

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

29 janvier 2016 / January the 29th, 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

(2015). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaires en 2013-2014. Paris Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.	6
(2015). Lutte contre la fraude. Bilan 2014.	6
Door, J. P. (2015). Rapport d'information sur la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles	6
Goasguen, C. and C. Sirugue (2015). Rapport d'information déposé (...) par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'Etat. Documents d'information de l'Assemblée nationale.	6
Goda, G. S., et al. (2016). The Incidence of Mandated Health Insurance: Evidence from the Affordable Care Act Dependent Care Mandate	7
Powell, D. and D. Goldman (2016). Disentangling Moral Hazard and Adverse Selection in Private Health Insurance	7
Sauviat, C. (2015). "L'Obamacare : acte II."	7
Schickner, B. and L. Schilling (2015). Redistributive Effects of Health Insurance in Germany: Private and Public Insurance, Premiums and Contribution Rates	8

Economie de la santé / Health Economics 8

(2015). Enquête de la Cour des Comptes sur les minimas sociaux : référentiel et réponse du Gouvernement	8
Akincigil, A. and K. Zurlo (2015). The Economic Burden of Out-of-Pocket Medical Expenditures Before and After Implementation of the Medicare Prescription Drug Program.	8
D'Albis, H., et al. (2016). "Les jeunes sont-ils sacrifiés par la protection sociale ?"	9
Gelber, A., et al. (2016). The Effect of Disability Insurance Payments on Beneficiaries' Earnings .	9
Godinho, L. (2015). "Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France."	9

Handicap / Disability 10

Espagnacq, M. and J. F. Ravaud (2015). "Les conséquences d'une tétraplégie traumatique sur la mise en couple."	10
--	----

Hôpital / Hospitals 10

Cavalieri, M., et al. (2015). Does the Extent of Per-Case Payment System Affect Hospital Efficiency? Evidence from the Italian NHS	10
Cooper, Z., et al. (2015). The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured.....	10
Sagan, A., et al. (2015). "Providing emergency medical care."	11
Verzulli, R., et al. (2015). Price Changes in Regulated Healthcare Markets: Do Public Hospitals Respond and How	11
Inégalités de santé / Health Inequalities	11
Aoki, Y. and L. Santiago (2015). Education, Health and Fertility of UK Immigrants:The Role of English Language Skills	11
Berneche, F. (2015). "Santé et compétences en traitement de l'information : des liens révélateurs Résultats québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA)."	12
Coveney, M., et al. (2015). Health disparities by income in Spain before and after the economic crisis.....	12
Lecours, C. and G. Neill (2015). "Etat de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec."	12
Poschl, J. and K. Valkova (2015). Welfare State Regimes and Social Determinants of Health in Europe.	13
Médicaments / Pharmaceuticals.....	13
(2015). Les produits de santé à l'hôpital. Paris Fédération Hospitalière de France.....	13
(2015). Observatoire des prix des médicaments 2015	14
Ferrajolo, C., et al. (2014). "Pattern of statin use in southern italian primary care: can prescription databases be used for monitoring long-term adherence to the treatment?"	14
Godman, B., Sermet, C. et al. (2015). "Generic pregabalin; current situation and implications for health authorities, generics and biosimilars manufacturers in the future."	14
Hostenkamp, G. and F. R. Lichtenberg (2015). Listen to your Doctor, or else!: Medication Under-use and Overuse and Long-term Health Outcomes of Danish Diabetes Patients.....	14
Le Cossec, C. (2015). La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés.....	15
Polton, D. (2015). Rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments.....	15
Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics	16
Duc, C., et al. (2015). "Le modèle de microsimulation Trajectoire : un outil d'estimation des réformes de retraites tous régimes."	16

Marbot, C. and D. Roy (2015). "Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie."	16
Weinstein, M. (2011). Cost-per-Qaly in the US and Britain : damned if you do it and damned if you don't.	17
Politique Public / Public Policy	17
Baumgartner, F. R. and B. D. Jones (2009). Agendas and instability in American Politics,	17
Kingdon, J. W. and J. A. Thurber (1995). Agendas, alternatives and public policies	18
Sabatier, P. A. éd. Et al (1993). Policy change and learning : an advocacy coalition approach	18
Politique de santé / Health Policy	18
(2015). Avis relatif à la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient 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).....	18
(2015). "Parcours de soins, parcours de santé."	19
Cohen, F. (2015). "Une politique de santé pour les régions et les territoires, la territorialisation : une donnée politique forte."	19
Soins de santé primaires / Primary Health Care	19
(2015). Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins.	19
Abramovici, F., et al. (2015). "Les maisons de santé pluri-professionnelles sont-elles "la" pratique des soins primaires de demain ?"	19
Ammi, M. and C. Peyron (2015). Heterogeneity In General Practitioner's Preferences for Quality Improvement Programs: A Choice Experiment And Policy Simulation in France	20
Anell, A., et al. (2015). Can Pay-for-Performance to Primary Care Providers Stimulate Appropriate Use of Antibiotics.....	20
Bouet, P. and R. c. Nicomede (2015). Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales. A propos des données 2014 et évolution de 2009 à 2014	21
Glazier, R. H., et al. (2015). Comparison of Family Health Teams to Other Ontario Primary Care Models,	21
Mondelin, P. and J. Vallee (2015). "Suivi des patients chroniques : comment les médecins généralistes installés voient-ils les prescriptions de leur remplaçant ?"	21
Pinchbeck, T. (2014). Walk This Way: Estimating Impacts of Walk in Centres at Hospital Emergency Departments in the English National Health Service	21
Stephan, H., et al. (2015). "Consultation de médecine générale : de quoi dépendent ses différents "temps" ? Une étude d'observation en Haute-Garonne."	22

Vinel, J. P. (2015). Rapport sur la formation clinique des étudiants en médecine	22
Systèmes de santé / Health Systems	23
(2015). Health Statistics in the Nordic Countries 2015	23
(2015). OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards.....	23
Gerlie, N. (2015). Healthcare Reform in Italy and Spain. Do these tax-financed, decentralised systems facilitate better reform implementation than in the NHS?.....	23
Travail et santé / Occupational Health	23
(2015). Mental health and work : Australie.	23
(2015). Plan santé au travail 2016-2020	24
Arnold, D. and Pinto, M. De (2015). How are work-related characteristics linked to sickness absence and presenteeism?.....	24
Johansson, P., et al. (2015). Health, Work Capacity and Retirement in Sweden.....	24
Vieillesse / Ageing	24
(2015). Approche territoriale : Filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé	24
(2015). Les retraités : un état des lieux de leur situation en France.....	25
Dustmann, C., et al. (2015). Population, Migration, Ageing and Health: A Survey.....	25
Fizzala, A. (2015). "Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes."	25
Levy, H., et al. (2015). The Effect of Health Reform on Retirement.....	26
Michel, J. P., et al. (2015). Prévention de la dépendance liée au vieillissement.....	26
Schunemann, J., et al. (2015). Going from bad to worse: Adaptation to poor health, health spending, longevity, and the value of life.	27
Tuchman, M., et al. (2015). "Cartographie de la recherche sur le vieillissement en Sciences Humaines et Sociales."	27

Assurance maladie / Health Insurance

(2015). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaires en 2013-2014. Paris Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. Paris : Fonds Cmu

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2015-Rapport_Cout_Moyen_2013-2014.pdf

Le Fonds CMU établit chaque année le coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1. Ce travail s'effectue à partir des données fournies par les différents régimes obligatoires et organismes complémentaires. Depuis l'exercice 2014, d'importantes évolutions quant à la participation financière du Fonds CMU auprès des organismes gestionnaires de la CMU complémentaire ont été générées par l'article 22 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Il s'agissait de passer d'une participation forfaitaire fixée de 2009 à 2012 à 370 € par an et par bénéficiaire, à une prise en charge plafonnée à la dépense réelle, limitée par décret à 400 € par bénéficiaire pour 2013, puis à 405 € pour 2014. Le montant est indexé sur la progression de l'inflation. L'objectif de cette mesure était de diminuer le reste à charge des organismes gestionnaires, en augmentant le montant du remboursement forfaitaire. Le présent rapport porte sur la part complémentaire CMU-C. Mais, dans son Rapport charges et produits 2016, la CNAMTS a apporté des éléments sur la dépense totale des bénéficiaires de la CMU-C, en comparaison avec les non bénéficiaires. Une synthèse de ces données sera présentée dans la partie concernant la caractérisation des bénéficiaires de la CMU-C.

(2015). Lutte contre la fraude. Bilan 2014. Paris : Ministère de l'Economie

http://www.economie.gouv.fr/files/files/PDF/DNLF_BILAN_2014.pdf

Ce septième bilan publié le 31 décembre 2015 a pour ambition d'offrir une vision d'ensemble de l'action des acteurs de la lutte contre la fraude aux finances publiques au cours de l'année 2014. Le document détaille la coordination de la lutte contre la fraude, puis donne les principaux résultats de la fraude aux prélèvements obligatoires (fraude fiscale, douanière, lutte contre le travail illégal) et de la fraude concernant les prestations sociales (maladie, famille/RSA/APL), retraite, chômage, assurance garantie salaires).

Door, J. P. (2015). Rapport d'information sur la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles. Paris : Assemblée nationale.

http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/gestion_assurance_maladie_obligatoire_mutuelles.asp

Certaines mutuelles délégataires de l'assurance maladie ont été confrontées ces dernières années à des difficultés. Une réflexion menée parallèlement par la Cour des comptes, ainsi que par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) a souligné leurs coûts de gestion supérieurs à ceux de la CNAMTS et la dégradation de la qualité de leurs services. Dans un contexte de recherche d'économies budgétaires, ces rapports suggèrent de faire évoluer ce modèle hérité de l'après-guerre. Ce présent rapport présente essentiellement une synthèse des auditions organisées par la mission.

Goasguen, C. and C. Sirugue (2015). Rapport d'information déposé (...) par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'Etat.

Documents d'information de l'Assemblée nationale. Paris : La Documentation française

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i3196.pdf>

Un premier rapport d'information sur l'aide médicale de l'Etat (n° 3524), a été présenté par le

Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) en juin 2011. Par la suite, un rapport de suivi a été présenté en février 2012 (n° 4363), conformément à l'article 146-3 du Règlement de l'Assemblée nationale qui prévoit qu'« à l'issue d'un délai de six mois suivant la publication du rapport, les rapporteurs présentent au comité un rapport de suivi sur la mise en œuvre de ses conclusions ». Ce deuxième rapport de suivi a pour objectif de faire le point sur les modifications apportées au dispositif à la suite des préconisations faites tant par le CEC, que par la Cour des comptes et les inspections générales des finances et des affaires sociales dans leur rapport de novembre 2010.

Goda, G. S., et al. (2016). The Incidence of Mandated Health Insurance: Evidence from the Affordable Care Act Dependent Care Mandate. NBER Working Paper Series ; n° 21846.

Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21846>

The dependent care mandate is one of the most popular provisions of the 2010 Affordable Care Act (ACA). This provision requires that employer-based insurance plans cover health care expenditures for workers with children 26 years old or younger. While there has been considerable scholarly and policy interest in the effects of this mandate on health insurance coverage among young adults, there has been little scholarly work measuring the costs and incidence of this mandate and who pays the costs of it. In our empirical work, we exploit the fact that some states had dependent care mandates in years prior to the passage of the ACA. Using data from the Survey of Income and Program Participation (SIPP), we find that workers at firms with employer-based coverage – whether or not they have dependent children – experience an annual reduction in wages of approximately \$1,200. Our results imply that the marginal costs of mandated employer-based coverage expansions are not entirely borne only by the people whose coverage is expanded by the mandate.

Powell, D. and D. Goldman (2016). Disentangling Moral Hazard and Adverse Selection in Private Health Insurance. NBER Working Paper Series ; n° 21858. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w21858>

Moral hazard and adverse selection create inefficiencies in private health insurance markets and understanding the relative importance of each factor is critical for policy. We use claims data from a large firm to isolate moral hazard from plan selection. Previous studies have attempted to estimate moral hazard in private health insurance by assuming that individuals respond only to the spot price, end-of-year price, expected price, or a related metric. The nonlinear budget constraints generated by health insurance plans make these assumptions especially poor and we statistically reject their appropriateness. We study the differential impact of the health insurance plans offered by the firm on the entire distribution of medical expenditures without assuming that individuals only respond to a parameterized price. Our empirical strategy exploits the introduction of new plans during the sample period as a shock to plan generosity, and we account for sample attrition over time. We use an instrumental variable quantile estimation technique that provides quantile treatment effects for each plan, while conditioning on a set of covariates for identification purposes. This technique allows us to map the resulting estimated medical expenditure distributions to the nonlinear budget sets generated by each plan. We estimate that 53% of the additional medical spending observed in the most generous plan in our data relative to the least generous is due to moral hazard. The remainder can be attributed to adverse selection. A policy which resulted in each person enrolling in the least generous plan would cause the annual premium of that plan to rise by \$1,000.

Sauviat, C. (2015). "L'Obamacare : acte II." *Chronique Internationale De L'ires*(151): 67-74,

<http://www.ires-fr.org/images/files/Chronique/C151/C151-6.pdf>

L'un des objectifs essentiels de l'Obamacare était de réduire le nombre de personnes sans assurance santé, en incitant les États à étendre le programme public Medicaid et les individus à bas revenus à s'assurer sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance via l'octroi de subventions. Le pari est en partie gagné puisque le nombre de non assurés a diminué de 48,6 millions en 2010 à 36 millions en 2014. Mais un certain nombre de menaces pèsent sur l'avenir de cette loi et sur ses effets attendus.

Schickner, B. and L. Schilling (2015). Redistributive Effects of Health Insurance in Germany: Private and Public Insurance, Premiums and Contribution Rates. Rochester: Social Science Electronic Publishing.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2684211

This paper studies distributional effect of competition between private and public insurance on health insurance markets based on the example of Germany. Health insurance is provided by a budget-balancing public insurance and a revenue-maximizing private insurance; customers are characterized by health and income. Health insurance is obligatory. The public insurance charges a fixed contribution rate of customers' income up to a cap. Customers with high income may opt out of public insurance. In equilibrium, healthy, high-income customers insure with private insurance. We identify income redistribution streams in the population and argue that an increase in the opt-out threshold decreases the cost of health insurance for all customers. Analyzing changes in the underlying distribution, we show that the contribution rate rises as the positive correlation of health and income increase. We demonstrate, even a systematic improvement of the population's health and income may lead to an increased contribution rate. We apply our model to study the welfare effect of switching from the contribution-based German system to a premium-based system with only one type of insurance.

Economie de la santé / Health Economics

(2015). Enquête de la Cour des Comptes sur les minima sociaux : référé et réponse du Gouvernement. Paris : La Documentation française.

<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/Les-minima-sociaux>

La Cour des comptes rend public, le 26 novembre 2015, un référé consacré aux minima sociaux (revenu de solidarité active, revenu de solidarité outre-mer, allocation de solidarité spécifique, allocation transitoire de solidarité, allocation temporaire d'attente, allocation veuvage, allocation supplémentaire invalidité, allocation adulte handicapé et allocation de solidarité pour les personnes âgées). La Cour constate des résultats insatisfaisants en matière de lutte contre la pauvreté et de retour à l'emploi, en dépit d'une dépense pourtant très dynamique. Elle note par ailleurs des incohérences entre les dispositifs, ce qui pose un problème d'équité et d'efficacité, et une gestion complexe. La Cour recommande de regrouper les minima sociaux autour de trois grandes allocations, afin de simplifier le système et de le rendre plus efficace et plus efficient.

Akincigil, A. and K. Zurlo (2015). The Economic Burden of Out-of-Pocket Medical Expenditures Before and After Implementation of the Medicare Prescription Drug Program. Working Paper; 2015-28. Ann Arbor : Michigan Retirement Research Center. http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2015/10/wp_2015-28.pdf

Older Americans, although covered by Medicare, bear a large economic burden of medical expenses in the form of premiums for Medicare and supplemental plans, as well as the cost

of uncovered or under-covered medical services. This study compares the patterns of this economic burden in 2010 with the baseline year of 2005. The period covered was marked by economic shocks, health care technology innovations and major Medicare reforms, including implementation of the prescription drug (Part D) program and changes in premium rules. Consequently, we present a description of the economic burden and do not attempt to make causal inferences. The definition of expenditures is limited to three components of out-of-pocket (OOP) medical spending: premiums, prescription drugs costs, and health services. While this definition is a limitation of the study, it also allows the researchers to focus on the costs most likely to be affected by improved access to prescription drugs and premium reforms.

D'Albis, H., et al. (2016). "Les jeunes sont-ils sacrifiés par la protection sociale ?" Note d'analyse (La) (37): 11 , tabl.

http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/note_danalyse_n37_-_12.01_bat.pdf

Notre système de protection sociale sacrifie-t-il sa jeunesse ? L'exploitation des comptes de transferts nationaux apporte une réponse plutôt négative à cette question, même si la protection sociale n'a pas compensé la dégradation relative de la situation des jeunes en termes de niveau de vie ou de pauvreté.

Gelber, A., et al. (2016). The Effect of Disability Insurance Payments on Beneficiaries' Earnings. NBER Working Paper Series ; n° 21851. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w21851>

A crucial issue in studying social insurance programs is whether they affect work decisions through income or substitution effects. We examine this in the context of U.S. Social Security Disability Insurance (DI), one of the largest social insurance programs in the U.S. The formula linking DI payments to past earnings has discontinuous changes in the marginal replacement rate that allow us to use a regression kink design to estimate the effect of payment size on earnings. Using Social Security Administration data on all new DI beneficiaries from 2001 to 2007, we document a robust income effect of DI payments on earnings. Our preferred estimate is that an increase in DI payments of one dollar causes an average decrease in beneficiaries' earnings of twenty cents. This suggests that the income effect represents an important factor in driving DI-induced reductions in earnings.

Godinho, L. (2015). "Analyse sectorielle de l'audioprothèse en France." Paris : UNSAF

http://www.unsaf.org/doc/Unsaf_Analyse_sectorielle_de_l_audioprothese_en_France_Decembre_2015.pdf

Ce rapport présente une analyse sectorielle exclusive sur le secteur de l'audioprothèse. Ce document croise, pour la première fois, des données détaillées et sourcées issues d'études nationales et internationales accréditant la réalité de la contribution médico-économique de l'audioprothèse. Ce travail inédit interpelle également sur la nécessité de faire évoluer ce secteur et invite les Pouvoirs Publics à mobiliser ce levier trop ignoré d'économies pour notre système de santé.

Handicap / Disability

Espagnacq, M. and J. F. Ravaud (2015). "Les conséquences d'une tétraplégie traumatique sur la mise en couple." *Questions D'économie de la Santé (Irdes)*(212): 1-4.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/212-les-consequences-d-une-tetraplegie-traumatique-sur-la-mise-en-couple.pdf>

La compréhension des liens qui peuvent exister entre une déficience sévère, comme la tétraplégie, et le domaine conjugal est d'autant plus difficile que les données sur le sujet sont rares. Les enquêtes Tétrafigap, réalisées en 1995 et en 2006, permettent d'étudier l'évolution de la mise en couple, à moyen et long terme, en suivant sur plus de dix ans la même population de blessés médullaires tétraplégiques. L'objectif est, d'une part, de mesurer l'impact d'une déficience sévère sur la mise en couple et, d'autre part, de définir les éléments qui influencent la possibilité d'union. Ces traumatismes, souvent dus à des accidents de la voie publique ou de sport, concernent essentiellement une population jeune et masculine, environ 80 % d'hommes âgés d'une vingtaine d'années au moment de l'accident. Dans la cohorte Tétrafigap, plus de 60 % des enquêtés étaient célibataires au moment de l'accident et 50 % d'entre eux ont connu une union depuis. L'entrée en union après un tel traumatisme n'est donc pas un phénomène marginal. L'analyse des facteurs influençant la mise en couple a montré que les éléments socio-environnementaux ont une influence bien plus forte sur la probabilité de connaître une union que ceux portant sur l'autonomie ou la situation clinique (résumé d'auteur).

Hôpital / Hospitals

Cavaliere, M., et al. (2015). Does the Extent of Per-Case Payment System Affect Hospital Efficiency? Evidence from the Italian NHS. HEDG Working Paper 15/29. York : HEDG.

<http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1529.pdf>

Recently increasing public pressure to contain costs in the healthcare sector has led many national governments to introduce some type of prospective payment system and reduce the scope of global budgeting. This study investigates the extent to which the reimbursement systems of the Italian hospital sector have an impact on hospitals' technical efficiency. Because of high variation in the financing and provision of healthcare services among regions and hospitals, Italy represents an interesting case study to test these effects. A two-stage Data Envelopment Analysis was employed, in which the efficiency scores of all Italian hospitals were first calculated and then regressed on different environmental variables to capture the role of reimbursement systems. The results found a significant impact of the use of Diagnostic-Related Group-based prospective payment systems on hospitals' efficiency.

Cooper, Z., et al. (2015). The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured. NBER Working Paper Series ; n° 21815. Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w21815>

We use insurance claims data for 27.6 percent of individuals with private employer-sponsored insurance in the US between 2007 and 2011 to examine the variation in health spending and in hospitals' transaction prices. We document the variation in hospital prices within and across geographic areas, examine how hospital prices influence the variation in

health spending on the privately insured, and analyze the factors associated with hospital price variation. Four key findings emerge. First, health care spending per privately insured beneficiary varies by a factor of three across the 306 Hospital Referral Regions (HRRs) in the US. Moreover, the correlation between total spending per privately insured beneficiary and total spending per Medicare beneficiary across HRRs is only 0.14. Second, variation in providers' transaction prices across HRRs is the primary driver of spending variation for the privately insured, whereas variation in the quantity of care provided across HRRs is the primary driver of Medicare spending variation. Consequently, extrapolating lessons on health spending from Medicare to the privately insured must be done with caution. Third, we document large dispersion in overall inpatient hospital prices and in prices for seven relatively homogenous procedures. For example, hospital prices for lower-limb MRIs vary by a factor of twelve across the nation and, on average, two-fold within HRRs. Finally, hospital prices are positively associated with indicators of hospital market power. Even after conditioning on many demand and cost factors, hospital prices in monopoly markets are 15.3 percent higher than those in markets with four or more hospitals.

Sagan, A., et al. (2015). "Providing emergency medical care." *Eurohealth* 21(4): 34 , tabl., fig.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/294996/EuroHealth_v21_n4.pdf

This issue's Eurohealth Observer section looks at the challenge of providing emergency medical care, including articles on out-of-hours primary care and demand for emergency medical services, urgent care and the English NHS 111 experience, and waiting time policies in the health sector. Other articles include: challenges and concerns in the new era of EU health policy; Variable implementation of eHealth services within the EU; Medicrime Convention to fight against counterfeit medicines; National men's health policies (Ireland); Hospital reforms (Switzerland); and Eurohealth Monitor.

Verzulli, R., et al. (2015). Price Changes in Regulated Healthcare Markets: Do Public Hospitals Respond and How? Working Paper DSE N°1041.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2701733

This paper examines the behaviour of public hospitals in response to the average payment incentives created by price changes for patients classified in different Diagnosis Related Groups (DRGs). Using panel data on public hospitals located within the Italian region of Emilia-Romagna, we test whether a one-year increase in DRG prices induced public hospitals to increase their volume of activity, and whether a potential response is associated with changes in waiting times and/or length of stay. We find that public hospitals reacted to the policy change by increasing the number of patients with surgical treatments. This effect was smaller in the two years after the policy change than in later years, and for providers with a lower excess capacity in the pre-policy period, whereas it did not vary significantly across hospitals according to their degree of financial and administrative autonomy. For patients with medical DRGs, instead, there appeared to be no effect on inpatient volumes. Our estimates also suggest that an increase in DRG prices either decreased or had no impact on the proportion of patients waiting more than six months. Finally, we find no evidence of a significant effect on patients' average length of stay.

Inégalités de santé / Health Inequalities

Aoki, Y. and L. Santiago (2015). Education, Health and Fertility of UK Immigrants: The Role of English Language Skills. IZA Discussion Paper ; 9498. Bonn : IZA.

<http://ftp.iza.org/dp9488.pdf>

This paper aims to identify the causal effect of English language skills on education, health and fertility outcomes of immigrants in England and Wales. We construct an instrument for language skills using age at arrival in the United Kingdom, exploiting the fact that young children learn languages more easily than older children and adults. Using a unique individual-level dataset that links 2011 census data to life event records for the population living in England and Wales, we find that better English language skills significantly lower the probability of having no qualifications and raise that of obtaining academic degrees, but do not affect child health and self-reported adult health. The impact of language on fertility outcomes is also considerable: Better English skills significantly delay the age at which a woman has her first child, lower the likelihood of becoming a teenage mother, and decrease fertility.

Berneche, F. (2015). "Santé et compétences en traitement de l'information : des liens révélateurs Résultats québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA)." *Zoom Santé*(54): 13 , tabl., fig.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201512.pdf>

Cette enquête, réalisée à partir des données québécoises du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA) , évalue les compétences des adultes de 16 à 65 ans en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques (RP-ET). Le présent bulletin montre qu'en général, les adultes québécois estimant être en excellente ou très bonne santé se retrouvent en plus forte proportion à des niveaux de compétence plus élevés que ceux se disant en moins bonne santé. Il en est de même pour les personnes n'ayant aucun problème de santé chronique par rapport à celles qui en présentent au moins un et pour les personnes dont le problème de santé chronique n'entraîne aucune limitation d'activités, comparativement à celles qui sont grandement ou moyennement limitées. Il ressort également que c'est chez les personnes les plus âgées, les moins scolarisées et celles ni en emploi ni aux études que des liens sont observés entre la présence d'un problème de santé chronique et les compétences en littératie et en numératie. Or, non seulement ces personnes sont-elles généralement moins avantagées que les autres sur le plan de ces compétences, mais elles sont aussi – pour ce qui est des plus âgées, moins scolarisées, retraitées ou autres - plus susceptibles de déclarer un problème de santé chronique ou de ne pas se percevoir en bonne santé.

Coveney, M., et al. (2015). Health disparities by income in Spain before and after the economic crisis. Tinbergen Institute Discussion Paper ; 15-130/V. Rotterdam : Tinbergen Institute http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2698554

Little is known about what the economic crisis has done to health disparities by income. We apply a decomposition method to unravel the contributions of income growth, income inequality and differential income mobility across socio-demographic groups to changes in health disparities by income in Spain using longitudinal data from the Survey of Income and Living Conditions (SILC) for the period 2004-2012. We find a modest rise in health inequality by income in Spain in the five years of economic growth prior to the start of the crisis in 2008, but a sharp fall after 2008. The drop mainly derives from the fact that loss of employment and earnings has disproportionately affected the incomes of the younger and healthier groups rather than the (mainly stable pension) incomes of the over 65s. This suggests that unequal distribution of income protection by age may reduce health inequality in the short run after an economic recession

Lecours, C. and G. Neill (2015). "Etat de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec." *Zoom Santé*(53): 10 , tabl., fig.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201512.pdf>

Cette étude a été réalisée à partir des données de l'Enquête québécoise sur l'expérience de soins et de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement, qui permettent de documenter simultanément l'état de santé des personnes, leur utilisation des services de santé et leurs besoins non comblés. Bien que les données québécoises montrent, à l'instar d'autres travaux, que l'état de santé des immigrants se détériore avec la durée de séjour, les résultats montrent que comparativement aux personnes nées au Canada, les immigrants sont moins susceptibles d'avoir une incapacité. Pour ce qui est des problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un médecin, le portrait varie selon le type de problème et la durée de séjour des immigrants. En matière d'utilisation des services, on constate notamment que les immigrants récents ont une probabilité moindre d'être affiliés à un médecin de famille et une plus forte probabilité d'avoir un besoin non comblé en la matière en comparaison des immigrants de longue date et des Canadiens de naissance. Or, comme l'affiliation à un médecin de famille constitue la porte d'entrée du système de santé, cela pourrait contribuer à expliquer la détérioration de l'état de santé des immigrants avec le temps.

Poschl, J. and K. Valkova (2015). Welfare State Regimes and Social Determinants of Health in Europe. Working Papers; 118. Vienna : Vienna : Institute for International Economic Studies
<http://www.wiwi.ac.at/welfare-state-regimes-and-social-determinants-of-health-in-europe-dlp-3669.pdf>

The aim of the paper is to identify social determinants of poor health when considering differences across countries and types of welfare states. In order to do so, we first perform a cluster analysis to classify countries into groups of welfare state models. The innovation of the paper is clustering method using the information about the actual redistributive effects and country health care expenditures instead of concentrating on country institutional arrangements. Thereafter, a logistic regression model is used to investigate the social determinants of poor health status in Europe, taking into account demographic and socioeconomic factors, indicators of relative poverty and finally environmental factors. Following the recent literature, we also apply an alternative estimation strategy and employ a multilevel logistic regression of individuals nested within countries with random intercept on the country level. The results show that, apart from age, inequality at the individual level is mostly determined by the education level, income and employment status as well as indicators of relative poverty. Environmental factors as well as other demographic characteristics such as migration or the marital status seem to matter less. Moreover, welfare state models play an important role in determining health inequalities across countries, even after controlling for a large number of socioeconomic characteristics at the individual level.

Médicaments / Pharmaceuticals

(2015). Les produits de santé à l'hôpital. Paris Fédération Hospitalière de France. Paris : FHF
<http://www.fhf.fr/Finances-BDHF/medicaments-et-dispositifs-medicaux/Rapport-sur-les-produits-de-sante-a-l-hopital>

Ce rapport tente de faire un état des lieux des sujets liés aux médicaments et produits de santé à l'hôpital et de proposer des recommandations qui s'articulent autour du financement, de la gestion des produits de santé, de la gouvernance, des parcours de santé et enfin, de la recherche.

(2015). Observatoire des prix des médicaments 2015, Paris : Familles Rurales.

<http://www.famillesrurales.org/Actus-1666/observatoire-des-prix-des-medicaments-2015>

Cet observatoire permet d'étudier l'évolution des prix des produits médicamenteux vendus sans ordonnance ; d'observer l'écart de prix d'une pharmacie à l'autre ; d'examiner la présence ou non de libre accès dans les pharmacies ; de mettre en parallèle la localisation des produits dans les officines et leur prix, puis de vérifier la bonne information du consommateur sur les prix. Cette sixième étude porte sur 14 produits : 12 médicaments délivrés sans ordonnance et vendus en accès libre (automédication), et 2 spécialités non-médicamenteuses. Les relevés ont été réalisés dans 41 pharmacies physiques et 53 sites Internet mettant en œuvre la vente de médicaments à distance.

Ferrajolo, C., et al. (2014). "Pattern of statin use in southern italian primary care: can prescription databases be used for monitoring long-term adherence to the treatment?" *Plos One* 9(7): 9, fig., tab.

This article sought to evaluate the prescribing pattern of statins according to national and regional health policy interventions and to assess specifically the adherence to the therapy in outpatient setting in Southern Italy. A population-based study was performed on persons =15 years old, living in the catchment area of Caserta (Southern Italy), and registered in Arianna database between 2004 and 2010. Prevalence and incidence of new treatments with statins were calculated for each year and stratified by drug. Adherence to therapy was measured by Medication Possession Ratio. Sub-analyses by individual compound and type of cardiovascular prevention were performed. Prevalence and incidence of statin use increased consistently with health policy interventions. Only one-fourth of patients who newly initiated a statin were adherent to the treatment after 4-year of follow-up. Since the benefits of statins in terms of cardiovascular outcome and costs are associated with their chronic use, the identification of patient-related predictors of non-adherence such as gender, primary prevention could be suitable for physicians to improve the patients' compliance.

Godman, B., Sermet, C. et al. (2015). "Generic pregabalin; current situation and implications for health authorities, generics and biosimilars manufacturers in the future." *Gabi Journals : Generics and Biosimilars Initiative Journal* 4(3): 125-135.

<http://gabi-journal.net/generic-pregabalin-current-situation-and-implications-for-health-authorities-generics-and-biosimilars-manufacturers-in-the-future.html>

The manufacturer of pregabalin has a second use patent covering prescribing for neuropathic pain – its principal indication. The manufacturer has threatened legal action in the UK if generic pregabalin rather than Lyrica is prescribed for this indication. No problems exist for practitioners who prescribe pregabalin for epilepsy or generalized anxiety disorder. This has serious implications for health authorities. In Germany, however, historically generics can be legally prescribed for any approved indication once one indication loses its patent. To establish the current situation with pregabalin among health authorities principally from European countries.

Hostenkamp, G. and F. R. Lichtenberg (2015). Listen to your Doctor, or else!: Medication Under-use and Overuse and Long-term Health Outcomes of Danish Diabetes Patients. *NBER Working Paper Series ; n° 21780*. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21780>

We use Danish diabetes registry and health insurance data to analyze the extent, consequences, and determinants of under-use and overuse of oral anti-diabetic drugs. Less than half of patients consume the appropriate amount of medication--between 90% and 110% of the amount prescribed by their doctors. The life expectancy of patients consuming

the appropriate amount is 2.5 years greater than that of patients consuming less than 70% of the prescribed amount, and 3.2 years greater than that of patients consuming more than 130% of the prescribed amount, controlling for time since diagnosis, insulin dependence, comorbidities, age, gender and education. Patients consuming the appropriate amount are also less likely to be hospitalized than under- or over-users. Pharmaceutical innovation appears to have reduced medication under-use and overuse: patients using newer drugs are significantly more likely to consume the appropriate amount, controlling for socioeconomic factors, average number of pills and average daily out-of-pocket costs. Defined Daily Doses published by the World Health Organization substantially overstate the appropriate level of consumption of these medications. Patients who don't adhere to recommended medication regimens may also disregard other physician instructions. Medication under-use and overuse could easily be monitored to identify patients at risk and enact interventions.

Le Cossec, C. (2015). La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés. Les rapports de l'Irdes ; 562. Paris : IRDES.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/562-la-polymedication-au-regard-de-differents-indicateurs-de-sa-mesure.pdf>

L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation des années de vie avec, souvent, plusieurs maladies chroniques entraînant une accumulation des traitements médicamenteux. D'un point de vue individuel, la polymédication est associée – entre autres via les interactions entre principes actifs et le cumul d'effets indésirables – à une augmentation du risque de iatrogénie. Ces événements iatrogéniques sont responsables de 5 à 25 % des admissions hospitalières et de 10 % des admissions aux urgences. De plus, cette accumulation de traitements et de schémas thérapeutiques entraîne une contrainte pour le patient pouvant à terme nuire à sa qualité de vie. D'un point de vue du système de santé, l'enjeu est aussi économique : s'ajoute au surcoût généré par la consommation de médicaments inutiles le coût de la iatrogénie (hospitalisations, consultations médicales, traitements médicamenteux...). Dans ce contexte, des politiques publiques visant à réduire la polymédication chez les personnes âgées ont été mises en place ces dernières années. Leur évaluation nécessite des indicateurs faciles à produire sur des bases de données concernant de grandes populations. Nous étudions ainsi deux indicateurs : 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 conditionnements.

Polton, D. (2015). Rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments. Paris : Ministère chargé de la Santé.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_polton_-_evaluation_medicaments.pdf

Commandé par Marisol Touraine lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015, ce document formule des propositions pour « améliorer la lisibilité des critères d'évaluation des médicaments pour leur admission au remboursement et pérenniser le financement de l'innovation thérapeutique ». Dominique Polton suggère de « donner une place plus importante à l'évaluation comparative au travers d'une ASMR (amélioration du service médical rendu) renouvelée, la VTR (valeur thérapeutique relative), utilisée en primo-inscription et en réévaluation ». Elle prendrait en compte la quantité d'effet par rapport au comparateur (efficacité, tolérance), la pertinence clinique des

effets, la qualité de la démonstration, les avantages non cliniques (praticité) et la couverture du besoin. L'économiste de la santé recommande également de « simplifier les critères du SMR (service médical rendu), voire le supprimer en fonction du scénario retenu pour les modalités de fixation des taux de remboursement ». Comme nous l'avions évoqué il y a quelques mois, plusieurs scénarios sont envisagés pour faire évoluer les trois taux de remboursement actuels, dont l'idée de les remplacer par un taux unique autour de 60 %. Le rapport préconise de consolider la place de l'évaluation médicoéconomique dans la décision de prix et d'opter pour des réévaluations de la VTR par groupes de produits. Il recommande d'instaurer un mécanisme de remboursement temporaire et conditionné à la mise en place d'études en vie réelle pour les médicaments traitant de pathologies graves pour lesquels il n'existe pas d'alternative mais dont l'effet est faible ou mal démontré. De même, pour les médicaments aux multiples indications « dont certaines présentent un intérêt faible au regard d'alternatives existantes », ils devraient faire l'objet d'une procédure de suivi et d'encadrement de la prescription. D'ailleurs, Dominique Polton conseille de développer un outil de surveillance post-inscription pour des produits ou domaines clés. Elle prône un allègement des tâches de la Haute Autorité de santé (HAS) et un renforcement du travail du Comité économique des produits de santé (CEPS) afin de réduire les délais d'instruction des dossiers. Le ministère présentera dans les prochaines semaines les mesures issues de ces propositions.

Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

Duc, C., et al. (2015). "Le modèle de microsimulation Trajectoire : un outil d'estimation des réformes de retraites tous régimes." *Economie Et Statistique*(481-482): 121-148.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES481F.pdf

Le modèle Trajectoire, élaboré par la Drees, est un modèle de microsimulation dynamique dont l'objectif principal est de produire des projections des populations futures de retraités et de leur niveau de pension. Ce modèle permet d'envisager différents scénarios économiques. Il est également capable de simuler des modifications du système de retraite et d'en évaluer l'impact à long-terme. Cette évaluation peut être effectuée au niveau individuel (décalage de l'âge de liquidation, variation de pension, durée de retraite) et agrégé (effectifs de retraités et de liquidants, masse des pensions). Ce modèle est fondé sur l'Échantillon interrégimes de cotisants (EIC) qui retrace, jusqu'en 2009, les trajectoires professionnelles d'un échantillon représentatif de 350 000 individus. Constitué à partir de données administratives des caisses de retraite, cet échantillon rassemble des informations riches et précises sur les éléments de carrière, il peut ainsi servir de base à une simulation fine de l'acquisition des droits directs dans la quasi-totalité des caisses de retraite françaises, et apporte, pour cette raison notamment, un regard complémentaire à celui des autres modèles de microsimulation existants. Le modèle commence par prolonger les carrières des individus présents dans l'EIC au moyen d'un module de transition entre états sur le marché du travail. Les salaires sont ensuite simulés sur la base d'un modèle de données de panel. Le modèle simule ensuite les droits à retraite en s'appuyant sur deux outils préexistants : le module de simulation des âges de liquidation du modèle Promess et le programme Caliper qui calcule la pension de droit direct. L'étude de la réforme des retraites du 20 janvier 2014 permet d'illustrer la manière dont Trajectoire estime l'impact d'un changement législatif et est capable de caractériser les effets individuels et globaux d'une réforme (résumé d'auteur).

Marbot, C. and D. Roy (2015). "Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses

bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie." Economie Et Statistique(481-482): 185-209.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES481H.pdf

Confrontés au vieillissement de leur population, les pays développés s'attendent à devoir fournir une aide à un nombre croissant de personnes âgées dépendantes et il est nécessaire d'anticiper ce que coutera leur prise en charge. Le modèle de microsimulation des retraites Destinie a été étendu en 2011 de façon à permettre ce type de projection, dans le cadre d'un projet de réforme de la dépendance. Pour cet exercice, la microsimulation présente l'avantage de simuler des trajectoires au niveau individuel. Ceci permet de projeter les agrégats en tenant compte de l'évolution dans le temps de la distribution des caractéristiques individuelles. Ceci permet aussi la prise en compte de barèmes complexes (non linéaires) qui demandent un calcul au niveau individuel. Cet article présente la méthode mise en œuvre pour construire ce module dépendance et les principaux résultats de l'exercice conduit en 2011, enrichi d'une variante macro-économique moins favorable que celle qui avait été retenue à l'époque. Une première série de résultats concerne la caractérisation de la population des dépendants et la présence d'aidants potentiels, sous trois scénarios de prévalence de la dépendance. Dans un deuxième temps, on présente des projections financières de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui croisent ces trois scénarios de prévalence avec les deux hypothèses macroéconomiques et deux hypothèses d'indexation du barème de cette prestation. Le montant total de l'APA représenterait entre 0,54 et 0,71 point du PIB à l'horizon 2040, selon le degré d'optimisme du scénario, contre 0,4 point de PIB en 2010. La part de ce montant prise en charge par les collectivités locales représenterait entre 0,29 et 0,51 point de PIB, contre 0,27 point en 2010, le complément restant à charge des ménages (résumé d'auteur).

Weinstein, M. (2011). Cost-per-Qaly in the US and Britain : damned if you do it and damned if you don't. Londres : OHE.

<https://www.ohe.org/publications/cost-qaly-us-and-britain-damned-if-you-do-and-damned-if-you-don%E2%80%99>

The purpose of these remarks is not to debate the technical issues of methodology for cost-effectiveness analysis or decision modelling. Instead, the intent is to comment on the marked differences in attitudes in the US and the UK about how cost effectiveness analysis (CEA) fits into the health care system, particularly CEA based on cost per quality-adjusted life year (QALY). While CEA is an uncommon practice

Politique Public / Public Policy

Baumgartner, F. R. and B. D. Jones (2009). Agendas and instability in American Politics, Chicago : The University of Chicago Press.

<http://www.press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/A/bo6763995.html>

When Agendas and Instability in American Politics appeared fifteen years ago, offering a profoundly original account of how policy issues rise and fall on the national agenda, the Journal of Politics predicted that it would "become a landmark study of public policy making and American politics." That prediction proved true and, in this long-awaited second edition, Bryan Jones and Frank Baumgartner refine their influential argument and expand it to illuminate the workings of democracies beyond the United States. The authors retain all the substance of their contention that short-term, single-issue analyses cast public policy too narrowly as the result of cozy and dependable arrangements among politicians, interest

groups, and the media. Jones and Baumgartner provide a different interpretation by taking the long view of several issues—including nuclear energy, urban affairs, smoking, and auto safety—to demonstrate that bursts of rapid, unpredictable policy change punctuate the patterns of stability more frequently associated with government. Featuring a new introduction and two additional chapters, this updated edition ensures that their findings will remain a touchstone of policy studies for many years to come.

Kingdon, J. W. and J. A. Thurber (1995). *Agendas, alternatives and public policies*, New York : Longman.

Kingdon's landmark work on agenda setting and policy formation is drawn from interview conducted with people in and around the U.S. federal government, and from case studies, government documents, party platforms, press coverage, and public opinion surveys. While other works examine how policy issues are decided, Kingdon's book was the first to consider how issues got to be issues. This enduring work attempts to answer the questions: How do subjects come to officials' attention? How are the alternatives from which they choose generated? How is the governmental agenda set? Why does an idea's time come when it does?

Sabatier, P. A. éd. Et al (1993). *Policy change and learning : an advocacy coalition approach*, Boulder : Westview Press.

The field of public policy analysis is undergoing major change and development in the theories its practitioners employ and the way those theories are tested. In this book, the contributors clearly lay out the advocacy coalition approach to public policy analysis and apply it to a variety of public policy problems and arenas. In the process of looking at case studies in education, airline deregulation, communications, energy, and the environment, Sabatier and Jenkins-Smith offer the fullest exposition and application of the advocacy coalition framework to date, revising the approach in significant ways for future research and analysis. Students are treated to a textbook example of how theory illuminates the policy world, while scholars and policy makers are brought up-to-date on developments in the advocacy coalition framework and its potential to account for many factors that elude the classic stages model of agenda setting, formulation, and implementation. Tables, figures, and a methodological appendix enhance the teaching value of the text.

Politique de santé / Health Policy

(2015). Avis relatif à la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient 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). Paris : HCSP.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>

Au terme d'un processus d'évaluation participatif, cet avis conforte l'éducation thérapeutique comme composante du parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques. L'avis prend en compte la question des inégalités sociales et territoriales de santé. Il incite à un enrichissement des connaissances dans ce domaine. Il suggère des évolutions ou des précisions réglementaires dans le domaine de la formation des intervenants. Il requiert une plus grande visibilité et accessibilité de l'offre disponible. Il invite à explorer, tester et évaluer de nouveaux « modèles » de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (résumé des éditeurs).

(2015). "Parcours de soins, parcours de santé." Risques & Qualité En Milieu De Soins **12**(3): 88 , tab., graph., fig.

<http://www.hygienes.net/boutique/risques-qualite/risques-qualite-volume-xiii-n3-septembre-2015-parcours-de-soins-parcours-de-sante>

Ce numéro spécial de la revue Risques & Qualité rassemble une série d'articles sur la thématique du parcours de soins, fruit de la contribution d'une quarantaine de rédacteurs. Les articles portent sur des programmes de parcours de soins mis en oeuvre par la Cnamts, le ministère chargé de la santé, la Has... mais aussi sur des expériences régionales ou locales. Ils couvrent des situations médicales complexes : les soins aux aînés, la cancérologie, l'insuffisance cardiaque...et plus généralement la sortie de l'hôpital et le retour à domicile, la coopération ville-hôpital, l'organisation territoriale.

Cohen, F. (2015). "Une politique de santé pour les régions et les territoires, la territorialisation : une donnée politique forte." Cahiers De Santé Publique Et de Protection Sociale (Les)(18): 19-25.

Définir une politique de santé ne peut être mené sans se poser la question des territoires et de leurs présences. Le cadre législatif qui s'est développé depuis plusieurs années en est la meilleure preuve et en même temps le meilleur vecteur. Cet article en dresse un historique de l'articulation entre la politique de santé et les territoires depuis les années 1980.

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2015). **Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins.** Paris : CGET

Les études menées pour expliquer le phénomène d'inégalité de répartition de l'offre en médecine générale insistent sur l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins qui souhaitent aujourd'hui concilier épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité pour eux-mêmes et pour leur famille avec carrière professionnelle (trouver un équilibre entre vie privée, familiale et professionnelle, maîtriser son temps de travail, exercer dans un cadre sécurisé...). Face à ces nouvelles attentes et priorités, certains territoires présentent des atouts, alors que les faiblesses d'autres territoires se traduisent par l'existence de zones fragiles. L'étude cible son analyse au périmètre des jeunes médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier) s'installant ou exerçant en ambulatoire (libéral, salariés en centre de santé...). Elle est organisée en trois phases : • Phase 1 : Identifier les facteurs d'attractivité des territoires pour les jeunes médecins ; • Phase 2 : Établir une typologie des territoires en fonction de leur attractivité ; • Phase 3 : Identifier des pistes d'actions et des bonnes pratiques. Cette étude a consisté à dresser une typologie des territoires sur la base d'indicateurs territoriaux, traduisant les facteurs d'attractivité pour les jeunes médecins généralistes. Cette attractivité « théorique » a ensuite été comparée avec l'attractivité « réelle » (flux réels d'installation des jeunes médecins). In fine, ces travaux orientés vers l'action ont également porté sur la définition de pistes d'actions susceptibles d'aider les acteurs locaux à pérenniser ou développer l'offre de soin, en fonction des critères d'attractivité (extrait du préambule).

Abramovici, F., et al. (2015). "Les maisons de santé pluri-professionnelles sont-elles "la" pratique des soins primaires de demain ?" Médecine : De la Médecine Factuelle à nos pratiques **11(8): 340-342.**

Aujourd'hui, un constat est fait tant au niveau des patients, des soignants que des

responsables politiques : La France est, dans de nombreuses régions, au bord de la rupture pour l'accès aux soins en médecine générale. Plus de la moitié des médecins généralistes ont plus de 55 ans et les installations nouvelles ne compensent pas les départs en retraite . Aujourd'hui, l'abaissement du numerus clausus en dessous de 6 000 jusqu'en 2008 a réduit ces dernières années le nombre de médecins généralistes pouvant s'installer. L'objectif affirmé de diminuer l'offre de soins (considérée en France comme l'une des plus élevées du monde) ne garantissait la régulation ni en répartition géographique ni en spécialité. Aujourd'hui, paradoxalement même des départements franciliens comme la Seine-et-Marne sont touchés par la diminution de l'offre de soins. Elle fait partie des dix derniers de France pour le nombre de médecins par habitant, au même titre que le Cantal, la Creuse, la Sarthe : le nombre d'habitants y est en hausse alors que le nombre d'installations de nouveaux médecins ne compense pas les départs en retraite de ces dernières années. L'objectif de cet article est donc d'analyser si les maisons de santé seraient la solution à cette problématique.

Ammi, M. and C. Peyron (2015). Heterogeneity In General Practitioner's Preferences for Quality Improvement Programs: A Choice Experiment And Policy Simulation in France. Working paper series ; 150020. Toronto: Canadian Centre for Health Economics.

<http://www.canadiancentrefortheconomics.ca/papers/heterogeneity-in-general-practitioners-preferences-for-quality-improvement-programs-a-choice-experiment-and-policy-simulation-in-france/>

Despite increasing popularity, quality improvement programs (QIP) have had modest and variable impacts on enhancing the quality of physician practice. We investigate the heterogeneity of physicians' preferences as a potential explanation of these mixed results in France, where the national voluntary QIP - the CAPI - has been cancelled due to its unpopularity. We rely on a discrete choice experiment to elicit heterogeneity in physicians' preferences for the financial and non-financial components of QIP. Using mixed and latent class logit models, results show that the models should be used in concert to shed light on different aspects of the heterogeneity in preferences. In particular, the mixed logit demonstrates that heterogeneity in preferences is concentrated on the pay-for-performance component of the QIP, while the latent class model shows that physicians can be grouped in four homogenous groups with specific preference patterns. Using policy simulation, we compare the French CAPI with other possible QIPs, and show that the majority of the physician subgroups modelled dislike the CAPI, while favouring a QIP using only non-financial interventions. We underline the importance of modelling preference heterogeneity in designing and implementing QIPs.

Anell, A., et al. (2015). Can Pay-for-Performance to Primary Care Providers Stimulate Appropriate Use of Antibiotics. Lund : Lund University.

https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2015_036.html

Resistance to antibiotics is a major threat to the effectiveness of modern health care. This study examines if pay-for-performance (P4P) to care providers stimulates the appropriate use of antibiotics; in particular, if P4P can induce a substitution away from broad-spectrum antibiotics, which contribute more to the development of resistance, to less resistance-driving types. In the context of Swedish primary care, we study the introduction of P4P indicators encouraging substitution of narrow-spectrum antibiotics for broad-spectrum antibiotics in the treatment of children with respiratory tract infections (RTI). During 2006-2013, 8 out of 21 county councils introduced such P4P indicators in their reimbursement schemes for primary care providers. We employ municipality-level register data covering all purchases of RTI related antibiotics and exploit the staggered introduction of pay-for-performance in a difference-in-differences analysis. Despite that the monetary incentives were small, we find that P4P significantly increased narrow-spectrum antibiotics' share of RTI

antibiotics consumption. We further find larger effects in areas where there were many private providers, where the incentive was formulated as a penalty rather than a reward, and where all providers were close to a P4P target

Bouet, P. and R. c. Nicomede (2015). Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales. A propos des données 2014 et évolution de 2009 à 2014. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_voiesdequalif2015.pdf.

Le métier de médecin spécialiste nécessite d'avoir sa compétence professionnelle reconnue. En France, c'est l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine spécialisée qui atteste de la compétence médicale. Cette spécialité peut aussi être donnée par l'Ordre, en se présentant devant les Commissions ordinaires pour l'obtenir. Le rôle des Commissions ne se résume pas à une vérification d'un parcours professionnel. Il faut s'assurer que la connaissance, les savoir-faire, les modes de raisonnement cliniques, les habiletés manuelles et aussi les savoir-faire relationnels, permettent la prise en charge des patients, et ne pas simplement traiter une maladie. Le médecin doit aussi faire preuve d'intérêt pour sa spécialité en s'intégrant dans des groupes de formation. L'objectif de cette étude est de comparer ces différentes voies et de les quantifier par filière et par spécialité. Cette année, l'étude a été complétée par le mode d'obtention et la durée d'exercice dans la qualification précédente, ainsi que l'âge, des médecins ayant obtenu un avis des Commissions de qualification placées auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ce travail doit éclairer tous les responsables professionnels sur les différentes voies de formation, pour faire progresser chaque spécialité. C'est l'ensemble du cursus de formation qui doit être pris en compte avec la formation de base indispensable, pour s'adapter aux nouvelles données scientifiques et également les sciences humaines, pour que notre métier garde sa dimension sociale et humaine (éditorial).

Glazier, R. H., et al. (2015). Comparison of Family Health Teams to Other Ontario Primary Care Models, 2004/05 to 2011/12. Toronto : ICES. http://www.ices.on.ca/~media/Files/Atlases-Reports/2015/Comparison-of-Family-Health-Teams/ICES-083-Ontario-Primary-Care-Model-Report_mk06B_CC.ashx

This report compares outcomes of Family Health Team patients in relation to other major models of primary care in Ontario over time. Very few longitudinal analyses are available that compare Ontario's primary care models with each other, so this report serves to fill that knowledge gap.

Mondelin, P. and J. Vallee (2015). "Suivi des patients chroniques : comment les médecins généralistes installés voient-ils les prescriptions de leur remplaçant ?" Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 11(8): 371-380.

En France, en 2004, près de la moitié (42 %) des motifs de recours au médecin généraliste (MG) étaient le suivi des affections chroniques stables. Ces consultations habituellement appelées « renouvellement d'ordonnance » font le plus souvent l'objet de prescriptions médicamenteuses. La France était alors le premier pays européen consommateur de médicaments, avec une dépense totale représentant 30,3 milliards d'euros soit 486 euros par personne. Or la consommation inappropriée de médicaments est source de possibles effets indésirables et de dépenses évitables.

Pinchbeck, T. (2014). Walk This Way: Estimating Impacts of Walk in Centres at Hospital Emergency Departments in the English National Health Service. Londres : Spatial Economics Research Centre.

<http://www.spataleconomics.ac.uk/textonly/SERC/publications/download/sercdp0041.pdf>

In publicly funded health care systems policy-makers face a dilemma: placing low acuity

emergency care services outside hospitals may widen access to care and divert patients from making costly hospital visits, but may also attract new patients that have little need for medical care. Using detailed information contained in hospital records, I evaluate the impacts of one type of low acuity service - Walk in Centres (WiCs) in the English National Health Service (NHS) - relying on timing differences in the deployment of a single wave of services and restricting attention to places where new facilities opened to mitigate endogeneity concerns. Results indicate that WiCs have significantly reduced attendances at hospital Emergency Departments in places close by, but suggest that only between 10-20% of patients seen at hospital-based WiCs and between 5-10% patients seen at other WiCs were diverted from the more costly high acuity facilities at hospitals.

Stephan, H., et al. (2015). "Consultation de médecine générale : de quoi dépendent ses différents "temps" ? Une étude d'observation en Haute-Garonne." Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 11(7): 329-332.

L'exercice de la médecine générale a pour particularité la variété de ses consultations. Leurs motifs sont multiples, l'âge des patients et la durée des consultations sont très variables. Pour la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), la durée moyenne des consultations est de 15,6 minutes, avec un coefficient de variation de 40 %. Les facteurs de variation de la durée des consultations et de la transmission de l'information ont été explorés dans des études anglo-saxonnes : principalement le sexe, l'âge du médecin et du patient, le mode d'organisation du cabinet et le nombre de motifs de consultation. Peu d'études d'observations in situ de la réalité complexe d'une consultation de médecine générale ont été menées en France. Elles ont été réalisées par des sociologues. Mais elles se focalisaient sur un thème de consultation ou sur une analyse comportementale des acteurs en présence. Pour comprendre les mécanismes d'une consultation, l'observation, puis l'analyse de cette rencontre sont des étapes incontournables. À cette fin, deux méthodes complémentaires ont déjà été testées et validées en médecine générale. Ce sont la micro-analyse par influence ethnographique et l'analyse conversationnelle et de l'interaction. Elles révèlent une séquence apprise et respectée par les patients et les médecins. Le chronométrage de la durée de chaque phase et l'étude de leurs variations permettent de démasquer certains mécanismes de la consultation. Dans cet article ont été observé systématiquement des consultations de médecine générale selon une synthèse de ces méthodes d'analyse et de mesure. L'objectif de travail était d'évaluer la répartition des différents temps de la consultation en fonction des trois facteurs que sont le médecin, le patient et le nombre de motifs de consultation.

Vinel, J. P. (2015). Rapport sur la formation clinique des étudiants en médecine. Paris : Ministère chargé de la Santé

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000754/>

Alertée par la parution de plusieurs articles de presse dénonçant des pratiques de touchers vaginaux et rectaux sans consentement chez des patientes endormies, Marisol Touraine a confié à la Conférence nationale des doyens, la réalisation d'une enquête sur les conditions d'apprentissage de l'examen clinique aux étudiants en médecine. De telles pratiques sont, bien entendu, contraires à la loi du 4 mars 2002 qui stipule que « l'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable ». Le rapport, qui vient d'être remis par Jean-Pierre Vinel, tire des conclusions dérangeantes. Il révèle que, lorsque l'examen pelvien est réalisé chez une personne sous anesthésie générale, le consentement préalable du patient n'est recueilli que dans 67 % des cas pour les étudiants du diplôme de formation générale en sciences médicales, et dans 80 % des cas pour les étudiants du diplôme de formation approfondie.

Systèmes de santé / Health Systems

(2015). Health Statistics in the Nordic Countries 2015. Copenhague : Committee for Health Statistics in the Nordic Countries.

<http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:874109/FULLTEXT01.pdf>

Health Statistics in the Nordic Countries presents data concerning population trends, illness, hospital treatment and causes of death. Furthermore, a description of the health sector in the Nordic countries, their structure and resources is provided. Health Statistics in the Nordic Countries consequently provides an annual cross section

(2015). OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards. Paris : OCDE.

<http://www.oecd.org/fr/australie/oecd-reviews-of-health-care-quality-australia-2015-9789264233836-en.htm>

Australia's health system functions remarkably well, despite operating under a complex set of institutions that make coordinating patient care difficult. Complications arising from a split in federal and state government funding and responsibilities are central to these challenges. This fragmented health care system can disrupt the continuity of patient care, lead to a duplication of services and leave gaps in care provision. Supervision of these health services by different levels of government can manifest in avoidable impediments such as the poor transfer of health information, and pose difficulties for patients navigating the health system. Adding to the Australian system's complexity is a mix of services delivered through both the public and private sectors. To ease health system fragmentation and promote more integrated services, Australia should adopt a national approach to quality and performance through an enhanced federal government role in steering policy, funding and priority setting. The states, in turn, should take on a strengthened role as health service providers, with responsibility for primary care devolved to the states to better align it with hospital services and community care. A more strategic role for the centre should also leave room for the strategic development of health services at the regional level, encouraging innovation that is responsive to local population need, particularly in rural and remote areas.

Gerlie, N. (2015). Healthcare Reform in Italy and Spain. Do these tax-financed, decentralised systems facilitate better reform implementation than in the NHS? Londres : Civitas.

<http://www.civitas.org.uk/pdf/healthcarereforminitalyandspain>.

Comme le National Health Service (NHS) de Grande-Bretagne, l'Italie et l'Espagne ont des systèmes de santé décentralisés financés par les impôts et ont récemment introduit des réformes en réponse à l'austérité. Ce rapport britannique étudie les effets des réformes de chaque pays sur les résultats de santé, les soins de santé primaires et les valeurs fondamentales. Il estime que les résultats de santé sont moins bons au Royaume-Uni et que les soins de santé primaires italiens et espagnols demeurent plus efficaces, équitables et décentralisés.

Travail et santé / Occupational Health

(2015). Mental health and work : Australie. Santé mentale et emploi. Paris : OCDE.

<http://www.oecd.org/fr/els/emp/leprojetdelocdesurlasantementaletlemploi.htm>

This report on Australia is the last in a series that looks at how selected OECD countries address those policy challenges. Through the lenses of mental health and work, it covers issues such as the transition from education to employment, the workplace, employment services for jobseekers, the drift into permanent disability, and the capacity of the health system.

(2015). Plan santé au travail 2016-2020. Paris : Ministère chargé du travail.

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

En fonction des orientations définies par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT), le troisième plan santé travail est structuré autour de trois axes : deux axes stratégiques principaux : donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention, améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise ; un axe « support » transversal : renforcer le dialogue social et les ressources de la politique de prévention, en structurant un système d'acteurs, notamment en direction des TPE-PME.

Arnold, D. and Pinto, M. De (2015). How are work-related characteristics linked to sickness absence and presenteeism? Theory and data. *ZEW Discussion Papers, No. 15-077*. Mannheim : Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung.

<http://www.zew.de/de/publikationen/8078>

This paper investigates how changes in work-related factors affect workers' absence and presenteeism behavior. Previous studies (implicitly) assume that there is a substitutive relationship, i.e. a change in a work-related factor decreases the level of absence and simultaneously increases presenteeism (or vice versa). We set up a theoretical model in which work-related characteristics not only affect a worker's absence decision but also the individual-specific sickness definition. Since work related factors affect presenteeism through these two channels, nonsubstitutive relationships between absence and presenteeism are also conceivable. Using European cross-sectional data, we find only few substitutive and complementary relationships, while the bulk of the work-related characteristics is related only to one of the two sickness states.

Johansson, P., et al. (2015). Health, Work Capacity and Retirement in Sweden. *Working Paper; 15-08*. Stockholm : Stockholm University. 36 , fig., tabl.

http://www2.ne.su.se/paper/wp15_08.pdf

Following an era of a development towards earlier retirement, there has been a reversed trend to later exit from the labor market in Sweden since the late 1990s. We investigate whether or not there are potentials, with respect to health and work capacity of the population, for extending this trend further. We use two different methods. First, the Milligan and Wise (2012) method, which calculates how much people would participate in the labor force at a constant mortality rate. Second, the Cutler et al. (2012) method, which asks how much people would participate in the labor force if they would work as much as the age group 50-54 at a particular level of health. We also provide evidence on the development of self-assessed health and health inequality in the Swedish population.

Vieillessement / Ageing

(2015). Approche territoriale : Filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé. Paris : ANAP.

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/filieres_soins_enquete/Approche_territoriale_filieres_de_soins_Enquete_pec_pers_agees_3territoires.pdf

Ce document présente les résultats d'une enquête proposée dans 3 territoires permettant de mieux connaître l'usage de dispositifs déjà déployés, de mieux comprendre les attentes des professionnels et de les associer dans ces choix : une enquête au service d'un projet de territoire réalisé avec des professionnels au service de la population. Cette enquête, menée sur les territoires de Strasbourg, du Nord-Ouest Val d'Oise et du Nord-Essonne entre septembre 2013 et janvier 2014, a permis de compléter la connaissance des ruptures de prise en charge rencontrées par les professionnels ainsi que les dispositifs opérationnels attendus.

(2015). Les retraités : un état des lieux de leur situation en France. Paris : Conseil d'orientation des retraites.

<http://www.cor-retraites.fr/article409.html>

Le 13e rapport du COR propose des éclairages multiples sur la situation des retraités actuels et apporte des éléments prospectifs sur la situation des retraités futurs, au regard de l'objectif donné par la loi au système de retraite de garantir un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités (II de l'article L.111-2-1 du code de la sécurité sociale). Préparé dans le cadre des séances mensuelles du Conseil, ce rapport constitue une synthèse large de données et d'analyses. Il dépasse l'aspect purement financier de la question pour explorer les dimensions plus qualitatives et plus subjectives du niveau de bien-être. Le rapport est organisé en trois parties. La première partie actualise et enrichit les résultats régulièrement publiés par le COR sur les revenus et le niveau de vie des retraités. En particulier, elle récapitule les évolutions observées et projetées du niveau de vie relatif des retraités de 1970 à 2060. La deuxième partie complète la description des revenus par celle de la consommation, de l'épargne et du patrimoine des retraités, et des transferts entre générations. La troisième partie apporte enfin des éléments plus qualitatifs sur les conditions de vie des retraités : état de santé, conditions de logement et lieux de résidence, emploi du temps et vie sociale. Est également abordée la question des difficultés matérielles des retraités les plus modestes. Une analyse de l'appréciation subjective des retraités sur leur satisfaction dans la vie clôt cette dernière partie (résumé de l'éditeur).

Dustmann, C., et al. (2015). Population, Migration, Ageing and Health: A Survey. Londres : Centre for Research and Analysis of Migration *Discussion Paper*; CPD 18/15.

http://www.cream-migration.org/publ_uploads/CDP_18_15.pdf

We review the literature on recent demographic changes in Europe, focusing on two of the main challenges brought about by an ageing population: severe labor shortages in many sectors of the economy and growing pressures on both health and welfare systems. We discuss how and to what extent migration can contribute to address these challenges both from a short and a long term perspective. Finally, we identify several areas in which more research is needed to help devising more effective policies to cope with a greying society.

Fizzala, A. (2015). "Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes." *Economie Et Statistique*(481-482): 51-75

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES481C.pdf

Autonomix est un modèle de microsimulation statique portant sur les dispositifs d'aide à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Il a été créé à la Drees à l'occasion du débat national sur la dépendance de 2011. Il est principalement adossé à des données individuelles sur les bénéficiaires de l'aide aux personnes âgées dépendantes la plus répandue : l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui concerne 1,2 millions de

bénéficiaires en France en 2013. Les premières versions d'Autonomix se basaient sur des données recueillies en 2008 auprès des départements, qui gèrent l'APA. Une nouvelle version du modèle a récemment été développée suite au renouvellement, en 2012, de cette opération de recueil de données. Le modèle est brièvement décrit dans la première partie de l'article. Une analyse des restes à charge des personnes âgées dépendantes, réalisée avec Autonomix, est ensuite présentée. Enfin, à titre illustratif, six exemples de mesures visant à modifier les aides publiques actuellement destinées à ces personnes sont évalués à partir du modèle. Trois mesures concernent les personnes âgées dépendantes vivant à domicile : augmentation du montant maximal de l'APA, introduction d'une condition de ressources pour pouvoir bénéficier de l'APA et remplacement du ticket modérateur actuel de l'APA par un système de franchise modulée selon le revenu. Les trois autres mesures concernent les personnes âgées dépendantes vivant en établissement : attribution systématique et sans récupération de l'aide sociale à l'hébergement, augmentation des aides au logement, et création d'une aide au logement renforcée au bout d'une durée de séjour de deux ans (résumé d'auteur).

Levy, H., et al. (2015). The Effect of Health Reform on Retirement. *Working Paper; wp 2015-329.*

Ann Arbor : Michigan Retirement Research Center.

<http://www.mrrc.isr.umich.edu/Publication/Abstract/1068?ptid=1>

Many studies have shown that the availability of health insurance is an important determinant of the retirement decision. Beginning in January 2014, the Affordable Care Act (ACA) made affordable alternatives to employer-sponsored health insurance much more widely available than they had been previously through the establishment of health insurance exchanges and, in some states, the expansion of Medicaid eligibility to low-income, childless adults. We analyze whether these new health insurance options led to an increase in retirement or part-time work among individuals ages 55 through 64 during the first 18 months after the policy took effect. Using data from the basic monthly Current Population Survey from January 2005 through June 2015, we find that there was no increase in retirement in 2014 either overall or in Medicare expansion states relative to nonexpansion states. We also find no change in the fraction of older workers who are working part-time.

Michel, J. P., et al. (2015). Prévention de la dépendance liée au vieillissement. Paris : Académie Nationale de Médecine

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/12/2-Rapport-final-ANM-Prevention-Vieillesse-24-11-15-4.pdf>

En 2012, la France comptait 1,2 million de personnes âgées dépendantes. Sans action préventive, ce chiffre s'élèvera à 2,3 millions en 2060. C'est pourquoi l'Académie nationale de Médecine produit un rapport sur cet enjeu majeur pour une meilleure adaptation de notre système de santé permettant de renforcer à toutes les étapes de la vie, les actions de prévention et d'éducation à la santé. Cela devrait réduire les risques de dépendance liés aux maladies chroniques les plus fréquentes des personnes âgées et très âgées. Des exemples concrets et démonstratifs d'actions promotionnelles de santé et d'interventions randomisées (activités physique et intellectuelle tout au long du parcours de vie ou reprises à un âge tardif, alimentation de type méditerranéen, abstinence au tabac et limitation de la consommation d'alcool) et de prévention contre les facteurs de risque des maladies les plus fréquentes et les plus délétères sur le plan fonctionnel (maladies cardio-neuro et néphro-vasculaires, diabète, pathologies dépressive et démentielle, troubles musculo-squelettiques, anomalies sensorielles – visuelles, auditives, vertiges, problèmes d'équilibre - et meilleur usage des médicaments) permettent de proposer des recommandations pour ralentir la progression de la dépendance liée au vieillissement.

Schunemann, J., et al. (2015). Going from bad to worse: Adaptation to poor health, health spending, longevity, and the value of life. CEGE Discussion paper series ; 268. Göttingen Center for European Governance and Economic Development Research. (C.E.G.E.). <http://hdl.handle.net/10419/123284>

Aging humans adapt to their worsening state of health and old people are usually happier than estimated by young individuals. In this paper we investigate how adaptation to a deteriorating state of health affects health spending, life expectancy, and the value of life. We set up a life cycle model in which individuals are subject to physiological aging, calibrate it with data from gerontology, and compare behavior and outcomes of adapting and non-adapting individuals. While adaptation generally increases the value of life (by about 2 to 5 percent), its impact on health behavior and longevity depends crucially on whether individuals are aware of their adaptive behavior.

Tuchman, M., et al. (2015). "Cartographie de la recherche sur le vieillissement en Sciences Humaines et Sociales." Cahiers De La Cnav (Les)(9): 53 , tabl., fig. <http://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/les-cahiers-de-la-cnav-n-9-decembre-2015.html>

Dans le cadre du projet européen Era-Age, en 2014 et 2015 l'Unité de recherche sur le vieillissement a réalisé une cartographie de la recherche sur le vieillissement en France. Ce travail, qui a bénéficié du soutien du Ministère de la recherche et du CNRS, a eu pour objectif d'améliorer la connaissance et la visibilité de ce secteur de la recherche ainsi que d'analyser la structuration institutionnelle et financière. Le cahier présente les caractéristiques des équipes en Sciences Humaines et Sociales (localisation, disciplines, effectifs des chercheurs, etc.). Il propose une analyse globale de ce secteur afin de contribuer à mieux comprendre et à mieux affronter les défis démographiques et sociétaux actuels.