

**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

15 juillet 2016 / July The 15th, 2016

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

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

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

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

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

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

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

You can access to the electronic version of articles on our EJS portal (except for the French journals):

<http://ejournals.ebsco.com/Home.asp> (Access limited to Irdes team).

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

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

### Contacts

Espace documentation : [documentation@irdes.fr](mailto:documentation@irdes.fr)

Marie-Odile Safon : [safon@irdes.fr](mailto:safon@irdes.fr)

Véronique Suhard : [suhard@irdes.fr](mailto:suhard@irdes.fr)

## Sommaire

<b>Sommaire.....</b>	<b>2</b>
<b>Assurance maladie / Health Insurance .....</b>	<b>6</b>
Fonds CMU. (2016). Rapport d'activité 2015 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie .....	6
Boheim, R. et Leoni, T. (2016). Firms' Moral Hazard in Sickness Absences.....	6
Fomenko, O. et Gruber, J. (2016). Claims-Shifting: The Problem of Parallel Reimbursement Regimes.....	6
Paita, M., et al. (2016). "Les bénéficiaires du dispositif des ALD en 2014 et les évolutions depuis 2005.....	7
Pierron, L. (2016). Complémentaire santé, sortir de l'incurie. ....	7
Sagan, A. éd. et Thomson, S. éd. (2016). Voluntary health insurance in Europe: country experience, .....	7
<b>Economie de la santé / Health Economics .....</b>	<b>8</b>
(2016). The Economic Consequences of Outdoor Air Pollution. ....	8
Conseil National du Bruit. (2016). Le coût social des pollutions sonores : analyse bibliographique des travaux français et européens. ....	8
Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2015. Prévisions 2016.....	8
Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Les dépenses de soins dentaires. ....	8
Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Les dépenses de soins des Français à l'étranger.....	9
Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Les dépenses de transport et leurs disparités régionales. ....	9
Cour des Comptes (2016). Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2015. ....	9
Dord, D. et Dubie, J. (2016). Rapport d'information sur l'évaluation du soutien public au thermalisme.....	10
Lis, M. (2016). Age or time-to-death – what drives health care expenditures? Panel data evidence from the OECD countries .....	10
Sato, K., et al. (2016). An International Comparative Study of Financing Healthcare: The Case of Eight Developed Countries in 1990s- 2000s.....	10
Tauras, J. A., et al. (2016). The Effect of Cigarette Prices on Cigarette Sales: Exploring Heterogeneity in Price Elasticities at High and Low Prices. ....	11

Zizzo, D. J., et al. (2016). The impact of taxation and signposting on diet: an online field study with breakfast cereals and soft drinks ..... 11

**Etat de santé / Health Status ..... 11**

(2016). Global Aids update 2016..... 12

(2016). Rapport européen sur les drogues : tendances et évolutions. .... 12

Bennia, F. et Gravel, N. (2016). Is the Distribution of Cardiovascular Risks Really Improving ? A Robust Analysis for France. .... 12

**Hôpital / Hospitals ..... 13**

Siciliani, L. (2016). "Waiting Time Policies in the Health Sector." ..... 13

**Inégalités de santé / Health Inequalities ..... 13**

(2015). Sale temps pour les enfants. L’impact de la crise sur les droits de l’enfant en Belgique. 13

Observatoire national de la pauvreté et de l’exclusion sociale..... 13

Andersen, T. M. et Migali, S. (2016). Migrant Workers and the Welfare State. .... 14

Baudelot, C., et al. (2016). "Maladies rénales et inégalités sociales d’accès à la greffe en France." ..... 14

Peng, N. et Sousa-Posa, A. (2016). Food insecurity among older Europeans: Evidence from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe ..... 14

Safon, M. O. (2016). La santé des migrants : synthèse documentaire. .... 15

**Médicaments / Pharmaceuticals..... 15**

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Une comparaison internationale des prix des thérapies anti-cancéreuses ..... 15

Besanko, D., et al. (2016). Insurance and the High Prices of Pharmaceuticals. .... 16

Cleemput, I., et al. (2016). Multi-criteria decision analysis for the appraisal of medical needs. A pilot study..... 16

Hennessy, D., et al. (2016). "Dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques et non-respect des prescriptions lié aux coûts chez les Canadiens ayant une maladie chronique ..... 16

Lavetti, K. et Kosali, S. (2016). Strategic Formulary Design in Medicare Part D Plans ..... 17

Vandenbroeck, P., et al. (2016). Future scenarios about drug development and drug pricing. .... 18

**Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistique ..... 18**

Heffetz, O. et Reeves, D. B. (2016). Difficulty to Reach Respondents and Nonresponse Bias: Evidence from Large Government Surveys. .... 18

<b>Politique de santé / Health Policy</b> .....	<b>18</b>
Cour des Comptes. (2016). Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool.....	18
Institut Montaigne (2016). Réanimer le système de santé : propositions pour 2017. ....	19
Cave, I. (2016). Etat, santé publique et médecine à la fin du XIXe siècle français.....	19
Safon, M. O. (2016). La politique de lutte contre l'alcoolisme en France : synthèse documentaire .....	19
<b>Prévention / Prévention</b> .....	<b>20</b>
Hute Autorité de Santé (2015). Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS).....	20
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care</b> .....	<b>20</b>
Agence Nationale d'Appui à la Performance (2016). Suivi de grossesse et organisation des acteurs. Retour d'expériences et enseignement. ....	20
Depasquale, C. et Stange, K. (2016). Labor Supply Effects of Occupational Regulation: Evidence from the Nurse Licensure Compact .....	20
House of Commons (2016). Primary care : Fourth report of session 2015-2016.....	20
Srivastava, D., et al. (2016). Better Ways to Pay for Health Care .....	21
Stukel, T. A., et al. (2016). Variations in Quality Indicators Across Ontario Physician Networks..	21
<b>Systèmes de santé / Health care systems</b> .....	<b>21</b>
Albrecht, A., et al. (2016). Health system review : Slovenia .....	21
<b>Travail et santé / Occupational Health</b> .....	<b>22</b>
(2016). Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit.....	22
Ahammer, A. (2016). How Physicians Affect Patients' Employment Outcomes Through Deciding on Sick Leave Durations.....	22
Jongeneel, W. P., et al. (2016). Work-related cancer in the European Union. Size, impact and options for further prevention .....	23
Schmitz, L. R. et Conley, D. (2016). The Impact of Late-Career Job Loss and Genotype on Body Mass .....	23
Tavares, A. I. (2015). Telework and health effects review, and a research framework proposal.	24
<b>Viellissement / Ageing</b> .....	<b>24</b>
(2016). Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne.....	24

(2016). Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2016. Paris Conseil d'orientation des retraites .....24

(2016). Organiser la gouvernance d'un projet Parcours - Retour d'expériences des territoires PAERPA.....25

(2016). Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées.....25

Albertini, M. (2016). Ageing and family solidarity in Europe: patterns and driving factors of intergenerational support.....25

Degrave, F. c. et Nyssens, M. c. (2012). Care regimes on the move : Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy .....25

Kim, B. (2016). Inequity in unmet medical need among the European elderly .....26

Krutilova, V. (2016). Access to Health Care and the Out-of-Pocket Burden of the European Elderly. ....26

Mammarella, F., et al. (2016). Report on care pathways approaches for multimorbid chronic patients. Joint Action Chrodis: .....26

Roche, R. et Genisson, C. (2016). Rapport d'information sur l'avenir du Fonds de solidarité vieillesse. ....27

Commission (2016). Les transitions de l'activité à la retraite. ....27

## Assurance maladie / Health Insurance

**Fonds CMU. (2016). Rapport d'activité 2015 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.** Paris : Fonds CMU  
[http://www.cmu.fr/rapports\\_activite.php](http://www.cmu.fr/rapports_activite.php)

La première partie du rapport est consacrée à la thématique du recours aux soins et de l'accès aux droits. Sont présentés dans ce cadre les enseignements du Rapport Charges et Produits de la CNAMTS pour 2016, qui propose pour la première fois une comparaison de l'état de santé et des dépenses annuelles des bénéficiaires de la CMU-- C, de ceux de l'ACS et des autres assurés du régime général. Cette étude confirme que l'état de santé des bénéficiaires de la CMU C et, de manière encore plus marquée, celui des bénéficiaires de l'ACS, est plus dégradé que celui des autres assurés du régime général

**Boheim, R. et Leoni, T. (2016). Firms' Moral Hazard in Sickness Absences.** Cambridge : NBER  
<http://ftp.iza.org/dp6005.pdf>

Sick workers in many countries receive sick pay during their illness-related absences from the workplace. In several countries, the social security system insures firms against their workers' sickness absences. However, this insurance may create moral hazard problems for firms, leading to the inefficient monitoring of absences or to an underinvestment in their prevention. In the present paper, we investigate firms' moral hazard problems in sickness absences by analyzing a legislative change that took place in Austria in 2000. In September 2000, an insurance fund that refunded firms for the costs of their blue-collar workers' sickness absences was abolished (firms did not receive a similar refund for their white-collar workers' sickness absences). Before that time, small firms were fully refunded for the wage costs of blue-collar workers' sickness absences. Large firms, by contrast, were refunded only 70% of the wages paid to sick blue-collar workers. Using a difference-in-differences-indifferences approach, we estimate the causal impact of refunding firms for their workers' sickness absences. Our results indicate that the incidences of blue-collar workers' sicknesses dropped by approximately 8% and sickness absences were almost 11% shorter following the removal of the refund. Several robustness checks confirm these results.

**Fomenko, O. et Gruber, J. (2016). Claims-Shifting: The Problem of Parallel Reimbursement Regimes.** *NBER Working Paper Series ; n° 22318*. Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w22318>

Parallel reimbursement regimes, under which providers have some discretion over which payer gets billed for patient treatment, are a common feature of health care markets. In the U.S., the largest such system is under Workers' Compensation (WC), where the treatment workers with injuries that are not definitively tied to a work accident may be billed either under group health insurance plans or under WC. We document that there is significant reclassification of injuries from group health plans into WC, or "claims shifting", when the financial incentives to do so are strongest. In particular, we find that injuries to workers enrolled in capitated group health plans (such as HMOs) see a higher incidence of their claims for soft-tissue injuries under WC than under group health, relative to those in non-capitated plans. Such a pattern is not evident for workers with traumatic injuries, which are easier to classify specifically as work related. Moreover, we find that such reclassification is more common in states with higher WC fees, once again for soft tissue but not traumatic

injuries. Our results imply that a significant shift towards capitated reimbursement, or reimbursement reductions, under GH could lead to a large rise in the cost of WC plans

**Paita, M., et al. (2016). "Les bénéficiaires du dispositif des ALD en 2014 et les évolutions depuis 2005." Points de Repère(46)**

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/actualites/beneficiaires-du-dispositif-des-ald-en-2014.php>

L'objet de cette étude est de décrire les effectifs, les taux de prévalence (part des bénéficiaires du dispositif des ALD dans la population) et les caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour affection de longue durée en 2014 au sein du régime général de l'Assurance Maladie. Une analyse des évolutions depuis 2005 est présentée : par modalité d'exonération du ticket modérateur (au titre d'une affection sur liste, d'une affection hors liste grave caractérisée ou d'une polyopathie invalidante) et par type d'affection. Enfin, les effectifs et taux d'incidence des patients ayant bénéficié de l'ouverture d'une nouvelle exonération du ticket modérateur au titre d'une affection sur liste en 2014 sont décrits.

**Pierron, L. (2016). Complémentaire santé, sortir de l'incurie.** Paris : Terra Nova

[http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/192/original/02062016\\_-\\_Compl\\_mentaire\\_sant\\_.pdf?1464855419](http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/192/original/02062016_-_Compl_mentaire_sant_.pdf?1464855419)

Aux dires de nombreux observateurs, la complémentaire santé serait mal régulée. Malheureusement, c'est moins en dépit, qu'au regard des réformes menées ces dernières années que cette note souscrit à cette critique. Ni le durcissement des contrats dits « responsables », ni la croissance exponentielle des taxes pesant sur les assurés, ni les nouvelles réglementations en matière de paniers et de réseaux de soins ne paraissent à la hauteur des enjeux auquel le système de santé français est confronté. Cette note propose une réforme réaliste.

**Sagan, A. éd. et Thomson, S. éd. (2016). Voluntary health insurance in Europe: country experience,** Copenhague : Bureau régional de l'Europe

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf)

No two markets for voluntary health insurance (VHI) are identical. All differ in some way because they are heavily shaped by the nature and performance of publicly financed health systems and by the contexts in which they have evolved. This volume contains short, structured profiles of markets for VHI in 34 countries in the WHO European Region. These are drawn from European Union Member States plus Armenia, Iceland, Georgia, Norway, the Russian Federation, Switzerland and Ukraine. The book is aimed at policy-makers and researchers interested in knowing more about how VHI works in practice in a wide range of contexts. Each profile, written by one or more local experts, identifies gaps in publicly financed health coverage, describes the role VHI plays, outlines how the market for VHI operates, summarizes public policy towards VHI, including major developments over time, and highlights national debates and challenges. The book is part of a study on VHI in Europe prepared jointly by the European Observatory on Health Systems and Policies and the WHO Regional Office for Europe. A companion volume, "An introduction to voluntary health insurance in Europe", provides an analytical overview of VHI markets across the 34 countries.

## Economie de la santé / Health Economics

(2016). **The Economic Consequences of Outdoor Air Pollution**. Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/environment/the-economic-consequences-of-outdoor-air-pollution-9789264257474-en.htm>

This report provides a comprehensive assessment of the economic consequences of outdoor air pollution in the coming decades, focusing on the impacts on mortality, morbidity, and changes in crop yields as caused by high concentrations of pollutants. Unless more stringent policies are adopted, findings point to a significant increase in global emissions and concentrations of air pollutants, with severe impacts on human health and the environment. The market impacts of outdoor air pollution are projected to lead to significant economic costs, which are illustrated at the regional and sectoral levels, and to substantial annual global welfare costs.

**Conseil National du Bruit. (2016). Le coût social des pollutions sonores : analyse bibliographique des travaux français et européens**. Paris : CNB

[http://www.bruit.fr/images/stories/pdf/ADEME%20CNB\\_Cout\\_social\\_des\\_pollutions\\_sonores\\_Rapport\\_2016\\_05\\_04.pdf](http://www.bruit.fr/images/stories/pdf/ADEME%20CNB_Cout_social_des_pollutions_sonores_Rapport_2016_05_04.pdf)

Cette étude du Conseil National du Bruit basée sur une revue de littérature française et européenne évalue le coût du bruit au travail, dans les transports ou au domicile. Les résultats montrent, entre autres, que le coût sur la santé du bruit des transports s'élevé à 11,5 milliards d'euros par an en France, dont 89% induit par le trafic routier.

**Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2015. Prévisions 2016**. Paris : CCSS

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-securite-sociale-Resultats-2015-et-previsions-2016-juin-2015>

La CCSS a confirmé la réduction du déficit du régime général en 2015 (-6,8 milliards d'euros), qui enregistre un déficit nettement inférieur au niveau précédant la crise économique. Le solde consolidé du régime général de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est réduit à -10,8 milliards d'euros en 2015. Ce résultat correspond à une amélioration de 2,4 milliards d'euros par rapport à 2014. Les comptes s'améliorent dans toutes les branches du régime général qui enregistre son meilleur résultat depuis 2002 (-6,8 milliards d'euros). Les dépenses ont connu dans leur ensemble une faible progression (+0,9%), du fait d'une augmentation contenue des dépenses de prestation et de l'effet conjugués des réformes des retraites, des mesures d'économie et de modulation des allocations familiales, ainsi que de la régulation des dépenses de santé. En particulier, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a une nouvelle fois été respecté en 2015. La progression des dépenses d'assurance maladie a ainsi été limitée à 2 %, soit le niveau le plus modéré depuis 1998, sans transfert de charges vers les patients et sans renoncer à la démarche d'amélioration de la qualité des soins (d'après le communiqué de presse).

**Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Les dépenses de soins dentaires. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2015. Prévisions 2016**, Paris : CCSS

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-sept2015\\_.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-sept2015_.pdf)

En 2015, 90% des chirurgiens dentistes français exerçaient en activité libérale. Les dépenses de soins dentaires remboursées par l'assurance maladie dans le seul champ libéral ont atteint 3,4 Md€ en 2015, soit environ 4% des dépenses de soins de ville. Elles ont augmenté de 3,5% entre 2014 et 2015. Les honoraires des chirurgiens dentistes mesurés dans les bases de l'assurance maladie se sont élevés à plus de 9,1 Md€ en 2015. Les remboursements de l'assurance maladie constituent 37% des honoraires des dentistes, le ticket modérateur 10% et les dépassements environ la moitié. Les honoraires ont progressé de 1,4% en 2015, cette hausse provenant intégralement de celle des honoraires sans dépassements, tandis que les dépassements sont restés stables. La hausse des remboursements découle de l'avenant 3 à la convention dentaire qui a mis en place en mars 2014 une classification commune des actes médicaux (CCAM) fixant une nomenclature beaucoup plus détaillée de l'activité des dentistes et revalorise certains tarifs de remboursement.

**Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Les dépenses de soins des Français à l'étranger.** Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2015. Prévisions 2016., Paris : CCSS  
<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-securite-sociale-Resultats-2015-et-previsions-2016-juin-2015>

Les soins des Français à l'étranger dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ont représenté, selon un premier constat provisoire, 660 M€ de dépenses en 2015 (cf. tableau 1), soit 0,35% de l'ensemble de l'ONDAM. Avec environ 1,2 million d'assurés ayant reçu des soins à l'étranger, ces dépenses recouvrent toutefois des dynamiques différentes que cette fiche vise à appréhender.

**Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Les dépenses de transport et leurs disparités régionales.** Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2015. Prévisions 2016., Paris : CCSS  
<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-securite-sociale-Resultats-2015-et-previsions-2016-juin-2015>

En 2015, les dépenses de transports sanitaires ont représenté 5,1% des dépenses de soins de ville de l'ONDAM et 2,3% des dépenses de l'ONDAM total. Elles ont connu une progression soutenue avec une augmentation de 3,2% pour atteindre 4,3 Md€. La maîtrise des dépenses de transport constitue un axe important du plan de maîtrise médicalisée de l'assurance maladie. La prescription de transport nécessite d'être suivie au niveau régional en raison des fortes disparités observées entre régions. En effet, sur le champ des dépenses pour le régime général au titre de l'année 2015, alors que le niveau brut de dépenses de transport par habitant est égal à 52 € à l'échelle nationale, on observe en moyenne un écart de 15 € par rapport à ce niveau. En France entière hors Mayotte, il varie de 42 € en Pays de la Loire à 83 € à la Réunion. L'analyse porte ici sur le champ des régions antérieur à 2016 afin de mettre en évidence la variabilité entre les territoires.

**Cour des Comptes (2016). Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale : exercice 2015.** Paris Cour des comptes  
<https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Certification-des-comptes-du-regime-general-de-securite-sociale-2015>

La Cour des comptes rend public, le 27 juin 2016, son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2015. Le fait que la Cour s'assure de la régularité, de la sincérité et de la fidélité de ces comptes constitue un atout en termes de transparence et de fiabilité pour les finances sociales. Pour la troisième année consécutive, la

Cour certifie les comptes de la totalité des entités du régime général avec 33 réserves, comme en 2014. Si certaines réserves ont été levées ou allégées, notamment sur les branches famille et recouvrement, de nouvelles ont été formulées sur les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP).

**Dord, D. et Dubie, J. (2016). Rapport d'information sur l'évaluation du soutien public au thermalisme.** Paris Assemblée Nationale  
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3811.asp>

Ce rapport fait le point sur les modalités du soutien public au thermalisme dans un contexte apaisé puisque ce secteur connaît une phase de croissance modérée mais continue depuis une petite dizaine d'années et que ses relations avec l'assurance maladie sont étroitement définies par une convention dont le renouvellement fera l'objet de discussions au cours de l'année 2017. La régulation du thermalisme est aujourd'hui beaucoup plus étroite, tant sur le plan du contrôle sanitaire que sur celui de l'encadrement des soins, et le secteur a pris conscience de la nécessité de mieux démontrer le service médical rendu. Au terme de cette évaluation, les rapporteurs considèrent que la situation économique du thermalisme français reste fragile, que les relations avec l'assurance maladie ont atteint un point d'équilibre satisfaisant mais que les pouvoirs publics devraient davantage utiliser cet outil dans une approche plus large de santé publique (d'après l'introduction).

**Lis, M. (2016). Age or time-to-death – what drives health care expenditures? Panel data evidence from the OECD countries.** IBS Working Papers; 04/2016. Varsovie : IBS  
[http://ibs.org.pl/app/uploads/2016/05/IBS\\_Working\\_Paper\\_04\\_2016.pdf](http://ibs.org.pl/app/uploads/2016/05/IBS_Working_Paper_04_2016.pdf)

The most important engines for the growth of aggregate health care expenditures (HCE) in last 50 years in OECD have been growth of income, technological progress in medicine and their interaction with institutional setting. The accelerating ageing is expected to additionally fuel the growth of HCE. The interaction between the growth factors with age is crucial for understanding the impact of ageing on health care expenditures. We propose a non-linear framework for testing the dynamics of the interaction of the growth of HCE with age structure. This framework utilizes the micro and cohort evidence from other studies on the shape of HCE and time-to-death. We have found that the growth of health care expenditure in recent decades in 26 OECD was concentrated on the close-to-death expenditures. Close-to-death HCE demonstrated twice higher growth rates than expenditures more distant from death. No clear dynamics of age pattern has been however identified.

**Sato, K., et al. (2016). An International Comparative Study of Financing Healthcare: The Case of Eight Developed Countries in 1990s- 2000s.** Tokyo : Keio University  
<http://ies.keio.ac.jp/en/publications/5701>

This paper explores the relationship between healthcare expenditures and fiscal structures by conducting an international comparison. The difference between a social insurance scheme and a taxation scheme has long been recognized to be a major influence on fiscal resources for medical policies, but it cannot help fully explain the ease of finance. Authors present a comparative analysis of the trend of healthcare expenditures and fiscal structures in the period from 1990 to 2010 in eight countries, namely, Japan, the Netherlands, and France on the one hand (which adopted a social insurance scheme), the U.K., Sweden, Denmark, and Norway on the other (which adopted a taxation scheme). This paper found that healthcare expenditures has increased in centralized countries that have an authority to set insurance premiums or tax rates regardless of population aging.

**Tauras, J. A., et al. (2016). The Effect of Cigarette Prices on Cigarette Sales: Exploring Heterogeneity in Price Elasticities at High and Low Prices.** *NBER Working Paper Series ; n° 22251*. Cambridge : NBER <http://www.nber.org/papers/w22251>

Numerous studies have examined the effect of cigarette prices on cigarette consumption. These studies either evaluate the price elasticity of demand for each observation and report the average price elasticity across all observations or report the price elasticity of demand at the mean of the price variable. Policy makers rely on these average price elasticity estimates for public health and revenue generation purposes. The use of an average price elasticity may yield misleading predictions given the substantial variation in cigarette prices between states. This research is the first econometric study to examine the price elasticity of cigarette demand at different price levels. We use aggregate state-level data for years 1991 – 2012 and employ generalized linear models with log link and gamma distribution to estimate cigarette demand equations. We find that the absolute value of the price elasticity of demand monotonically increases with price. The findings from this study will be valuable to policymakers contemplating the use of cigarette excise taxes to reduce cigarette consumption or to generate revenue.

**Zizzo, D. J., et al. (2016). The impact of taxation and signposting on diet: an online field study with breakfast cereals and soft drinks.** *CHE Research Paper Series ;131*. York : University of York [http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP131\\_taxation\\_signposting\\_diet\\_breakfast\\_cereals\\_soft\\_drinks.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP131_taxation_signposting_diet_breakfast_cereals_soft_drinks.pdf)

This working paper presents a large scale study where a nationally representative sample of 1,000 participants were asked to make real purchases within an online supermarket platform. The study captured the effect of price changes, and of the signposting of such changes, for breakfast cereals and soft drinks. Its finds that such taxes are an effective means of altering food purchasing, with a 20% rate being sufficient to make a significant impact. Signposting represents a complementary nudge policy that could enhance the impact of the tax without imposing severe welfare loss, though the effectiveness may depend on the product category.

## Etat de santé / Health Status

**(2016). Décès évitables en 2013 : Un décès sur trois aurait pu être évité dans l'UE compte tenu des connaissances et technologies médicales actuelles : Les maladies cardiaques premières concernées.** Luxembourg : Eurostat <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7335857/3-24052016-AP-FR.pdf/335c39b1-dc37-4879-8c77-08ba757f5a3a>

Dans l'Union européenne (UE), 1,7 million de personnes âgées de moins de 75 ans sont décédées en 2013. Parmi ces décès, 577 500 (soit 33,7% du total) pourraient être considérés comme prématurés au sens où ils auraient pu être évités compte tenu des connaissances et des technologies médicales. Les crises cardiaques (184 800 décès) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC, quasiment 94 000 décès) représentaient à eux deux près de la moitié (48%) du total de ces causes de décès évitables pour les personnes de moins de 75 ans. Ces informations sur le nombre de décès évitables grâce à des soins de santé optimaux proviennent d'un rapport publié par Eurostat, l'Office statistique de l'Union européenne. Le

concept de mortalité évitable est basé sur l'idée que certains décès (pour des groupes d'âge et des maladies spécifiques) pourraient être «évités» - c'est-à-dire qu'ils n'auraient pas eu lieu à ce stade - si des soins de santé efficaces et prodigués à temps étaient en place.

**(2016). Global Aids update 2016.** Genève UNAIDS

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)

Dans son rapport synthétique sur l'actualité du sida en 2016, l'ONUSIDA fait l'état des lieux chiffré de l'épidémie de VIH/Sida, de la prévention, de la prise en charge et de l'accès aux traitements. Pour l'année 2015, l'ONUSIDA estime que dans le monde, 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH, contre 33,3 millions en 2010. S'agissant de l'incidence, le rapport montre qu'au niveau global, la baisse du nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes a ralenti et même stagné. Ce chiffre mondial, qui recouvre des disparités importantes entre les régions du monde, montre que la prévention doit être relancée, notamment dans les régions où le nombre annuel de nouvelles infections a augmenté : l'Europe de l'Est et l'Asie centrale. Le rapport souligne en revanche l'extraordinaire progression du traitement antirétroviral depuis 2010, qui a permis de réduire le nombre de décès dus au sida de 1,5 million en 2010 à 1,1 million en 2015. L'augmentation de la mise sous traitement antirétroviral a été la plus importante dans la région la plus touchée par l'épidémie, l'Afrique australe et orientale, où la couverture est passée de 24 % en 2010 à 54 % en 2015. Enfin, le rapport pointe du doigt les inégalités sociales face au sida, et notamment la vulnérabilité des jeunes, en particulier les jeunes femmes, souvent laissés en marge de la riposte contre le sida.

**(2016). Rapport européen sur les drogues : tendances et évolutions.** Bruxelles : Office des Publications de l'Union européenne

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/OEDT2016EDR.pdf>

Le rapport 2016 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) décrit les évolutions du marché de la drogue, l'offre des différents produits, les problèmes liés aux drogues et les réponses apportées dans les différents pays. Les conclusions de ce nouveau rapport sont préoccupantes, avec une légère augmentation de la consommation des drogues les plus courantes, ainsi qu'une augmentation de la pureté de la plupart des substances illicites. Par ailleurs, le rapport souligne une montée en complexité de la problématique des drogues, avec l'apparition de nouvelles substances et la tendance à la généralisation de la polyconsommation chez les usagers de drogues. Parmi les nouveaux défis posés par l'actuel marché de la drogue, le rapport relève notamment le retour en force de la MDMA, un stimulant apprécié des jeunes. La lutte contre la consommation de cannabis reste une priorité en Europe, avec un vaste débat international au sujet des coûts et des bénéfices que représentent différentes options stratégiques à l'égard du cannabis. Parmi les nouvelles substances psychoactives, l'OEDT analyse que les cannabinoïdes de synthèse occupent une place de plus en plus importante. Le rapport déplore, enfin, une augmentation des décès par surdose notamment en lien avec la consommation de l'héroïne.

**Bennia, F. et Gravel, N. (2016). Is the Distribution of Cardiovascular Risks Really Improving ? A Robust Analysis for France.** Document de Travail de l'AMSE. Aix Marseille : AMSE

[http://www.amse-aixmarseille.fr/sites/default/files/dt/2012/wp\\_2016\\_nr\\_19.pdf](http://www.amse-aixmarseille.fr/sites/default/files/dt/2012/wp_2016_nr_19.pdf)

In this paper, we appraise the recent evolution of the distribution of individuals' risk of cardiovascular diseases (CVD) in France among both men and women using new normative criteria. An individual risk of CVD is described by a probability of getting such a disease.

Building on the framework of Gravel and Tarrow (2015), we assume that individuals, who differ by their income, have Von Neuman-Morgenstern (VNM) preferences over such risks. We appeal to Harsanyi's aggregation theorem to provide empirically implementable dominance criteria that coincide with the unanimity, taken over a large class of such individual preferences, of anonymous and Pareto-inclusive VNM social rankings of distributions of individuals' risk of CVD. The implementable criteria that we obtain are Sequential headcount poverty dominance and Sequential headcount affluence dominance. We apply these criteria to the distribution of cardiovascular risks among French men and women on the 2006-2010 period. Probabilities of CVD are assigned to individuals on the basis of a logit model estimated on both the men and the women samples for each of the two years. Our main empirical result is that men and women were differently affected by evolution in the distribution of CVD risks between 2006 and 2010. Specifically, the distribution improved for women but did not improve for men.

## Hôpital / Hospitals

**Siciliani, L. (2016). "Waiting Time Policies in the Health Sector." Seminar Briefing(19)**  
<http://www.ohe.org/>

The main purpose of this Briefing is to discuss waiting time policies in the health sector from an international perspective and to highlight which policies have worked in the last decade in OECD countries. I will also touch on how to compare waiting times internationally and where the UK stands in those international figures. Finally, I will discuss waiting time inequality based on socioeconomic status (SES), which has been somewhat neglected in the large literature on inequalities of access and utilisation.

## Inégalités de santé / Health Inequalities

**(2015). Sale temps pour les enfants. L'impact de la crise sur les droits de l'enfant en Belgique.**  
Bruxelles CODE  
[http://www.lacode.be/IMG/pdf/Sale\\_temps\\_pour\\_les\\_enfants\\_etude\\_CODE\\_2015.pdf](http://www.lacode.be/IMG/pdf/Sale_temps_pour_les_enfants_etude_CODE_2015.pdf)

Du fait de la crise économique de 2008, le quotidien de nombreuses familles vivant en Belgique a évolué vers une plus grande précarité. Les enfants sont les premiers touchés. Les chiffres sont alarmants, en particulier en Fédération Wallonie-Bruxelles : en Wallonie, 1 enfant sur 4 vit sous le seuil de la pauvreté ou est en risque de pauvreté ; à Bruxelles, ils sont 4 sur 10. Les effets de la crise sur les enfants et sur le respect de leurs droits sont multiples. Ils sont indirects, à travers des mesures qui touchent les parents : fragilisation de la sécurité sociale et des services sociaux, pression sur les travailleurs, chômeurs, futurs pensionnés... Mais ces impacts sont également directs. Ils portent notamment sur l'accompagnement des jeunes et des familles, l'accueil de la petite enfance, le bien-être, les contributions alimentaires, l'enseignement, les loisirs, la migration, la participation et la santé. Cette étude analyse l'état de la situation dans la perspective des droits de l'enfant, et souligne que les effets de la crise ne sont pas inévitables.

**Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2016). L'invisibilité sociale : une responsabilité collective. Paris ONPES**

[http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONPES\\_2016\\_bd-2.pdf](http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONPES_2016_bd-2.pdf)

Le onzième rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes), remis le 14 juin 2016, porte sur l'invisibilité sociale. Une très large majorité de Français reconnaît, en effet, l'existence de formes d'invisibilité sociale, une opinion répandue d'un bout à l'autre du corps social, d'après une enquête du CREDOC. Depuis plusieurs années, le discours politique s'est largement saisi du thème de l'invisibilité. Pourtant ce constat interroge à l'heure de l'hypercommunication. Existerait-il des populations dont nous ne saurions rien de l'existence et de la précarité ? Que recouvre cette notion ? Pauvreté, exclusion et invisibilité se recoupent-elles, se renforcent-elles ? Quels sont les processus générateurs d'invisibilité sociale ? Comment peut-on la saisir concrètement ? La prévenir ? Quels sont les apports de son analyse à l'observation sociale ? C'est à ces questions que le rapport de l'ONPES tente de répondre.

**Andersen, T. M. et Migali, S. (2016). Migrant Workers and the Welfare State.** IZA Discussion Paper ; 9940. Bonn IZA  
<http://ftp.iza.org/dp9940.pdf>

There is wide concern that migration flows may undermine the financial viability of generous welfare arrangements. The discussion focuses on welfare arrangements as attractors of migrants, suggesting that the issue does not pertain to migrant workers. However, this overlooks how welfare arrangements affect return-migration in case of social events like job loss. Importantly, migrants are shown to be self-selected in a way affecting both migration and return-migration. Two migration regimes prevail. In one, with relatively low benefits, unemployed workers return, while in the other some stay. Importantly, the stay or return migration decision is more sensitive to welfare generosity than the migration decision.

**Baudelot, C., et al. (2016). "Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France."** Population **71**(1): 23-52

Les maladies rénales sont invisibles et silencieuses jusqu'à un stade avancé. La transplantation est aujourd'hui le traitement le plus efficace à tous les âges de la vie en termes de survie et de qualité de vie, mais aussi pour le système de santé. Or, quels que soient le sexe ou l'âge, les patients les moins instruits y ont moins souvent accès que les autres en France. De nombreux facteurs indépendants concourent à ces inégalités sociales : la nature des pathologies rénales en partie produites par le mode de vie, l'attention prêtée aux premiers symptômes, mais aussi l'existence de deux traitements de suppléance (la dialyse et la transplantation) qui se pratiquent dans des univers professionnels différents. Les mieux armés pour s'orienter dans ce système sont les patients les plus instruits. Les inégalités d'accès aux traitements entraînent à leur tour de fortes inégalités d'accès ou de maintien dans l'emploi. Les moins diplômés héritent d'emplois éprouvants physiquement qui sont rarement compatibles avec les séances de dialyse et un organisme affaibli.

**Peng, N. et Sousa-Posa, A. (2016). Food insecurity among older Europeans: Evidence from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe.** Discussion Paper 03-2016. Stuttgart : University of Hohenheim  
<http://hdl.handle.net/10419/140899>

Using data from the fifth wave of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, this study investigates the association between food insecurity (FI) and several demographic, socioeconomic, and health-related characteristics in a sample of European residents aged 50

and over. Our initial analysis reveals that in 2013, the proportions of 50+ individuals reporting an inability to afford meat/fish/poultry or fruit/vegetables more than 3 times per week were 11.1% and 12.6%, respectively. It also indicates that not only income but also functional impairment and chronic disease are significantly associated with an increased probability of food insecurity. In a subsequent nonlinear decompositional analysis of the food unaffordability gap between European countries with high versus low FI prevalence, our rich set of covariates explains 36–39% of intercountry differences, with household income, being employed, and having functional impairment and/or chronic disease as the most important contributors.

**Safon, M. O. (2016). La santé des migrants : synthèse documentaire.** Paris : Irdes  
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>

L'étude de la santé des migrants est intéressante à plusieurs titres. En épidémiologie descriptive, elle relève d'une démarche d'investigation utilisée autrefois pour apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies chroniques. En santé publique, elle entre dans le champ de l'examen des populations vulnérables. Mais il s'avère très difficile d'avoir une vision globale de l'état de santé des migrants, d'une part pour des raisons idéologiques, d'autre part du fait de la diversité des populations, des biais de déclaration dans les enquêtes ou de la sous-estimation des données de mortalité, car les migrants gravement malades retournent souvent dans leur pays d'origine. Quel est aujourd'hui l'état de santé des personnes résidant en France ou à l'étranger ayant vécu une migration ? Quels sont leurs modes d'accès aux soins et à la prévention, quel est leur comportement de santé ? L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur l'ensemble de cette problématique. Le périmètre géographique étudié concerne la France, les pays de l'Union européenne, les Etats-Unis, le Canada et l'Australie.

## Médicaments / Pharmaceuticals

**Commission des comptes de la Sécurité sociale (2016). Une comparaison internationale des prix des thérapies anti-cancéreuses.** Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2015. Prévisions 2016., Paris : CSSS  
[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-sept2015\\_.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-sept2015_.pdf)

Les thérapies médicamenteuses contre le cancer constituent un marché très important en taille et sujet à de nombreuses innovations. Dans les cinq principaux pays européens, les dépenses pour ces thérapies anti-cancéreuses représentaient près de 15% des dépenses totales de médicaments en 2014. Cette même année, les dépenses mondiales liées à ces thérapies ont atteint le seuil de 100 milliards de dollars. En France, les dépenses de médicaments visant à traiter les cancers (hors ceux financés directement dans les tarifs hospitaliers) peuvent être évaluées à 3,3 Md€, hors prise en compte des éventuelles remises conventionnelles sur ces médicaments, réparties quasiment pour moitié entre les médicaments délivrés en officine de ville et les médicaments inscrits sur la liste en sus. Cette fiche dresse un état des lieux de l'évolution des prix des produits utilisés pour traiter cinq types de cancer : le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules (CBNPC), la leucémie myéloïde chronique (LMC) et la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en France, et dans 6 pays : Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis, Italie et

Royaume-Uni. Ces cancers ont été choisis en raison des dépenses de santé importantes induites, des profils variés des médicaments pouvant entrer dans leur traitement notamment pour les médicaments innovants. L'analyse est centrée ici sur les principales molécules à la fois en termes de chiffres d'affaires et de patients traités sur la période 2004 à 2014.

**Besanko, D., et al. (2016). Insurance and the High Prices of Pharmaceuticals.** NBER Working Paper Series ; n° 22353. Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w22353>

We present a model in which prospective patients are liquidity constrained, and thus health insurance allows patients access to treatments and services that they otherwise would have been unable to afford. Consistent with large expansions of insurance in the U.S. (e.g., the Affordable Care Act), we assume that policies expand the set of services that must be covered by insurance. We show that the profit-maximizing price for an innovative treatment is greater in the presence of health insurance than it would be for an uninsured population. We also show that consumer surplus is less than it would be if the innovation was not covered. These results show that even in the absence of moral hazard, there are channels through which insurance can negatively affect consumer welfare. Our model also provides an economic rationale for the claim that pharmaceutical firms set prices that exceed the value their products create. We empirically examine our model's predictions by studying the pricing of oncology drugs following the 2003 passage of Medicare Part D. Prior to 2003, drugs covered under Medicare Part B had higher prices than those that would eventually be covered under Part D. In general, the trends in pricing across these categories were similar. However, after 2003 there was a far greater increase in prices for products covered under Part D, and as result, products covered by both programs were sold at similar prices. In addition, these prices were quite high compared to the value created by the products--- suggesting that the forced bundle of Part D might have allowed firms to capture more value than their products created.

**Cleemput, I., et al. (2016). Multi-criteria decision analysis for the appraisal of medical needs. A pilot study.** KCE Reports 272. Bruxelles : KCE  
<http://kce.fgov.be/fr/node/3351#.V3Jt29dK31w>

Dans notre pays comme dans beaucoup d'autres, les décisions de remboursement de médicaments sont prises sans tenir compte explicitement des opinions et préférences des citoyens et des patients. L'INAMI souhaite que cela change ; c'est pourquoi il avait été demandé, en 2014, au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) d'identifier les critères que les citoyens trouvent les plus importants lors de ces décisions. Aujourd'hui, le KCE propose un premier exercice de mise en pratique de ces critères dans la rédaction de la liste des « besoins médicaux non rencontrés ». La méthode développée par le KCE permet d'établir cette liste en tenant explicitement compte des préférences des citoyens et des besoins réels des patients, plutôt que de la baser, comme aujourd'hui, sur les produits en attente dans le pipeline de l'industrie. Avec cette première initiative, dont on peut espérer qu'elle sera rapidement élargie à toutes les décisions de remboursement, la Belgique se profile en pionnier de l'implication du citoyen et du patient dans la politique de santé. Cet exercice de participation est donc suivi avec attention dans les autres pays (d'après le résumé de l'éditeur).

**Hennessy, D., et al. (2016). "Dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques et non-respect des prescriptions lié aux coûts chez les Canadiens ayant une maladie chronique."** Rapports sur la Santé 27(6)

<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2016006/article/14634-fra.pdf>

Contexte : Environ le tiers des dépenses en médicaments sur ordonnance des Canadiens ne sont pas remboursées. La présente étude essaie de déterminer s'il existe un lien entre les dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques qui dépassent 5 % du revenu du ménage et le non-respect des prescriptions lié aux coûts chez les personnes qui ont des problèmes de santé cardiovasculaires chroniques. Méthodes : Les données sont tirées des résultats de l'enquête intitulée Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques. Les dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques ont été classées en trois catégories, selon le pourcentage du revenu du ménage qu'elles représentent : 0 %, plus de 0 % mais moins de 5 %, et 5 % et plus. Une régression log-binomiale a été utilisée pour examiner les associations entre la catégorie de dépenses non remboursées et le non-respect lié aux coûts. Résultats : En 2012, environ 80 % des personnes de 40 ans et plus qui habitaient en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan ou au Manitoba et qui avaient des problèmes de santé cardiovasculaires chroniques ont déclaré des dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques, ces dépenses représentant au moins 5 % du revenu du ménage pour 4,8 % d'entre elles. Ces personnes étaient considérablement plus âgées, vivaient plus souvent dans des ménages dont le revenu était inférieur à 30 000 \$, et déclaraient plus souvent des morbidités multiples que celles dont les dépenses non remboursées en médicaments et produits pharmaceutiques étaient inférieures à 5 % du revenu du ménage. Une fois les résultats corrigés de l'âge et du sexe, les personnes dont les dépenses étaient supérieures ou égales à 5 % du revenu du ménage étaient près de trois fois plus susceptibles (ratio des taux de prévalence = 2,6) de déclarer un non-respect des prescriptions lié aux coûts que celles dont les dépenses étaient inférieures à 5 %. Interprétation : Un lien significatif a été observé entre les dépenses en médicaments et produits pharmaceutiques correspondant à au moins 5 % du revenu du ménage et le non-respect des prescriptions lié aux coûts. Des données supplémentaires sont requises pour déterminer si des niveaux encore plus faibles de dépenses sont associés à un risque de non-respect lié aux coûts.

**Lavetti, K. et Kosali, S. (2016). Strategic Formulary Design in Medicare Part D Plans. NBER Working Paper Series ; n° 22338. Cambridge : NBER**  
<http://www.nber.org/papers/w22338>

The design of Medicare Part D causes most Medicare beneficiaries to receive fragmented health insurance, whereby prescription drugs and other medical care are covered by separate insurance plans. Fragmentation of insurance plans is potentially inefficient since separate insurers maximize profits over only one component of healthcare spending, despite many complementarities and substitutabilities between types of healthcare. Fragmentation of some plans but not others can also lead to market distortions due to differential adverse selection, as integrated plans may use drug formulary designs to induce enrollment by patients who are profitable under Parts A & B, while stand-alone drug plans have no such incentive. We study whether the design of insurance plans in Medicare Part D reflects these two differences in incentives using data on the universe of Part D plan formularies, drug prices, and Medicare claims data. We find evidence consistent with both hypotheses. Relative to fragmented plans, integrated plans systematically design their drug formularies to encourage enrollment by beneficiaries with medical conditions that are profitable under Parts A & B. However, integrated plans also more generously cover drugs that have the potential to causally reduce medical costs. These large differences in incentives and plan design between integrated and fragmented plans are likely the precursors of substantial

differential selection of enrollees, and the basic design of Medicare Part D abets this covert selection.

**Vandenbroeck, P., et al. (2016). Future scenarios about drug development and drug pricing. KCE Reports 271B.** Bruxelles : KCE  
<http://kce.fgov.be/fr/node/3338#.V3ZWctfG0wc>

Ce rapport est le fruit d'un processus de consultation et de délibération initié par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et le Zorginstituut Nederland (Institut néerlandais des soins de santé, ZIN) pour explorer sans entraves des solutions potentielles au défi complexe que posent à notre société les prix de plus en plus élevés des médicaments. L'objectif du projet était d'élaborer des scénarios inventifs pour imaginer de nouvelles façons, plus durables, d'ouvrir aux patients l'accès à des médicaments sûrs et efficaces, tout en stimulant énergiquement l'innovation et en se concentrant sur les besoins de santé réels.

## Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistique

**Heffetz, O. et Reeves, D. B. (2016). Difficulty to Reach Respondents and Nonresponse Bias: Evidence from Large Government Surveys. NBER Working Paper Series ; n° 22333.** Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w22333>

How high is unemployment? How low is labor force participation? Is obesity more prevalent among men? How large are household expenditures? We study the sources of the relevant official statistics—the Current Population Survey (CPS), the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), and the Consumer Expenditure Survey (CEX)—and find that the answers depend on whether we look at easy- or at difficult-to-reach respondents, measured by the number of call and visit attempts made by interviewers. A challenge to the (conditionally-)random-nonresponse assumption, these findings empirically substantiate the theoretical warning against making population-wide estimates from surveys with low response rates.

## Politique de santé / Health Policy

**Cour des Comptes. (2016). Les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool.** Paris : Cour des comptes  
<https://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/Les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-d-alcool>

Ce rapport de la Cour des comptes porte sur l'évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. La consommation d'alcool est, en effet, un sujet sensible en France, car l'alcool est associé aux événements festifs, aux modes de vie et à la culture. Cet héritage social et culturel, renforcé par des enjeux économiques, induit une tolérance générale vis-à-vis de la consommation d'alcool qui explique, pour une large part, la difficulté à définir et à mettre en œuvre dans la durée une politique intégrée de santé et de sécurité. La Cour des comptes a conduit une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool visant à analyser les évolutions de la consommation et l'état des connaissances scientifiques sur les comportements à risque, et à apprécier l'efficacité des principaux leviers d'action publique et les limites des politiques conduites. Aux termes de

son enquête, la Cour appelle à une prise de conscience collective et propose un cadre d'action au service d'objectifs mieux affirmés.

**Institut Montaigne (2016). Réanimer le système de santé : propositions pour 2017.** Paris : Institut Montaigne

[http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/rapport\\_reanimer\\_le\\_systeme\\_de\\_sante.pdf](http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/rapport_reanimer_le_systeme_de_sante.pdf)

Afin de faire de la santé un des thèmes forts de la campagne pour la présidentielle 2017, l'Institut Montaigne formule cinq axes de propositions pour rehausser notre système de santé au rang des meilleurs systèmes du monde : Faire de l'information et de la transparence des leviers fondamentaux de transformation au service des patients comme des citoyens; Renforcer la pertinence, la qualité et l'efficacité de l'offre de soins pour le patient; Donner une plus grande place à l'innovation en Santé; Transformer la gouvernance du système de santé, source de nombreux blocages, et améliorer les conditions de régulation; Clarifier les places respectives de l'Assurance maladie et des complémentaires santé.

**Cave, I. (2016). Etat, santé publique et médecine à la fin du XIXe siècle français.** Paris : L'Harmattan

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=50400>

Dans ce livre consacré à l'histoire d'une société qui se médicalise de façon radicale, la loi du 15 février 1902 est le tout premier texte du code de la santé qui résume les préoccupations de salubrité visant à venir à bout des épidémies et des maladies contagieuses. De ce vaste chantier de prophylaxie sanitaire, il reste à constater que les organismes et autorités de l'époque ne s'accordent pas toujours sur les principes d'organisation, ou que la population demeure rétive à appliquer les réglementations lorsque le mal frappe. C'est pourquoi le principe de vaccination et de revaccination est imposé à la population.

**Safon, M. O. (2016). La politique de lutte contre l'alcoolisme en France : synthèse documentaire.**

Paris : Irdes

[www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-politique-de-lutte-contre-l-alcoolisme-en-france.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-politique-de-lutte-contre-l-alcoolisme-en-france.pdf)

L'objectif de cette synthèse est de présenter la politique publique de lutte contre l'alcoolisme menée en France d'abord sous l'angle des textes législatifs et réglementaires, puis celui des programmes ou plans d'action du gouvernement. Mais ces deux aspects souvent assortis d'un arsenal répressif ne doivent pas oblitérer la nécessité de développer parallèlement des initiatives éducatives et préventives, afin d'agir en amont sur le comportement des individus et améliorer entre autres l'information des consommateurs d'alcool sur la dangerosité d'une consommation abusive et inappropriée. Ces interventions doivent impérativement prendre en compte le contexte économique et culturel du pays : la France étant par tradition un producteur viticole, la consommation de vin fait partie de ses pratiques gastronomiques. Les actions de prévention à implanter en France ne sont donc pas forcément identiques à celles initiées dans les pays méditerranéens ou dans les pays nordiques, bien qu'une certaine convergence dans les modes d'alcoolisation s'observe entre les pays ces dernières années. Il convient enfin que ces interventions probantes et prometteuses soient systématiquement évaluées, afin d'en mesurer tout l'impact et l'efficacité.

## Prévention / Prévention

**Hute Autorité de Santé (2015). Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS).** St Denis : HAS  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2635095/fr/referentiel-tabac](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2635095/fr/referentiel-tabac)

Dans ce Référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé des Centres d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie sur le dépistage du tabagisme et des maladies liées au tabac, la HAS rappelle l'épidémiologie du tabagisme en France et des maladies liées au tabac, les moyens de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac et leur efficacité, les examens diagnostiques permettant de rechercher les complications liées au tabac, la place du médecin de CES dans le dispositif de prévention et d'aide à l'arrêt du tabagisme et dans le dépistage des complications liées au tabac.

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

**Agence Nationale d'Appui à la Performance (2016). Suivi de grossesse et organisation des acteurs. Retour d'expériences et enseignement.** Paris : ANAP  
<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/suivi-de-grossesse-et-organisation-des-acteurs-retour-dexperiences-et-enseignements/>

Cette publication s'intéresse à l'organisation mise en œuvre par les acteurs sur leur territoire pour prendre en charge le suivi de grossesse. Elle montre comment les facteurs de risques populationnels identifiés par l'INSERM sont pris en compte au niveau organisationnel, partant de l'hypothèse que les résultats périnataux sont liés au déroulement de la grossesse dans son ensemble, et pas seulement à la période autour de l'accouchement. Ce projet s'est appuyé sur cinq monographies réalisées sur plusieurs territoires afin de : caractériser la population périnatale ;

**Depasquale, C. et Stange, K. (2016). Labor Supply Effects of Occupational Regulation: Evidence from the Nurse Licensure Compact.** NBER Working Paper Series ; n° 22344. Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w22344>

There is concern that licensure requirements impede mobility of licensed professionals to areas of high demand. Nursing has not been immune to this criticism, especially in the context of perceived nurse shortages and large expected future demand. The Nurse Licensure Compact (NLC) was introduced to solve this problem by permitting registered nurses to practice across state lines without obtaining additional licensure. We exploit the staggered adoption of the NLC to examine whether a reduction in licensure-induced barriers alters the nurse labor market. Using data on over 1.8 million nurses and other health care workers we find no evidence that the labor supply or mobility of nurses increases following the adoption of the NLC, even among the residents of counties bordering other NLC states who are potentially most affected by the NLC. This suggests that nationalizing occupational licensing will not substantially reduce labor market frictions

**House of Commons (2016). Primary care : Fourth report of session 2015-2016.** London : House of Commons Health Committee  
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmhealth/408/408.pdf>

Primary care is the bedrock of the National Health Service and the setting for ninety percent of all NHS patient contacts. It is highly valued by the public but is under unprecedented strain and struggling to keep pace with relentlessly rising demand. The traditional model of ten minute appointments with general practitioners no longer allows them to provide the best possible care for patients living with increasingly complex long term conditions. The difficulty in accessing primary care is a serious concern for many patients, especially for those who work during the week. We believe that it is vital that patients have timely access to primary care services. This includes both access to urgent appointments and the ability to book routine appointments in advance.

**Srivastava, D., et al. (2016). Better Ways to Pay for Health Care**, Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/health/health-systems/better-ways-to-pay-for-health-care-9789264258211-en.htm>

Payers for health care are pursuing a variety of policies as part of broader efforts to improve the quality and efficiency of care. Payment reform is but one policy tool to improve health system performance that requires supportive measures in place such as policies with well-developed stakeholder involvement, information on quality, clear criteria for tariff setting, and embedding evaluation as part of the policy process. Countries should not, however, underestimate the significant data challenges when looking at price setting processes. Data access and ways to overcome its fragmentation require well-developed infrastructures. Policy efforts highlight a trend towards aligning payer and provider incentives by using evidence-based clinical guidelines and outcomes to inform price setting. There are signs of increasing policy focus on outcomes to inform price setting. These efforts could bring about system-wide effects of using evidence along with a patient-centred focus to improve health care delivery and performance in the long-run

**Stukel, T. A., et al. (2016). Variations in Quality Indicators Across Ontario Physician Networks.**

Toronto ICES

This chartbook reports performance levels for a set of quality indicators that reflect health care delivery across settings of primary and specialty care, acute hospital care and long-term care, as well as shared care and transitions from one setting to another. The quality indicators include screening and prevention, evidence-based medications, drug safety, hospital to community transitions, adverse outcomes, imaging and cancer end-of-life care. Costs for publicly insured health care services are also examined. These measures, assessed at the level of physician networks, provide essential information needed to guide health system transformation and foster communication around shared patients.

## Systèmes de santé / Health care systems

**Albrecht, A., et al. (2016). Health system review : Slovenia.** France Health system review ; Vol. 18

No. 3. Copenhagen : Bureau Régional de l'Europe

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/96367/E92607.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf)

Slovenia has a well-developed health system with good population health outcomes. Access to health care is also generally good. Despite this, there are persistent disparities in morbidity and mortality between regions and population groups and waiting times for some

outpatient specialist services have increased. These present challenges, as do relatively high cancer rates and increasing multi-morbidity linked to population ageing, requiring a strengthening of prevention activities and co-ordination of care. There is also a need to address the funding and provision of long-term care as service users incur large out-of-pocket expenditures and consolidation of eligibility criteria, funding and benefits is overdue. Another important challenge is how to ensure the future financial stability and sustainability of the health care system through diversifying its funding base. Currently, Slovenia's compulsory health insurance system relies almost exclusively on payroll contributions, making it very susceptible to economic and labour market fluctuations. Overall, the share of out-of-pocket payments, including co-payments, is high. While the latter are buffered by complementary health insurance (CHI) there is some concern that CHI flat-rate premiums are regressive and may become unaffordable for lower income groups. Finally, more efficient use of health care resources needs to be addressed through reform of the purchasing system and provider payment mechanisms, both of which are out-dated and lack incentives for rational reimbursement levels and quality services. HiT health system reviews are country-based reports that provide a detailed description of a country's health system and of reform and policy initiatives in progress or under development.

## Travail et santé / Occupational Health

(2016). **Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit**. Maisons-Alfort : ANSES  
<http://www.anses.fr/fr/documents/AUT-Ra-CoutAirInterieurSHS2014.pdf>

L'Anses a été saisie pour évaluer les risques sanitaires pour les professionnels exposés à des horaires atypiques, en particulier au travail de nuit, régulier ou non. Cette expertise met en évidence des risques avérés de troubles du sommeil, de troubles métaboliques, et des risques probables cancérogènes, de troubles cardiovasculaires et de troubles psychiques chez les travailleurs concernés. Les enquêtes sur les conditions de travail réalisées auprès de salariés en horaires de nuit indiquent généralement des facteurs de pénibilité physique et des contraintes de travail plus présents. Dans ses conclusions, l'Agence estime que le recours au travail de nuit peut se justifier pour des situations nécessitant d'assurer les services d'utilité sociale ou la continuité de l'activité économique. Elle préconise cependant l'optimisation des modes d'organisation du travail de nuit, afin d'en minimiser les impacts sur la vie professionnelle et personnelle des salariés. Elle souligne que tout ce qui réduit la désynchronisation des rythmes biologiques et la dette de sommeil est a priori favorable. Des recommandations organisationnelles précises, qui ne font pas toutes l'objet d'un consensus scientifique, doivent également être étudiées collectivement dans les instances de dialogue social appropriées.

**Ahammer, A. (2016). How Physicians Affect Patients' Employment Outcomes Through Deciding on Sick Leave Durations.** Working Paper; 1605. Linz :Johannes Kepler University of Linz  
[https://ideas.repec.org/p/jku/econwp/2016\\_05.html](https://ideas.repec.org/p/jku/econwp/2016_05.html)

I analyze how general practitioners (GPs) indirectly affect their patients' employment outcomes by deciding on the length of sickness absences. I use an instrumental variables framework where spell durations are identified through supply-side certification measures estimated from the data. I find that a marginal day of sick leave – that is, a day of sick leave which is only certified because a worker's GP has a high propensity to certify sick leaves – decreases employment probabilities persistently by 0.45 percentage points – 0.69 percentage points up to 18 months after the sick leave. Conversely, the risk of becoming

unemployed increases by 0.28 percentage points – 0.44 percentage points due to the additional day of sick leave. These effects are mostly driven by men with comparably low job tenure and migratory background. Several robustness checks show that identification is not impaired by endogenous matching between patients and GPs. My results bear important implications for doctors: Whenever medically justifiable, it may be beneficial to certify shorter sick leaves in order to protect employment status of the patient.

**Jongeneel, W. P., et al. (2016). Work-related cancer in the European Union. Size, impact and options for further prevention.** Bilthoven : RIVM

<http://nl.sitestat.com/rivm/rivm->

[nl/s?link.en.documents\\_and\\_publications.scientific.reports.2016.mei.work\\_related\\_cancer\\_in\\_the\\_european\\_union\\_size\\_impact\\_and\\_options\\_for\\_further\\_prevention.download\\_pdf&ns\\_type=pdf&ns\\_url=http%3A%2F%2Fwww.rivm.nl%2Fdsresource%3Fobjectid=rivmp:315353&type=org&disposition=inline&ns\\_nc=1](http://nl.sitestat.com/rivm/rivm-nl/s?link.en.documents_and_publications.scientific.reports.2016.mei.work_related_cancer_in_the_european_union_size_impact_and_options_for_further_prevention.download_pdf&ns_type=pdf&ns_url=http%3A%2F%2Fwww.rivm.nl%2Fdsresource%3Fobjectid=rivmp:315353&type=org&disposition=inline&ns_nc=1)

Despite many protective measures workers can be exposed to carcinogenic substances at work. Additional policy interventions are needed to reduce the future burden of work-related cancer in the EU. The RIVM addressed this issue by providing insight into the magnitude of work-related cancer, in terms of the number of cases, deaths and the societal costs, caused by exposure to carcinogenic substances in the EU. We estimate that in de EU 122,600 (range 91,500 - 150,500) people were newly diagnosed with cancer, caused by past exposure to carcinogenic substances at work. The attributed cancer deaths are estimated to be 79,700 (range 57,700 - 106,500). In total almost 1.2 (0.8 - 1.6) million years of life were lost due to premature death caused by past exposure to carcinogenic substances at work in the EU-population. The consequences of this work-related cancer, and its impact on society, extend further than mortality and morbidity figures. They also include the reduction in the quality of life, productivity losses and the provided health care. Next to the individual emotional suffering and pain associated with the disease, this leads to economic cost for society. Health care expenditure and productivity losses are estimated to cost between €4-7 billion annually for the EU. When welfare losses of premature deaths and diagnosis with cancer are added, the total annual economic representation of the societal impact is estimated to be in an order of magnitude of €334 (242 – 440) billion.

**Schmitz, L. R. et Conley, D. (2016). The Impact of Late-Career Job Loss and Genotype on Body Mass Index.** NBER Working Paper Series ; n° 22348. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22348>

This study examines whether the effect of job loss on body mass index (BMI) at older ages is moderated by genotype using twenty years of socio-demographic and genome-wide data from the Health and Retirement Study (HRS). To avoid any potential confounding we interact layoffs due to a plant or business closure—a plausibly exogenous environmental exposure—with a polygenic risk score for BMI in a regression-adjusted semiparametric differences-in-differences matching framework that compares the BMI of those before and after an involuntary job loss with a control group that has not been laid off. Results indicate genetically-at-risk workers who lost their job before they were eligible for Social Security benefits, or before age 62, were more likely to gain weight. Further analysis reveals heterogeneous treatment effects by demographic, health, and socioeconomic characteristics. In particular, we find high risk individuals who gained weight after a job loss were more likely to be male, in worse health, single, and at the bottom half of the wealth distribution. Across the board, effects are concentrated among high-risk individuals who

were not overweight prior to job loss, indicating unemployment at older ages may trigger weight gain in otherwise healthy or normal weight populations.

**Tavares, A. I. (2015). Telework and health effects review, and a research framework proposal.**

Munich MPRA

<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/71648/>

Telework is an increasingly popular flexible working arrangement. The features that characterize telework are presented in this work. The advantages and disadvantages of teleworking are described, as well as its effect on the health of the worker. In general, empirical evidence seems to show a positive association between telework and worker health. However, it can also have negative impacts on health such as stress and depression. We propose a framework of analysis of the effect of telework on health that draws on contributions from health economics and from occupational psychology.

## Vieillesse / Ageing

**(2016). Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne.**

Rennes ARS de Bretagne

[http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site\\_internet/Etudes\\_et\\_publications/Etudes\\_et\\_statistiques/Rapports\\_ARS/2016-03 - Rapports ARS Bretagne - Consommation PA.pdf](http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Rapports_ARS/2016-03_-_Rapports_ARS_Bretagne_-_Consommation_PA.pdf)

L'évolution de la consommation de soins chez les personnes âgées de 75 ans et plus est plutôt maîtrisée entre 2011 et 2013, mais l'évolution démographique attendue à partir de 2020 (Papy-Boom) aura des conséquences importantes sur l'offre de soins en l'absence de changement des pratiques. L'objectif premier de cette étude est d'établir un diagnostic général des caractéristiques de la consommation de soins des personnes âgées en Bretagne tant en milieu hospitalier qu'en médecine de ville. Le second objectif de l'étude est de s'assurer que l'offre actuelle pourra répondre aux besoins en anticipant et en accompagnant des changements de pratiques.

**(2016). Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2016. Paris Conseil d'orientation des retraites**

<http://www.cor-retraites.fr/article471.html>

Après une présentation du contexte démographique et économique, le rapport annuel du COR décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, selon les indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le Conseil : les évolutions année après année des indicateurs de pérennité financière du système de retraite ; les évolutions année après année des montants de pension et du niveau de vie des retraités ; les évolutions au fil des générations des indicateurs d'équité entre les générations ; enfin, les évolutions des indicateurs d'équité entre les femmes et les hommes. Des données complémentaires sur les disparités de situation en matière de retraite sont également fournies, selon quatre grandes thématiques : les structures de financement des régimes de retraite ; la dispersion des montants de pension, de leurs déterminants et des niveaux de vie des retraités ; les âges de la retraite et les départs anticipés ; enfin, les dispositifs de solidarité en matière de retraite, dont les droits familiaux.

**(2016). Organiser la gouvernance d'un projet Parcours - Retour d'expériences des territoires PAERPA.** Paris ANAP: <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/organiser-la-gouvernance-dun-projet-parcours-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>

Cette publication s'inscrit dans une démarche globale de capitalisation autour du projet PAERPA et concerne, dans la phase de cadrage, l'organisation de la gouvernance. Le cahier des charges national PAERPA pose un cadre en matière d'organisation de la gouvernance dans le projet PAERPA. Cette publication présente, grâce à des retours d'expériences, comment les ARS se sont appropriées ce cahier des charges pour le mettre en œuvre au regard de leur réalité territoriale. Cette publication capitalise sur les modalités de mise en place de la gouvernance concernant les trois sujets suivants : -La mobilisation des partenaires et la mise en cohérence des instances : il convient d'identifier l'ensemble des partenaires ayant un intérêt dans le déploiement du projet et de les mobiliser au niveau des instances adéquates pour s'assurer de leur engagement ; - L'animation des instances : la mise en place de processus de suivi des décisions et les choix en termes de composition et d'animation des différentes instances, ont un impact sur le fonctionnement de la gouvernance ; - L'organisation de l'équipe projet : l'équipe projet doit réunir les ressources utiles au bon suivi et déroulement du projet.

**(2016). Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées.** Saint-Denis Anesm: 99.

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1010&var\\_mode=calcul](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1010&var_mode=calcul)

Ces recommandations identifient les principaux facteurs de risque de perte d'autonomie et/ou de son aggravation sur lesquels les professionnels intervenant au domicile porteront une attention particulière afin de tout mettre en œuvre pour limiter leurs conséquences et garantir la meilleure qualité de vie possible de la personne âgée. Ces recommandations sont accompagnées de fiches-repères pour faciliter le repérage des situations à risque de perte d'autonomie ou de son aggravation. Ces fiches portent sur la mauvaise nutrition/la dénutrition et la déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise des médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles du comportement et les troubles cognitifs. Enfin, une fiche-repère est aussi consacrée aux aidants dont on connaît le rôle déterminant en matière de maintien à domicile plus particulièrement, mais dont on reconnaît aujourd'hui les risques sur leur santé inhérents à ce rôle.

**Albertini, M. (2016). Ageing and family solidarity in Europe: patterns and driving factors of intergenerational support.** Washington Banque mondiale.

<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/k30/K30Redirection.asp?doc=p&id=5032>

Ce document, publié par la Banque mondiale, met en lumière les facteurs qui soutiennent la solidarité intergénérationnelle dans les familles européennes. Il montre que la probabilité d'un soutien intergénérationnel est plus élevée dans les pays scandinaves et plus faible dans le sud de l'Europe. Les inégalités de genre liées au vieillissement sont documentées

**Degrave, F. c. et Nyssens, M. c. (2012). Care regimes on the move : Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy.** Charleroi CIRTES

[http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/cirtes/documents/Rapport\\_final\\_CROME.pdf](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/cirtes/documents/Rapport_final_CROME.pdf)

Cette recherche analyse les dynamiques de changement intervenus dans les secteurs de l'aide à domicile (home care) en Angleterre, Belgique, Allemagne et Italie à travers les réformes mises en œuvre depuis les années 90. Le mouvement de marchandisation (ou

ouverture à la concurrence et à la privatisation des services) constitue une tendance majeure dans les 4 pays, L'objectif de la recherche est de mieux saisir l'évolution des régimes de care dans ce contexte de marchandisation. plus précisément autour de 4 axes : - Quelles sont les formes de marchandisation ? - Quel est l'impact de la marchandisation suivant les différents régimes de care ? - Quelles sont les formes observées de diversification de prestataires (informel, formel, familles, prestataires publics, associatifs et lucratifs) ? - Quelles sont les articulations entre les niveaux nationaux et régionaux ? Observe-t-on un mouvement vers une fragmentation ou une diversification des services ?

**Kim, B. (2016). Inequity in unmet medical need among the European elderly. Discussion Paper Series ; DPS 16.08.** Leuven KU Leuven: 48.

<https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/542513/1/DPS1608.pdf>

This study evaluates unfair inequality, namely inequality of opportunity (IOp), in access to medical care among the elderly population. I compare the magnitude of IOp across 14 European countries using data from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) collected in 2013. Self-reported unmet medical need caused by cost-related reasons is used as a measure of medical access. Separate models are introduced to accommodate two competing philosophical views (e.g. control and preference approaches) that result in a different definition of the scope of individual responsibility. A joint estimation strategy is applied to take unobserved heterogeneity into account. We find the highest IOp to exist in medical access in EE and IT, and the lowest in AT, CH, SI, NL, SE and DK. However, some results are sensitive to normative assumptions. For instance, EE, IT and DE show greater IOp when it is assumed that individuals are responsible for their decisions made on the basis of genuine preference rather than control. Additional results from a policy simulation suggest that IOp could have been significantly reduced due to educational promotion in many countries, with the exception of EE, NL, SI, SE and DK.

**Krutilova, V. (2016). Access to Health Care and the Out-of-Pocket Burden of the European Elderly. MENDELU Working Papers in Business and Economics ; 2016/60**

[https://ideas.repec.org/p/men/wpaper/60\\_2016.html](https://ideas.repec.org/p/men/wpaper/60_2016.html)

Provision of access to health care is a desirable feature of health care systems. Access to health care is caused to be restricted whether out-of-pocket burden is too high. The paper focuses on the European elderly with restricted access to health care and evaluates their health care burden and determines factors affecting the burden. The data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe from the fifth wave is used. The methods of descriptive and multivariate analysis are applied. A linear regression model with a bootstrapped method is used. The results showed that inequalities in access to health care exist. Unmet need is a critical issue in Estonia and Italy. The highest burden is found in Estonia, Italy and Belgium. Chronic diseases and limitation in activities significantly contributes to health care burden. Expenditure on drugs, outpatient and nursing care have a significant effect on the burden. The effect is found to be insignificant for inpatient care. Income and the employment status is a preventing factor.

**Mammarella, F., et al. (2016). Report on care pathways approaches for multimorbid chronic patients. Joint Action Chrodis: 100 , tab., graph., fig.**

[https://drive.google.com/file/d/0B8Xu4R\\_n0-nzOEtFNFBrdF9OLXc/view?pref=2&pli=1](https://drive.google.com/file/d/0B8Xu4R_n0-nzOEtFNFBrdF9OLXc/view?pref=2&pli=1)

Joint Action-CHRODIS, an health program of the European Union, has now developed a new comprehensive care model that responds to unmet needs for improved care and coordination and better support to self-management of patients.

**Roche, R. et Genisson, C. (2016). Rapport d'information sur l'avenir du Fonds de solidarité vieillesse.** Paris Sénat

[https://www.senat.fr/rap/r15-668/r15-668\\_mono.html](https://www.senat.fr/rap/r15-668/r15-668_mono.html)

À quoi sert le Fonds de solidarité vieillesse ? Vingt-trois ans après sa création lors de la réforme des retraites de 1993, cet établissement public administratif chargé de financer les dépenses de solidarité nationale du système de retraites demeure mal connu. Les élargissements successifs de sa mission notamment à des dispositifs ne relevant pas strictement du champ de la solidarité nationale comme le minimum contributif ont contribué à fortement brouiller sa mission. Parallèlement, le déficit du FSV s'est fortement creusé pour atteindre en 2016 3,9 milliards d'euros soit la moitié du déficit de l'ensemble des branches du régime général de sécurité sociale. La persistance de ce déficit, contraste avec le retour à l'équilibre des régimes de base d'assurance vieillesse, prévu en 2016. Ce dernier n'est pourtant que théorique au regard de la nature forfaitaire des dépenses du FSV pour la prise en charge des périodes assimilées (12,5 milliards d'euros) qui ne correspond pas à la charge réelle supportée par les régimes. Le rapport formule deux propositions fortes visant d'une part, à recentrer le FSV sur sa mission de financement du minimum vieillesse et des cotisations pour périodes assimilées et d'autre part, à intégrer les résultats financiers du FSV dans les tableaux d'équilibre du régime général et des régimes de base au sein des lois de financement de la sécurité sociale (résumé de l'éditeur).

**Commission (2016). Les transitions de l'activité à la retraite. Les comptes de la sécurité sociale :**

Résultats 2015. Prévisions 2016., Paris : CSSS

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-sept2015\\_.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-sept2015_.pdf)

L'augmentation du taux d'emploi des seniors est l'un des leviers de la pérennité financière du système de retraite. Les dernières lois de réforme des retraites comportaient ainsi un ensemble de mesures visant à maintenir les actifs âgés de 55 à 64 ans en emploi, parmi lesquelles le cumul emploi-retraite et la retraite progressive<sup>1</sup>. Le premier dispositif, qui cible les personnes ayant déjà liquidé leur retraite, s'est fortement développé tandis que le recours au second, qui concerne les assurés en fin de carrière, est resté très marginal jusqu'en 2014. Le renforcement de la retraite progressive en 2014 a conduit à une très forte croissance du recours à ce dispositif.