

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

6 juin 2015 / June the 6th, 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	5
Bhargava S. L., Loewenstein G., Sydnor J. (2015). Do Individuals Make Sensible Health Insurance Decisions? Evidence from a Menu with Dominated Options	5
(2015). Rapport d'activité 2014 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.....	5
(2015). Accès des étudiants aux soins : leur protection sociale est-elle à la hauteur des enjeux	5
Franç C., Pierre A. (2015). Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas	6
Géographie de la santé / Geography of Health	6
Aliaga C., Eusobio P., Levy D., et al. (2015). La France et ses territoires. Edition 2015 .	6
Hôpital / Hospitals	6
Yilmaz E., Vuagnat A. (2015). Tarification à l'activité et réadmission.....	6
Inégalités de santé / Health Inequalities.....	7
Bricard D., Jusot F., Beck F., et al. (2015). L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération	7
(2015). Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries.....	8
Apouey B., Geoffard P.Y. (2015). Le gradient et la transmission intergénérationnelle de la santé pendant l'enfance.....	8
Médicaments / Pharmaceuticals.....	8
Allin S. , Rudoler D., Laporte A. (2015). Does increased medication use among seniors increase risk of hospitalization and emergency department visits?.....	8
Politique de santé / Health Policy	9
Bergeron H., Castel P. (2015). Sociologie politique de la santé.....	9
(2015). Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy	9
Saout C., Denormandie P., Maillard C., et al (2015). Les conflits de la santé.	10
(2015). Santé en France : problèmes et politiques.	10
(2015). Bridging the worlds of research and policy in European health systems.....	10
Prévention / Prevention	11

(2015). Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance..... 11

Prévision-Evaluation / Prevision-Evaluation.....11

Babinet G., Vassoyan P. (2015). Big data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique 11

Psychiatrie / Psychiatrie.....11

Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C. (2015). De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 11

Coldefy M., Nestrigue C. (2015). La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011 12

Soins de santé primaires / Primary Health Care.....12

Brosig-Koch J. Kairies-Schwarz N., Kokot J. (2014). Sorting into Physician Payment Schemes – A Laboratory Experiment. 12

Lember M., Bourgueil Y., Cartier T., et al. (2015). Structure and organization of primary care..... 13

Kringos D. Boerma W., Bourgueil Y., et al. (2015). Diversity of primary care systems analysed..... 13

Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., et al (2015). Overview and future challenges for primary care 13

Kalb G., Kuehnle D., Scott A. (2015). What Factors Affect Doctors' Hours Decisions: Comparing Structural Discrete Choice and Reduced-Form Approaches 14

Systèmes de santé / Health Systems14

Bevan G., Brown L.D. (2014). The political economy of rationing health care in England and the US: the 'accidental logics' of political settlements 14

Barnay T., Jusot F., Franc C. (2015). La santé et les soins : prise en charge, déterminants sociaux, conséquences professionnelles : Introduction générale. 15

(2015). Santé, les 5 atouts (à copier) du système allemand 15

Travail et santé / Occupational Health15

Ben Halima M.A., Hyafil-Solelhac V., Koubi M., Regaert C. (2015). Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? 15

Barnay T., Ben Halima M.A., Duguet E., et al. (2015). La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie. 16

Hirsch B., Lechmann D.S.J., Schnabel C., et al. (2015). Coming to Work While Sick: An Economic Theory of Presenteeism with an Application to German Data 16

Barnay T., Favrot J., Pollak C. (2015). L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles17

Vieillesse / Ageing17

Rapp T., Sirven N. (2015). L'approche économique de la fragilité.17

Sirven N., Berchet C., Litwin H. (2015). Social Participation and Health : A Cross-Country Investigation among Older Europeans.17

Davin B., Paraponaris A., Protière C. (2015). Pas de prix mais un coût ? Évaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie..18

Jousten A., Lefebvre M. (2015). Work Capacity and Longer Working Lives in Belgium .18

Assurance maladie / Health Insurance

Bhargava S. L., Loewenstein G., Sydnor J. (2015). Do Individuals Make Sensible Health Insurance Decisions? Evidence from a Menu with Dominated Options. Cambridge : NBER

Abstract: The recent expansion of health-plan choice has been touted as increasing competition and enabling people to choose plans that fit their needs. This study provides new evidence challenging these proposed benefits of expanded health-insurance choice. We examine health-insurance decisions of employees at a large U.S. firm where a new plan menu included a large share of financially dominated options. This menu offers a unique litmus test for evaluating choice quality since standard risk preferences and beliefs about one's health cannot rationalize enrollment into the dominated plans. We find that a majority of employees – and in particular, older workers, women, and low earners – chose dominated options, resulting in substantial excess spending. Most employees would have fared better had they instead been enrolled in the single actuarially-best plan. In follow-up hypothetical-choice experiments, we observe similar choices despite far simpler menus. We find these choices reflect a severe deficit in health insurance literacy and naïve considerations of health risk and price, rather than a sensible comparison of plan value. Our results challenge the standard practice of inferring risk attitudes and assessing welfare from insurance choices, and raise doubts whether recent health reforms will deliver their promised benefits.

<http://www.nber.org/papers/w21160>

(2015). Rapport d'activité 2014 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris : Fonds CMU .

Abstract: Ce rapport présente l'évolution contrastée des bénéficiaires selon les dispositifs. 2014 a été une année de hausse importante du nombre de bénéficiaires de la CMU-C et, dans une moindre mesure, de l'ACS, malgré la persistance d'un niveau de non-recours significatif. Il constate également la croissance modérée des dépenses.

http://www.cmu.fr/rapports_activite.php

(2015). Accès des étudiants aux soins : leur protection sociale est-elle à la hauteur des enjeux ?

Paris : Le Défenseur des Droits .

Abstract: Soucieux d'entretenir le dialogue avec la société civile, le Défenseur des droits a lancé en décembre dernier un appel à témoignage portant sur la protection sociale des étudiants. Près de 1 500 réponses ont été enregistrées par l'institution. Leur contenu a été analysé et qui fait aujourd'hui l'objet d'un rapport et d'une dizaine de recommandations. Alors qu'il s'agit d'un droit garanti par notre Constitution, l'accès de tous les étudiants à une protection sociale effective et aux soins ne semble pas assuré. Un quart des réponses souligne un problème d'affiliation : 23% des étudiants ayant répondu soulignent avoir été contraints de faire l'avance de leurs frais de santé. 36% des étudiants ayant répondu à l'étude témoignent de difficultés pour obtenir une carte Vitale fonctionnelle. 57% d'entre eux ont rencontré des difficultés pour obtenir le remboursement des dépenses engagées. Enfin, 67% déplorent la qualité médiocre des informations et des réponses apportées par leur mutuelle. A l'issue de ce constat, le Défenseur des droits, demande que : les mutuelles étudiantes révisent leurs procédures afin de rendre l'affiliation immédiatement efficientes ; les mutuelles améliorent significativement les délais de traitement des dossiers qui leur sont soumis ; les mutuelles doivent prendre en compte le cas particulier des étudiants atteints d'affection de longue durée qui doivent pouvoir bénéficier d'une dispense d'avance des dépenses les mutuelles déploient leurs efforts pour assurer auprès de leurs adhérents une

meilleure information, notamment en ce qui concerne les voies de recours (tiré du résumé de l'éditeur).

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_acces_aux_soins_et_udiant.pdf

Franc C., Pierre A. (2015). Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas. *Economie et Statistique*, (475-476) :

Abstract: En France, le financement des soins se caractérise par la juxtaposition des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et des assurances complémentaires (AMC). Les dépenses de santé restant à la charge des assurés après intervention de ces deux niveaux de couverture constituent des indicateurs incontournables de l'accès aux soins mais ont été peu étudiées à ce jour faute de sources nationales adéquates. Cet article vise à pallier ce manque en mobilisant les données administratives d'une mutuelle particulière gérant simultanément l'AMO et l'AMC, permettant ainsi une analyse des restes à charge avant et après intervention de la complémentaire (RACO et RACC). Dans un premier temps, nous étudions le niveau, la distribution et la concentration des RACO et des RACC sur l'ensemble des dépenses ambulatoires puis par poste de soins. Dans un second temps, nous analysons la concentration des RAC après intervention de l'AMO et de l'AMC en tenant compte de deux indicateurs des besoins de soins : le fait d'être exonéré ou non du ticket modérateur et le niveau des dépenses avant remboursements (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475C.pdf

Géographie de la santé / Geography of Health

Aliaga C., Eusobio P., Levy D., et al. (2015). La France et ses territoires. Edition 2015. Insee Références. Paris : INSEE

Abstract: Ce numéro de la collection Insee Références, La France et ses territoires, offre une sélection de chiffres clés sur les régions, à la fois dans leur délimitation actuelle et dans le découpage qui entrera en vigueur au 1er janvier 2016. Introduits par une présentation d'ensemble, des panoramas décrivent les treize futures régions métropolitaines, ainsi que les régions d'outre-mer. Ils sont complétés par des fiches abordant les grands thèmes économiques et sociaux. Une dernière partie situe les régions françaises au sein de leurs homologues européennes. Des analyses à différentes échelles de l'espace français sont également proposées dans quatre dossiers : une description fine du territoire selon le degré de densité, une étude de la croissance urbaine sur longue période, la carte des métiers par zone d'emploi, une comparaison entre les villes françaises et les villes européennes (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FST15.pdf

Hôpital / Hospitals

Yilmaz E., Vuagnat A. (2015). Tarification à l'activité et réadmission. *Economie et Statistique*, (475-476) :

Abstract: De nombreux pays de l'OCDE ont introduit des systèmes de paiement à l'activité pour financer leurs établissements de santé. La France a ainsi adopté en 2004 la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) afin d'inciter ces établissements à davantage d'efficacité. La mise en place de cette réforme a surtout intégré jusqu'ici l'impératif économique comme première préoccupation. Toutefois, pour le régulateur, il est important de suivre les effets de cette réforme sous l'angle de la qualité des soins. Une mesure de la qualité des prises en charge peut être appréhendée par le taux de réadmission à trente jours. L'objet de cette étude est de s'intéresser à la réadmission à la fois sur la période qui précède la T2A et sur la période faisant suite à sa mise en place. La période d'étude s'étend de 2002 à 2012. À partir des données du Programme médicalisé du système d'informations (PMSI), pour chaque séjour chirurgical, la réadmission à trente jours après la sortie est déterminée au moyen du chaînage PMSI, sous réserve que ces réadmissions ne soient ni des séances de traitements ni de la néonatalogie. La probabilité de réadmission est modélisée à l'aide d'une régression logistique multiple comprenant les cofacteurs suivants : année, âge, sexe, mode d'entrée, durée de séjour, morbidité, statut juridique de l'établissement ainsi que des termes d'interactions. Les résultats mettent en avant une augmentation du risque de réadmission observé au niveau global, mais qui s'explique par une modification de la structure de la population (vieillesse) ainsi que par les modifications de prise en charge. Cette hausse des réadmissions ne s'explique pas par la mise en place de la T2A (résumé d'auteur).
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475E.pdf

Inégalités de santé / Health Inequalities

Bricard D., Jusot F., Beck F., et al. (2015). L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération. *Economie et Statistique*, (475-476)

Abstract: Comment évoluent les inégalités sociales dans la consommation de tabac en France selon l'âge et les générations ? Afin de répondre à cette question, les données du Baromètre santé recueillies en 2010 auprès de 27 653 personnes ont été mobilisées pour reconstruire de façon rétrospective le parcours tabagique de trois cohortes de naissance (1941-1955, 1956-1970 et 1971-1985). L'évolution des inégalités de tabagisme est étudiée à partir de la comparaison des prévalences du tabagisme calculées à chaque âge selon le niveau de diplôme, le sexe et la génération puis à l'aide d'un indice relatif d'inégalité estimé à l'aide de régressions logistiques. Les résultats montrent qu'après avoir été plus fréquent parmi les plus diplômés, le tabagisme a reculé dans ces milieux, alors qu'il continue de progresser parmi les groupes moins diplômés. Cette analyse confirme également le décalage d'une génération chez les femmes par rapport aux hommes dans la diffusion du tabagisme, même si les niveaux de prévalence sont aujourd'hui forts pour les deux sexes. L'importance des inégalités sociales face au tabagisme ressort aux âges jeunes, pour toutes les cohortes et pour les deux sexes. Pour les cohortes les plus anciennes, les inégalités s'amenuisent au cours de la vie jusqu'à s'inverser chez les femmes. Pour la cohorte la plus récente, les inégalités restent à un niveau élevé tout au long du cycle de vie et tendent à s'accroître après 25 ans pour les femmes. Sur la base de ce constat, il pourrait être efficace de cibler les politiques de prévention du tabagisme selon les groupes sociaux et selon les âges de la vie, et en particulier d'axer les efforts sur la prévention de l'entrée dans le tabagisme dans les milieux les moins diplômés (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475F.pdf

(2015). Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries : Genève : OIT

Abstract: This paper presents global estimates on rural/urban disparities in access to health-care services. The report uses proxy indicators to assess key dimensions of coverage and access involving the core principles of universality and equity. Based on the results of the estimates, policy options are discussed to close the gaps in a multi-sectoral approach addressing issues and their root causes both within and beyond the health sector.

<http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=51297>

Apouey B., Geoffard P.Y. (2015). Le gradient et la transmission intergénérationnelle de la santé pendant l'enfance. *Economie et Statistique*, (475-476)

Abstract: En dépit d'un accès aux soins universel, on observe un gradient de santé dans l'enfance en France, c'est-à-dire une association positive entre le niveau de revenu familial et l'état de santé des enfants. Cette corrélation peut s'interpréter selon deux chaînes causales qui font toutes deux appel à la santé des parents. Dans une première approche, le revenu familial améliorerait la santé des parents, qui elle-même influencerait positivement la santé des enfants. Dans une seconde approche, la santé des parents aurait un effet à la fois sur le revenu familial et la santé des enfants, créant par là-même une corrélation fallacieuse entre revenu et santé des enfants. L'effet des politiques publiques sur la santé des enfants sera différent selon les effets à l'œuvre. Si le revenu des parents influence la santé des parents qui elle-même agit sur la santé des enfants, alors une politique qui augmente le revenu de certains ménages entraînera une amélioration de la santé des parents puis des enfants. Mais si la corrélation entre revenu et santé des enfants est fallacieuse, alors une politique de hausse de revenu n'aura aucun impact favorable sur la santé des enfants. En revanche, si la santé des parents a un effet causal sur la santé de leurs enfants, toute mesure permettant d'améliorer la santé des parents est susceptible de bénéficier également aux enfants. Cet article utilise les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 1994-2008 pour étudier les relations entre le revenu familial et plusieurs aspects de la santé des enfants et des parents. Nos résultats suggèrent que le revenu a un impact sur la santé digestive et pondérale des enfants, indépendamment de l'effet de la santé des parents. Ce résultat pointe vers le rôle des conditions de vie dans les inégalités sociales de santé pendant l'enfance (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475G.pdf

Médicaments / Pharmaceuticals

Allin S., Rudoler D., Laporte A. (2015). Does increased medication use among seniors increase risk of hospitalization and emergency department visits? Toronto : Canadian Centre for Health Economics

Abstract: Objective: to examine the extent of the health risks of consuming multiple medications among the older population. Data sources/study setting: Secondary data from the period 2004-2006. The study setting was the province of Ontario, Canada, and the sample consisted of individuals aged 65 years or older who responded to a national health survey. Study design: We estimated a system of equations for inpatient and emergency department (ED) services to test the marginal effect of medication use on hospital services. We controlled for endogeneity in medication use with a two-stage residual inclusion approach appropriate for non-linear models. Principal findings: Increased prescription drug

use has the effect of increasing the likelihood of both being admitted into hospital and visiting a hospital ED. Each additional medication is associated with a 2% increase the likelihood of hospitalization and ED visit, after controlling for past utilization, health status, the endogeneity of medication use, and the unobserved factors that may affect the use of both services. Conclusions: Multiple medications appear to increase the risk of hospitalization among seniors covered by a universal prescription drug plan. These results raise questions about the appropriateness of medication use and the need for increased oversight of current prescribing practices expert power and collaboration with physicians and promoting pharmacists' multifaceted contribution, collaborative or independent, to patient care may facilitate pharmacist services in off-label pharmaceutical care.

Politique de santé / Health Policy

Bergeron H., Castel P. (2015). Sociologie politique de la santé. Quadrige Manuels. Paris : Presses Universitaires de France

Abstract: Comment les différents systèmes de santé ont-ils évolué depuis leur création ? Comment expliquer le statut et les protections de la profession médicale ? Dans quelle mesure l'individualisation et la responsabilisation des individus constituent-elles l'un des traits caractéristiques majeurs des politiques de santé contemporaines ? Objet de questionnements multiples et hétérogènes, la sociologie politique de la santé est traversée par de nombreux courants et est au cœur de passionnants débats. Du façonnement social des maladies à la politique de gestion des systèmes de santé, en passant par la médicalisation des problèmes sociaux, les inégalités sociales face à la maladie, les dynamiques de l'innovation et de la recherche médicale, le fonctionnement des institutions hospitalières, ou encore l'autonomisation de la profession, la largeur du spectre des dimensions étudiées n'a d'égale que la variété des perspectives théoriques qui se sont penchées sur le sujet. Reflétant cette diversité et cette richesse, cet ouvrage présente un panorama inédit, complet et raisonné des approches de sociologie politique de la santé, et dresse un état des lieux critique de la recherche contemporaine sur le sujet.

http://www.puf.com/Quadrige:Sociologie_politique_de_la_santé

(2015). Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy : Paris : OCDE

Abstract: Alcoholic beverages, and their harmful use, have been familiar fixtures in human societies since the beginning of recorded history. Worldwide, alcohol is a leading cause of ill health and premature mortality. It accounts for 1 in 17 deaths, and for a significant proportion of disabilities, especially in men. In OECD countries, alcohol consumption is about twice the world average. Its social costs are estimated in excess of 1% of GDP in high- and middle-income countries. When it is not the result of addiction, alcohol use is an individual choice, driven by social norms, with strong cultural connotations. This is reflected in unique patterns of social disparity in drinking, showing the well-to-do in some cases more prone to hazardous use of alcohol, and a polarisation of problem-drinking at the two ends of the social spectrum. Certain patterns of drinking have social impacts, which provide a strong economic rationale for governments to influence the use of alcohol through policies aimed at curbing harms, including those occurring to people other than drinkers. Some policy approaches are more effective and efficient than others, depending on their ability to trigger changes in social norms, and on how well they can target the groups that are most at risk. This book provides a detailed examination of trends and social disparities in alcohol consumption. It offers a wide-ranging assessment of the health, social and economic impacts of key policy

options for tackling alcohol-related harms in three OECD countries (Canada, the Czech Republic and Germany), extracting relevant policy messages for a broader set of countries.

Saout C., Denormandie P., Maillard C., et al (2015). Les conflits de la santé. Sève : les Tribunes de la Santé, (46)

Abstract: Ce dossier reprend les interventions du cycle de conférence de la Chaire Santé intitulé "Les crises de la santé". Il revient sur les quelques grands conflits qui ont émaillé l'histoire du système de santé depuis le début des années 1980 et leurs impacts sur l'action publique et les transformations du système de santé.

<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-1.htm>

(2015). Santé en France : problèmes et politiques. Collection Avis et rapports. Paris : La Documentation française .

Abstract: La loi sur la santé publique de 2004 prévoit que le Haut Conseil de la santé publique établisse un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population rendu public. L'étude porte sur les problèmes et les déterminants de santé et sur les stratégies de prise en charge en termes de politiques publiques. Une étude synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant... Le parti pris est celui de la concision : ni tableaux, ni courbes, ni cartes mais une tentative d'explication synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant... Chacun (professionnels de la santé ou non) doit ainsi mieux comprendre l'étendue et la hiérarchie des problèmes de santé et l'action publique déployée à tous les échelons. Mobilisant des savoirs multidisciplinaires (épidémiologie, santé publique, sociologie, sciences politiques...), cet ouvrage témoigne des progrès accomplis comme aussi des innombrables enjeux qui restent à relever.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110099815/index.shtml>

(2015). Bridging the worlds of research and policy in European health systems. Observatory Studies Series ; 36. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: Policy makers need to access up-to-date and high-quality health system information. Stakeholders may try to influence health policy as well as make decisions within their own area of work. Both groups want easily obtainable and clear evidence based on systematic and transparent research methods. Knowledge brokers (including researchers) want to know how to best communicate to decision-makers and need information about policy priorities in order to inform policy processes and share health system information effectively. The purpose of this book is to spark innovation in knowledge brokering and to encourage debate on how information is prepared and how it will be understood and used. Part I looks at knowledge brokering from different vantage points and part II describes knowledge brokering in action. It is hoped that this book will give health system policy-makers, stakeholders and researchers a clear understanding of knowledge brokering and its implications for the organization and management of health information systems. This book results from a study on knowledge-brokering practices in Europe that was undertaken between 2009 and 2011, called BRIDGE (Scoping study of approaches to Brokering knowledge and Research Information to support the Development and Governance of health systems in Europe).

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/bridging-the-worlds-of-research-and-policy-in-european-health-systems>

Prévention / Prevention

(2015). Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance. Genève : OMS.

Abstract: Over a 2-year period, from 2013 to 2014, WHO undertook an initial "country situation analysis" in order to determine the extent to which effective practices and structures to address antimicrobial resistance were already in place and where gaps remained. The survey was conducted in countries in each of the six WHO regions. This report presents the overall findings of the survey. It provides an analysis, by region and globally, of the initiatives under way to address antimicrobial resistance and identifies areas in which more work is needed. The survey focused on the building blocks that are considered prerequisites to combat antimicrobial resistance: a comprehensive national plan, laboratory capacity to undertake surveillance for resistant microorganisms, access to safe, effective antimicrobial medicines, control of the misuse of these medicines, awareness and understanding among the general public and effective infection prevention and control programmes. Since the survey was conducted, some countries have made further advances and additional initiatives have been launched. No reference therefore is made to individual countries, and the results reflect the situation at the time the questionnaires were completed (tiré de l'introduction).

<http://www.who.int/entity/drugresistance/documents/situationanalysis/en/index.html>

Prévision-Evaluation / Prevision-Evaluation

Babinet G., Vassoyan P. (2015). Big data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique : Paris : Institut Montaigne.

Abstract: La révolution du Big data et des objets connectés crée d'immenses perspectives de création de valeur mais suscite également des interrogations nouvelles sur la protection des droits des individus. Pour renforcer la confiance entre les acteurs et soutenir le développement de modèles économiques innovants, les différentes parties prenantes doivent saisir les opportunités offertes et travailler en confiance. Les réflexions de ce rapport portent sur cinq axes majeurs : les enjeux économiques pour la France ; la nécessité d'une gouvernance adaptée intégrant notamment les sujets de transparence et de standardisation ; l'adaptation des compétences et des ressources humaines aux besoins nouveaux liés au développement des objets connectés et du Big data ; l'amélioration de la performance et de la pérennité des solutions technologiques ; la régulation des usages et la protection de la vie privée et des données sensibles destinée à maintenir la confiance comme facteur clef de succès de la révolution des objets et du Big data.

[http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/rapport%20objets%20connecte%C%81s\(1\).pdf](http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/rapport%20objets%20connecte%C%81s(1).pdf)

Psychiatrie / Psychiatrie

Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C. (2015). De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Questions d'Economie de la Santé (Irdes), (205) :

Abstract: S'appuyant sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie

(Rim-P), cette étude sur les soins sans consentement après la loi du 5 juillet 2011 fait suite à un premier état des lieux sur l'année 2010, précédant la loi (Coldefy, Nestrigue, 2013). Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge, un nouveau mode légal de soins est introduit avec les soins en cas de péril imminent et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) est désormais prévue dans ce cadre. Cette étude présente des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi, son déploiement sur le territoire, et explore l'impact sur la prise en charge des patients. Elle se concentre essentiellement sur deux volets de la loi : les programmes de soins et les soins en cas de péril imminent. L'objectif est de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant à différentes questions : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé recourent-ils aux nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ?

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-enpsychiatrie.pdf>

Coldefy M., Nestrigue C. (2015). La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* (206) :

Abstract: La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. A partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf>

Soins de santé primaires / Primary Health Care

Brosig-Koch J. Kairies-Schwarz N., Kokot J. (2014). *Sorting into Physician Payment Schemes – A Laboratory Experiment*. Bochum : Ruhr-Universität Bochum

Abstract: Most common physician payment schemes include some form of traditional capitation or fee for-service payment. While health economics research often focuses on direct incentive effects of these payments, we demonstrate that the opportunity to sort into one's preferred payment scheme may also significantly affect medical treatment. Our study is based on an experiment testing

individual sorting into fee-for-service and capitation payment under controlled laboratory conditions. A sequential design allows differentiating between sorting and incentive effects. We find a strong preference for fee-for-service payment, independent of subjects' prior experience with one of the two payment schemes. Our behavioral classification reveals that subjects who select into capitation deviate less from patient-optimal treatment than those who prefer fee-for service payment. Moreover, comparing subjects' behavior before and after introducing the choice option, we find that subjects preferring fee-for-service become even less patient-oriented after this introduction. As a result, the opportunity to choose a payment scheme does not improve, but - if at all - worsens patient treatment in our experiment. Our findings stress the importance of acknowledging potential sorting and incentive effects in the analysis of physician payment schemes.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2566263

Lember M., Bourgueil Y., Cartier T., et al. (2015). Structure and organization of primary care.

In Organisation Mondiale de la Santé. (Ed.), *Building primary care in a changing Europe* :
Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Abstract: The way primary care is structured establishes important conditions for both the process of care and its outcomes. In this chapter, the structure of primary care will be discussed according to three dimensions: governance, economic conditions and workforce development. Governance refers to the vision and direction of health policy, which exerts influence through regulation and advocacy as well as through collecting and using information. The economic conditions of a primary care system are dominated by the total amount spent on it and how access to care for patients is organized financially. Cost-sharing, for instance, can be a source of inequity in financial access to care. The mode of remuneration of care providers is also a relevant economic condition. Primary care professionals can be salaried or self-employed and may or may not be contracted to health services or health insurance institutions. The dimension of workforce development refers to the professional profile of primary care workers and the role they play in the health care system. The chapter will conclude with a comparison of the governance, financing and workforce development conditions, and their interrelations, across European countries.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe>.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

Kringos D. Boerma W., Bourgueil Y., et al. (2015). Diversity of primary care systems analysed.

In Organisation Mondiale de la Santé. (Ed.), *Building primary care in a changing Europe* :
Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Abstract: This chapter analyses differences between countries and explains why countries differ regarding the structure and process of primary care. The components of primary care strength that are used in the analyses are health policy-making, workforce development and in the care process itself (see Fig. 1.1 in chapter 1). The explanations will be sought in the efficiency of primary care; societal, political and economic determinants; and the contribution of strong primary care to health system performance in general.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., et al (2015). Overview and future challenges for primary care.

In Organisation Mondiale de la Santé. (Ed.), *Building primary care in a changing Europe* :
Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Abstract: This final chapter places the results of the previous chapters in a broader perspective by sketching the state of primary care in Europe in relation to current and future

challenges, and drawing relevant lessons on the basis of the comparative information in this volume. The PHAMEU study has added evidence to what was known before from international studies. These studies have provided evidence on benefits of well-developed primary care systems, in terms of better coordination and continuity of care and better opportunities to control costs (Starfield, 1994; Delnoij et al., 2000; Shi et al., 2002; Macinko, Starfield & Shi, 2003). The added value of the PHAMEU approach has been that it has covered a larger number of European countries, which makes the results more robust and relevant for Europe. This chapter is structured as follows. First, the situation of primary care in Europe will be assessed through an overview of the main findings and the results of the in-depth analyses of the PHAMEU data. The subsequent section contains reflections on the findings, including: how the evidence can be applied; an agenda for primary care innovation; developments in the divide between eastern and western Europe; and reflection on essential primary care features like accessibility, equity, integration and skill-mix. Then there is a section devoted to future primary care monitoring, in particular what lessons can be learned from the PHAMEU project. Finally conclusions will be drawn.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

Kalb G., Kuehnle D., Scott A. (2015). What Factors Affect Doctors' Hours Decisions: Comparing Structural Discrete Choice and Reduced-Form Approaches. Bonn : IZA

Abstract: Few papers examine the pecuniary and non-pecuniary determinants of doctors' labour supply despite substantial predicted shortages in many OECD countries. We contribute to the literature by applying both a structural discrete choice and a reduced-form approach. Using detailed survey data for Australian physicians, we examine how these different modelling approaches affect estimated wage elasticities at the intensive margin. We show that all modelling approaches predict small negative wage elasticities for male and female General Practitioners (GPs) and specialists. Our detailed subgroup analysis does not reveal particularly strong responses to wage increases by any specific group. We show that the translog and Box-Cox utility functions outperform the quadratic utility function. Exploiting the advantages of the structural discrete choice model, we examine short-term effects at the intensive margin by calculating labour supply changes in response to 5 and 10% wage increases. The results show that such wage increases substantially reduce the full-time equivalent supply of male GPs, and to a lesser extent of male specialists and female GPs, but not of female specialists.

<http://ftp.iza.org/dp9054.pdf>

Systemes de santé / Health Systems

Bevan G., Brown L.D. (2014). The political economy of rationing health care in England and the US: the 'accidental logics' of political settlements. *Health Economics Policy and Law*, 9 (3) :

Abstract: This article considers how the 'accidental logics' of political settlements for the English National Health Service (NHS) and the Medicare and Medicaid programmes in the United States have resulted in different institutional arrangements and different implicit social contracts for rationing, which we define to be the denial of health care that is beneficial but is deemed to be too costly. This article argues that rationing is designed into the English NHS and designed out of US Medicare; and compares rationing for the elderly in the United States and in England for acute care, care at the end of life, and chronic care.

<http://eprints.lse.ac.uk/57129/>

Barnay T., Jusot F., Franc C. (2015). La santé et les soins : prise en charge, déterminants sociaux, conséquences professionnelles : Introduction générale. *Economie et Statistique*, (475-476) :

Abstract: Peu de temps après un numéro spécial déjà consacré à ce thème en 2012, la présente édition d'Économie et Statistique revient sur la question de la santé. Elle rassemble une sélection d'articles issus des 35es Journées des économistes de la santé français (JESF) qui se sont tenues à l'université Paris-Est Créteil en décembre 2013. Ré-aborder ce sujet, à des dates aussi rapprochées, s'explique évidemment par son importance, à la fois sociale et budgétaire, et nous allons y revenir dans un premier temps. Mais le précédent pour la revue ne se limite pas à ce numéro spécial de 2012 : la thématique « santé » y a toujours eu une présence régulière et importante. Après un état des lieux des données disponibles pour éclairer ce thème, on détaillera de quelle façon chacun des articles de ce numéro est allé puiser dans cette masse de données, qu'elles relèvent ou non du strict domaine de la statistique publique, et quels messages ont pu en être tirés (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475B.pdf

(2015). Santé, les 5 atouts (à copier) du système allemand. Paris : Fondation Ifrap

Abstract: Notre pays a certes mené des réformes, une nouvelle loi Santé est d'ailleurs en discussion au Parlement, mais celles-ci ont été insuffisantes à redresser les comptes, à faire bouger les acteurs. Ainsi, il existe en France un fort consensus autour des mesures à mettre en œuvre : développer l'ambulatoire à l'hôpital, la télémédecine, l'hospitalisation à domicile, mettre en œuvre de véritables parcours de soins, décloisonner l'hôpital ; pourtant, notre système reste terriblement inerte. Il ne s'agit pas de copier le modèle allemand mais plutôt de regarder au niveau microéconomique sur quels leviers les Allemands se sont appuyés, comment les réformes allemandes ont réussi à faire bouger les lignes, là où nos réformes n'ont visiblement pas suffi (résumé des éditeurs).

<http://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/sante-les-5-atouts-copier-du-systeme-allemand>

Travail et santé / Occupational Health

Ben Halima M.A., Hyafil-Solelhac V., Koubi M., Regaert C. (2015). Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? Paris : Irdes

Abstract: En France, les indemnités journalières versées à un salarié en cas d'absence au travail pour maladie sont financées par un système à trois étages. Le premier étage est constitué des indemnités journalières versées par l'Assurance maladie. Le deuxième étage dépend des dispositions de la convention collective dont le salarié relève. Le troisième étage, facultatif pour les employeurs, est négocié au niveau de chaque entreprise, et permet de bénéficier d'indemnité en sus des obligations des accords de branche. Ce troisième étage n'est pas abordé ici. Le deuxième étage offre des prestations qui peuvent aller bien au-delà de la prestation minimale obligatoire, avec de grandes disparités selon la convention collective et la catégorie dont relève le salarié. Nous utilisons dans cette étude une description très fine des paramètres d'indemnisation relatifs aux 46 conventions collectives les plus représentatives, ainsi que la base Hygie, une base de données micro-économiques sur les arrêts maladie, enrichie de ces paramètres d'indemnisation conventionnels afin d'analyser la durée des épisodes d'arrêt. Les estimations empiriques réalisées permettent d'étudier l'impact des différents niveaux d'indemnisations complémentaires sur la fréquence des arrêts (modèle logit à effets fixes), le nombre de jours d'arrêt par an (modèle binomial négatif à effets fixes), la

durée d'arrêt maladie (modèle de durée à hasard proportionnel constant par morceaux). La simple présence d'une convention collective a un effet positif sur la probabilité d'avoir un arrêt maladie dans l'année, sur le nombre de jours d'absence et sur la longueur des arrêts. Une augmentation du taux de remplacement de 1 % pendant le délai de carence (trois premiers jours) réduit le taux de sortie de l'arrêt maladie de 5 % et allonge donc la durée. Les taux de remplacement par sous-périodes ont également un effet globalement positif. Les effets trouvés sont plus marqués pour les non-cadres que pour les cadres.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/066-quel-est-l-impact-du-systeme-d-indemnisation-maladiesur-la-duree-des-arrets-de-travail-pour-maladie.pdf>

Barnay T., Ben Halima M.A., Duguet E., et al. (2015). La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie. Paris : Irdes

Abstract: La réduction des inégalités face à la maladie est un des attendus majeurs du troisième Plan cancer 2014-2019 qui préconise de « diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle » afin d'éviter la « double peine » (maladie et exclusion du marché du travail). Dans ce contexte, nous évaluons l'impact de un à cinq ans d'un primo-enregistrement en Affection de longue durée (ALD) caractérisant le cancer sur la situation professionnelle et la durée passée en emploi, maladie et chômage de salariés du secteur privé. Nous utilisons la base de données administratives Hygie, recensant la carrière professionnelle et les épisodes de maladie d'un échantillon de salariés affiliés au Régime général de la Sécurité sociale. L'évaluation de l'impact de la survenue du cancer s'appuie sur une méthode de double différence avec appariement exact pour comparer les salariés malades aux salariés sans aucune ALD. La première année après le diagnostic correspond au temps des traitements caractérisé par une augmentation du nombre de trimestres d'arrêts de travail pour maladie de 1,7 pour les femmes et de 1,2 pour les hommes. L'âge joue également un rôle sur les absences liées à la maladie. Par ailleurs, l'employabilité des travailleurs atteints du cancer diminue avec le temps. La proportion de femmes et d'hommes employés au moins un trimestre, baisse respectivement de 8 et 7 points de pourcentage dans l'année suivant la survenue du cancer et jusqu'à treize points de pourcentage cinq ans plus tard. Cette distance à l'emploi se renforce lorsque les salariés malades sont plus âgés. L'effet de la maladie à cinq ans est respectivement de 15 et 19 points de pourcentage pour les hommes de plus de 51 ans et pour les femmes de plus de 48 ans. Ces différences de genre et d'âge peuvent traduire des différences de localisation et de sévérité des cancers, d'une part, de séquelles des cancers et de difficultés de réinsertion sur le marché du travail plus importantes avec l'avancée en âge, d'autre part.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/065-la-survenue-du-cancer-effets-de-court-et-moyen-termes-sur-emploi-chomage-arrets-maladie.pdf>

Hirsch B., Lechmann D.S.J., Schnabel C., et al. (2015). Coming to Work While Sick: An Economic Theory of Presenteeism with an Application to German Data. Bonn : IZA

Abstract: Presenteeism, i.e. attending work while sick, is widespread and associated with significant costs. Still, economic analyses of this phenomenon are rare. In a theoretical model, we show that presenteeism arises due to differences between workers in (health-related) disutility from workplace attendance. As these differences are unobservable by employers, they set wages that incentivise sick workers to attend work. Using a large representative German data set, we test several hypotheses derived from our model. In line with our predictions, we find that bad health status and stressful working conditions are positively related to presenteeism. Better dismissal protection, captured by higher tenure, is associated with slightly fewer presenteeism days, whereas the role of productivity and skills is inconclusive.

<http://ftp.iza.org/dp9015.pdf>

Barnay T., Favrot J., Pollak C. (2015). L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles. *Economie et Statistique*, (475-476) :

Abstract: A la fin des années 2000, les taux d'emploi des personnes ayant des incapacités en France étaient de 46 % contre 72 % pour les personnes sans incapacités. Si l'on sait évaluer, pour l'Assurance maladie, le coût de l'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail pour maladie (6,7 milliards d'euros soit 3,7 % des dépenses de santé en 2012), on ignore encore largement les effets de ces arrêts de travail sur les parcours professionnels. Cette étude analyse l'effet des arrêts maladie (qui constituent une mesure de l'incapacité temporaire de travail) sur la dynamique des trajectoires professionnelles. Elle mobilise des données administratives de carrière et de dépenses de santé des salariés affiliés au Régime général (panel Hygie 2005-2008). Une typologie est mise en œuvre pour caractériser les transitions entre cinq états (emploi sans arrêt, emploi avec peu d'arrêts, emploi avec arrêts longs, chômage et inactivité). Le recours à un modèle multinomial dynamique à effets fixes permet d'estimer l'effet des épisodes d'arrêt maladie sur le chômage et l'inactivité d'une année à l'autre en distinguant la dépendance d'état de l'hétérogénéité inobservée (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475H.pdf

Vieillessement / Ageing

Rapp T., Sirven N. (2015). L'approche économique de la fragilité. In : *Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre blanc* : Suresnes : SFGG

Abstract: Le vieillissement marqué de la population française est à l'origine d'une demande sociale croissante d'outils d'aide à la prévention et à la prise en charge des personnes âgées fragiles. L'enjeu est de détecter suffisamment en amont les personnes « à risque » de perte d'autonomie et de réduire les inégalités croissantes face aux risques et aux situations de dépendance. Ces problématiques sont situées au cœur de l'action sociale de trois organismes centraux de notre système de protection sociale : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. La présente contribution résume les principaux travaux entrepris dans le cadre d'un programme de recherches mené au sein de la Chaire « Économie de la Santé et du Vieillessement » de l'Université Paris Descartes dont l'objectif est d'apporter des éléments de réponse à cette demande sociale.

<http://www.fragilite.org/livre-blanc.php> <http://asp.zone-secure.net/v2/4463/5806/53503/Livre-blanc-%282015%29.pdf>

Sirven N., Berchet C., Litwin H. (2015). Social Participation and Health : A Cross-Country Investigation among Older Europeans. In F.Nyqvist F. (Ed.), *Social capital as a health resource in later life : the relevance of context*

Abstract: This chapter considers the relationship between social participation and health among persons aged 50 and older in 18 European countries and Israel. Social participation is a key aspect of social capital, and social capital is strongly associated with health. Several theoretical pathways have been invoked to explain the positive influence of social capital on individual health. Social capital can enhance the diffusion of health information and it can also foster norms of behaviour that improve health. In addition, social capital is thought to provide psychosocial support that can reduce stress and improve mental health.

<http://www.springer.com/fr/book/9789401796149>

Davin B., Paraponaris A., Protière C. (2015). Pas de prix mais un coût ? Évaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie. Economie et Statistique, (475-476) :

Abstract: Le vieillissement de la population confronte les pays qu'il concerne à certains défis, notamment au regard des soins de long-terme. Prendre en charge une personne âgée en perte d'autonomie génère en effet à la fois des coûts publics et privés qui se chiffrent en milliards d'euros chaque année. L'objectif de cette analyse est d'étudier les déterminants du consentement à payer (CAP) des aidants informels pour l'aide qu'ils apportent aux personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile, en utilisant la méthode de l'évaluation contingente. Les données utilisées proviennent de l'enquête nationale Handicap-Santé Aidants informels (HSA) de 2008. On y trouve des questions sur le montant que les aidants seraient prêts à payer pour être déchargés d'une heure d'aide. Un modèle en deux étapes à la Heckman est construit afin d'analyser à la fois les facteurs associés aux montants déclarés de disposition à payer, et les raisons pour lesquelles certains aidants n'ont pas voulu donner de valeur (répondants protestataires). D'après les résultats, des caractéristiques telles que la distance entre lieux de vie de l'aidé et de l'aidant ou encore la dégradation de la santé mentale de ce dernier expriment le besoin de reconnaissance des aidants informels à travers les valeurs déclarées qui leur sont associées, ainsi que leur besoin de répit, dû au fardeau qu'ils supportent parfois depuis plusieurs années. Le contexte socioéconomique joue aussi un rôle important : plus le revenu de l'aidant et celui de la personne aidée sont élevés, plus le montant du CAP est élevé. Ces éléments peuvent être utiles aux politiques publiques en charge de développer des mesures visant tout à la fois à promouvoir l'aide informelle apportée aux personnes âgées et à soulager ceux qui l'apportent (résumé d'auteur).
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475D.pdf

Jousten A., Lefebvre M. (2015). Work Capacity and Longer Working Lives in Belgium. Bonn : IZA

Abstract: We explore the link between health indicators and employment rates of the population aged 55 or more. Our focus lies on work capacity as a key determinant of employment. Using cohort mortality information as a proxy for overall health outcomes, we establish a substantial untapped work capacity in the population 55+. Similar results are obtained when relying on individual-level objective and subjective health and socioeconomic parameters as predictors.
<http://ftp.iza.org/dp9032.pdf>