

**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

26 février 2016 / February the 26th, 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>Assurance maladie / Health Insurance .....</b>	<b>6</b>
Dormont, B. and A. Bozio (2016). "Gouverner la protection sociale : Transparence et efficacité." .....	6
Guisse, N., et al. (2015). Protection sociale : les classes moyennes inférieures se sentent laissées-pour-compte.....	6
<b>Economie de la santé / Health Economics.....</b>	<b>6</b>
(2016). "Les perspectives financières des régimes de base de la sécurité sociale associées à la loi de financement pour 2016." .....	6
Cawley, J., et al. (2016). Incentivizing Nutritious Diets: A Field Experiment of Relative Price Changes and How They are Framed.....	6
Culyer, A. J. (2016). Cost-effectiveness thresholds in health care: A bookshelf guide to their meaning and use.....	7
Safon, M.O. Historique des lois de financement de la Sécurité sociale en France.....	7
Wodchis, W. P. and P. C. Austin (2016). "A 3-year study of high-cost users of health care .....	7
<b>Etat de santé / Health Status.....</b>	<b>8</b>
Courtemanche, C., et al. (2016). The Effect of Smoking on Obesity: Evidence from a Randomized Trial. ....	8
Cowppli-Bony, A., et al. (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 Partie 1 - Tumeurs solides.....	8
Julia, C., et al. (2016). "La santé dans l'assiette .....	8
(2015). "Core Health Indicators in the WHO European Region. Special focus :human resources for health." .....	9
Lindahl, M., et al. (2016). Parental Influences on Health and Longevity: Lessons from a Large Sample of Adoptees. ....	9
<b>Géographie de la santé / Geography of Health.....</b>	<b>9</b>
Chesnel, H. (2015). "Des enjeux différenciés en matière de santé dans les quartiers des grandes agglomérations.".....	9
Or, Z., et al. (2015). "Pour un atlas des variations des pratiques en France." .....	10
<b>Hôpital / Hospitals .....</b>	<b>10</b>
(2015). Increasing Hospital- Physician Consolidation Highlights Need for Payment Reform .....	10
(2015). L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes .....	10

(2015). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs. ....	10
Longo, F., et al. (2016). Are costs differences between specialist and general hospitals compensated by the prospective payment system? .....	11
Moscelli, G., et al. (2016). Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002/3-2012/13. ....	11
<b>Inégalités de santé / Health Inequalities.....</b>	<b>11</b>
(2016). L'état du mal-logement en France : 21è rapport annuel .....	11
Cookson, R., et al. (2016). Health equity indicators for the English NHS .....	12
Culyer, A. J. (2016). Efficiency, equity and equality in health and health care .....	12
Fontaine, M. and M. Sicsic (2015). ....	12
Robson, M., et al. (2016). Eliciting the Level of Health Inequality Aversion in England. .	12
<b>Médicaments / Pharmaceuticals.....</b>	<b>13</b>
Pammolli, F. and A. Rungi (2016). Access to Medicines and European Market Integration .....	13
<b>Politique de santé / Health Policy .....</b>	<b>13</b>
(2015). "1945-2015 : la Sécurité sociale, un service public." .....	13
(2015). Taking a participatory approach to development and better health. Examples from the Regions for Health Network.....	14
Robinet, A. and J. L. Touraine (2016). Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale .....	14
Safon, M. O. (2016). Loi de modernisation du système de santé français. ....	14
<b>Prévention / Prevention .....</b>	<b>15</b>
(2016). Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude médico-économique. Phase 1. Bilans d'activité et évaluations / Dépistage. ....	15
Guthmann, J. P., et al. (2015). Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012.....	15
<b>Psychiatrie / Psychiatry.....</b>	<b>16</b>
Coppens, E., et al. (2015). Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe: situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE .....	16
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care.....</b>	<b>16</b>

Chen, A. and D. N. Lakdawalla (2016). Saving Lives or Saving Money? Understanding the Dual Nature of Physician Preferences. ....	16
Doran, N., et al. (2016). "Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England." .....	16
<b>Systèmes de santé / Health Systems .....</b>	<b>17</b>
Chevreur, K., et al. (2015). France : Health system review .....	17
Mossialos, E. éd., et al. (2016). International Profiles of Health Care Systems, 2015 ....	17
<b>Travail et santé : Occupational Health .....</b>	<b>17</b>
(2015). Conditions de travail : Bilan 2014. ....	17
(2015). Point statistique AT-MP France. Données 2014 .....	17
Coile, C., et al. (2016). Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from the U.S. ....	18
Garcia-Gomez, P., et al. (2016). Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from Spain.....	18
Johansson, P., et al. (2016). Health, Work Capacity and Retirement in Sweden. ....	18
Jousten, A. and M. Lefebvre (2016). Work Capacity and Longer Working Lives in Belgium .....	18
Jurges, H., et al. (2016). Healthy, Happy and Idle: Estimating the Health Capacity to Work at Older Ages in Germany .....	18
Kalwij, A., et al. (2016). Work Capacity at Older Ages in the Netherlands. ....	19
Memmi, S., et al. (2016). "L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux.....	19
Quinlan, M. (2016). The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety .....	20
Usui, E., et al. (2016). Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from Japan ...	20
Wolff, L., et al. (2015). Les changements dans le travail vécus au fil de la vie professionnelle, et leurs enjeux de santé. Une analyse à partir de l'enquête SIP .....	20
<b>Viellissement / Ageing .....</b>	<b>21</b>
(2015). EHPAD : vers de nouveaux modèles ? .....	21
(2015). Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois. ....	21
Borella, M., et al. (2016). Rich, Poor, Singles, and Couples. Who Receives Medicaid in Old Age and Why? .....	21
Chen, B. K., et al. (2016). Forecasting Trends in Disability in a Super-Aging Society: Adapting the Future Elderly Model to Japan .....	22
Coe, N. B. and G. Zamorro (2015). Does Retirement Impact Health Care Utilization ? ..	22

Coile, C., et al. (2016). Social Security and Retirement Programs Around the World: The Capacity to Work at Older Ages - Introduction and Summary .....22

Gheorghe, M., et al. (2015). Health-related constraints to raising Retirement Ages in the EU: A probabilistic Markov-Model of age-related disability rates for selected disease causes and related impacts on public payer cash benefit expenditure.....23

Sirven, N. E. and Y. E. Bourgueil (2016). La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé à Paris par le Liraes (EA4470), Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes .....23

## Assurance maladie / Health Insurance

### **Dormont, B. and A. Bozio (2016). "Gouverner la protection sociale : Transparence et efficacité."**

Notes Du Conseil D'analyse Economique (Les)(28)

<http://www.cae-eco.fr/Gouverner-la-protection-sociale-transparence-et-efficacite.html>

Les dépenses de protection sociale représentent aujourd'hui près de 672 milliards d'euros en France, soit 31,8 % du PIB. Le lent processus de construction de ce système a abouti à une architecture complexe avec de multiples acteurs aux décisions non coordonnées, les choix d'ensemble étant finalement peu transparents. Les auteurs de cette nouvelle note du CAE, Antoine Bozio et Brigitte Dormont, font le point sur cette architecture et proposent des pistes pour une restructuration permettant à la fois l'expression des choix démocratiques et l'indispensable recherche d'efficacité, en mettant l'accent sur les retraites et l'assurance maladie, qui représentent près de 80 % des dépenses de protection sociale. Ils formulent six recommandations.

### **Guisse, N., et al. (2015). Protection sociale : les classes moyennes inférieures se sentent laissées-pour-compte. Rapports; 324. Paris : Credoc**

<http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=Sou2016-4347>

Ce document présente les résultats des questions insérées à la demande de l'Institut Montparnasse, laboratoire d'idées fondé par MGEN, et Terra Nova dans la vague de juin 2015 de l'enquête barométrique « Conditions de vie et aspirations » du CREDOC. Quatre blocs thématiques sont abordés : la perception de la protection sociale et le souhait de réformes; les préoccupations en matière de protection sociale; l'opinion sur les critères d'éligibilité aux aides et le financement du système de protection sociale et l'avis des Français quant au rôle à jouer pour l'Etat et les acteurs privés dans la protection sociale.

## Economie de la santé / Health Economics

### **(2016). "Les perspectives financières des régimes de base de la sécurité sociale associées à la loi de financement pour 2016." Notes Du Secrétariat Général de La Commission des Comptes de La Sécurité Sociale(29)**

<http://www.securite-sociale.fr/Les-perspectives-financieres-des-regimes-de-base-de-la-securite-sociale-associees-a-la-loi-de,4967>

Ce document détaille les prévisions financières pour 2016 des quatre branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), telles qu'elles ont été adoptées dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 et intégrant l'impact financier des mesures adoptées dans le cadre de cette même loi, de la loi de finances pour 2016 et des dispositions prises par voie réglementaire.

### **Cawley, J., et al. (2016). Incentivizing Nutritious Diets: A Field Experiment of Relative Price Changes and How They are Framed. NBER Working Paper Series ; n° 21929. Cambridge : NBER**

<http://www.nber.org/papers/w21929>

This paper examines how consumers respond to price incentives for nutritious relative to less-nutritious foods, and whether the framing of the price incentive as a subsidy for nutritious food or a tax on non-nutritious food influences consumers' responses. Analyzing transaction data from an 8-month randomized controlled field experiment involving 208 households, we find that a 10% relative price difference between nutritious and less

nutritious food does not significantly affect overall purchases, although low-income households respond to the subsidy frame by buying more of both nutritious and less-nutritious food.

**Culyer, A. J. (2016). Cost-effectiveness thresholds in health care: A bookshelf guide to their meaning and use.** CHE Research Paper Series ;121. York : University of York  
[https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP121\\_Cost-Effectiveness\\_thresholds\\_Health\\_Care.pdf](https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP121_Cost-Effectiveness_thresholds_Health_Care.pdf).

There is misunderstanding about both the meaning and the role of cost-effectiveness thresholds in policy decision making. This article dissects the main issues by use of a bookshelf metaphor. Its main conclusions are these: It must be possible to compare interventions in terms of their impact on a common measure of health. Mere effectiveness is not a persuasive case for inclusion in public insurance plans. Public health advocates need to address issues of relative effectiveness. A 'first best' benchmark or threshold ratio of health gain to expenditure identifies the least effective intervention that should be included in a public insurance plan. The reciprocal of this ratio – the 'first best' cost-effectiveness threshold – will rise or fall as the health budget rises or falls (*ceteris paribus*). Setting thresholds too high or too low costs lives. Failure to set any cost-effectiveness threshold at all also involves avertable deaths and morbidity. The threshold cannot be set independently of the health budget. The threshold can be approached from either the demand-side or the supply side – the two are equivalent only in a health-maximising equilibrium. The supply-side approach generates an estimate of a 'second best' cost-effectiveness threshold that is higher than the 'first best'. The second best threshold is the one generally to be preferred in decisions about adding or subtracting interventions in an established public insurance package. Multiple thresholds are implied by systems having distinct and separable health budgets. Disinvestment involves eliminating effective technologies from the insured bundle. Differential (positive) weighting of beneficiaries' health gains may increase the threshold. Anonymity and identity are factors that may affect the interpretation of the threshold. The true opportunity cost of health care in a community, where the effectiveness of interventions is determined by their impact on health, is not to be measured in money – but in health itself.

**Safon, M.O. Historique des lois de financement de la Sécurité sociale en France.** Paris : Irdes  
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse un historique des lois de financement de la sécurité sociale, instaurées en France suite au plan Juppé par la loi constitutionnelle du 22 février 1996. Elle aborde les lois de financement de la Sécurité sociale sous l'angle exclusif des mesures relatives à l'assurance maladie.

**Wodchis, W. P. and P. C. Austin (2016). "A 3-year study of high-cost users of health care."** *CMAJ* : Canadian Medical Association Journal: 7 , tabl., fig.  
<http://www.cmaj.ca/content/early/2016/01/11/cmaj.150064>

Cet article se penche sur les utilisateurs à coûts élevés des soins de santé en Ontario. Il étudie les diagnostics cliniques, les caractéristiques démographiques et les coûts engendrés. Les diagnostics comprenaient les maladies chroniques, les infections et les soins palliatifs. La plupart des dépenses pour les utilisateurs à coûts élevés étaient liées aux soins en établissement; les coûts étant beaucoup plus concentrés chez les enfants que chez les adultes plus âgés.



## Etat de santé / Health Status

**Courtemanche, C., et al. (2016). The Effect of Smoking on Obesity: Evidence from a Randomized Trial.** NBER Working Paper Series ; n° 21937. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21937>

This paper aims to identify the causal effect of smoking on body mass index (BMI) using data from the Lung Health Study, a randomized trial of smoking cessation treatments. Since nicotine is a metabolic stimulant and appetite suppressant, quitting or reducing smoking could lead to weight gain. Using randomized treatment assignment to instrument for smoking, we estimate that quitting smoking leads to an average long-run weight gain of 1.5-1.7 BMI units, or 11-12 pounds at the average height. These magnitudes are considerably larger than those typically estimated by studies that do not account for the endogeneity of smoking. Our results imply that the drop in smoking in recent decades explains 14% of the concurrent rise in obesity. Semi-parametric models provide evidence of a diminishing marginal effect of smoking on BMI, while subsample regressions show that the impact is largest for younger individuals, females, those with no college degree, and those with healthy baseline BMI levels.

**Cowppli-Bony, A., et al. (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 Partie 1 - Tumeurs solides.** Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire  
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine-1989-2013-Partie-1-tumeurs-solides>

L'objectif de cette étude est de fournir, à partir des données de population des registres du réseau Francim, des estimations actualisées de survie observée et nette à 1, 3, 5 et 10 ans après un diagnostic de cancer et de présenter les tendances temporelles de la survie. Des estimations de la survie à 15 ans sont également produites pour la première fois en France. L'étude a inclus tous les nouveaux cas de cancers solides, diagnostiqués entre 1989 et 2010 chez les personnes âgées de 15 ans ou plus dans 19 départements métropolitains, soit 502 063 cas incidents. Les résultats sont présentés pour 37 localisations de cancers, tous stades confondus. La survie nette des personnes atteintes de cancer solide varie considérablement selon la localisation cancéreuse sur la période 2005-2010. Les cancers de mauvais pronostic (survie nette à 5 ans inférieure à 33 %) représentent 31 % des cancers solides chez l'homme et 17 % chez la femme. À l'inverse, les cancers de bon pronostic (survie nette à 5 ans supérieure ou égale à 66 %) représentent 57 % des cancers solides chez la femme et 44 % chez l'homme. Pour un même cancer, les femmes ont le plus souvent une survie supérieure à celle des hommes. La survie diminue avec l'âge pour l'ensemble des cancers solides. Une amélioration de la survie nette est observée pour la plupart des cancers solides sur la période 1989-2010, moins marquée chez les sujets âgés. Cette amélioration peut, en partie, se rapporter aux progrès thérapeutiques ainsi qu'à une plus grande précocité des diagnostics, à l'origine d'une meilleure prise en charge mais également d'un mécanisme d'avance au diagnostic du fait d'un dépistage. Selon les cancers étudiés, ces deux facteurs explicatifs peuvent se combiner. D'autres facteurs peuvent également contribuer à expliquer les tendances de la survie et sont discutés pour localisation cancéreuse étudiée.

**Julia, C., et al. (2016). "La santé dans l'assiette."** *Sève : Les Tribunes de la Santé*(49): 23-89.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-4.htm>

Ce dossier propose aux lecteurs les analyses clairvoyantes et sans concession d'experts



scientifiques et d'observateurs vigilants des évolutions des politiques nutritionnelles et de sécurité alimentaire.

**(2015). "Core Health Indicators in the WHO European Region. Special focus :human resources for health."** Copenhague : OMS office for Europe  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/290440/Core-Health-Indicators-European-2015-human-resources-health.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/290440/Core-Health-Indicators-European-2015-human-resources-health.pdf)

This annual publication provides a basic overview of the health situation in the 53 Member States of the WHO European Region. The key health statistics broadly cover the main health domains: health status of the population, main determinants of health and risk factors and health system resources and utilization. The publication also includes background demographic and socioeconomic indicators. The 2015 edition has a special focus on human resources for health and gives statistics such as the nurse to physician ratio by country and the gender and age distribution of healthcare workers. The information is compiled from data generated nationally by health and statistical authorities and regionally by WHO and other international agencies. The data are presented in simple tables for quick reference.

**Lindahl, M., et al. (2016). Parental Influences on Health and Longevity: Lessons from a Large Sample of Adoptees.** NBER Working Paper Series ; n° 21946. Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w21946>

To what extent is the length of our lives determined by pre-birth factors? And to what extent is it affected by parental resources during our upbringing that can be influenced by public policy? We study the formation of adult health and mortality using data on about 21,000 adoptees born between 1940 and 1967. The data include detailed information on both biological and adopting parents. We find that the health of the biological parents affects the health of their adopted children. Thus, we confirm that genes and conditions in utero are important intergenerational transmission channels for long-term health. However, we also find strong evidence that the educational attainment of the adopting mother has a significant impact on the health of her adoptive children, suggesting that family environment and resources in the post-birth years have long-term consequences for children's health.

## Géographie de la santé / Geography of Health

**Chesnel, H. (2015). "Des enjeux différenciés en matière de santé dans les quartiers des grandes agglomérations."** Insee Analyses Pays De La Loire(23)  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=3&ref\\_id=23646](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=23646)

Une configuration type des espaces urbains se dessine selon le profil des populations cibles des actions de santé publique : populations à bas revenu, personnes âgées et familles. La moitié des personnes démunies financièrement, dont l'état de santé est plus souvent dégradé, habitent dans des quartiers où la pauvreté est marquée, généralement proches des centres villes. Une personne à bas revenu sur cinq habite au cœur de l'agglomération où l'offre médicale est concentrée, mais dont la patientèle est nombreuse et hétérogène. Le marché immobilier contraint d'autres populations pauvres à s'éloigner des équipements et à vivre dans des territoires peu denses où les actions de santé publique sont plus difficiles à mettre en œuvre. Les familles sont par exemple plus présentes dans ces quartiers périphériques moins bien équipés. Les personnes âgées sont surreprésentées dans des quartiers généralement situés à proximité des centres villes où l'offre de santé peut répondre à leurs besoins.

**Or, Z., et al. (2015). "Pour un atlas des variations des pratiques en France." Actualité Et Dossier en Santé Publique(92): 43-45.**

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=149>

L'information sur les droits des usagers de la santé constitue une priorité pour réduire l'asymétrie d'information entre soignants et soignés et permettre aux usagers de pouvoir contribuer aux décisions de santé et aux patients d'être réellement acteurs de leur prise en charge en choisissant au mieux leur parcours de soins. Cette priorité est entrée dans le Code de santé publique depuis plus de 13 ans avec le vote de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (introd.).

## Hôpital / Hospitals

**(2015). Increasing Hospital- Physician Consolidation Highlights Need for Payment Reform.**

Washington : GAO

<http://www.gao.gov/products/GAO-16-189>

Vertical consolidation is a financial arrangement that occurs when a hospital acquires a physician practice and/or hires physicians to work as salaried employees. The number of vertically consolidated hospitals and physicians increased from 2007 through 2013. Specifically, the number of vertically consolidated hospitals increased from about 1,400 to 1,700, while the number of vertically consolidated physicians nearly doubled from about 96,000 to 182,000. This growth occurred across all regions and hospital sizes, but was more rapid in recent years. After hospitals and physicians vertically consolidate, services performed in physician offices, such as evaluation & management (E/M) office visits, can be classified as being performed in hospital outpatient departments (HOPD). Medicare often pays providers at a higher rate when the same service is performed in an HOPD rather than in a physician office. For example, in 2013, the total Medicare payment rate for a mid-level E/M office visit for an established patient was \$51 higher when the service was performed in an HOPD instead of a physician office.

**(2015). L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes.** Paris : La Documentation française

<https://www.ccomptes.fr/content/download/88969/2113785/file/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>

La Cour des comptes a rendu public, le 20 janvier 2016, un rapport sur les évolutions récentes de l'hospitalisation à domicile demandé par la commission des affaires sociales et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières. Malgré la mise en œuvre d'une stratégie de développement par les pouvoirs publics, l'hospitalisation à domicile progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins. La Cour estime notamment nécessaire de mieux démontrer par des études comparatives les avantages et l'efficacité de ce mode de prise en charge par rapport en particulier à une intervention coordonnée de professionnels libéraux de santé, mais aussi de réorganiser une offre de soins hétérogène et mal répartie, et de refondre la tarification. Elle formule sept recommandations.

**(2015). Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs.** NICE guideline, Londres : NICE.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng27>

This guideline covers the transition between inpatient hospital settings and community or care homes for adults with social care needs. It aims to improve people's experience of

admission to, and discharge from, hospital by better coordination of health and social care services.

**Longo, F., et al. (2016). Are costs differences between specialist and general hospitals compensated by the prospective payment system? Discussion Papers in Economics; n°15/30.** York:

University of York

[http://econpapers.repec.org/paper/yoryorken/15\\_2f30.htm](http://econpapers.repec.org/paper/yoryorken/15_2f30.htm)

Prospective payment systems fund hospitals based on a fixed-price regime that does not directly distinguish between specialist and general hospitals. We investigate whether current prospective payments in England compensate for differences in costs between specialist orthopaedic hospitals and trauma and orthopaedics (T&O) departments in general hospitals. We employ reference cost data for a sample of hospitals providing services in the trauma and orthopaedics specialty. Our regression results suggest that specialist orthopaedic hospitals have on average 13.5% lower profit margins. Under the assumption of break-even for the average trauma and orthopaedics department, two of the three specialist orthopaedic hospitals appear to make a loss on their activity. The same holds true for almost 34% of departments in our sample. Variations in the salary of doctors, scale economies, other hospital status (e.g. foundation trust, teaching hospital), and quality of care explain only a small proportion of such differences.

**Moscelli, G., et al. (2016). Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002/3-2012/13. CHE Research Paper Series ;123.** York : University of York: 24 , tabl., fig.

<https://www.york.ac.uk/che/news/2016/che-research-paper-123/>

We investigate (a) how patient choice of hospital for elective hip replacement is influenced by distance, quality and waiting times, (b) differences in choices between patients in urban and rural locations, (c) the relationship between hospitals' elasticities of demand to quality and the number of local rivals, and how these changed after relaxation of constraints on hospital choice in England in 2006. Using a data set on over 500,000 elective hip replacement patients over the period 2002/3 to 2012/13 we find that patients became more likely to travel to a provider with higher quality or lower waiting times, the proportion of patients bypassing their nearest provider increased from 25% to almost 50%, and hospital elasticity of demand with respect to own quality increased. By 2012/13 average hospital demand elasticity with respect to readmission rates and waiting times were -0.2 and -0.04. Providers facing more rivals had demand that was more elastic with respect to quality and waiting times. Patients from rural areas have smaller disutility from distance.

## Inégalités de santé / Health Inequalities

**(2016). L'état du mal-logement en France : 21<sup>e</sup> rapport annuel.** Paris : Fondation Abbé Pierre pour le Logement des Défavorisés

<http://www.fondation-abbe-pierre.fr/21e-rapport-etat-mal-logement-2016>

3 Français sur 4 jugent leur pays comme inégalitaire, le logement leur apparaissant comme la troisième source d'inégalités la plus grave et la deuxième la plus répandue. (sondage TNS Sofres - octobre 2015). La Fondation Abbé Pierre analyse le logement comme un facteur majeur dans l'approfondissement des inégalités, au cœur du processus de décrochage des couches populaires. Ce rapport fait le lien entre logement et santé et fait du mal-logement une question de santé publique. Il consacre ensuite un chapitre à la lutte contre la ségrégation urbaine. Enfin, comme chaque année, comme chaque année, ce rapport dresse

le tableau de bord du mal-logement à partir de chiffres actualisés, notamment grâce à une exploitation inédite de l'enquête Logement 2013 de l'Insee et du suivi des politiques du logement de l'année écoulée.

**Cookson, R., et al. (2016). Health equity indicators for the English NHS.** CHE Research Paper Series ;124. York : University of York

This research highlights the breadth of health inequalities between the richest and poorest in England. It finds that the richest fifth of people in England can expect to live at least 12 more years of life in full health than the poorest fifth. Despite their shorter lives, poorer people make more use of NHS services - especially emergency services. It identifies reducing inequality in health care outcomes rather than access to care as a priority for the NHS

**Culyer, A. J. (2016). Efficiency, equity and equality in health and health care.** CHE Research Paper Series ;120. York : University of York  
[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP120\\_Efficiency\\_Equity\\_Equality\\_Health\\_Care.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP120_Efficiency_Equity_Equality_Health_Care.pdf)

Three common "Es" have high ethical and political content for health policy: efficiency, equity and equality. This article examines the links between the three, with especial attention given to (a) the claimed conflict between efficiency and equity, (b) the equity of inequalities and (c) the conflict between six equity principles: equal health, equal health gain, equal value of additional health, maintaining existing distributions, allocation according to need and equal per capita resources. Conclusions include: Efficiency and equity do not inherently conflict. An inefficient allocation can be equitable. An efficient allocation can be inequitable. An inefficient allocation can become more efficient without increasing inequity. What is equitable often requires inequality in health and inequality in resource distribution per capita. Equality in health requires inequality in resource allocation. Equality in resource allocation typically leads to inequality in health. Allocation according to need typically leads to inequality in health.

**Fontaine, M. and M. Sicsic (2015). "Des indicateurs précoces de pauvreté et d'inégalités. Résultats expérimentaux pour 2014."** Insee Analyses(23)  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ia23](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ia23)

L'Insee publie tous les ans, en septembre, le niveau de vie médian des ménages, le taux de pauvreté et les principaux indicateurs d'inégalité de niveau de vie relatifs à l'avant-dernière année. Il a ainsi publié en septembre 2015 ces indicateurs pour l'année 2013. Le délai de 21 mois entre la fin de l'année considérée et la date de la publication est nécessaire pour disposer d'informations fiables sur les revenus perçus par les ménages. Cependant, pour évaluer plus rapidement la situation et l'efficacité des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités, il est souhaitable de disposer d'indicateurs plus précoces. En l'absence de possibilité de réduction sensible du délai de mise à disposition des informations de base, l'Insee expérimente une méthode fondée sur la microsimulation afin

**Robson, M., et al. (2016). Eliciting the Level of Health Inequality Aversion in England.** CHE Research Paper Series ;125. York : University of York  
[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP125\\_eliciting\\_health\\_inequality\\_preferences.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP125_eliciting_health_inequality_preferences.pdf)

Policy makers faced with equality-efficiency trade-offs can articulate the nature and extent of their health inequality aversion using social welfare functions. In this study we use data from an online survey of the general public in England (n=246) to elicit health inequality aversion parameters by numerically solving Atkinson and Kolm social welfare functions. We elicit median inequality aversion parameters of 10.95 for Atkinson and 0.15 for Kolm. These values

suggest substantial concern for health inequality among the English general public which, at current levels of quality adjusted life expectancy, implies weighting health gains to the poorest fifth of people in society six to seven times as highly as health gains to the richest fifth.

## Médicaments / Pharmaceuticals

**Pammolli, F. and A. Rungi (2016). Access to Medicines and European Market Integration. IMT Lucca EIC Working Paper 01/2016. Lucca : IMT**

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2717501](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2717501)

In this paper we document a process of price convergence in the European market for pharmaceutical products and relate it to access to innovative medicines in individual countries. The EU is a peculiar case study, where free circulation of goods coexists with pricing policies designed and implemented by Member States. Thanks to a unique census database on product sales and launches for fifteen EU countries, we detect a process of price convergence, both in nominal and in real terms. Therefore, we find that a faster rate of price convergence and a lower income per capita are associated with stronger delays in launches of new medicines. Moreover, country delays tend to be higher for innovative and first in class chemical compounds. Our results suggest that inefficiencies arise from drugs regulation, when countries widely differ in income per capita, public finance sustainability conditions, and regulatory frameworks. Policies of external reference pricing tend to exacerbate welfare losses. A policy of differential pricing is suggested, in order to take into account both therapeutic value and willingness to pay at the country level.

## Politique de santé / Health Policy

**(2015). "1945-2015 : la Sécurité sociale, un service public." Informations Sociales(189)**

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-3.htm>

Garantir « à chacun qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes », telle est l'ambition nouvelle des ordonnances d'octobre 1945, créant le régime général de la Sécurité sociale. Pour le 70e anniversaire de ce pilier du modèle social français, la revue Informations sociales explore le processus historique ayant conduit à cette réforme, mais aussi les mutations organisationnelles de cette institution et ses effets sur la société française. Consacrée à la Libération, la Sécurité sociale résulte d'une synthèse d'idées et de politiques qui se sont développées depuis la fin du XIXe siècle, pas seulement en France mais dans l'ensemble des pays industrialisés, suivant des modalités et des temporalités différentes. Dans cette dynamique réformatrice, l'entre-deux-guerres tient une place à part, que ce soit pour la prise en charge de la santé, des retraites comme de la famille (1re partie). Pilier essentiel du projet politique d'après-guerre, la Sécurité sociale est aussi un service public du quotidien, interface « technique » mais aussi humaine pour des millions d'allocataires (2e partie). Si la relation de service avec les assurés s'appuie aujourd'hui sur de nouveaux modes de contact (téléphone, Internet...), le « guichet » a constitué pour les générations d'après-guerre une dimension familière de la relation avec la « Sécu » dans la perception de leurs allocations. La Sécurité sociale a su répondre aux évolutions de la société et contribué aux transformations (3e partie). C'est un élément clairement perçu par l'opinion publique et mesurable dans la structuration par âge de la société française et les relations entre générations comme dans l'évolution des rapports entre hommes et femmes au sein des

couples.

**(2015). Taking a participatory approach to development and better health. Examples from the Regions for Health Network.** Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/294064/Taking-participatory-approach-development-health-malmo-skane.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/294064/Taking-participatory-approach-development-health-malmo-skane.pdf)

Cette publication témoigne, au moyen d'études de cas, de l'expérience acquise en matière d'approches participatives envers le développement et l'amélioration de la santé, adoptées par la région de Scanie (Suède) et trois autres régions : la province autonome de Trente (Italie), la communauté autonome d'Andalousie (Espagne) et le pays de Galles (Royaume-Uni). Si l'amélioration des conditions de survie à long terme et du bien-être de la population d'une région donnée constitue le but ultime de tout programme de développement, il faut à cet effet renforcer l'intégration sociale et veiller à une répartition plus équitable des déterminants sociaux de la santé. Les conséquences intentionnelles des approches participatives dépassent largement le cadre du secteur de la santé, et touchent au domaine de l'instauration d'un changement social positif et durable. Grâce à l'engagement des parties prenantes, la valeur de la contribution de tout un chacun au processus ne jouit pas seulement d'une reconnaissance pratique : il s'agit aussi d'une approche collaborative permettant de trouver ensemble des solutions. La politique Santé 2020 de l'OMS plaide en faveur de l'adoption d'une perspective pangouvernementale et pansociétale impliquant diverses parties prenantes à tous les niveaux.

**Robinet, A. and J. L. Touraine (2016). Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.** Paris : Assemblée Nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3441.asp>

Ratifiée par la loi du 30 mai 2013, l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale a réformé en profondeur la biologie médicale. Plusieurs axes ont ainsi été identifiés : – l'affirmation du caractère médical de la profession au travers de la nouvelle définition de l'examen de biologie médicale, de la qualification du biologiste médical et de l'importance du dialogue entre ce dernier et le médecin-clinicien ; – la garantie de la même qualité d'examens à tous nos concitoyens sur l'ensemble du territoire national au travers de l'accréditation à 100 %. Les laboratoires, publics comme privés, ont jusque 2020 pour se mettre en conformité avec cette exigence, différents jalons ayant été fixés entre 2013 et ce terme ; – la lutte contre la financiarisation du secteur au travers de la préservation des droits des biologistes en exercice, la définition de règles prudentielles et la mise en place de contrôles exercés par les agences régionales de santé (ARS). Les rapporteurs ont souhaité réinvestir ces trois enjeux dans le cadre du rapport d'application.

**Safon, M. O. (2016). Loi de modernisation du système de santé français.** Paris : IRDES.

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

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



## Prévention / Prevention

### **(2016). Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude médico-économique. Phase 1. Bilans d'activité et évaluations / Dépistage.** Boulogne-Billancourt : INCA

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1>

Conformément à sa mission d'observation, de coordination et d'évaluation des actions de lutte contre le cancer en France, l'INCa évalue l'efficacité des dépistages et celle de leurs modalités d'organisation/d'évolution. Dans ce cadre, il a confié au groupement PHE/OpusLine une étude évaluant au plan médico-économique la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette étude était scindée en deux phases : une analyse permettant de caractériser les femmes ne réalisant pas de dépistage et les populations les plus vulnérables, couplée à une analyse d'impact budgétaire permettant d'identifier différentes options de dépistage du CCU susceptibles d'être mises en œuvre à court terme (phase 1) ; une étude médico-économique fondée sur une modélisation permettant d'évaluer l'efficacité de différentes stratégies de dépistage organisé à moyen terme et tenant compte, notamment, des évolutions technologiques, de la démographie médicale et de l'organisation du dispositif de dépistage (phase 2). La phase 1 vise à caractériser de façon fine les populations ciblées par l'action 1.1 du Plan cancer 2014-2019 et à évaluer au plan budgétaire l'impact à court terme de la mise en place du programme national de dépistage organisé dans le cadre fixé par cette action. La phase 2 de l'étude doit permettre d'anticiper les évolutions attendues du contexte de ce dépistage, de façon à en intégrer ou prévoir d'en intégrer les conséquences potentielles dès la mise en place du programme national de dépistage organisé. Le présent document vient conclure la première phase de l'étude et comprend dans ses annexes l'intégralité des rapports des études menées dans le cadre de cette première analyse, c'est-à-dire : une revue de la littérature (annexe 1) ; une enquête par entretiens qualitatifs (annexe 2) ; une analyse des éléments d'activité sur les sites expérimentaux de dépistage organisé du CCU (annexe 3) ; une analyse des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie (annexe 4) ; une enquête d'opinion réalisée auprès de 1 000 femmes (annexe 5) ; une analyse d'impact budgétaire (annexe 6).

### **Guthmann, J. P., et al. (2015). Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012,** Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Determinants-socio-economiques-de-vaccination-et-de-depistage-du-cancer-du-col-par-frottis-cervico-uterin-FCU>

Les couvertures vaccinales (CV) du rappel diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP) de l'adulte et de la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) de la jeune fille sont insuffisantes en France. L'Institut de veille sanitaire (InVS) a analysé les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) conduite en 2012 afin d'explorer les déterminants socio-économiques de ces vaccinations, ainsi que ceux du dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin (FCU). L'enquête a porté sur un échantillon aléatoire représentatif des bénéficiaires de l'Assurance maladie. Les informations ont été recueillies par interview téléphonique et autoquestionnaire.



## Psychiatrie / Psychiatry

**Coppens, E., et al. (2015). Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe: situation actuelle, recommandations et lignes directrices par le réseau ADOCARE.** Bruxelles : ADOCARE [http://www.cresam.be/IMG/pdf/adolescent\\_mental\\_health\\_care\\_in\\_europe\\_french.pdf](http://www.cresam.be/IMG/pdf/adolescent_mental_health_care_in_europe_french.pdf) ADOCARE a pour mission d'améliorer les soins psychiatriques pour adolescents dans les Etats membres de l'Union. Il sort aujourd'hui un rapport dans lequel sont collectées les informations les plus récentes et les plus pertinentes sur les soins en santé mentale pour adolescents. Il se penche sur l'état global de la santé mentale des adolescents en Europe, sur la manière dont les services spécialisés européens sont organisés, sur les stratégies et politiques mises en place pour améliorer leur disponibilité et leur qualité ainsi que sur celles qui visent à prévenir les troubles psychiatriques et promouvoir le bien-être mental des adolescents (résumé de l'éditeur).

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

**Chen, A. and D. N. Lakdawalla (2016). Saving Lives or Saving Money? Understanding the Dual Nature of Physician Preferences.** NBER Working Paper Series ; n° 21930. Cambridge : NBER <http://www.nber.org/papers/w21930>

A longstanding literature has highlighted the tension between the altruism of physicians and their desire for profit. This paper develops new implications for how these competing forces drive pricing and utilization in healthcare markets. Altruism dictates that providers reduce utilization in response to higher prices, but profit-maximization does the opposite. Rational physicians will behave more altruistically when treating poorer patients or those that face higher medical cost burdens, and when foregone profits are lower. These insights help explain the observed heterogeneity in pricing dynamics across different healthcare markets. We empirically test the implications of our model by utilizing two exogenous shocks in Medicare price setting policies. Our results indicate that patient income, out-of-pocket costs, and profitability alone explain up to one-quarter of the variation in price elasticities. Finally, we demonstrate that uniform policy changes in reimbursement or patient cost-sharing may lead to unintended consequences.

**Doran, N., et al. (2016). "Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England."** *British Journal of General Practice* online: e128-e135. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26740606>

The loss of GPs in the early stages of their careers is contributing to the GP workforce crisis. Recruitment in the UK remains below the numbers needed to support the demand for GP care. Reasons for leaving were cumulative and multifactorial. Organisational changes to the NHS have led to an increase in administrative tasks and overall workload that is perceived by GP participants to have fundamentally changed the doctor-patient relationship. Lack of time with patients has compromised the ability to practise more patient-centred care, and, with it, GPs' sense of professional autonomy and values, resulting in diminished job satisfaction. In this context, the additional pressures of increased patient demand and the negative media portrayal left many feeling unsupported and vulnerable to burnout and ill health, and, ultimately, to the decision to leave general practice.

## Systèmes de santé / Health Systems

**Chevreur, K., et al. (2015). France : Health system review. Health Systems in Transition (HiT): Vol. 17**

**No. 3.** Copenhague : Bureau régional de l'Europe

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf)

The French population has a good level of health, with the second highest life expectancy in the world for women. The French state has a strong role in the health insurance system, which offers a high level of choice of providers. While the French population is largely satisfied with the health system, the overall state of health in France is mixed, as described within this review. Health inequalities across socioeconomic and geographical groups are much larger in France than in most other European countries, resulting not only from risk factors but also from financial and geographical inequities in access to care. The rising cost of health care remains a challenge for the health system, with public financing of health care expenditure among the highest in Europe. While the latest health reforms aim to address these challenges, long-term care reform efforts have thus far failed to identify a sustainable financing mechanism to meet this large and growing need. The HiT was launched in Paris in collaboration with the French National Union of Health Insurance Funds (UNCAM). 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. More up-to-date information on many countries can be found on our Health Systems and Policy Monitor (HSPM).

**Mossialos, E. éd., et al. (2016). International Profiles of Health Care Systems, 2015.** New York : The Commonwealth Fund

[http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2015\\_v7.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf)

This publication presents overviews of the health care systems of Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States. Each overview covers health insurance, public and private financing, health system organization and governance, health care quality and coordination, disparities, efficiency and integration, use of information technology and evidence-based practice, cost containment, and recent reforms and innovations. In addition, summary tables provide data on a number of key health system characteristics and performance indicators, including overall health care spending, hospital spending and utilization, health care access, patient safety, care coordination, chronic care management, disease prevention, capacity for quality improvement, and public views.

## Travail et santé : Occupational Health

**(2015). Conditions de travail : Bilan 2014.** Paris : Ministère du travail

<http://travail-emploi.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/article/conditions-de-travail-bilan-2014>

Cet ouvrage, préparé annuellement par le ministère chargé du travail et présenté aux partenaires sociaux, réunis au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) lors du second semestre 2015, dessine un panorama global de l'action en faveur de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

**(2015). Point statistique AT-MP France. Données 2014.** Paris : Eurogip

Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

Page 17 sur 24

[www.irdes.fr/documentation/actualites.html](http://www.irdes.fr/documentation/actualites.html)

[www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

[www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

<http://www.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/4174-point-statistique-at-mp-france-donnees-2014>

Ce document présente une synthèse descriptive des principales données statistiques disponibles sur les accidents du travail (AT) les accidents de trajet et les maladies professionnelles (MP) en France.

**Coile, C., et al. (2016). Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from the U.S.** NBER Working Paper Series ; n° 21940. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21940>

Public programs that benefit older individuals, such as Social Security and Medicare, may be changed in the future in ways that reflect an expectation of longer work lives. But do older Americans have the health capacity to work longer? This paper explores this question by asking how much older individuals could work if they worked as much as those with the same mortality rate in the past or as much as their younger counterparts in similar health. Using both methods, we estimate that there is significant additional capacity to work at older ages. We also explore whether there are differences in health capacity across education groups and whether health has improved more over time for the highly educated, using education quartiles to surmount the challenge of changing levels of education over time.

**Garcia-Gomez, P., et al. (2016). Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from Spain.** NBER Working Paper Series ; n° 21973. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21973>

In a world with limited PAYGO financing possibilities this paper explores whether older Spanish individuals have the health capacity to work longer. For that purpose we use Milligan-Wise and Cutler- Meara-Richards-Shubik simulation methods. Our results suggest that Spanish workers have significant additional capacities to extend their working careers.

**Johansson, P., et al. (2016). Health, Work Capacity and Retirement in Sweden.** NBER Working Paper Series ; n° 21969. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21969>

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

**Jousten, A. and M. Lefebvre (2016). Work Capacity and Longer Working Lives in Belgium.** NBER Working Paper Series ; n° 21970. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21970>

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+. Even stronger results are obtained when relying on individual-level objective and subjective health and socioeconomic parameters as predictors.

**Jurges, H., et al. (2016). Healthy, Happy and Idle: Estimating the Health Capacity to Work at Older**

**Ages in Germany.** NBER Working Paper Series ; n° 21972. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21972>

After two decades of reforms that have tightened eligibility for early retirement and the generosity of social security payments, the German government has begun to turn back time and re-introduce more generous disability and early retirement benefits. Often, poor health is cited as the main reason why workers cannot work until the regular retirement age. In this chapter, we try to answer a seemingly simple question: what is the proportion of older individuals who could work in the labor market if they wanted to and if they were not limited by poor health? To answer this question, we follow two different empirical approaches with a similar logic: we estimate the link between health and labor force participation in a population whose employment patterns are or were hardly affected by the current (early) retirement incentives. Using these "pure health effects" on labor force participation to extrapolate to a population that is currently strongly affected by legislation informs us how many could not work for health reasons and how many could work. We find substantial capacity to work among the older population. We estimate that two thirds of the population would be capable of working in the labor market until they turn 70 if they wanted to.

**Kalwij, A., et al. (2016). Work Capacity at Older Ages in the Netherlands.** NBER Working Paper Series ; n° 21976. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21976>

Over the last two decades policy reforms in the Netherlands have increased work incentives, resulting in rising employment rates at older ages. Over the same period health of the population has increased as well. A natural question is how much people could work taking into account their health status. As the other chapters in this volume, we use two approaches to answering this question. The first approach takes the relation between mortality and employment in 1981 as a base and then estimates what employment rates could be in 2010 if the relation between mortality and employment were the same in 1981 and 2010. The estimated additional work capacity based on this approach is about 50 percentage points for males at age 65. A second approach estimates the relation between health and employment in the age interval 50-54 and then predicts employment at later ages using health at these later ages. This leads to an estimated additional work capacity in 2010 of more than 75 percentage points for males aged 65-74. When including mortality as an additional health indicator to control for unobserved health differences in the latter approach, the estimated work capacities are more in line with those from the former approach: about 53 percentage points for males aged 65-69 and 44 percentage points for males aged 70-74.

**Memmi, S., et al. (2016). "L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux."** Dares Analyses(004)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-004v2.pdf>

Les risques psychosociaux auxquels sont exposés certains salariés sont susceptibles de dégrader leur santé physique et mentale. L'enquête Sumer de 2010 permet de repérer les situations de travail qui accroissent ces risques, comme la tension au travail (job strain) ou le manque de reconnaissance. Les salariés qui exercent des fonctions d'exécutants sont davantage exposés aux risques psychosociaux que les autres. Le job strain concerne plus les femmes en raison d'une plus faible autonomie dans le travail et de marges de manœuvre réduites. Les hommes qui exercent des fonctions occupées majoritairement par des femmes sont plus touchés par le manque de reconnaissance de leur travail. La fonction publique hospitalière s'avère particulièrement concernée par les risques psychosociaux. Les modes d'organisation du travail, comme les contraintes de rythme, influencent le risque d'exposition aux facteurs psychosociaux. Ces derniers sont fortement liés à l'impossibilité de

faire correctement son travail par manque d'information, de coopération et de moyens. Travailler en contact direct avec le public est en revanche un facteur protecteur, à condition qu'il n'y ait pas de tension avec le public. Les salariés les plus exposés au job strain ou au manque de reconnaissance se déclarent en moins bonne santé que les autres et sont plus souvent concernés par des symptômes dépressifs et anxieux. Les risques psychosociaux augmentent aussi le risque d'accident du travail et d'absentéisme, notamment pour les hommes qui déclarent un manque de reconnaissance.

**Quinlan, M. (2016). The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety.**

Genève : Organisation International du Travail

[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms\\_443266.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_443266.pdf)

The past 40 years have witnessed significant changes to work arrangements globally. Overall, the changes have been characterised by less contract duration and job security, more irregular working hours (both in terms of duration and consistency), increased use of third parties (temporary employment agencies), growth of various forms of dependent self-employment (like subcontracting and franchising) and also bogus/informal work arrangements (i.e. arrangements deliberately outside the regulatory framework of labour, social protection and other laws).

**Usui, E., et al. (2016). Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from Japan. NBER Working Paper Series ; n° 21971.** Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21971>

This paper explores the extent to which older Japanese can potentially expand the labor supply, based on two analytic approaches: the Milligan-Wise and Cutler et al. methods. First, we examine how much older individuals could work if they worked as much as those with the same mortality rate in the past (the Milligan-Wise method). Second, we estimate how much older individuals could work if they worked as much as younger ones in similar health (the Cutler et al. method). Results from both of these methods underscore a large work capacity in old age in Japan. We further investigate differences in health capacity across education groups and find that highly educated individuals tend to have more capacity to work after they are 65 years of age.

**Wolff, L., et al. (2015). Les changements dans le travail vécus au fil de la vie professionnelle, et leurs enjeux de santé. Une analyse à partir de l'enquête SIP. Rapport de recherche ; 94.**

Noisy Le Grand : CEE

<http://www.cee-recherche.fr/publications/rapport-de-recherche/les-changements-dans-le-travail-vecus-au-fil-de-la-vie-professionnelle-et-leurs-enjeux-de>

Ce rapport présente un ensemble d'analyses menées au sein de l'unité "Âges et Travail" et du groupement scientifique Creapt, à partir des deux vagues de l'enquête Santé et Itinéraires Professionnels (SIP) initiée par la Drees et la Dares. Ces analyses sont consacrées aux changements dans les situations de travail, vécus par les enquêtés au fil de leurs itinéraires, tels qu'ils ressortent : des « changements importants » que ceux-ci ont mentionnés dans l'interrogation rétrospective de la première vague d'enquête en 2006 ; des modifications de conditions de travail lors de changements d'emploi (avec ou sans phase intermédiaire sans emploi), indiqués aussi dans cette interrogation rétrospective ; et des différences éventuelles entre les conditions de travail en 2006 et 2010 pour les enquêtés qui étaient au travail aux deux dates. Le but de l'étude est de caractériser ces changements, d'apprécier les facteurs (notamment l'âge et la date de survenue) qui influencent leur contenu et de repérer leurs liens divers avec la santé.

## Vieillesse / Ageing

(2015). **EHPAD : vers de nouveaux modèles ?** Paris : KPGM

<https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Etude-EHPAD-2015.PDF>

Cette étude qualitative a été menée auprès de 306 directeurs d'EHPAD. L'étude aborde les questions suivantes : Quel impact de l'évolution de la dépendance et de l'évolution des besoins des personnes âgées ? Comment les directeurs s'adaptent-ils face à ces évolutions ? Quels sont les enjeux de la concentration du secteur ? Quelles sont les stratégies gagnantes pour les acteurs du secteur ? A quoi ressembleront les Ehpads de demain ?

(2015). **Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois.** Saint-Denis : HAS

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2583405/fr/mise-en-oeuvre-du-plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa-bilan-a-6-mois](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2583405/fr/mise-en-oeuvre-du-plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa-bilan-a-6-mois)

Dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa), la Haute Autorité de santé a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS). Ce document PPS formalise un plan d'action partagé qui s'adresse en priorité aux professionnels de la coordination de proximité, en concertation avec la personne. Son élaboration est placée sous la responsabilité d'un coordinateur référent du PPS, le plus souvent le médecin traitant. Le document proposé est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche. Au printemps 2013, avant que le programme Paerpa ne soit officiellement lancé, la HAS a diffusé la première version du document PPS, et a prévu de suivre son appropriation par les acteurs des projets Paerpa. Au printemps 2014, une consultation des utilisateurs professionnels du domaine sanitaire et du domaine social ou médico-social a permis d'adapter le document PPS et de proposer un questionnaire d'aide à la décision de mise en œuvre d'un PPS chez des patients de plus de 75 ans, ces documents étant mis à disposition pour le lancement opérationnel des premières expérimentations en septembre 2014. Au printemps 2015, deux ans après l'élaboration de la première version du document PPS, 6 mois après la signature des premiers PPS, la HAS a désiré tirer des enseignements de leur mise en œuvre opérationnelle. À cet effet, elle a adressé un questionnaire à des professionnels de santé des territoires participant aux expérimentations Paerpa. En 2015, l'Agence nationale de d'appui à la performance (Anap) poursuit sa mission de capitalisation à des fins de diffusion et en lien avec d'autres sujets Paerpa : coordination territoriale d'appui (CTA), liens ville-hôpital, systèmes d'information. En complément du questionnaire de la HAS, l'Anap a concomitamment questionné les pilotes Paerpa des ARS au sujet des modalités de déploiement de la démarche PPS dans les territoires participant aux expérimentations. Ce rapport fait la synthèse de ces deux retours d'expérience.

**Borella, M., et al. (2016). Rich, Poor, Singles, and Couples. Who Receives Medicaid in Old Age and Why?** *NBER Working Paper Series* ; n° 21873. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21873>

We use the Health and Retirement Survey (HRS) data set to study who receives Medicaid in old age and why. First, we conduct a descriptive analysis of Medicaid reciprocity along a number of important observables. This analysis shows that, while fewer people with high permanent income receive Medicaid, a significant fraction of high permanent income people receive Medicaid at very old ages. It also shows that more single people receive Medicaid than people in couples, that people who just lost their spouse rapidly become very similar in their Medicaid reciprocity and other important observable characteristics to people who have



been single for much longer, and that bad health commoves with Medicaid reciprocity. Finally, this analysis shows even people having long-term care insurance end up on Medicaid, but that the fraction of people in this group that is on Medicaid is one-third that of the entire population of the elderly. Second, multivariate regression analysis allows us to disentangle the effects of many observables on Medicaid reciprocity while conditioning for others and reveals several interesting patterns. First, permanent income and other variables capturing economic background have a major role in determining individuals' Medicaid coverage and explain much of the observed differences in Medicaid reciprocity among singles, couples, and people who recently lost their spouse. Second, impairments in the activities of daily living and residency in a nursing home have a large effect on the probability of being on Medicaid, with the effect of nursing home residency being relatively large for those in the middle and upper income groups. Lastly, having long-term care insurance has no independent effect on the probability of ending up on Medicaid.

**Chen, B. K., et al. (2016). Forecasting Trends in Disability in a Super-Aging Society: Adapting the Future Elderly Model to Japan.** NBER Working Paper Series ; n° 21870. Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w21870>

Japan has experienced pronounced population aging, and now has the highest proportion of elderly adults in the world. Yet few projections of Japan's future demography go beyond estimating population by age and sex to forecast the complex evolution of the health and functioning of the future elderly. This study adapts to the Japanese population the Future Elderly Model (FEM), a demographic and economic state-transition microsimulation model that projects the health conditions and functional status of Japan's elderly population in order to estimate disability, health, and need for long term care. Our FEM simulation suggests that by 2040, over 27 percent of Japan's elderly will exhibit 3 or more limitations in IADLs and social functioning; almost one in 4 will experience difficulties with 3 or more ADLs; and approximately one in 5 will suffer limitations in cognitive or intellectual functioning. Since the majority of the increase in disability arises from the aging of the Japanese population, prevention efforts that reduce age-specific disability (or future compression of morbidity among middle-aged Japanese) may have only a limited impact on reducing the overall prevalence of disability among Japanese elderly.

**Coe, N. B. and G. Zamorro (2015). Does Retirement Impact Health Care Utilization ?** Los Angeles : Center for Economic and Social Research  
[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2714144](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2714144)

The objective of this paper is to estimate the causal effect of retirement on health care utilization. To do so, we use data from the 1992-2008 waves of the Health and Retirement Study (HRS) and the 2004-2006 waves of the Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe (SHARE). In particular, we estimate the causal impact of retirement on health care utilization as measured by: doctor visits, visits to a general practitioner, nights in the hospital, and preventative

**Coile, C., et al. (2016). Social Security and Retirement Programs Around the World: The Capacity to Work at Older Ages - Introduction and Summary.** NBER Working Paper Series ; n° 21939. Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w21939>

This is the introduction and summary to the seventh phase of an ongoing project on Social Security Programs and Retirement Around the World. The project compares the experiences of a dozen developed countries and uses differences in their retirement program provisions to explore the effect of SS on retirement and related questions. The first three phases of this project document that: 1) incentives for retirement from SS are strongly correlated with



labor force participation rates across countries; 2) within countries, workers with stronger incentives to delay retirement are more likely to do so; and 3) changes to SS could have substantial effects on labor force participation and government finances. The fourth volume explores whether higher employment among older persons might increase youth unemployment and finds no link between the two. The fifth and sixth volumes focus on the disability insurance (DI) program, finding that changes in DI participation are more closely linked to DI reforms than to changes in health and that reducing access to DI would raise labor supply. This seventh phase of the project explores whether older people are healthy enough to work longer. We use two main methods to estimate the health capacity to work, asking how much older individuals today could work if they worked as much as those with the same mortality rate in the past or as younger individuals in similar health. Both methods suggest there is significant additional health capacity to work at older ages.

**Gheorghe, M., et al. (2015). Health-related constraints to raising Retirement Ages in the EU: A probabilistic Markov-Model of age-related disability rates for selected disease causes and related impacts on public payer cash benefit expenditure.** Bruxelles : European commission [http://ec.europa.eu/health/systems\\_performance\\_assessment/docs/retirement\\_ages\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/retirement_ages_en.pdf)

This project investigates the impact of preventing chronic diseases on disability, unemployment and death. In doing so, a simulation model that describes the path running from chronic diseases (mental diseases, musculoskeletal diseases, cardiovascular diseases and cancer) to disability, employment and death for several European Union (EU) countries (Austria, Belgium, Denmark, Germany, France, the Netherlands, Spain, Italy, and Sweden) was developed. Such a model enables performing various scenario analyses from both a public payer perspective (i.e. changes in the official retirement age) or/and from an epidemiological perspective (i.e. changes in disease or disability incidence). To estimate parameters for the simulation model we used data on health and (un) employment from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) in combination with data from the Human Mortality Database and summary statistics from the 2015 Ageing Report. An extensive literature review and two expert consultation rounds were conducted in order to inform and validate our approach. Results from the simulation model show that, in epidemiological scenarios, for all countries and both genders, decreasing disease and disability incidence results in increases in the total number of years lived as well as in the total number of years lived free of disabilities and active in labour force and decreases in the public payer expenditures. Furthermore, in public policy scenarios, our analyses showed the limitations of public policies aimed at increasing the pension age for all investigated countries (in terms of benefits for public expenditure), while indicating that for some EU countries, such policies may make more sense than for others. In general, we found that such policies result in better outcomes for the public payer if implemented in countries in which the official retirement age is below age 65. For women as, compared to men, they would benefit more of potential reductions in disability incidences and as they also have earlier retirement ages in some of the investigated EU countries. Hence, these analyses showed that different public policies and/or epidemiological scenarios may affect various population groups differently within the EU.

**Sirven, N. E. and Y. E. Bourgueil (2016). La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé à Paris par le Liraes (EA4470), Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes. Les rapports de l'Irdes ; 563.** Paris : IRDES <http://www.irdes.fr/recherche/2016/rapport-563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.html>

Les actes de ce séminaire rassemblent une vingtaine d'interventions qui présentent les avancées récentes de la recherche pluridisciplinaire et des pratiques dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. La France a connu un engouement récent pour les stratégies prenant en compte la fragilité. Alors que les critères de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles sont souvent relativement tardifs pour l'action, la fragilité permettrait d'intervenir suffisamment en amont chez les personnes âgées pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue ou en diminuer les conséquences néfastes. Pourtant, les approches de la fragilité ne sont pas consensuelles. Les travaux récents en sciences humaines et sociales déplacent le débat ayant cours au sein de la géro-geriatrie vers la prise en compte des situations de vulnérabilité des personnes âgées dans leur ensemble. Ce faisant, la compréhension de la fragilité s'élargit aux aspects économiques et sociaux mobilisant de nouveaux concepts et outils méthodologiques. Par ailleurs, les actions de prévention dépassent désormais le cadre clinique et s'inscrivent dans le champ des interventions socio-économiques des organismes de protection sociale. Quels sont les accords et désaccords de ces approches ? Où fixer les limites du concept par rapport aux dimensions cognitive, sociale et économique ? De quelles données dispose-t-on ? Qui sont ces « fragiles » ? Quelles actions sont menées et pour quel rapport coût/efficacité ? Quelles stratégies par rapport aux politiques sanitaires et sociales existantes ? En somme, quels constats et quelles perspectives pour la recherche et la décision publique.

**Suhard, V (2016). Le financement de la dépendance des personnes âgées en France.** Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-financement-de-la-dependance-des-personnes-agees-en-france.pdf>

En France, la question de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées est de nouveau d'actualité avec le lancement par le ministre des solidarités et de la cohésion sociale d'un débat national sur le financement de la dépendance (février 2011). Cette synthèse, régulièrement mis à jour, propose quelques jalons historiques sur l'action publique en matière de financement de la dépendance et des références bibliographiques sur le sujet.