

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

25 septembre 2015 / September the 25th, 2015

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

Bailey J., Webber D. (2015). Health Insurance Benefit Mandates and the Firm-Size Distribution . 6

Jusot F., Pierre A. (2015). Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012..... 6

Pierre A., Jusot A. (2015). Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture 6

Toulemon L., Davezies L. (2015). Does moving to a system with a more generous public health insurance increase medical care consumption 7

Economie de la santé / Health Economics 7

(2015). Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2014. 7

(2015). Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation 7

Banks J., Blundell R., Levell R., et al. (2015). Life-Cycle Consumption Patterns at Older Ages in the US and the UK: Can Medical Expenditures Explain the Difference 7

Chen A., Goldman D. (2015). Health Care Spending: Historical Trends and New Directions 8

Etat de santé / Health Status 8

(2015). Report on the Global Tobacco Epidemic 2015 : raising taxes on tobacco..... 8

(2015). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions 8

(2014). Enquête Agrican : agriculture et cancer..... 9

Burton-Jeangros C.éd., Cullati S. / éd, et al.. (2015). A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions. 9

Deguen S., Petit C., Delabarre A., et al.. (2015). Neighbourhood Characteristics and Long-Term Air Pollution Levels Modify the Association between the Short-Term Nitrogen dioxide Concentrations and All-Cause Mortality in Paris..... 9

Fiorillo D., Nappo N. (2015). Formal volunteering and self-perceived health. Causal evidence from the UK-SILC 9

Géographie de la santé / Geography of Health 10

Or Z. / éd, et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012 10

Hôpital / Hospitals 10

Baker L.C., Bundorf M.K), Kessler D.P. (2015). The Effect of Hospital/Physician Integration on Hospital Choice.....	10
Berchet C. (2015). Emergency Care Services: Trends - Drivers and Interventions to Manage the Demand	10
Kasteridis P., Goddard M., et al.(2015). The impact of primary care quality on inpatient length of stay for people with dementia: an analysis by discharge destination	10
Naylor C., Alderwick H.,Honeyman M. (2015). Acute hospitals and integrated care: from hospitals to health systems.....	11
Nikolova S., Harrison M. Sutton M.. (2015). The impact of waiting time on health gains from surgery: Evidence from a national patient reported outcomes dataset.....	11
Salm M., Wubker A. (2015). Do Hospitals Respond to Increasing Prices by Supplying Fewer Services?.....	11

Handicap / Disability 12

Banks J, Blundell R.,Emmerson C. (2015). Disability benefit receipt and reform: reconciling trends in the United Kingdom.	12
Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages	12
Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 2 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Institutions.....	13
Rapegno N. , Ravaud J.F. (2015). Disparités territoriales de l'équipement français en structures d'hébergement pour adultes handicapés et enjeux géopolitiques.....	13

Inégalités de santé / Health Inequalities 13

(2015). L'évolution de la pauvreté en France : les nouvelles formes de l'aggravation. Suivi annuel des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale.....	13
Conti G., Heckmann J.J., Pinto R. (2015). The Effects of Two Influential Early Childhood Interventions on Health and Healthy Behaviors.	14
Dourgnon P., Moullan Y. (2015). Social determinants of overweight among immigrants in Spain and France	14
Guillon M., Geoffard P.Y., Celse M. (2015). Cost-effectiveness analysis of early access to medical and social care for migrants living with HIV in France.	14

Politique de santé / Health Policy 15

(2015). Les chiffres clés de l'offre de soins. Edition 2015.	15
---	----

(2015). Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service delivery..... 15

Brook R.H. (2015). Redefining Health Care..... 15

Gibelin J.L. (2015). Une politique de santé pour les régions..... 16

Jabot F. , Marchand F. (2014). L'évaluation des plans de santé publique: un levier de changement pour les politiques régionales de santé en France ?..... 16

Safon M.O. (2015). Projet de modernisation du système de santé français. 16

Psychiatrie / Psychiatry 16

(2015). Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche..... 16

Coldefy M., Le Neindre C, Nestrigue C. (2015). Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d'offre de soins des territoires. In : Des territoires fragmentés : enjeux psychiques et politiques..... 17

Soins de santé primaires / Primary Health Care 17

2015). Rapport de l'enquête relative à la perception par les professionnels de santé du risque infectieux associé aux soins de ville 17

Brekke K.R., Holmas T.H., Monstad K. (2015). Do Treatment Decisions Depend on Physicians' Financial Incentives 17

Davy L., Blease J., Liu H., et al. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. 18

Mcleod L., Johnson J.A. (2015). Changing the Schedule of Medical Benefits and the Effect on Primary Care Physician Billing: Quasi-Experimental Evidence from Alberta 18

Systèmes de santé / Health Systems 19

(2015). OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards..... 19

Legetic B., Cecchini M. (2015). Applying Modeling to Improve Health and Economic Policy Decisions in the Americas..... 19

Travail et santé / Occupational Health 19

Cook J.A., ,Burke-Miller J.K., Grey D.D. (2015). Impact of Contingent Work on Subsequent Labor Force Participation and Wages of Workers with Psychiatric Disabilities 20

Engelman M., Jackson H. (2015). The Role of Occupations in Differentiating Health Trajectories in Later Life..... 20

Farre L., Fasani F., Mueller H. (2015). Feeling Useless: The Effect of Unemployment on Mental Health in the Great Recession. 20

Gutierrez I.A., Michaud P.C. (2015). Employer Downsizing and Older Workers' Health 21

Vieillessement / Ageing 21

(2015). Avis sur sur l'évaluabilité du projet de Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. 21

(2015). Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad ? Paris 22

Costa-Font J., Karlsson M., Henning O. (2015). Informal Care and the Great Recession..... 22

Fontaine D. (2015). Établissements d'hébergement entièrement dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer 22

Assurance maladie / Health Insurance

Bailey J., Webber D. (2015). Health Insurance Benefit Mandates and the Firm-Size Distribution.

Bonn : IZA

By 2010, the average US state had passed 37 health insurance benefit mandates (laws requiring health insurance plans to cover certain additional services). Previous work has shown that these mandates likely increase health insurance premiums, which in turn could make it more costly for firms to compensate employees. Using 1996–2010 data from the Quarterly Census of Employment and Wages and a novel instrumental variables strategy, we show that there is limited evidence that mandates reduce employment. However, we find that mandates lead to a distortion in firm size, benefiting larger firms that are able to self-insure and thus exempt themselves from these state-level health insurance regulations. This distortion in firm size away from small businesses may lead to substantial decreases in productivity and economic growth.

<http://ftp.iza.org/dp9292.pdf>

Jusot F., Pierre A. (2015). Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Questions d'Economie de la Santé (Irdes), (209) :

En France, l'accès aux soins est très dépendant de la possession d'une complémentaire santé dont 5 % de la population ne bénéficient pas en 2012. Ainsi, l'accès pour tous à une complémentaire santé de qualité se trouve au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée en 2013 par le gouvernement. Négociée dans le cadre de l'Accord national interprofessionnel (Ani) de janvier 2013, la première mesure consistera à généraliser la complémentaire santé d'entreprise – financée en partie par les employeurs – à l'ensemble des salariés du secteur privé au 1er janvier 2016 et à améliorer sa portabilité pour les chômeurs jusqu'à douze mois au plus après la rupture de leur contrat de travail. Il s'agit ici d'évaluer de façon ex ante les effets attendus du dispositif de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteraient non couverts par une complémentaire est simulé en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion dont certains peuvent bénéficier, au sein même des salariés du secteur privé. La non-couverture est étudiée selon plusieurs caractéristiques individuelles telles que l'état de santé, le statut socio-économique et les préférences à l'égard du temps et du risque.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/209-quels-impacts-attendre-de-la-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise-sur-la-non-couverture-en-france.pdf>

Pierre A., Jusot A. (2015). Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture. Paris : Irdes

Cet article propose d'évaluer de façon ex ante les effets attendus du dispositif de l'Accord national interprofessionnel (Ani) sur la non-couverture par une complémentaire santé en France et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, il s'agit de : i/ simuler l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteront non couverts par une complémentaire en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion au sein de la population salariée selon l'état de santé, le statut socio-économique, les préférences à l'égard du temps et du risque et le motif de non-couverture ; ii/ étudier l'évolution des caractéristiques des personnes non couvertes, toutes choses égales par ailleurs, avant et après l'introduction de

l'Ani.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/067-une-evaluation-ex-ante-de-la-generalisation-de-lacomplementaire-sante-d-entreprise.pdf>

Toulemon L., Davezies L. (2015). Does moving to a system with a more generous public health insurance increase medical care consumption? sl : HAL

We evaluate the impact of reimbursement rates on health expenditures, using a natural experiment. For historical reasons, reimbursement rates of public health insurance are higher in the French region Alsace Moselle than in other French regions. For both systems, affiliation is compulsory. Individuals moving between Alsace-Moselle and the rest of France undergo an exogenous change in reimbursement rates. We use a difference-in-difference method on a panel datasets of individuals. Our treatment group consists of individuals changing systems, our control group consists of individuals who move between other French regions. We study the impact of reimbursement rates on a broad range of health care expenditures: for dentist and doctor visits, drug consumption, and sickness absenteeism. We find heterogeneous impacts of reimbursement rates on those items. Overall, higher public reimbursement rates do not lead to an increase in spending for medical care.

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01121272>

Economie de la santé / Health Economics

(2015). Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2014. Paris : Ministère chargé de la santé

Publiée chaque année, cette publication rassemble en 44 pages les principales données chiffrées des recettes, dépenses et prestations pour chaque branche de la Sécurité sociale. Elle met en avant les équilibres financiers, les principaux indicateurs de la performance du service public de la Sécurité sociale (qualité de service, accueils téléphonique et physique, délais de traitement, coûts de gestion, dématérialisation, mise en œuvre des politiques de sécurité sociale), les programmes de qualité et d'efficacité, et présente des données relatives au RSI et à la MSA. Un organigramme institutionnel au 1er juillet 2015 complète le document.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_2015_web.pdf

(2015). Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation.

Luxembourg: Publications Office of the European Union.

This report aims to estimate the economic cost of providing timely access to screening and treatment for migrants in an irregular situation, compared with providing treatment only in emergency cases. It presents an economic model to calculate such costs for two medical conditions: hypertension and prenatal care. To better illustrate its application in practice, the model is applied to three European Union (EU) Member States – Germany, Greece and Sweden. Although results must be interpreted with caution, the testing shows that providing access to regular preventive healthcare for migrants in an irregular situation would be cost-saving for healthcare systems. Even when using a simple model to estimate costs, the implications are clear: treating a condition only when it becomes an emergency not only endangers the health of a patient, but also results in a greater economic burden to healthcare systems.

http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf

Banks J., Blundell R., Levell R., et al. (2015). Life-Cycle Consumption Patterns at Older Ages in the

US and the UK: Can Medical Expenditures Explain the Difference? Londres : IFS

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

<http://www.ifs.org.uk/publications/7662>

Chen A., Goldman D. (2015). Health Care Spending: Historical Trends and New Directions.

Cambridge : NBER

Over the last five decades, broad changes in the US health care system have dramatically influenced growth in health care expenditures. These structural changes have also influenced the trajectory of the health economics research. This paper reviews some of the seminal health economics papers (measured by citations) and identifies the salient factors driving the growth of medical expenditures. We find that the research identified – and was strongly influenced by – four eras of expenditure growth: (1) coverage expansion; (2) experimentation with financial incentives; (3) the managed care backlash; and (4) a golden era of declining expenditure growth. We conclude by discussing some themes from this research suggesting optimism that, going forward, we can curb excess expenditure growth above GDP growth without harming population health.

<http://www.nber.org/papers/w21501>

Etat de santé / Health Status

(2015). Report on the Global Tobacco Epidemic 2015 : raising taxes on tobacco. Genève : OMS.

Seulement une personne sur 10 dans le monde vit dans l'un des 33 pays où le taux d'imposition des cigarettes est supérieur à 75% du prix de détail. Dans plus de 80% des pays, la taxation du tabac n'atteint pas le plus haut degré d'exécution de cette mesure, alors qu'il est clairement établi qu'instaurer des taxes suffisamment élevées est une intervention à la fois extrêmement efficace et rentable. L'élan donné par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et les mesures cohérentes du programme MPOWER mises en place depuis dix ans ont contribué à ce que 40% de la population mondiale soit protégée par au moins une mesure MPOWER appliquée de façon optimale. Le thème du rapport 2015 - l'augmentation des taxes sur le tabac - est la mesure MPOWER pour laquelle on constate le moins de progrès.

http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/

(2015). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne.

Ce rapport présente la vingtième analyse annuelle de l'état du phénomène de la drogue en Europe. Il offre un aperçu complet du problème de la drogue en Europe et des mesures prises pour y faire face. S'appuyant sur des données nationales et européennes, il fournit une vue d'ensemble des tendances, réponses et politiques majeures, ainsi que des analyses approfondies de sujets d'actualité. Le rapport contient des analyses totalement nouvelles sur les interventions psycho-sociales, les salles de consommation de drogue, la consommation abusive de benzodiazépines et les itinéraires du trafic d'héroïne.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_FR_TDAT15001FRN.pdf

(2014). Enquête Agrican : agriculture et cancer. Bagnole : CCMSA.

L'enquête Agrican porte depuis 2005 sur plus de 180.000 affiliés de la Mutualité sociale agricole (Msa). Elle vise à étudier l'impact de l'exposition des agriculteurs à des risques particuliers (produits phytosanitaires, ultraviolets, virus animaux...), et notamment leurs risques de cancer. Selon les derniers résultats apportés par l'enquête Agrican, les risques de cancers des agriculteurs varient en fonction du secteur dans lequel ils exercent.

<http://cancerspreventions.fr/wp-content/uploads/2014/12/AGRICAN.pdf>

Burton-Jeangros C.éd., Cullati S. / éd, et al.. (2015). A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions. Berlin : Springer Verlag

This book examines health trajectories and health transitions at different stages of the life course, including childhood, adulthood and later life. It provides findings that assess the role of biological and social transitions on health status over time. The essays examine a wide range of health issues, including the consequences of military service on body mass index, childhood obesity and cardiovascular health, socio-economic inequalities in preventive health care use, depression and anxiety during the child rearing period, health trajectories and transitions in people with cystic fibrosis and oral health over the life course. The book addresses theoretical, empirical and methodological issues as well as examines different national contexts, which help to identify factors of vulnerability and potential resources that support resilience available for specific groups and/or populations. Health reflects the ability of individuals to adapt to their social environment. This book analyzes health as a dynamic experience. It examines how different aspects of individual health unfold over time as a result of aging but also in relation to changing socioeconomic conditions. It also offers readers potential insights into public policies that affect the health status of a population.

<http://www.springer.com/us/book/9783319204833>

Deguen S., Petit C., Delabarre A., et al.. (2015). Neighbourhood Characteristics and Long-Term Air Pollution Levels Modify the Association between the Short-Term Nitrogen dioxide Concentrations and All-Cause Mortality in Paris. *Plos One*, **10** (7) While a great number of papers have been published on the short-term effects of air pollution on mortality, few have tried to assess whether this association varies according to the neighbourhood socioeconomic level and long-term ambient air concentrations measured at the place of residence. We explored the effect modification of 1) socioeconomic status, 2) long-term NO₂ ambient air concentrations, and 3) both combined, on the association between short-term exposure to NO₂ and all-cause mortality in Paris (France).

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131463>

Fiorillo D., Nappo N. (2015). Formal volunteering and self-perceived health. Causal evidence from the UK-SILC. York : HEDG

The paper assesses the causal relationship between formal volunteering and individual health. The econometric analysis employs data provided by the Income and Living Conditions Survey for the United Kingdom carried out by the European Union's Statistics (UK-SILC) in 2006. Based on 2SLS, treatment effect and recursive bivariate probit models, and religious participation as instrument variable, and controlling for social and cultural capital, our results show a positive and causal relationship between formal volunteering and self-perceived health.

<http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1418.pdf>

Géographie de la santé / Geography of Health

Or Z. / éd, et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012. Paris : Irdes

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>

Hôpital / Hospitals

Baker L.C., Bundorf M.K), Kessler D.P. (2015). The Effect of Hospital/Physician Integration on Hospital Choice. Cambridge : NBER

In this paper, we estimate how hospital ownership of physicians' practices affects their patients' hospital choices. We match data on the hospital admissions of Medicare beneficiaries, including the identity of their admitting physician, with data on the identity of the owner of the admitting physician's practice. We find that a hospital's ownership of an admitting physician's practice dramatically increases the probability that the physician's patients will choose the owning hospital. We also find that patients are more likely to choose a high-cost, low-quality hospital when their admitting physician's practice is owned by that hospital.

<http://www.nber.org/papers/w21497>

Berchet C. (2015). Emergency Care Services: Trends - Drivers and Interventions to Manage the Demand. Paris : OCDE

Emergency departments are the front line of health care systems and play a critical role in ensuring an efficient and high-quality response for patients in stress or crisis situations. A growing demand for emergency care might however reduce patients' satisfaction (through waiting times), increase health provider workload and adversely affect quality of care. This working paper begins with an overview of the trends in the volume of emergency department visits across 21 OECD countries. It then explores the main drivers of emergency department visits in hospital settings, paying attention to both demand and supply side determinants. Thereafter, national approaches instituted by countries to reduce the demand for emergency care and to guarantee a more efficient use.

[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2015\)6&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2015)6&docLanguage=En)

Kasteridis P., Goddard M., et al.(2015). The impact of primary care quality on inpatient length of

stay for people with dementia: an analysis by discharge destination. York : University of York

This paper examines whether the Quality and Outcomes Framework (QOF) dementia review helps to achieve timely hospital discharge for dementia patients. It found that on average the length of stay in hospital for dementia patients is 18 days and that QOF dementia review had little effect on the length of stay.

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP113_primary_care_quality_LoS_dementia_discharge.pdf

Naylor C., Alderwick H., Honeyman M. (2015). Acute hospitals and integrated care: from hospitals to health systems. Londres : King's Fund

A core part of the vision in the NHS five year forward view is a fundamentally different role for acute hospitals. Hospitals in England and elsewhere face significant challenges as a result of rising demand and the changing needs of the population, and they will not be able to meet these challenges by continuing to work alone. Instead, acute trust leaders need to embrace a system-wide perspective and work increasingly closely with primary care, community services, social care and others. In some areas of the country this change is already well under way, with hospital leaders taking a shared responsibility for leadership of a local system. This report describes lessons from five case studies where acute hospitals are working collaboratively with local partners to build integrated models of care – three of these sites have since been chosen as vanguards by NHS England. The report assesses the achievements made so far, distils the lessons learnt for other local health economies, and makes recommendations for national policy-makers.

http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/acute-hospitals-and-integrated-care-march-2015.pdf

Nikolova S., Harrison M. Sutton M.. (2015). The impact of waiting time on health gains from surgery: Evidence from a national patient reported outcomes dataset. Leeds : Leeds Institute of Health Sciences

Reducing waiting times has been a major focus of the English National Health Service (NHS) for many years but little is known about the impact on health outcomes. The collection of data on Patient Reported Outcome Measures (PROMs) for all patients undergoing four large-volume procedures facilitates analysis of the impact of waiting times on patient outcomes. The availability of PROMs before and after surgery allows us to estimate the impact of waiting times on the effectiveness of treatment, controlling for pre-surgery health and the endogeneity of waiting times caused by prioritisation with respect to pre-intervention health. We find that waiting time has a negative and statistically significant impact on the health gain from hip and knee replacement surgery and no impact on the effectiveness of varicose vein and hernia surgery. The magnitude of this effect at patient level is small, 0.1% of the outcome measure range for each additional week of waiting. However, the value of this effect is substantially larger than existing estimates of the disutility experienced during the waiting period. The health losses associated with an additional week of waiting for annual populations of hip and knee replacement patients are worth £11.1 million and £11.5 million respectively.

http://medhealth.leeds.ac.uk/news/article/633/the_impact_of_waiting_time_on_health_gains_from_surgery

Salm M., Wubker A. (2015). Do Hospitals Respond to Increasing Prices by Supplying Fewer Services? Bochum : Ruhr-Universität Bochum

Medical providers often have a significant influence on treatment decisions which they can use in their own financial interest. Classical models of supplier-induced demand predict that

medical providers will supply fewer services if they face increasing prices. We test this prediction based on a reform of hospital financing in Germany. Uniquely, this reform changed the overall level of reimbursement - with increasing prices for some hospitals and decreasing prices for others - without affecting the relative prices for different types of patients. Based on administrative data, we find that hospitals do indeed react to increasing prices by reducing service supply.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2640116

Handicap / Disability

Banks J, Blundell R., Emmerson C. (2015). Disability benefit receipt and reform: reconciling trends in the United Kingdom. Londres : IFS

Abstract: The UK has enacted a number of reforms to the structure of disability benefits, which has made it a major case study for other countries thinking of reform. The introduction of Incapacity Benefit in 1995 coincided with a strong decline in disability benefit expenditure, reversing previous sharp increases. From 2008 the replacement of Incapacity Benefit with Employment and Support Allowance was intended to reduce spending further. We bring together administrative and survey data over the period and highlight key differences in receipt of disability benefits by age, sex and health. These disability benefit reforms and the trends in receipt are also put into the context of broader trends in health and employment by education and sex. We document a growing proportion of claimants in any age group with mental and behavioural disorders as their principal health condition. We also show the decline in the number of older working age men receiving disability benefits to have been partially offset by growth in the number of younger women receiving these benefits. We speculate on the impact of disability reforms on employment.

<http://www.ifs.org.uk/publications/7662>

Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. Les rapports de l'Irdes ; 560. Paris : IRDES.

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce premier tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant à domicile.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-access-aux-soins-courants-et-preventifs-des->

[personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf](#)

Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 2 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Institutions. Les rapports de l'Irdes ; 561. Paris : IRDES.

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce second tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant en institution. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/561-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-2-institutions.pdf>

Rapegno N. , Ravaud J.F. (2015). Disparités territoriales de l'équipement français en structures d'hébergement pour adultes handicapés et enjeux géopolitiques. *L'Espace Politique*, (26) L'objet de cet article est d'objectiver les disparités territoriales d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés en France, des années 1970 à nos jours, d'étudier l'impact des politiques sociales sur leur évolution et ainsi d'appréhender les logiques territoriales propres à ce secteur. Une analyse quantitative du Fichier National des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et d'enquêtes statistiques réalisées entre 1978 et 2010 permet de mesurer la répartition territoriale des établissements. Cette première analyse aide à comprendre les répercussions des politiques du handicap sur la répartition des établissements médico-sociaux, avec la progressive mise en place d'une régulation territoriale et la construction de la planification dans le champ médico-social de 1975 à 2010. Les résultats font apparaître une réduction des inégalités territoriales depuis la fin des années 1970 malgré un maintien de particularités locales, avec notamment un suréquipement dans les territoires ruraux (résumé de l'éditeur).

Inégalités de santé / Health Inequalities

(2015). L'évolution de la pauvreté en France : les nouvelles formes de l'aggravation. Suivi annuel des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale. Edition 2015. Paris : ONPES.

L'ONPES s'engage, avec ce document, dans la publication annuelle de son tableau de bord de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Il informera ainsi périodiquement sur l'évolution de ces phénomènes et tentera de rendre compte du sens de ses évolutions. L'analyse des données disponibles montre comment la crise pèse sur la pauvreté et en complexifie la

représentation. Si l'année 2012 marque l'entrée dans une nouvelle phase de croissance économique lente, la reprise s'essouffle rapidement, alors que le chômage et le sous-emploi s'élargissent. La baisse du taux de pauvreté monétaire constatée en 2012 (13,9 %) n'occulte pas l'aggravation et la persistance de l'exclusion de catégories de population en grande difficulté. À la même date, un Français sur cinq est pauvre monétairement ou en conditions de vie (résumé de l'éditeur).

www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Indicateurs-2015-2.pdf

Conti G., Heckmann J.J., Pinto R. (2015). The Effects of Two Influential Early Childhood Interventions on Health and Healthy Behaviors. Cambridge : NBER

This paper examines the long-term impacts on health and healthy behaviors of two of the oldest and most widely cited U.S. early childhood interventions evaluated by the method of randomization with long-term follow-up: the Perry Preschool Project (PPP) and the Carolina Abecedarian Project (ABC). There are pronounced gender effects strongly favoring boys, although there are also effects for girls. Dynamic mediation analyses show a significant role played by improved childhood traits, above and beyond the effects of experimentally enhanced adult socioeconomic status. These results show the potential of early life interventions for promoting health.

<http://www.nber.org/papers/w21454>

Dourgnon P., Moullan Y. (2015). Social determinants of overweight among immigrants in Spain and France. Oxford : Université d'Oxford

This study addresses immigrant health from the point of view of social health inequalities research. We study differences in overweight between immigrants and natives in two countries, France and Spain. Controlling for socioeconomic characteristics, we focus on effects that pertain to the country of origin and to the country of arrival in explaining overweight prevalence. We first estimate and compare between France and Spain, in women and men, the effect of immigration status on overweight when controlled for age, socioeconomic status (SES), and country of origin. We study the role of length of stay as proxied by naturalisation status and according to country of origin. We investigate the role of GDP, HDI and obesity prevalence in the country of origin. We then estimate how differences in population compositions and differences in estimated coefficients contribute to observed differences in overweight between natives and migrants for each country.

<http://www.imi.ox.ac.uk/publications/new-imi-working-paper-on-the-differences-of-overweight-between-immigrants-and-natives-in-france-and-spain>

Guillon M., Geoffard P.Y., Celse M. (2015). Cost-effectiveness analysis of early access to medical and social care for migrants living with HIV in France. Paris : Ecole d'Economie

Background In 2011, migrants accounted for 47% of newly diagnosed cases of HIV infection in France, including 70% from Sub-Saharan Africa. These populations meet with specific obstacles leading to late diagnosis and access to medical and social care. Reducing these delays has a proven benefit to patients' health and contributes to a better control of the epidemic by preventing secondary infections. Methods The objective of this study is to assess the cost-effectiveness impact of an early access to care (ATC) for migrant people living with HIV (PLHIV) in France. The model compares "early" vs. "late" ATC for migrant PLHIV in France, defined by an entry into care with a CD4 cell count of 350 and 100/mm³ respectively, and integrate the positive externality of treatment on prevention. To evaluate the cost-effectiveness of "early" ATC, incidence and hidden prevalence among migrants in France were estimated. Findings Early ATC strategy proved cost-saving, or cost-effective in the worst case scenario. In the most favorable scenario, early ATC generated an average net saving of €198,000 per patient, and prevented 0.542 secondary infection. In the worst case scenario,

early ATC strategy generated an average cost of €28,000, a cost-effectiveness ratio of €133,000 per averted infection and prevented 0.211 secondary infection. Interpretation In addition to individual health benefit, improving early ATC for migrant PLHIV proves an efficient strategy in terms of public health and economics. These results stress out the benefit of ensuring ATC for all individuals living with HIV in France.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01118612/document>

Politique de santé / Health Policy

(2015). Les chiffres clés de l'offre de soins. Edition 2015. Paris : DGOS.

Les chiffres clés de l'offre de soins sont destinés aux observateurs du système de santé français ainsi qu'aux acteurs de l'offre de soins, de ville comme hospitaliers voire médico-sociaux. Leur édition 2015 illustre la mise en œuvre des réformes en cours, notamment les grandes orientations de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement, les mesures de la future loi de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine et le « virage ambulatoire » qui en découle. Mais aussi, plus globalement, l'état des lieux de l'offre de soins en France et ses perspectives. En 4 chapitres, les chiffres clés offrent un panorama étayé de cette mise en œuvre et de son impact sur les professionnels de santé, les structures de santé et leur activité, le financement de l'offre de soins, l'amélioration de la qualité des soins, de la recherche et de l'innovation (résumé de l'éditeur).

<http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-offre-de-soins.html>

(2015). Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service delivery. Paris : OCDE

All OECD countries have vulnerable populations in need of multiple service supports. And although the needs of vulnerable families, children and youth with mental health issues, the homeless, and the frail elderly can vary widely, the challenges government face when delivering multiple social supports to these groups are often similar. This book looks at the ways in which governments design and deliver integrated social services to vulnerable groups and the opportunities and challenges this brings. For each vulnerable group, the book addresses questions like: How are social services being integrated? How are vulnerable groups defined in different countries and how do populations compare? Why integrate service for vulnerable groups? It highlights pathways towards successful integration practices, and summarizes the evidence on good practice and promising common practices from across all of the vulnerable groups.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264233775-en>

Brook R.H. (2015). Redefining Health Care. Santa Monica : Rand Corporation

This book provides a scientific and personal perspective on health services research over the last half-century. Its purpose is to suggest how that science base, constructed over decades of sustained effort, can stimulate innovative thinking about ways to make health care systems safer, more efficient, more cost-effective, and more patient-centered even as they respond to the needs of diverse communities. The initial essay provides a perspective on the major achievements of health services research over five decades and argues that almost any reasonable health policy can work if the policy takes the relevant science into account.

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/corporate_pubs/CP700/CP788/RAND_CP788.pdf

Gibelin J.L. (2015). Une politique de santé pour les régions. Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les), (17) :

Dans cet article, l'auteur démontre que la région constitue une échelle pertinente pour la cohérence des questions de santé. Elle permet d'approcher d'une part, la globalité des besoins, la mise en cohérence des réponses, l'impact des interventions et d'autre part, l'état des lieux de la casse hospitalière, la désertification des territoires, les capacités de résistance. Par ailleurs, le département est le niveau pour la cohérence en matière de petite enfance et PMI, pour la mise en place du pôle public de l'autonomie.

Jabot F. , Marchand F. (2014). L'évaluation des plans de santé publique: un levier de changement pour les politiques régionales de santé en France ? Global Health Promotion, 21 (Supplément 1)

Entre 2007 et 2010, toutes les régions françaises ont réalisé l'évaluation de leur plan de santé publique, au moment même où était engagée une réforme de la gouvernance du système de santé régional. L'objectif de cet article est d'analyser l'influence de cette dynamique d'évaluation sur les politiques de santé aux niveaux régional et national. L'analyse approfondie dans neuf régions montre des retombées à court terme, inégales selon les régions, en fonction notamment, du calendrier de réalisation et du processus d'évaluation mis en place. En revanche, les apprentissages qu'elles ont générés, ont renforcé l'expertise locale utile pour le nouvel exercice de planification. Ces travaux régionaux n'ont pas fait l'objet d'une exploitation au niveau national mais on ne peut exclure l'hypothèse qu'ils aient irrigué la réflexion au sein des groupes de travail oeuvrant à la préparation de la réforme.

Safon M.O. (2015). Projet de modernisation du système de santé français. Paris : IRDES

Régulièrement mise à jour, cette synthèse présente les principales dispositions du projet de loi de modernisation du système de santé français, qui sera votée au Parlement à l'automne 2015. Elle est accompagnée d'une chronologie des différentes étapes de la loi, de références bibliographiques et des principaux textes de loi publiés à la date de mise à jour de la synthèse.

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/projet-de-loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>

Psychiatrie / Psychiatry

(2015). Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche. Paris : ANAP.

La notion de « parcours en psychiatrie et santé mentale » est récente et elle est peu encore usitée. L'ANAP a voulu mettre en exergue cette dimension du « prendre soin », qui implique aussi bien les patients eux-mêmes, les familles, les aidants, les soignants du sanitaire et du médico-social et les acteurs de l'environnement social. Ce travail a pu se faire en identifiant 5 portes d'entrée dans le parcours, qui impliquent et interrogent l'ensemble des acteurs : L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; Les hospitalisations inadéquates ; L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ; L'accès aux soins somatiques ; La prévention et la gestion des situations de crise. Partant de cette approche, plusieurs constats ont été réalisés, dont par exemple : La régulation séparée des secteurs sanitaire, médico-social et social est une entrave à la visibilité des parcours ; La non-demande de nombreux patients ; Le handicap psychique est une réalité encore méconnue des professionnels du

sanitaire et médico-social ; La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu. Des propositions ont été élaborées qui permettent aussi bien de tenir compte de la complexité des problématiques, que d'aider au questionnement concret des acteurs. Ce document est complété par les outils créés lors de l'accompagnement des ARS pilotes (résumé de l'éditeur).

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>

Coldefy M., Le Neindre C, Nestrigue C. (2015). Troubles schizophréniques et caractéristiques socio-économiques, géographiques et d'offre de soins des territoires. In : Des territoires fragmentés : enjeux psychiques et politiques. Rhizome, (57) :

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2% des adultes en France, soit environ 400000 personnes (HAS, guide Affection de longue durée, Schizophrénies, 2007). À ce jour, l'ensemble des études portant sur l'étiologie des troubles psychotiques a conduit à un modèle faisant de ces pathologies des maladies complexes, multifactorielles et probablement hétérogènes. Leur étiologie associe un terrain (vulnérabilité) génétique et des facteurs de risque environnementaux, tant individuels que populationnels. De nombreuses études étrangères ont montré que la distribution des troubles psychotiques n'est pas spatialement homogène. À partir de ce constat, plusieurs études ont été réalisées pour mieux comprendre les raisons de cette hétérogénéité spatiale. La plupart d'entre elles ont porté sur les facteurs populationnels composites. Elles suggèrent que les facteurs sociaux, économiques et démographiques jouent un rôle dans la distribution des cas de psychose et nuancent l'effet des facteurs individuels. Les études françaises en la matière restent rares.

http://www.ch-le-vinancier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Rhizome_57.pdf

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2015). Rapport de l'enquête relative à la perception par les professionnels de santé du risque infectieux associé aux soins de ville - 2013. Paris : DGOS.

L'enquête visait d'une part à passer en revue les actes réalisés par les différents professionnels des soins de ville, pour les classer en niveaux de risque d'infections (IAS) associées aux soins et répertorier les référentiels de bonnes pratiques correspondants. Soixante deux actes ont été listés. D'autre part, elle a permis de recueillir les ressentis et attentes des professionnels en matière de prévention des IAS de ville.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_enquete_IAS_ville.pdf

Brekke K.R., Holmas T.H., Monstad K. (2015). Do Treatment Decisions Depend on Physicians' Financial Incentives? Braga : Nipe

We study whether and how physicians respond to financial incentives, making use of detailed register data on the health-care services provided to patients by general practitioners (GPs) in Norway over a six-year period (2006-11). To identify GPs' treatment responses, we exploit that specialisation in general medicine entitles the GPs to a higher consultation fee, implying a change in total and relative fee payments. To control for demand and supply factors related to becoming a specialist, we estimate a GP fixed effect model focusing on a narrow time window around the date of specialist certification. Our results show a sharp response by the GPs immediately after obtaining specialist certification and

thus a higher consultation fee: the number of visits increase, while the treatment intensity (prolonged consultations, lab tests, medical procedures) decline. These findings are consistent with a theory model where (partly) profit-motivated GPs face excess demand and income effects are sufficiently small. Finally, we find no evidence for adverse health effects (measured by emergency care centre visits) on patients due to the change in GPs treatment behaviour after becoming a specialist.

http://www.nipe.eeg.uminho.pt/Uploads/WP_2015/NIPE_WP_07_2015.pdf

Davy L., Blease J., Liu H., et al. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *Bmc Health Services Research*, 15 (194)

Background: The increasing prevalence of chronic disease and even multiple chronic diseases faced by both developed and developing countries is of considerable concern. Many of the interventions to address this within primary healthcare settings are based on a chronic care model first developed by MacColl Institute for Healthcare Innovation at Group Health Cooperative. Methods: This systematic literature review aimed to identify and synthesise international evidence on the effectiveness of elements that have been included in a chronic care model for improving healthcare practices and health outcomes within primary healthcare settings. The review broadens the work of other similar reviews by focusing on effectiveness of healthcare practice as well as health outcomes associated with implementing a chronic care model. In addition, relevant case series and case studies were also included. Results: Of the 77 papers which met the inclusion criteria, all but two reported improvements to healthcare practice or health outcomes for people living with chronic disease. While the most commonly used elements of a chronic care model were self-management support and delivery system design, there were considerable variations between studies regarding what combination of elements were included as well as the way in which chronic care model elements were implemented. This meant that it was impossible to clearly identify any optimal combination of chronic care model elements that led to the reported improvements. Conclusions: While the main argument for excluding papers reporting case studies and case series in systematic literature reviews is that they are not of sufficient quality or generalizability, we found that they provided a more detailed account of how various chronic care models were developed and implemented. In particular, these papers suggested that several factors including supporting reflective healthcare practice, sending clear messages about the importance of chronic disease care and ensuring that leaders support the implementation and sustainability of interventions may have been just as important as a chronic care model's elements in contributing to the improvements in healthcare practice or health outcomes for people living with chronic disease.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/194>

McLeod L., Johnson J.A. (2015). Changing the Schedule of Medical Benefits and the Effect on Primary Care Physician Billing: Quasi-Experimental Evidence from Alberta. Toronto : Canadian Centre For Health Economics

This study exploits a quasi-experiment in the province of Alberta, Canada, to identify how changes in the schedule of medical benefits affected the provision of primary care services to patients with multiple co-morbidities. Specifically, Alberta introduced a new fee code to compensate physicians for completing a comprehensive annual care plan (CACP) for qualifying patients. During the period of study, primary care physicians could practice in two settings: (i) solo practice; or (ii) primary care networks (i.e., team based care). This paper asks how the policy change affected physician-billing patterns and whether delivery structure affected physician-billing. Data come from Alberta's administrative physician claims data, covering the full population of Alberta and all services provided by primary care physicians,

for one year before and two years after the policy change. This study employs a difference-in-differences methodology and implement a set of robustness checks to control for confounding from other contemporaneous changes that may have occurred in Alberta as well as unobserved physician heterogeneity. The results suggest the new fee code became the sixth most billed code in its first year (totaling \$17.9 million), but was billed by only a small proportion of physicians (roughly 2% of physicians accounted for 20% of total billings). The fee code was disproportionately billed by physicians in team-based care (PCNs), and increased the billing of other complementary fee codes by 5%-10% (or roughly \$80 million). The results suggest the unintended consequences of a well-intentioned policy can be costly. <http://www.canadiancentrefortheconomics.ca/wp-content/uploads/2015/07/McLeod-et-al.pdf>

Systèmes de santé / Health Systems

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

This report reviews the quality of health care in Japan, and seeks to highlight best practices, and provides a series of targeted assessments and recommendations for further improvements to quality of care. One of Japan's foremost policy challenges is to create an economically-active ageing society. Excellent health care will be central to achieving this. A striking feature of the Japanese health system is its openness and flexibility. In general, clinics and hospitals can provide whatever services they consider appropriate, clinicians can credential themselves in any speciality and patients can access any clinician without referral. These arrangements have the advantage of accessibility and responsiveness. Such light-touch governance and abundant flexibility, however, may not best meet the health care needs of a super-ageing society. Japan needs to shift to a more structured health system, separating out more clearly different health care functions (primary care, acute care and long-term care, for example) to ensure that peoples' needs can be met by the most appropriate service, in a coordinated manner if needed. As this differentiation occurs, the infrastructure to monitor and improve the quality of care must simultaneously deepen and become embedded at every level of governance –institutionally, regionally and nationally.

<http://www.oecd.org/publications/oecd-reviews-of-health-care-quality-japan-2015-9789264225817-en.htm>

Legetic B., Cecchini M. (2015). Applying Modeling to Improve Health and Economic Policy Decisions in the Americas. Paris : OCDE

Abstract: The book introduces several models for assessing health and economic policies in relation to NCDs; shows how the models can be used for different diseases or risk factors; and provides case studies of those models' application in various countries in the Americas. The ultimate goal is to help policymakers find the best strategies for cost-effective and evidence-based NCD interventions.

<http://www.oecd.org/fr/publications/applying-modeling-to-improve-health-and-economic-policy-decisions-in-the-americas-9789264243606-en.htm>

Travail et santé / Occupational Health

Cook J.A., Burke-Miller J.K., Grey D.D. (2015). Impact of Contingent Work on Subsequent Labor Force Participation and Wages of Workers with Psychiatric Disabilities : Washington DC : Mathematica Policy Research

This paper examines the impact of contingent labor (i.e., temporary jobs) on subsequent labor force participation and wages of workers with psychiatric disabilities. It uses data from the Employment Intervention Demonstration Program, a U.S. eight-site randomized trial of supported employment interventions for 1,648 adults with serious mental illnesses. We hypothesized that: 1) participant characteristics would predict the likelihood of contingent employment; 2) holding an initial contingent job would be associated with subsequent contingent work; and 3) initial contingent employment would be associated with poorer subsequent labor force outcomes. Critical components of the analysis include cross-sectional and longitudinal multivariable regression and random regression models assessing the impact of holding a first job that was contingent on later labor force participation outcomes, controlling for worker demographic characteristics, clinical diagnoses, receipt of evidence-based supported employment services, and geographic region. Key limitations of the study are lack of a nationally representative sample of adults with psychiatric disabilities, use of a study population of paid subjects who were interested in working, and inability to assess whether participants were channeled into temporary work due to factors such as job discrimination or their preference for contingent labor. We found that older workers were less likely to hold contingent jobs and that contingent labor was more likely among those who held a larger number of jobs during the study period. Having a first job that was temporary was significantly associated with greater likelihood of subsequent contingent employment. Initial contingent work was also associated with lesser likelihood of subsequent competitive employment and with lower total and monthly earnings. The policy implications of these findings are that contingent work is typically undesirable in vocational rehabilitation, leading to later temporary employment and poorer labor force outcomes. Supported employment and other return-to-work programs should not rely heavily on contingent jobs for aspiring workers and funders of such programs should be alert to the potentially negative impact of these types of positions on vocational outcomes.

Engelman M., Jackson H. (2015). The Role of Occupations in Differentiating Health Trajectories in Later Life. Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College

This study characterizes heterogeneous trajectories of health among older Americans and investigates how employment histories differentiate them. Using the 1998-2010 waves of the Health and Retirement Study, we examine the impact of longest-held occupations on patterns of limitations in activities of daily living. We use latent class growth analysis to identify distinct health trajectory classes and linear growth curve analysis to model the pattern of limitation accumulation for individuals. All analyses are stratified by sex and race, to account for differential labor markets and health experiences of these demographic groups. A limitation of this analysis is its reliance on broad occupational categories rather than specific measures of working conditions. In future work, we plan to incorporate data on specific occupations and merge them with detailed information on occupational characteristics available in the O*NET database (an online repository that has updated the Dictionary of Occupational Titles used in previous research on aging and retirement and occupational epidemiology: <http://www.onetonline.org/>).
<http://crr.bc.edu/working-papers/the-role-of-occupations-in-differentiating-health-trajectories-in-later-life/>

Farre L., Fasani F., Mueller H. (2015). Feeling Useless: The Effect of Unemployment on Mental Health in the Great Recession. Bonn : IZA

This article documents a strong connection between unemployment and mental disorders

using data from the Spanish Health Survey. We exploit the collapse of the construction sector to identify the causal effect of job loss. Our results suggest that an increase of the unemployment rate by 10 percent due to collapse of the sector raised mental disorders in the affected population by 3 percent. We argue that the large size of this effect responds to the fact that the construction sector was at the centre of the macroeconomic shock. As a result, workers exposed to the negative employment shock faced very low chances of re-entering employment. We show that this led to long unemployment spells, hopelessness and feelings of uselessness.

<http://ftp.iza.org/dp9235.pdf>

Gutierrez I.A., Michaud P.C. (2015). Employer Downsizing and Older Workers' Health. Bonn : IZA

This study estimates the effects of employer downsizing on older workers' health outcomes using different approaches to control for endogeneity and sample selection. With the exception of the instrumental variables approach, which provides large imprecise estimates, the results suggest that employer downsizing increases the probability that older workers rate their health as fair or poor; increases the risk of showing symptoms of clinical depression; and increases the risk of being diagnosed with stroke, arthritis, and psychiatric or emotional problems. We find weaker evidence that downsizing increases the risk of showing high levels of C-reactive protein (CRP), a measure of general inflammation. The analysis finds that downsizing affects health by increasing job insecurity and stress, but that its effects remain statistically significant after controlling for these pathways, suggesting that other mechanisms such as diminished morale and general demotivation also affect worker health. The findings suggest that employers ought to consider actions to offset the detrimental health effects of reducing personnel on their remaining (older) workers.

<http://ftp.iza.org/dp9140.pdf>

Vieillessement / Ageing

(2015). Avis sur l'évaluabilité du projet de Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. Paris : HCSP.

Le HCSP a été saisi en janvier 2015 par le coordonnateur de la rédaction du futur «?Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie?» afin de l'aider à prévoir son évaluation à terme. Ce projet de plan s'inscrit parmi les applications opérationnelles du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, adopté par l'Assemblée nationale le 17 octobre 2014 et par le Sénat le 19 mars 2015. Le HCSP a fait une lecture critique du projet et passé en revue les éléments qui seront nécessaires à la réalisation d'une évaluation de ses résultats. Il analyse ainsi la structure globale et l'organisation des fiches techniques, mettant en évidence la nécessité de retoucher son architecture interne et d'énoncer de façon explicite les objectifs et résultats attendus de chaque axe et action. Il explique comment identifier les indicateurs en fonction des résultats attendus. Il étudie les concepts de référence sur lesquels s'appuient les propositions d'actions et souligne l'importance de choisir des définitions précises et des outils de mesure basés sur les preuves, pour fixer des résultats à atteindre. Il souligne également l'importance de construire ou mettre en place les systèmes d'information nécessaires à la mesure des résultats et de décliner les objectifs du plan en termes de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (résumé des éditeurs).

<http://hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=511>

(2015). Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad ? Paris :
HAS.

Les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad sont fréquentes, souvent répétées et très variables selon les pays. Certaines hospitalisations et passages aux urgences pourraient être évités si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en Ehpad. Il s'agit d'hospitalisations potentiellement évitables (de 19 à 67 % selon les études). D'autres hospitalisations peuvent être considérées comme des hospitalisations inappropriées. Dans ce cas, la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'Ehpad ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident. Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif. Leur prévention relève de plusieurs stratégies complémentaires à mettre en œuvre : d'une part, de la prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants, et d'autre part, de la mise en place par l'Ehpad de politiques de prévention des risques et d'alternatives à l'hospitalisation. Ce travail traite de la réduction des hospitalisations non programmées, potentiellement évitables ou inappropriées, des résidents des Ehpad, en ciblant les causes les plus fréquentes et en se focalisant sur les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la littérature.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/note_methodo_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf

Costa-Font J., Karlsson M., Henning O. (2015). Informal Care and the Great Recession. London :
London School of Economics and Political Science

Macroeconomic downturns can have both an important impact on the availability of informal care and the affordability of formal long-term care. This paper investigates how the demand for and provision of informal care changed during and after the Great Recession in Europe. We use data from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE), which includes a rich set of variables covering waves before and after the Great Recession. We find evidence of an increase in the availability of informal care and a reduction in the use of formal health services (doctor visits and hospital stays) after the economic downturn when controlling for year and country fixed effects. This trend is mainly driven by changes in care provision of individuals not cohabiting with the care recipient. We also find a small negative association between old-age health (measured by the number of problems with activities of daily living) and crisis severity. The results are robust to the inclusion of individual characteristics, individual-specific effects and region-specific time trends.

<http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1360.pdf>

Fontaine D. (2015). Établissements d'hébergement entièrement dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Lettre de L'Observatoire des Dispositifs de Prise en Charge et d'Accompagnement de la Maladie D'Alzheimer (La), (38) :

En France, 134 établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont entièrement dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, dont 121 EHPAD. Leur capacité moyenne est de 52 places. 81 % d'entre eux appartiennent au secteur privé. Le principal critère d'entrée des personnes malades dans les établissements entièrement dédiés, pour 83 % des établissements, est la prise en charge des troubles du comportement productifs. 78 % de ces établissements ont été construits spécialement pour accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. 82 % proposent à leurs résidents un programme d'activités individualisé. 86 % ont mis en place des horaires de lever et de coucher variables selon les habitudes des résidents. 27 % sont équipés d'une cuisine accessible aux résidents en

permanence. Pour 76 % des établissements entièrement dédiés, le projet de soins spécifique et individualisé fait partie des principaux critères les caractérisant.

<http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/Nos-Travaux/La-Lettre-de-l-Observatoire/Numero-en-cours>