heterogeneity between country groups in terms of sickness and disability policy. A set of Northern and Continental European countries emerges as a distinct cluster characterized by its particular combination of strong employment-oriented policies and comparatively high protection levels. A qualitative review of policy changes in the most recent years suggests that the gap between these countries and the rest might have further increased. We embed our empirical analysis in a theoretical framework to identify the objectives and the main components of a comprehensive disability policy strategy. The objectives of such a strategy can be subsumed under three headings, representing strategy pillars: prevention and treatment; protection and insurance; and activation and re-integration. Not all these dimensions are covered equally well by the OECD policy scores and will have to be further investigated.

Vieillessement / Ageing

(2016). "Territoires et politiques de l'autonomie (extrait du rapport 2015 de la CNSA)." Paris : CNSA
http://www.cnsa.fr/documentation/chapitre_prospectif_soumis_au_vote_du_conseil_de_la_cnsa.pdf

Les politiques de l'autonomie, largement décentralisées et déconcentrées, sont profondément ancrées sur les territoires. Les récentes évolutions législatives, qu'il s'agisse des lois de réforme territoriale, de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou de la loi de modernisation de notre système de santé, questionnent et font évoluer la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie par les acteurs locaux et nationaux : individualisation et approche plus globale des besoins des personnes, articulation des interventions et co-construction des réponses, prise en compte du handicap et du vieillissement dans les politiques publiques locales au-delà des réponses médico-sociales, égalité et équité de traitement réaffirmée. La CNSA est au carrefour des acteurs de l'autonomie, à la charnière du national et du local. Son Conseil formule 28 préconisations pour que ces politiques ancrées sur les territoires tendent vers une société plus inclusive.

(2016). **Transitions emploi-retraite. Dossier du 30 mars 2016.** Paris : COR.
<http://www.cor-retraites.fr/article466.html>

Le présent dossier analyse, dans une première partie, les évolutions depuis 2000 de l'emploi et du chômage des seniors en France et dans l'UE-28. Il met l'accent sur certaines caractéristiques de l'emploi des seniors (part du temps partiel, effet du niveau d'étude, etc.). Le dossier présente ensuite la diversité des transitions indirectes (invalidité, inactivité, chômage, etc.) entre l'emploi et la retraite, également en France et à l'étranger. Pour la France, l'analyse est effectuée par âge fin (de 50 à 69 ans) et par genre. Le dossier s'intéresse enfin à une forme particulière de transition, le cumul emploi-retraite, en rassemblant des évaluations récentes du dispositif pour certains régimes (salariés du régime général, fonction publique, indépendants et professions libérales)

Fetter, D. K. and L. M. Lockwood (2016). Government Old-Age Support and Labor Supply: Evidence from the Old Age Assistance Program. NBER Working Paper Series ; n° 22132. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22132>

Many major government programs transfer resources to older people and implicitly or explicitly tax their labor. In this paper, we shed new light on the labor supply effects of such programs by investigating the Old Age Assistance Program (OAA), a means-tested and state-administered pension program created by the Social Security Act of 1935. Using newly available Census data on the entire US population in 1940, we exploit the large differences in OAA programs across states to estimate the labor supply effects of OAA. Our estimates imply that OAA reduced the labor force participation rate among men aged 65-74 by 5.7 percentage points, nearly half of its 1930-40 decline. Estimating a structural model of labor supply, we find that the welfare costs to recipients of the high tax rates implicit in OAA's earnings test were quite small. Predictions based on our reduced-form estimates and our estimated model both suggest that Social Security could account for at least half of the large decline in late-life work from 1940 to 1960.

Guillaume, S. and Z. Or (2016). "La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge

médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(214): 1-6.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-terme-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf>

Cette enquête qualitative exploratoire vise à identifier les dimensions de la satisfaction des personnes âgées concernant leur prise en charge médicale et la coordination de leurs soins. Réalisée au printemps 2015 à partir d'entretiens semi-directifs, elle porte sur un échantillon de 18 personnes âgées de 72 à 90 ans, vivant à domicile ou en institution, ainsi que sur 4 aidants de patients atteints de pertes de facultés cognitives. Toutes les personnes interrogées, quel que soit leur type d'hébergement, y compris les aidants, s'accordent à dire que la dimension la plus importante dans la prise en charge concerne la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé. Il semble y avoir une marge de manœuvre importante pour améliorer cette qualité relationnelle et la satisfaction des personnes avec des gestes simples. Les personnes enquêtées évoquent l'importance d'être bien informées sur leur prise en charge, d'avoir la possibilité de s'exprimer et l'importance des échanges ainsi que de la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans leurs soins.