

**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

16 janvier 2015 / January the 16th, 2015

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

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

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

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

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

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

Produced by the Irdes documentation centre, Doc Veille, a bimonthly publication, presents with a thematic classification the results of the documentary monitoring in health economics: articles, grey literature, reports...

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>
Ravignon B., Cayre V, Laurenty A., et al. (2013). Les coûts de gestion de l'assurance maladie.....	6
(2014). La dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C en 2012 et 2013.....	6
Hu T., Decker S.L., Chou S.Y. (2014). The Impact of Health Insurance Expansion on Physician Treatment Choice: Medicare Part D and Physician Prescribing.....	6
<b>Economie de la santé / Health Economics .....</b>	<b>7</b>
Malakhov S. (2014). Consumer risk behavior and willingness to pay for insurance under price dispersion .....	7
(2014). Remboursement des dispositifs médicaux : double peine .....	7
Morange P. (2014). Rapport d'information sur le transport de patients.....	7
Taylor J. (2014). Estimating the economic costs of antimicrobial resistance. ....	8
(2014). Valeurs de référence pour l'évaluation économique en santé. Revue de littérature. ....	8
<b>Etat de santé / Health Status .....</b>	<b>8</b>
Bharadwaj P., Graff Zivin J., Gibson M., et al. (2014). Gray Matters: Fetal Pollution Exposure and Human Capital Formation .....	9
Dobbs R., Sawers C., Thompson F., et al. (2014). Overcoming obesity: An initial economic analysis. ....	9
Gimenez-Nadal J.I, Molina J.A. (2014). Health Status and the Allocation of Time: Cross-Country Evidence from Europe .....	9
Colman G., Dave D. (2014). Unemployment and Health Behaviors Over the Business Cycle: a Longitudinal View .....	9
<b>Géographie de la santé / Geography of Health .....</b>	<b>10</b>
Lucas-Gabrielli V., Mangeney C. (2014). Quelle mesure de l'accessibilité spatiale aux soins ?....	10
Aschan-Leygonie C., Baudet-Michel S., Eliot E., Fleuret S., Gasquet-Blanchard C., Lucas-Gabrielli V.,et al. (2014). Géographie de la santé et territorialisation des politiques .....	10
Finkelstein A., Gentzkow M., Williams H. (2014). Sources of Geographic Variation in Health Care: Evidence from Patient Migration .....	10
Mousques J., Raimond V. (2014). L'économie au service de la santé, quels apports ? .....	10
<b>Hôpital / Hospitals .....</b>	<b>11</b>

Simonet D. (2014). Assessment of new public management in health care: the French case .....	11
Aragon M.J., Chalkley M. (2014). Understanding the Differences in In-Hospital Mortality Between Scotland and England.....	11
Cappellari L., De Paoli (A.S.), Turati (G.) (2014). Do Market Incentives in the Hospital Industry Affect Subjective Health Perceptions? Evidence from the Italian Pps-Drg Reform. ....	11
(2014). Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé.....	11
<b>Inégalités de santé / Health Inequalities .....</b>	<b>12</b>
Guthmuller S. Jusot F., Wittwer J., Despres C. (2014). Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009 .....	12
Azogui-Levy S. Rochereau T. (2014). Etat de santé et suivi bucco-dentaire selon le statut diabétique : exploitation de l'enquête ESPS 2008 .....	12
<b>Médicaments / Pharmaceuticals .....</b>	<b>12</b>
Nolte E. Corbett J. (2014). International variation in drug usage. An exploratory analysis of the "causes" of variation. ....	12
(2014). Le marché des génériques en France 2014. Situation actuelle et perspectives .....	13
Ferrante A. (2014). Les pharmacies depuis 2000. Mutations d'un secteur très réglementé .....	13
Lubloy A., Kereszturi J.L., Benedek G. (2014). Determinants of pharmaceutical innovation diffusion: social contagion and prescribing characteristics. ....	13
<b>Politique de santé / Health Politics .....</b>	<b>14</b>
Recherl B. / éd., McKee M. / éd. (2014). Facets of Public Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series .....	14
Fassin D. (2014). Faire de la santé publique.....	14
<b>Politique sociale / Social Policy .....</b>	<b>14</b>
Gazier B., Palier B., Perivier H. (2014). Refonder le système de protection sociale : pour une nouvelle génération de droits sociaux. Nouveaux débats .....	14
(2014). Analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en .....	15
<b>Prévention / Prevention .....</b>	<b>15</b>
Celidoni M., Pieroni, L., Salmasi L. (2014). Side-effects of anti-smoking policies on health behaviors. Evidence from the US .....	15
<b>Prévision-Evaluation / Prévision-Evaluation .....</b>	<b>16</b>

(2014). La télémédecine .....	16
<b>Psychiatrie / Psychiatry .....</b>	<b>16</b>
Coldefy M., Nestrigue C. (2014). L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale .....	16
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care .....</b>	<b>16</b>
Farrar M. (2014). Inquiry into Patient Centred Care in the 21st Century.Implications for general practice and primary care. ....	16
Vignerou E. (2014). Les centres de santé. Une géographie rétro prospective. ....	17
Afrite A., Mousques J. (2014). Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) .....	17
De Silva D., Bamber J. (2014). Improving quality in general practice. Evidence Scan; 24.....	17
(2014). Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins .....	18
Kervasdoué J.de. (2014). Le revenu des professions de santé.....	18
Lippi Bruni (M., Mammi I.,Ugolini(C. (2014). Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services.....	18
<b>Systèmes de santé / Health Care Systems .....</b>	<b>18</b>
Moullan Y., Bourgueil Y. (2014). Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques .....	18
Xesfingia S. , Vozikis A.. (2014). What shapes patient's satisfaction in countries' health care systems? .....	19
(2014). Health at a Glance - Europe 2014. ....	19
<b>Travail et santé / Occupational Health .....</b>	<b>19</b>
Arends I., Baert N., Veerle M.,et al. (2014). Mental Health and Work. Achieving well-integrated policies and service delivery.....	19
(2014). Mental health and work : Netherlands. Santé mentale et emploi .....	20
Pascaud E., Roche N. (2014). Arrêts de travail : une problématique de santé publique .....	20
Heger D. (2014). Work and Well-Being of Informal Caregivers in Europe. ....	20
Jacquat D. (2014). Accidents du travail - Maladies professionnelles. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (n° 2252), .....	21
Rivalin R., Sandret M. (2014). L'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité dans le travail. ....	21

Galizzi M., Leombruni R., Pacelli L., et al. (2014). Wages and return to work of injured workers. .... 21

Vermeer N., Mastrogiacomo M., Van Soest A. (2014). Demanding occupations and the retirement age in the Netherlands..... 22

**Vieillessement / Ageing ..... 22**

(2014). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective. Synthèse et recommandations ..... 22

Joel M.E. (2014). Accompagner (autrement) le grand âge. D'autres lendemains ..... 22

Principi A / éd., Jensen P.H. / éd., Lamura G. / éd. (2014). Active ageing : voluntary work by older people in Europe ..... 23

Boissonneault M., Legare J., Decarie Y. (2014). Les coûts des soins de santé chez les aînés avec incapacités au Québec ..... 23

Geyer J., Korfhaget T. (2014). Long-term Care Insurance and Carers' Labor Supply – A Structural Model. .... 23

(2014). Le financement des établissements pour personnes âgées dépendantes et adultes handicapés..... 23

Matsuyama H. (2014). Aging and the governance of the healthcare system in Japan..... 24

## Assurance maladie / Health Insurance

**Ravignon B., Cayre V, Laurenty A., et al. (2013). Les coûts de gestion de l'assurance maladie.** Paris : IGAS.

Abstract: La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué chargé du budget ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des finances (IGF) de conduire une mission relative à la gestion de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC). Cette mission s'inscrit dans le cadre des travaux lancés pour mettre en œuvre la démarche de « modernisation de l'action publique » (MAP) initiée par le Gouvernement. Après avoir établi un diagnostic de la structuration et des coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le rapport détaille les recommandations de la mission en matière d'amélioration des processus métier, de recherche d'efficacité par comparaison aux meilleures pratiques constatées et de réorganisation structurelle de l'assurance maladie. Puis, il conclut sur la combinaison de ces différents axes, sur le calendrier de déploiement des actions à entreprendre et sur les gains à en attendre à court terme (2017) et à moyen terme (2020) (résumé de l'éditeur).

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article424>

**(2014). La dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C en 2012 et 2013.** Paris : Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.

Abstract: Ce rapport porte sur l'évaluation par le Fonds CMU du coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année 2012 avec une estimation pour l'année 2013. Les effectifs moyens de la CMU-C atteignent presque 4,7 millions en 2013. Ils comprennent une majorité de personnes jeunes. Une partie, minoritaire, a connu un parcours de vie très accidenté, qui débouche sur un état de santé plus dégradé. Ce sont les soins engagés pour ces personnes qui pèsent le plus dans la dépense des organismes gestionnaires. Cette diversité de parcours se retrouve dans un coût moyen pour la part couverte par la CMU-C en droits constatés, qui varie, en 2013 et en métropole, entre 446 € à la CNAMTS, qui gère les droits de plus de 77 % des bénéficiaires et qui regroupe les personnes les plus en difficulté, 336 € pour le RSI. La CCMSA se situe dans une position intermédiaire avec 371 €. Les organismes complémentaires, qui gèrent les droits d'un peu moins de 15 % des bénéficiaires, ont un coût moyen de 384 €. Les différences se retrouvent également au niveau des territoires. Ainsi, le coût moyen au régime général, en métropole, se situe, pour 2012, entre 348 € dans l'Yonne et 565 € à Paris2 et, pour les départements d'outre-mer, entre 360 € en Martinique et 471 € en Guyane. Enfin, même si les montants des coûts moyens diffèrent, les différents postes de dépense se répartissent dans les mêmes proportions, quel que soit l'organisme gestionnaire. La seule variation notable porte sur la dépense hospitalière, légèrement plus forte au régime général.

[http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2014-Rapport\\_Cout\\_Moyen\\_2012-2013.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2014-Rapport_Cout_Moyen_2012-2013.pdf)

**Hu T., Decker S.L., Chou S.Y. (2014). The Impact of Health Insurance Expansion on Physician Treatment Choice: Medicare Part D and Physician Prescribing.** Cambridge: NBER

Abstract: We test the effect of the introduction of Medicare Part D on physician prescribing behavior by using data on physician visits from the National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) 2002-2004 and 2006-2009 for patients aged 60-69. We use a combined DD-RD specification that is an improvement over either the difference-in-difference (DD) or regression discontinuity (RD) designs. Comparing the discrete jump in outcomes at age 65 before and after 2006, we find a 35% increase in the number of prescription drugs prescribed or continued per visit and a 55% increase in the number of generic drugs prescribed or continued, providing evidence of physician response to changes in patient out-of-pocket costs.

<http://www.nber.org/papers/w20708>

## Economie de la santé / Health Economics

### **Malakhov S. (2014). Consumer risk behavior and willingness to pay for insurance under price dispersion.** Munich : MRPA

Abstract: When the increase in income reduces the time of search and increases prices of purchases, the increase in price can be presented as the increase in the willingness to pay for insurance. The optimal consumer decision represents the trade-off between the propensity to search for proficient insurance and marginal savings on insurance policy. Under price dispersion the indirect utility function takes the form of cubic parabola, where the saddle point represents the comprehensive insurance. The comparative static analysis of the saddle point of the utility function discovers the ambiguity of the departure from risk-neutrality. This ambiguity can produce the ordinary risk seeking behavior as well as mathematical catastrophes of Veblen-effect's imprudence and over prudence of family altruism. The comeback to risk aversion is also ambiguous and it results either in increasing or in decreasing relative risk aversion. The paper argues that the decreasing risk aversion results in the optimum quantity of money.

<http://mprpa.ub.uni-muenchen.de/60011/>

### **(2014). Remboursement des dispositifs médicaux : double peine.** Paris : CISS, Boulogne-Billancourt : Santéclair

Abstract: Ce dossier de presse présente une étude de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé qui dénonce les nombreux dysfonctionnements dans la prise en charge des dispositifs médicaux (lunettes, mais aussi prothèses auditives, fauteuils roulants, appareils respiratoires, pansements spécifiques, semelles orthopédiques...). L'analyse des données fait apparaître de profondes inégalités. Inégalités d'un secteur à l'autre, mais aussi inégalités aussi entre les produits. Résultat, certains produits ou prestations laissent des sommes considérables à la charge de l'assuré, notamment les audioprothèses ou les fauteuils électriques. L'étude met également en lumière des pratiques tarifaires choquantes (en l'absence de prix limite de vente), notamment dans l'audioprothèse. Les chiffres de cette 4e étude de l'Observatoire sont principalement issus du SNIIRAM, auquel le CISS a accès en tant que membre de l'Institut des données de santé (IDS). Mais avec "la menace du closed data" inscrite dans le projet de loi de santé, en dépit des déclarations officielles, il n'est pas dit que cet accès reste ouvert, dénoncent les membres de l'Observatoire.

<http://www.leciss.org/espace-presse/communiqu%C3%A9s-de-presse/remboursement-des-dispositifs-m%C3%A9dicaux-la-double-peine-pour-cert>

### **Morange P. (2014). Rapport d'information sur le transport de patients.** Rapport d'information ; 2392. Paris : Assemblée Nationale .

Abstract: Dans un rapport présenté mercredi 26 novembre, la Mission parlementaire d'évaluation et de contrôle de l'application des lois de Sécurité sociale (Mecss) suggère une "réorganisation en profondeur" du secteur du transport de patients. Et ce, afin d'économiser jusqu'à 450 millions d'euros chaque année. La dépense publique des transports sanitaires connaît une forte progression. De 2,3 milliards d'euros en 2003, les dépenses sont passées à 4 milliards en 2013. Vieillesse de la population, augmentation des patients atteints de maladies chroniques ou encore regroupement des structures hospitalières expliquent un recours toujours plus important au transport sanitaire, rappelle la mission. Mais d'autres facteurs ont entraîné des dérives : les patients confondant parfois prescription médicale et "droit au transport", les médecins ne respectant pas toujours les critères de prescription, le développement imposant de l'offre de taxis conventionnés (plus lucrative et peu régulée), et les transporteurs contournant les règles à leur avantage. "L'éclatement du pilotage du secteur" a aussi favorisé l'explosion de l'offre de transport, les ambulances et VSL étant sous la tutelle des ARS et du ministère de la Santé, alors que les taxis dépendent des CPAM et du ministère de l'Intérieur. Meilleure coordination entre ces instances, inscription d'un volet "transport" dans les schémas régionaux d'organisation des soins (Sros), harmonisation des tarifs des VSL et des taxis, transfert des procédures de délivrance d'agrément de l'ARS à la caisse primaire, développement du transport partagé pour les patients, ou encore renforcement des contrôles par l'assurance maladie figurent ainsi parmi les 22

préconisations de la MECSS. Elle propose que les taxis ne puissent plus facturer à l'assurance maladie les temps d'attente, d'approche ou de retours à vide, comme c'est le cas pour les VSL. Une recommandation tend à "programmer de façon progressive la prise en charge des dépenses hospitalières de transport sur le budget des établissements de santé et non plus par l'enveloppe soins de ville de l'assurance maladie, afin de mieux relier le responsable de la demande de prescription et celui qui en supporte le financement". Autre angle pour la MECSS : les fraudes et autres " anomalies " de facturation. Le rapport préconise ainsi un renforcement des contrôles, notamment en rendant obligatoire la géolocalisation des véhicules lors du conventionnement des transporteurs avec l'Assurance maladie. Il recommande aussi que les directeurs de CPAM appliquent systématiquement des pénalités financières lors d'un recouvrement d'indus et saisissent systématiquement le juge pénal en cas de fraude. La mission en profite pour réitérer une demande antérieure, celle d'individualiser les prescriptions des praticiens hospitaliers, ce qui permettra de voir qui commande un peu trop automatiquement un taxi pour son patient.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i2392.pdf>

**Taylor J. (2014). Estimating the economic costs of antimicrobial resistance.** Santa Monica : Rand corporation .

Abstract: The independent Review on AMR (Antimicrobial Resistance) led by the economist Jim O'Neill commissioned RAND Europe to conduct a study estimating the global costs of antimicrobial resistance until 2050 in the absence of any progress in tackling the challenge. We developed a general equilibrium model, which calculated the extent of losses to the world economy caused by decreases in the supply of labour resulting from resistant hospital acquired infections and selected major infectious diseases (HIV, TB, malaria). Our approach incorporated a set of seven scenarios with varying rates of future resistance, time of onset of increases in resistance, and availability of effective second-line therapy.

[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR900/RR911/RAND\\_RR911.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR900/RR911/RAND_RR911.pdf)

**(2014). Valeurs de référence pour l'évaluation économique en santé. Revue de littérature.** Saint-Denis : HAS

Abstract: La loi de finance de la Sécurité Sociale pour 2012 instaure l'évaluation médico-économique comme l'un des déterminants du prix des produits de santé revendiquant le remboursement en tant que produit innovant et ayant un impact significatif sur les dépenses collectives. Dans ce contexte, elle confie à la HAS la mission d'expertiser les évaluations produites par les industriels et d'émettre un avis sur l'efficacité du produit dans la prise en charge. Le calcul économique permet d'évaluer le résultat de santé et le coût générés par un produit de santé, comparativement à l'ensemble de ses alternatives médicalement pertinentes. Parmi les méthodes disponibles, la HAS privilégie les analyses coût-résultat (ACR) qui sont, à ce jour, les plus abouties d'un point de vue méthodologique et les plus pratiquées. Lorsque le produit de santé est plus efficace et moins cher que ses comparateurs, l'interprétation est évidente ; le produit est efficace. En revanche, lorsqu'il est plus efficace et plus cher, l'interprétation du résultat du calcul économique en termes d'efficacité n'est plus immédiate. Il existe une règle d'interprétation du résultat fondée sur l'identification d'une valeur de référence. Le produit de santé est dit efficace si le résultat du calcul économique (exprimé en coût par année de vie gagnée ou en coût par QALY gagné) est inférieur à cette valeur (généralement notée I). La question de la détermination d'une valeur de référence et de sa place dans le processus de décision pour le remboursement et la fixation des prix des produits de santé se pose alors. En France, aucune valeur de référence n'est à ce jour spécifiée. Ainsi, il est possible de déterminer le coût du gain en santé produit par une innovation mais il n'est pas possible de dire si ce coût est acceptable pour la collectivité. Si la HAS n'est pas légitime pour édicter seule cette valeur, elle est en situation de fournir les éléments qui permettront à terme d'initier un débat démocratique sur ce sujet et a engagé un travail de recherche et d'analyse documentaire (résumé éditeur).

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2000884/fr/valeurs-de-referance-pour-levaluation-economique-en-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2000884/fr/valeurs-de-referance-pour-levaluation-economique-en-sante)

## Etat de santé / Health Status

**Bharadwaj P., Graff Zivin J., Gibson M., et al. (2014). Gray Matters: Fetal Pollution Exposure and Human Capital Formation.** Cambridge : NBER

Abstract: This paper examines the impact of fetal exposure to air pollution on 4th grade test scores in Santiago, Chile. We rely on comparisons across siblings which address concerns about locational sorting and all other time-invariant family characteristics that can lead to endogenous exposure to poor environmental quality. We also exploit data on air quality alerts to help address concerns related to short-run time-varying avoidance behavior, which has been shown to be important in a number of other contexts. We find a strong negative effect from fetal exposure to carbon monoxide (CO) on math and language skills measured in 4th grade. These effects are economically significant and our back of the envelope calculations suggest that the 50% reduction in CO in Santiago between 1990 and 2005 increased lifetime earnings by approximately 100 million USD per birth cohort.

<http://www.nber.org/papers/w20662>

**Dobbs R., Sawers C., Thompson F., et al. (2014). Overcoming obesity: An initial economic analysis.**

SI: Mckinsey & Company

Abstract: Obesity is a critical global issue that requires a comprehensive, international intervention strategy. More than 2.1 billion people-nearly 30 percent of the global population-are overweight or obese. Much of the global debate on this issue has become polarized and sometimes deeply antagonistic. Obesity is a complex, systemic issue with no single or simple solution. The global discord surrounding how to move forward underscores the need for integrated assessments of potential solutions. Lack of progress on these fronts is obstructing efforts to address rising rates of obesity. This discussion paper seeks to overcome these hurdles by offering an independent view on the components of a potential strategy. MGI has studied 74 interventions (in 18 areas) that are being discussed or piloted somewhere around the world to address obesity, including subsidized school meals for all, calorie and nutrition labeling, restrictions on advertising high-calorie food and drinks, and public-health campaigns. We found sufficient data on 44 of these interventions, in 16 areas.

[http://www.mckinsey.com/insights/economic\\_studies/how\\_the\\_world\\_could\\_better\\_fight\\_obesity](http://www.mckinsey.com/insights/economic_studies/how_the_world_could_better_fight_obesity)

**Gimenez-Nadal J.I, Molina J.A. (2014). Health Status and the Allocation of Time: Cross-Country Evidence from Europe.** Bonn : IZA

Abstract: This paper analyzes the relationship between reported health status and time allocation decisions in six European countries. Using the Multinational Time Use Study, we find that a better perception of own health is associated with less time devoted to sleep, personal care, and non-market work, for both men and women, and with less time in leisure for men, while it is associated with more time in market work for both men and women. We also find that the relationship with activities is very similar across countries, and that market work has a relationship of substitution with sleep, personal care, non-market work, and leisure, with mixed evidence for the rest of the uses of time. These findings are consistent with prior results regarding health, market work, and leisure in the US. However, in contrast to the large positive correlation between health and home production in the US, we find a large negative correlation between these activities in the six European countries analyzed. This study represents a first step in understanding cross-country differences in the relationship between health status and time devoted to a range of activities, in contrast with other analyses that have mainly focused only on market work. A better understanding of these cross-country differences may help to identify the effects of public policies on individual uses of time.

<http://ftp.iza.org/dp8634.pdf>

**Colman G., Dave D. (2014). Unemployment and Health Behaviors Over the Business Cycle: a Longitudinal View.** Cambridge : NBER

Abstract: We examine the first-order internal effects of unemployment on a range of health behaviors during the most recent recession using longitudinal data from the Panel Study of Income Dynamics (PSID) and the National Longitudinal Survey of Youth 1979 (NLSY79). Consistent with prior studies based on cross-sectional data, we find that becoming unemployed is associated with a small increase in leisure-time exercise and in body weight, a moderate decrease in smoking, and a substantial decline in total physical activity. We also find that unemployment is associated with a decline in purchases of fast food. Together, these results imply that

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

Page 9 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)

both energy consumption and expenditure decline in the U.S. during recessions, the net result being a slight increase in body weight. There is generally considerable heterogeneity in these effects across specific health behaviors, across the intensive and extensive margins, across the outcome distribution, and across gender.

<http://www.nber.org/papers/w20748>

## Géographie de la santé / Geography of Health

**Lucas-Gabrielli V., Mangeney C. (2014). Quelle mesure de l'accessibilité spatiale aux soins ?** *Les Cahiers de L'IAU-Ile-de-France*, (170-171)

Abstract: Aujourd'hui, la question centrale en matière d'accès - spatial - aux soins de premier recours est celle de la répartition de l'offre sur le territoire en fonction des besoins de la population. Face aux limites des indicateurs de mesure classiques, l'enjeu est de construire de nouvelles méthodes de mesure opérationnelles permettant d'affiner notre capacité à estimer le niveau d'adéquation ou d'inadéquation de l'offre aux besoins et d'éclairer l'action publique.

<http://www.iau-idf.fr/>

**Aschan-Leygonie C., Baudet-Michel S., Eliot E., Fleuret S., Gasquet-Blanchard C., Lucas-Gabrielli V., et al. (2014). Géographie de la santé et territorialisation des politiques.** *Les Cahiers de L'IAU Ile-de-France*, (170-171) :

Abstract: Les membres de l'axe "Territoires et santé" du Collège international des sciences du territoire (CIST) intéressent, comme d'autres avant eux, aux dimensions sociales, politiques et environnementales du territoire dans les politiques de santé ou encore, à l'inscription territoriale des faits de santé. Certains géographes de ce collectif ont souhaité revenir sur les manières dont la géographie de la santé peut appréhender les enjeux actuels de la territorialisation des politiques de santé.

<http://www.iau-idf.fr/>

**Finkelstein A., Gentzkow M., Williams H. (2014). Sources of Geographic Variation in Health Care: Evidence from Patient Migration.** Cambridge : NBER

Abstract: We study the drivers of geographic variation in US health care utilization, using an empirical strategy that exploits migration of Medicare patients to separate the role of demand and supply factors. Our approach allows us to account for demand differences driven by both observable and unobservable patient characteristics. We find that 40-50 percent of geographic variation in utilization is attributable to patient demand, with the remainder due to place-specific supply factors. Demand variation does not appear to result from differences in past experiences, and is explained to a significant degree by differences in patient health.

<http://www.nber.org/papers/w20789>

**Mousques J., Raimond V. (2014). L'économie au service de la santé, quels apports ?** *Les Cahiers de L'IAU Ile de France*, (170-171) :

Abstract: Les liens entre urbanisme et santé ont impulsé des développements ou des réflexions sur de nouvelles réponses en matière de politiques publiques, d'actions ou de programmes en santé, mais aussi en matière architecturale, urbanistique et sanitaire. Les sciences sociales, et en particulier la science économique, apportent quelques éléments de réponse méthodologique en matière d'allocation de ressources et d'évaluation de leurs impacts.

<http://www.iau-idf.fr/detail/etude/territoires-incubateurs-de-sante.html>

## Hôpital / Hospitals

**Simonet D. (2014). Assessment of new public management in health care: the French case.** *Health Research Policy and Systems*, 12 (57)

Abstract: The French health care system embraced New Public Management (NPM) selectively, and crafted their own version of NPM using Diagnostic-Related-Group accounting to re-centralize the health care system. Other organizational changes include the adoption of quasi-markets, public private partnerships, and pay-for-performance schemes for General Practitioners. There is little evidence that these improved the performance of the system. Misrepresentation has remained high. With the 2009 Hospital, Patients, Health and Territories Act physician participation in hospital governance receded. Decision-making powers and health units were re-concentrated to instill greater national coherence into the health system.

<http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/57>

**Aragon M.J., Chalkley M. (2014). Understanding the Differences in In-Hospital Mortality Between Scotland and England.** York : University of York

Abstract: Aims: We describe differences in in-hospital mortality between Scotland and England and test whether these differences are robust to controlling for the case-mix of patients. In spite of Scotland and England having much in common in regard to their hospital systems and populations we observe trends in-hospital mortality – the percentage of elective and emergency Continuous Inpatient Spells (CIS) that ended in death – that are different: England's in-hospital mortality rates have decreased faster than Scotland's for both types of admissions. Data: Individual patient data from England (HES) and Scotland (SMR01) for the period 2003/04 – 2011/12. Episode data is linked into CIS. Sample: Elective and emergency admissions, including day cases and excluding maternity. Methods: Logit regression of in-hospital death on country and financial year dummies, and their interaction, controlling for age group, gender, deprivation decile, and HRG of the first episode; separately for elective and emergency admissions. Results: For elective admissions, England has a lower initial in-hospital mortality rate than Scotland, and this rate decreases in both countries but the decrease has been faster in England. For emergency admissions, England starts with a slightly higher in-hospital mortality rate and both countries in-hospital mortality rates reduce throughout the period but England's does so faster. Conclusions: There are differences in in-hospital mortality between Scotland and England; these differences increase over time and persist when we account for patient characteristics. It is important to understand the causes and consequences of these differences and we make a number of suggestions for future research on this issue.

[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/CHERP104\\_hospital\\_mortality\\_Scotland\\_England.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/CHERP104_hospital_mortality_Scotland_England.pdf)

**Cappellari L., De Paoli (A.S.), Turati (G.) (2014). Do Market Incentives in the Hospital Industry Affect Subjective Health Perceptions? Evidence from the Italian Pps-Drg Reform.** Bonn : IZA

Abstract: We exploit time variation across Italian Regions in the implementation of a prospective pay systems (PPS) for hospitals based on Diagnosis Related Groups (DRGs) to assess their impact on self-assessed health status and on the use of health care services. We consider a survey of more than 600,000 individuals, over the years 1993-2007, with information on both individuals' perceived health and their access to a number of health services. Results suggest that the introduction of market incentives via a fixed-price payment system does not lead to worst health perceptions. Instead, the reform marked a moderate decrease in hospitalization and day hospital treatments, coupled with a clear decrease in the access to emergency services. Results are robust to a number of sensitivity checks.

<http://ftp.iza.org/dp8636.pdf>

**(2014). Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé.** Paris : DGOS

Abstract: Comme chaque année, ce rapport est l'occasion de faire le bilan des actions engagées en 2014 en matière de financement des établissements, et de dresser les perspectives pour 2015 en matière de réforme

tarifaire. Le sommaire du rapport est très clair et présente les 5 axes d'analyse du rapport : I. Juguler les risques inflationnistes du financement à l'activité, dés-inciter l'augmentation non pertinente des volumes et améliorer l'équité de l'allocation des ressources ; II. Déjouer les effets indésirables du financement à l'activité sur le maillage territorial de l'offre de soins et mettre en place les dispositifs à l'appui du Pacte territoire santé ; III. Lier la qualité des soins et la sécurité des patients avec le financement des activités ; IV. Lutter contre les inadéquations et les soins non pertinents et accélérer la modernisation des modalités de prise en charge et des organisations hospitalières ; V. Promouvoir les modalités de coordination, de coopération et d'intégration des acteurs associées à une médecine de parcours dépassant la T2A et les clivages induits par les dispositifs de financement.

<http://www.martaa.fr/files/00/00/48/00004851->

[95f576c25e8cd6815ef51209aded195e/rapportauparlementart41lfss14.pdf](http://www.martaa.fr/files/00/00/48/00004851-95f576c25e8cd6815ef51209aded195e/rapportauparlementart41lfss14.pdf)

## Inégalités de santé / Health Inequalities

**Guthmuller S. Jusot F., Wittwer J., Despres C. (2014). Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. *Regards*, (46) :**

Abstract: L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un dispositif, sous la forme d'une aide financière, mis en place en 2005 pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond de l'éligibilité à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS est important : seules 30 % à 40 % des personnes éligibles auraient fait valoir leur droit en 2012 (Fonds CMU, 2014). Comprendre les raisons du non-recours apparaît, dans ce contexte, essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux personnes aux revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé. Suite à une expérimentation sociale, une enquête a été réalisée en 2009 à Lille auprès de personnes potentiellement éligibles à l'ACS afin de mieux connaître leurs caractéristiques et leurs motivations ou blocages à recourir au dispositif. Les résultats de cette enquête montrent que la population identifiée comme éligible à l'ACS à Lille est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Le taux de recours à l'ACS est néanmoins faible puisque seules 18 % des personnes ont entrepris des démarches pour l'obtenir. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer ce non-recours sont : penser ne pas être éligible, le manque d'information, la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé

**Azogui-Levy S. Rochereau T. (2014). Etat de santé et suivi bucco-dentaire selon le statut diabétique : exploitation de l'enquête ESPS 2008. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 62 (6) :**

Abstract: Le diabète mal contrôlé entraîne des complications sévères comme la maladie parodontale, affection orale entraînant la perte des dents. Les diabétiques bénéficient en France d'une prise en charge à 100 % des soins liés à leur diabète, dans la limite des tarifs conventionnels de l'assurance maladie. On observe des inégalités sociales en santé orale et face au diabète. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques sociales associées à l'état de santé et au recours aux soins dentaires des personnes diabétiques à partir de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et de les comparer à celles des personnes non diabétiques (Résumé auteur).

## Médicaments / Pharmaceuticals

**Nolte E. Corbett J. (2014). International variation in drug usage. An exploratory analysis of the "causes" of variation. Santa Monica : Rand corporation .**

Abstract: This report explores the range of possible causes that might explain observed international variations in the usage of medicines for selected disease areas: dementia, osteoporosis, cancer, diabetes and hepatitis C. Commissioned by the UK Department of Health, through its Policy Research Programme, it complements a quantitative analysis of medicines uptake carried out by the Office for Health Economics (OHE) of medicines uptake across 16 classes of medicines in 13 high-income countries in 2012/13. Both studies build on an earlier study led by Professor Sir Mike Richards (UK) into the extent and causes of international variations in drug usage, published in 2010. Drawing on a rapid evidence assessment, we explore, for each of the five disease areas, epidemiological factors such as the disease burden and aspects of health system and service organisation that were shown to have a direct or indirect impact on drug usage, such as reimbursement mechanisms, access to diagnosis and treatment more broadly. We also provide a summary overview of key features of the health systems and of the principles of drug assessment or approval processes across the countries included in the OHE analysis. We find that a range of factors are likely to play a role in explaining international variation in medicines use, but their relative importance will vary depending on the disease area in question and the system context. Any given level of use of a given medicine in one country is likely determined by a set of factors the combination and the relative weight of which will be different in another country.

[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR800/RR899/RAND\\_RR899.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR800/RR899/RAND_RR899.pdf)

**(2014). Le marché des génériques en France 2014. Situation actuelle et perspectives.** Paris : Smart Pharma Consulting

Abstract: Cette étude évalue l'impact des mesures déjà mises en place au cours de ces dernières années. L'étude dresse également les perspectives du marché générique d'ici à 2017.

[http://www.lequotidiendupharmacien.fr/sites/qph/files/public/asset/document/marche\\_des\\_generiques\\_en\\_france\\_sv\\_2014.pdf](http://www.lequotidiendupharmacien.fr/sites/qph/files/public/asset/document/marche_des_generiques_en_france_sv_2014.pdf)

**Ferrante A. (2014). Les pharmacies depuis 2000. Mutations d'un secteur très réglementé.** *Insee Première*, (1525)

Abstract: En 2012, près de 24 000 pharmacies sont implantées en France. Elles ont réalisé un chiffre d'affaires de 38 milliards d'euros, soit 53 % de plus qu'en 2000 en valeur. Au cours des dernières années, la croissance en valeur du commerce de détail de produits pharmaceutiques, traditionnellement dynamique, s'est émoussée, en lien avec la baisse des prix des médicaments remboursables. Néanmoins, le taux de marge commerciale est reparti à la hausse depuis 2006 et atteint 27,5 % en 2012. En 2012, les médicaments remboursables composent toujours l'essentiel du chiffre d'affaires des pharmacies, mais leur poids diminue au profit des spécialités non remboursables, dont l'indice des prix progresse fortement sur la période 2000-2012. Tout en restant très largement minoritaire, la parapharmacie décolle. Sur la même période, le paysage juridique des pharmacies a aussi évolué. L'exploitation associée est devenue majoritaire du fait des difficultés à créer de nouvelles officines. Les sociétés d'exercice libéral, plus avantageuses fiscalement et au moment de la transmission, sont en plein essor : en 2012, plus d'une pharmacie sur quatre fonctionne sous ce statut. Une pharmacie sert en moyenne 2 700 habitants en France métropolitaine, mais la répartition territoriale n'est pas uniforme (résumé auteur).

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1525/ip1525.pdf>

**Lubloy A., Kereszturi J.L., Benedek G. (2014). Determinants of pharmaceutical innovation diffusion: social contagion and prescribing characteristics.** Budapest : Corvinus University of Budapest

Abstract: This article studies the determinants of pharmaceutical innovation diffusion among specialists. To this end, it investigates the influences of six categories of factors—social embeddedness, socio-demography, scientific orientation, prescribing patterns, practice characteristics, and patient panel composition—on the use of new drugs for the treatment of type 2 diabetes mellitus in Hungary. Here, in line with international trends, 11 brands were introduced between April 2008 and April 2010, outperforming all other therapeutic classes. The Cox proportional hazards model identifies three determinants—social contagion (in the social embeddedness category) and prescribing portfolio and insulin prescribing ratio (in the pre scribing pattern category). First, social contagion has a positive effect among geographically close colleagues—the higher the adoption ratio, the higher the likelihood of early adoption—but no influence among former classmates and

scientific collaborators. Second, the wider the prescribing portfolio, the earlier the new drug uptake. Third, the lower the insulin prescribing ratio, the earlier the new drug uptake—physicians' therapeutic convictions and patients' socioeconomic statuses act as underlying influencers. However, this finding does not extend to opinion-leading physicians such as scientific leaders and hospital department and outpatient center managers. This article concludes by arguing that healthcare policy strategists and pharmaceutical companies may rely exclusively on practice location and prescription data to perfect interventions and optimize budgets.

[http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/1727/1/cewp\\_201417.pdf](http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/1727/1/cewp_201417.pdf)

## Politique de santé / Health Politics

**Recherl B. / éd., McKee M. / éd. (2014). Facets of Public Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series.** Maidenhead : Open University Press

Abstract: Depuis 2 siècles, la santé publique atténue l'impact des maladies infectieuses et limite leur prévalence, mais il reste beaucoup à faire pour juguler les maladies non transmissibles comme les maladies cardiaques et le cancer, qui représentent le gros de la charge de maladies pesant sur la Région européenne de l'OMS. Cet ouvrage appréhende la santé publique en Europe de manière générale, mais avec force détails, et propose l'analyse la plus complète qui soit sur la Région. Il aborde un très large éventail de thèmes clés dans le domaine de la santé publique et comprend des chapitres sur : le dépistage ; la promotion de la santé ; la gestion des déterminants sociaux de la santé ; l'évaluation de l'impact sanitaire ; les travailleurs de la santé publique ; la recherche en matière de santé publique. En outre, les auteurs étudient les structures, capacités et services de santé publique existants dans toute une série de pays européens, en déterminant ce qu'il faut faire pour intervenir plus efficacement et améliorer les réalisations en matière de santé publique. Ce livre, qui reflète la vaste envergure géographique de toute la Région européenne de l'OMS, prend des exemples dans toute une série de pays pour illustrer les différentes façons d'envisager la santé publique. Il constitue une lecture essentielle pour tous ceux qui étudient la santé publique ou travaillent dans ce domaine, en particulier pour ceux qui s'intéressent aux pratiques européennes.

<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/facets-of-public-health-in-europe>

**Fassin D. (2014). Faire de la santé publique.** Rennes : Presses de l'EHESP

Abstract: Qu'est-ce que la santé publique ? À cette question, de nombreuses réponses ont été apportées, souvent en termes de définitions ou de prescriptions. Plutôt que d'ajouter une pièce supplémentaire à ce catalogue normatif et de dire ce que devrait être la santé publique, Didier Fassin propose ici une lecture analytique en se demandant simplement : qu'est-ce que faire de la santé publique ? Deux voies sont explorées. La première, généalogique, s'intéresse à la constitution d'un gouvernement des corps et des populations dans le temps long de l'histoire. La seconde, sociologique, analyse la construction d'une politique sanitaire à partir du cas exemplaire de la lutte contre le saturnisme infantile.

<http://www.presses.ehesp.fr/sciences-humaines-et-sociales/essais/Details/179/13/sciences-humaines-et-sociales/essais/faire-de-la-sante-publique-2e-edition.html>

## Politique sociale / Social Policy

**Gazier B., Palier B., Perivier H. (2014). Refonder le système de protection sociale : pour une nouvelle génération de droits sociaux. Nouveaux débats.** Paris : SciencesPo Les Presses

Abstract: Le système français de protection sociale a permis de consolider la cohésion sociale, de lutter contre la pauvreté et d'amortir les effets dévastateurs de la crise actuelle. Mais, bâti sur le modèle d'un homme chef de famille ayant à charge femme et enfants, il entérine les inégalités entre les sexes et néglige, voire pénalise, les évolutions de carrière. Dessinant une nouvelle architecture pour la protection sociale, ce livre montre qu'il est urgent et possible de refonder ce système. Sa métamorphose doit s'appuyer sur l'exigence d'égalité des sexes, sur l'accompagnement de carrières diversifiées et sur l'investissement social en amont, en faveur des enfants et des jeunes, afin de garantir à chacune le droit à une vie personnelle et professionnelle de qualité. Cette seconde génération de droits sociaux combine protection et promotion sociale pour toutes et pour tous, afin de construire une société de semblables.

<http://www.pressesdesciencespo.fr/fr/livre/?gcoi=27246100117760>

**(2014). Analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe.** Paris : HCFPS .

Abstract: Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a adopté le 19 novembre 2014 un rapport sur l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe, qui a été transmis le même jour au Premier Ministre. Les travaux antérieurs du Haut Conseil ont fait émerger le souhait d'un élargissement de ses réflexions aux analyses et aux expériences conduites dans les pays partenaires de la France dans le domaine du financement de la protection sociale. Afin de répondre à ce besoin d'analyse internationale comparée, le rapport examine quatre questions distinctes : dans son premier chapitre, il décrit les caractéristiques financières des systèmes européens de protection sociale, et présente les termes dans lesquels les questions de financement de la protection sociale sont abordées dans les débats publics des différents pays ; le second chapitre du rapport tente de mesurer la contribution de la protection sociale à la réduction des inégalités de revenus dans les pays européens. Le rapport examine ensuite, dans son troisième chapitre, les expériences menées dans plusieurs pays européens ou américains, tendant à moduler les taux des cotisations sociales acquittées par les employeurs en fonction de leurs pratiques d'embauches et de licenciements s'agissant de l'assurance chômage, ou de la sinistralité observée en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ; la dernière partie du rapport examine enfin les liens entre les structures du financement de la protection sociale et les modes de pilotage financier et de gouvernance de la protection sociale dans cinq pays européens (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède). Le rapport comporte également deux compléments : d'une part une étude réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques sur l'incidence redistributive de certains dispositifs de protection sociale en Europe, d'autre part, une synthèse par la Direction générale du Trésor des réponses que les conseillers économiques et sociaux dans les ambassades de France en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède ont apportées à un questionnaire que le Haut Conseil leur avait adressé en juillet 2014.

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport\\_international\\_hcfi-ps.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_international_hcfi-ps.pdf)

## Prévention / Prevention

**Celidoni M., Pieroni, L., Salmasi L. (2014). Side-effects of anti-smoking policies on health behaviors. Evidence from the US.** Munich : MRPA

Abstract: In this paper, we use US data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System to examine unintended side-effects related to smoking bans, and cigarette prices, and taxes on health behaviors. Our findings show that smoking bans not only had positive direct effects on smoking but also induced healthier lifestyles: the bans significantly reduced drinking participation and consumption and promoted physical activity, with heterogeneous effects in certain socio-economic groups, whereas cigarette prices and taxes affected the health behaviors of disadvantaged population groups. Robustness analyses show that results do not change when we consider ever-smokers or control for unobservable state-specific time-varying confounders.

<http://mpra.ub.uni-muenchen.de/58312/>

## Prévision-Evaluation / Prévision-Evaluation

**(2014). La télémédecine.** *Lettre du Collège (La)*, (2)

Abstract: Cette lettre rend compte des débats qui ont eu lieu lors de la dernière table rondes du CES, consacré à la télémédecine. L'enjeu est aujourd'hui d'apprécier les changements organisationnels induits par la télémédecine et d'évaluer les bénéfices et conséquences qui en sont attendus.

[http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Lettre\\_NOV\\_2014.pdf](http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Lettre_NOV_2014.pdf)

## Psychiatrie / Psychiatry

**Coldefy M., Nestrigue C. (2014). L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale.** *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (202)

Abstract: Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge. A partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf>

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

**Farrar M. (2014). Inquiry into Patient Centred Care in the 21st Century. Implications for general practice and primary care.** Londres : Royal College of General Practitioners .

Abstract: The inquiry into patient centred care in the 21st century was commissioned by the RCGP to identify cost effective solutions to the medical, social and financial challenges posed by rising levels of multimorbidity in England. Our terms of reference asked us to focus specifically on general practice, in the context of the broader range of primary, community and social care services. This enquiry concludes that clinicians must work with patients in a very different way, providing personalised care and empowering patients to play an active role in managing their health. The report also calls for a seismic shift in the way that general practice is delivered, so that practices come together as federations or networks and work with a range of other services to deliver coordinated and proactive care in the community. To support these changes, the inquiry calls on the Government, NHS England and other stakeholders to work with patients and clinicians to: move away from tick box clinical guidelines and performance indicators to an approach that recognises the need for care to be tailored to patients with multiple conditions and rewards professionals for respecting patients' preferences; increase resources for primary and community based care and create a primary care 'transformation fund' to enable changes in the way care is delivered to happen at pace and scale; introduce flexible commissioning and

funding arrangements that help to break down barriers between providers (in particular GPs and hospital-based physicians) and promote collaborative working; implement NHS England's 'new deal for general practice', building on its key strengths including an easily accessible, local point of access; comprehensive services from a generalist clinician; continuity of care; and the registered patient list.

<http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/RCGP-Inquiry-into-Patient-Centred-Care-in-the-21st-Century.ashx>

**Vigneron E. (2014). Les centres de santé. Une géographie rétro prospective.** Paris : Fehap .

Abstract: Cet ouvrage met en lumière les défis auxquels les centres de santé peuvent répondre en France en fonction des caractéristiques propres à leur implantation territoriale. L'étude apporte des réponses à de nombreuses questions : les centres de santé, très anciens, répondent-ils aux besoins contemporains ? Existe-t-il une complémentarité entre centres de santé et maisons de santé ? Comment penser l'implantation des centres de santé en France ? L'ouvrage réalise une première : un recensement exhaustif des 1842 centres de santé en France et de leur implantation sur l'ensemble du territoire national. Il en explique les raisons tenant à l'histoire des territoires et des différentes initiatives qui ont porté ces centres de santé. L'ouvrage propose également des actions pour permettre aux centres de santé de se développer ; il met en texte mais également en image, avec plusieurs cartographies rendant compte des problématiques territoriales. Une carte prospective et originale propose notamment 398 cantons où les besoins de la population, les difficultés socio-économiques et de démographie médicale pourraient conduire au développement de nouveaux centres de santé. Les résultats montrent que les centres de santé constituent une réponse indéniable aux difficultés d'accessibilité géographique et financière aux soins, aussi bien médicale que paramédicale : ils apportent une offre de soins de premier recours, porte d'entrée indispensable dans des parcours de soins cohérents ; ils ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires ; ils sont capables de se projeter sur des territoires excentrés ou défavorisés, où la médecine libérale s'implante peu ou n'existe plus ; enfin, la pratique pluri-professionnelle permet à un praticien de ne pas être isolé, facteur déterminant de l'attractivité, ce qui contribue à lutter contre les déserts médicaux (tiré du dossier de presse).

[http://www.fehap.fr/jcms/fehap\\_141766/les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective](http://www.fehap.fr/jcms/fehap_141766/les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective)

**Afrite A., Mousques J. (2014). Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR).** *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (201)

Abstract: Quelles sont les caractéristiques de taille, de ressources humaines, d'équipement et d'informatisation des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ? Leurs modalités d'organisation et de fonctionnement en matière d'offre de soins, de coordination et de coopération pluriprofessionnelles ? Ce quatrième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux ENMR propose une analyse de leurs caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles, à partir d'une enquête réalisée auprès de 147 sites sur la période 2008-2012. Les sites ont été regroupés à partir d'analyses factorielles et de classifications aboutissant à cinq classes : deux pour les centres de santé, regroupant des professionnels salariés, et trois pour les maisons ou pôles de santé, regroupant des professionnels libéraux.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf>

**De Silva D., Bamber J. (2014). Improving quality in general practice. Evidence Scan; 24.** Londres : Health Foundation .

Abstract: This evidence scan was initially commissioned to inform attendees at the National Summit on Quality in General Practice, held on 31 July 2014. The theme of the day was Sustaining and improving the quality of general practice. The scan is divided into three parts: Part 1 explores how quality could be defined, drawing upon literature from leading thinkers and organisations in health care and quality improvement. Part 2 summarises empirical evidence on what people using services think of general practice, and the features they think are important in good quality general practice care. Part 3 compiles empirical research about interventions that have been tested to improve the quality of general practice care. Although the research covered is disparate and does not provide a simple solution to improving quality, it shows that a great deal has

been published on the topic and that there is much scope to use the existing knowledge base to promote, inspire and engage with improvement (résumé de l'éditeur).

<http://www.health.org.uk/publications/improving-quality-in-general-practice/>

### **(2014). Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins.**

Abstract: Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) publie pour la première fois une étude sur les flux migratoires et trajectoires des médecins - situation en 2014, réalisée à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre 2014. Terre d'accueil, la France a toujours attiré beaucoup de médecins mais contrairement aux idées reçues, l'arrivée des médecins nés hors de France et/ou disposant d'un diplôme européen ou extra-européen ne permet pas de régler les problèmes de démographie médicale dans les territoires en tension car la majorité des titulaires de diplômes étrangers (62,4 %) se tournent vers le salariat, en particulier le service public hospitalier.

[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/flux\\_migratoires\\_trajectoires\\_des\\_medecins\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/flux_migratoires_trajectoires_des_medecins_2014.pdf)

### **Kervasdoué J.de. (2014). Le revenu des professions de santé : Paris : FBMF ; Paris : Economica**

Abstract: Plus de dix ans après son ouvrage sur la crise des professionnels de santé, il est apparu nécessaire de revenir avec Jean de Kervasdoué sur ce sujet qui, plus que jamais suscite des débats et cristallise tant de passions. L'analyse détaillée des données chiffrées permettra d'évaluer l'évolution des revenus des professions de santé au cours des 15 dernières années tout en mettant en évidence quelle réalité recouvre les disparités géographiques, les spécialités ou encore le mode d'exercice. Elle réservera au lecteur quelques surprises allant à l'encontre des idées reçues. Au-delà du symbole que porte le revenu, c'est la globalité des pratiques qu'il convient aujourd'hui d'interroger : exercice en réseau ou individuel, coopération professionnelle, médecine de ville ou pratique hospitalière. L'évolution rapide des techniques médicales ainsi que les profondes mutations institutionnelles tant en Europe qu'en Amérique du nord permet d'ores et déjà d'entrevoir les modes d'organisation pour la médecine de demain. Au terme de l'analyse, l'auteur suggèrera quelques recommandations sur la démographie médicale, les modes d'exercice, les revenus et modalités de paiement ainsi que sur l'offre, et qui devraient faciliter l'entrée de la médecine française dans le XXI e siècle.

<http://www.economica.fr/livre-le-revenu-des-professions-de-sante,fr,4,9782717867268.cfm>

### **Lippi Bruni (M., Mammi I.,Ugolini(C. (2014). Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services? Bologne : University of Bologna**

Abstract: Over-crowding in Emergency Departments (EDs) generates potential inefficiencies. Using regional administrative data, we investigate the impact of an increase in the accessibility of primary care on ED visits in Italy. We test whether extending practice opening hours up to 12 hours/day reduces inappropriate ED visits. We estimate count data models, considering different measures for ED visits recorded at the list level. Since the extension programme is voluntary, we also account for the potential endogeneity of participation, using a two-stage residual inclusion and a GMM approach. Our results show that improving primary care accessibility favours a more appropriate use of EDs..

<http://www2.dse.unibo.it/wp/WP978.pdf>

## **Systèmes de santé / Health Care Systems**

### **Moullan Y., Bourgueil Y. (2014). Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques. Questions d'Economie de la Santé (Irdes), (203)**

Abstract: Si la migration internationale des médecins a fait l'objet de débats autour de la « fuite des cerveaux », peu d'études ont abordé ce sujet dans sa globalité, du fait de l'absence de données statistiques suffisantes. Une base de données originale s'appuyant sur le lieu de formation des médecins – sur la période 1991-2004 –,

a permis de dresser un panorama des flux migratoires de médecins, d'en étudier les impacts et d'en tirer des implications de politiques économiques. Les pays d'Asie sont ceux qui envoient le plus de médecins à l'étranger (Inde, Philippines) suivis du Canada et du Royaume-Uni, la France n'arrivant qu'en 25e position. L'Afrique subsaharienne a la densité médicale la plus faible au monde et connaît un taux d'émigration relativement élevé, de 19 % en moyenne en 2004. 60 % des médecins étrangers sont établis aux Etats-Unis en 2004, ce pays accueillant le plus de médecins au monde, et 20 % au Royaume-Uni. L'Australie, le Canada et l'Allemagne en accueillent chacun 3 %, la Belgique 2 % et la France 1,34 %. Quels sont les effets de ces migrations sur les pays de départ, tant du point de vue économique que sur celui des indicateurs de santé ? Quels sont les leviers d'action possibles et les politiques publiques envisageables pour faire face à l'émigration ? Quelle coopération internationale en matière de mobilité internationale des professionnels de santé ? Quels effets sur les politiques de régulation des professions de santé dans les pays d'accueil ?

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/203-les-migrations-internationales-de-medecins-impacts-et-implications-politiques.pdf>

### **Xesfingia S. , Vozikis A.. (2014). What shapes patient's satisfaction in countries' health care systems? München : MRPA**

Abstract: Patient satisfaction is an important measure of health care quality as it offers information on the provider's success at meeting clients' expectations and is a key determinant of patients' perspective behavioral intention. This paper studies the relationship between patient's satisfaction of healthcare system and a set of socioeconomic and health provision indicators. We first construct an index of patient's satisfaction and then, at a second stage, this index is related to economic and health provision variables. Our empirical analysis relies on 31 countries and for four years. Our findings support a strong positive association between citizens' satisfaction and public health expenditures, number of physicians and nurses, and the age of the patient, while there is a negative evidence for private health spending and number of hospital beds.

<http://mpr.ub.uni-muenchen.de/59755/>

### **(2014). Health at a Glance - Europe 2014. Paris : OCDE**

Abstract: This third edition of Health at a Glance: Europe presents a set of key indicators related to health status, determinants of health, health care resources and activities, quality of care, access to care, and health expenditure and financing in 35 European countries, including the 28 European Union member states, four candidate countries and three EFTA countries. The selection of indicators is based largely on the European Core Health Indicators (ECHI) shortlist, a set of indicators that has been developed to guide the reporting of health statistics in the European Union. This is complemented by additional indicators on quality of care, access to care and health expenditure, building on the OECD expertise in these areas. Compared with the previous edition, this third edition includes a greater number of ECHI indicators, reflecting progress in the availability of comparable data in the areas of non-medical determinants of health and access to care. It also includes a new chapter dedicated to access to care, including selected indicators on financial access, geographic access and timely access.

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014\\_health\\_glance\\_eur-2014-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en)

## **Travail et santé / Occupational Health**

### **Arends I., Baert N., Veerle M., et al. (2014). Mental Health and Work. Achieving well-integrated policies and service delivery. Paris : OCDE**

Abstract: La mauvaise santé mentale peut conduire à une moindre performance au travail, une forte incidence de l'absentéisme pour maladie et un taux d'activité réduit, ce qui entraîne des coûts considérables pour la société. Améliorer la participation sur le marché du travail des personnes ayant des troubles mentaux exige des politiques et des services intégrés dans les domaines de l'éducation, l'emploi, la santé et les secteurs sociaux. Ce rapport propose des exemples d'initiatives politiques provenant de 10 pays de l'OCDE pour des services

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

Page 19 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)

intégrées et présente leurs résultats ainsi que les points forts et les faiblesses. Les principales conclusions pour l'avenir des politiques et des services intégrés dans les domaines de santé mentale et de l'emploi sont les suivantes: Une mise en œuvre et une évaluation plus rigoureuse des politiques intégrées sont nécessaires pour améliorer les résultats du marché du travail. La mise en œuvre ne peut pas être laissée à la discrétion des parties concernées seulement ; Le renforcement des incitations financières et des obligations et des lignes directrices plus claires doivent être fournis aux parties concernées et aux professionnels pour participer à la prestation de services intégrés ; Chaque secteur a la responsabilité d'assurer des services intégrés en fonction des besoins des clients, ce qui exige à son tour une meilleure connaissance des besoins des clients avec des troubles mentaux ; Plus de prestations de services intégrés au sein de chaque secteur – par exemple des conseils de l'emploi incorporés dans le système de santé mentale et de l'expertise psychologique incorporé dans les services de l'emploi – semble être l'approche la plus simple et la plus rentable.

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work\\_5jxsvvn6pq6g-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_5jxsvvn6pq6g-en)

**(2014). Mental health and work : Netherlands. Santé mentale et emploi.** Paris : OCDE .

Abstract: Throughout the OECD, mental ill-health is increasingly recognised as a problem for social and labour market policy; a problem that is creating significant costs for people, employers and the economy at large by lowering employment, raising unemployment and generating productivity losses. Over the past two decades, the Dutch Government has strengthened obligations and incentives for individuals and employers to cooperate in return-to-work management. These investments have successfully improved labour market outcomes for people with health problems. Sickness absences and disability benefit claims have fallen overall but absences remain high for people with mental ill-health and the share of mental disorders in disability claims is increasing. Important challenges persist in the area of mental health and work, including the lack of attention for people with mild-to-moderate mental disorders (such as psychological distress, depression or anxiety) in all sectors; little attention on the prevention of mental ill-health at work; limited public support to help sick people return to work; and the lack of coordinated and integrated (mental) health and employment support. To improve sustainable labour market inclusion of people with mental illness the OECD recommends that the Netherlands: Provide direction to schools to: i) support pupils with mild-to-moderate mental health problems; ii) implement preventive activities; and iii) improve the transition from school to work for adolescents with mental health problems; implement and monitor employer obligations to prevent mental ill-health at work and ensure sufficient support for employees by providing training to return-to-work case managers and occupational physicians in mental health issues.

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

**Pascaud E., Roche N. (2014). Arrêts de travail : une problématique de santé publique.** *Regards*, (46)

Abstract: Au cours des années les plus récentes, se sont cumulés une situation de crise économique et donc de chômage de masse et un renforcement spectaculaire des contrôles de l'assurance maladie. Dans le même temps, les dépenses d'arrêts de travail n'ont cessé de progresser, en particulier au niveau des arrêts de courtes durée et consécutifs à des accidents du travail. Nous nous trouvons donc manifestement devant un phénomène que les schémas classiques ne parviennent plus à interpréter, et probablement devant une problématique de santé publique. L'arrêt de travail ne semble plus la conséquence directe et mathématique d'une pathologie déterminée mais un recours en tant que tel, face à des situations de santé plus globales que la seule maladie. Les données statistiques, aussi riches soient-elles, ne sauraient donner d'explications satisfaisantes du fait qu'elles excluent par définition le fonctionnement humain et sa complexité, qui est probablement à l'origine de cette évolution. En revanche, à partir d'un diagnostic qualitatif, tiré de l'expérience, du témoignage et de la croisée des discours des acteurs de terrain, tant soignants, qu'employeurs ou institutionnels, elles peuvent être mobilisées pour objectiver une ou plusieurs hypothèses, valider ou invalider celles-ci. Sans autre ambition que de contribuer à cet éclairage, mais en espérant néanmoins faire émerger des moyens d'actions et des programmes de maîtrise des dépenses, les participants à la présente réflexion ont engagé une méthodologie d'analyse qualitative, afin de sortir de ce qui semble l'unique alternative aujourd'hui de positionnement vis à vis de ce problème : le contrôle des abus d'un côté, le fatalisme et l'attentisme de l'autre (tiré du texte).

**Heger D. (2014). Work and Well-Being of Informal Caregivers in Europe.** Bochum : Ruhr-Universität Bochum

Abstract: Informal caregivers provide valuable services to elderly persons with long-term care needs, but the consequences of caregiving on caregivers are not yet fully understood. This paper illustrates the interrelation between caregiving and caregivers' labour force participation, cognitive ability, and health in a simple theoretical model, and estimates the effects of caregiving using panel data from thirteen European countries, which allows to analyze the effect of institutions on caregivers' outcomes. The results show that caregiving severely and significantly reduces caregivers' probability of being employed, but only in countries with few formal care alternatives. Furthermore, caregivers in all countries suffer from worse mental health when caregiving is prompted by poor parental health. The results for the effects of caregiving on physical health and cognitive ability are mixed.

[http://repec.rwi-essen.de/files/REP\\_14\\_512.pdf](http://repec.rwi-essen.de/files/REP_14_512.pdf)

**Jacquat D. (2014). Accidents du travail - Maladies professionnelles. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (n° 2252), Tome V. Rapport de l'Assemblée nationale ; 2303.** Paris : Assemblée Nationale

Abstract: Les principes de la couverture du risque accidents du travail et maladies professionnelles ont été définis par la loi du 9 avril 1898. Le législateur avait alors créé un régime de responsabilité sans faute reposant sur une présomption de responsabilité pour l'employeur en cas de survenance d'un accident d'origine professionnelle. En contrepartie, le coût de la réparation de l'accident du travail, ou de la maladie professionnelle depuis la loi du 25 octobre 1919, est pris en charge par la collectivité, selon une logique assurantielle. Cet héritage historique nous éclaire sur la nature des enjeux propres à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Le positionnement et l'organisation de la branche AT-MP sont en effet atypiques au regard des autres branches de la sécurité sociale : la gestion du risque professionnel a été intégrée à la sécurité sociale depuis la loi du 30 octobre 1946, mais les orientations de la branche sont définies dans un cadre strictement paritaire au sein de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Votre rapporteur a par conséquent souhaité auditionner individuellement les partenaires sociaux dans le cadre de l'examen du présent projet de loi ; chacun a tenu à souligner la qualité du dialogue social au sein de la branche AT-MP. L'année 2014 a en effet été marquée par la mise en place de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) liant la branche à l'État pour la période de 2014 à 2017 : grâce à un dialogue constructif au sein de la CATMP, les partenaires sociaux sont parvenus à définir de nouvelles orientations visant à améliorer la prévention des risques professionnels et à promouvoir la santé au travail.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r2303-tV.pdf>

**Rivalin R., Sandret M. (2014). L'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité dans le travail.** *Dares Analyses*, (095) :

Abstract: Les facteurs de pénibilité au travail ont été définis dans la loi de novembre 2010 portant réforme des retraites et confirmés dans la loi de janvier 2014. Ces dix facteurs couvrent des expositions à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif et à certains rythmes de travail. Si le nombre de salariés exposés à des facteurs de pénibilité dépend fortement des seuils qui permettent de les définir, les caractéristiques des personnes concernées restent qualitativement similaires. Selon les résultats de l'enquête Sumer 2010, la pénibilité concerne au premier chef les ouvriers, puis les employés de commerce et de services. Les secteurs les plus exposés sont la construction, l'industrie manufacturière, le secteur du traitement des déchets et l'agriculture. Les salariés qui exercent des fonctions de production, d'installation, de manutention ou de nettoyage sont plus exposés que la moyenne. Les jeunes sont eux aussi plus concernés, mais les salariés de plus de 55 ans sont largement exposés dans certains secteurs tels que l'industrie manufacturière. Aux facteurs de pénibilité s'ajoutent souvent d'importants facteurs de risques organisationnels comme, par exemple, les fortes contraintes de rythme de travail et le manque d'autonomie (résumé d'auteur)

<http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de,76/etudes-et-recherches,77/publications-dares,98/dares-analyses-dares-indicateurs,102/2014-095-l-exposition-des-salaries,18304.html>

**Galizzi M., Leombruni R., Pacelli L., et al. (2014). Wages and return to work of injured workers.** Moncalieri : Laboratorio R. Revelli,

Abstract: This is the first analysis of determinants of the return to work of injured workers in an institutional setting where workers earnings are fully compensated during the disability spell. Employers carry the costs associated to the time off work; hence they could face an incentive to put pressure on workers to shorten their leave. We use a matched employer-employees panel data merged with Italian workers compensation records. We find that even when we control for measures of commitment and job security, workers with high wages and high relative wages (who are more costly for the employer) return to work sooner.

[http://www.laboratoriorevelli.it/\\_pdf/wp139.pdf](http://www.laboratoriorevelli.it/_pdf/wp139.pdf)

**Vermeer N., Mastrogiacomo M., Van Soest A. (2014). Demanding occupations and the retirement age in the Netherlands.** Amsterdam : De Nederlandsche Bank

Abstract: In the policy debate on increasing the statutory retirement age, the issue has been raised to make an exception for workers with demanding occupations, since health considerations may make it unreasonable to expect them to work longer. We use unique Dutch survey data to analyze the general public's opinions on what are demanding occupations, to what extent it is justified that someone with a demanding occupation can retire earlier, and on the willingness to contribute to an earlier retirement scheme for such occupations through higher taxes. A representative sample of Dutch adults answered several questions about hypothetical persons with five different jobs. Panel data models are used to analyze the answers, accounting for confounding factors affecting the evaluations of the demanding nature of the jobs as well as their reasonable retirement age or willingness to contribute to an early retirement scheme. The Dutch public thinks that workers in demanding occupations should be able to retire earlier. A one standard deviation increase in the perceived demanding nature of an occupation translates into a one year decrease in the reasonable retirement age and a 30 to 40 percentage points increase in the willingness to contribute to an early retirement scheme for that occupation. There is some evidence that respondents whose own job is similar to the occupation they evaluate find this occupation more demanding than other respondents but respondents are also willing to contribute to early retirement of occupations that are not similar to their own.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2411969](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2411969)

## Vieillessement / Ageing

**(2014). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective. Synthèse et recommandations.** Expertise collective. Paris : INSERM .

Abstract: L'Inserm a été sollicité par le ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports pour réaliser une expertise collective permettant de disposer d'un bilan des connaissances scientifiques sur la contribution de la pratique d'une activité physique à la prévention des chutes chez les personnes âgées. Après analyse critique du fonds documentaire constitué sur le sujet et audition de plusieurs représentants d'associations d'activité physique et sportive, le groupe d'experts a proposé une synthèse des connaissances scientifiques et a élaboré des recommandations d'action et de recherche. Les auteurs de l'expertise collective soulignent ainsi l'effet bénéfique d'une activité physique régulière, centrée sur le travail de l'équilibre, pour tous les sujets âgés à risque plus ou moins élevé de chute. Pour être adaptés à l'état de santé et au mode de vie des personnes, les programmes d'exercices physiques doivent être davantage encadrés et mieux associer les acteurs du monde médical, associatif et sportif (tiré de l'intro).

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

**Joel M.E. (2014). Accompagner (autrement) le grand âge. D'autres lendemains.** Evry-sur-Seine : Les Editions ouvrières

Abstract: Près de quatre millions d'aidants familiaux interviennent en France auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. Mais aider n'est pas simple, en raison de la diversité des tâches à assumer et du souci légitime des aidants de préserver leur équilibre personnel et social... En s'appuyant sur cette réalité nouvelle, l'ouvrage de Marie-Ève Joël donne des informations précieuses sur les aidants familiaux, la nature de leurs responsabilités, les relations qu'ils peuvent établir avec les professionnels du soin pour la tranquillité de tous, la

charge économique qu'ils assument, avant d'ouvrir quelques perspectives d'avenir en termes de politiques publiques liées à la politique du grand âge.

<http://www.editionsatelier.com>

**Principi A / éd., Jensen P.H. / éd., Lamura G. / éd. (2014). Active ageing : voluntary work by older people in Europe.** Bristol : Policy Press

Abstract: Active ageing' has become a key phrase in discourses about challenges and remedies for demographic ageing and the enrolment of older adults into voluntary work is an important dimension of it. The pattern and factors conditioning volunteering among older people has so far been an under-researched topic in Europe and this is the first book to study volunteering among older people comparatively and comprehensively. In this topical book older people's volunteering is studied in eight European countries at the structural, macro, meso and micro levels. Overall it highlights how different interactions between the levels facilitate or hinder older people's inclusion in voluntary work and makes policy suggestions for an integrated strategy. This book provides important new insights for academics and students interested in ageing societies, active ageing and voluntary work. It will also be of great value for policy makers and practitioner in third sector and voluntary organisations.

**Boissonneault M., Legare J., Decarie Y. (2014). Les coûts des soins de santé chez les aînés avec incapacités au Québec.** *Cahiers Québécois de Démographie*, 43 (1) :

Abstract: Cet article s'intéresse aux déterminants individuels associés à la variation des coûts publics des soins de santé, chez les Québécois de 65 ans et plus vivant en ménage privé et avec incapacités. À l'aide de modèles de régression, la variation des coûts pour la consultation de professionnels de la santé (CCPS) et pour la consommation de produits pharmaceutiques (CCPP) a été analysée en fonction du nombre d'incapacités ainsi que de la nature de celles-ci. Les informations sur l'état de santé et la situation sociodémographique proviennent de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) de 1998 et celles sur les coûts proviennent du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour la même année. On remarque que les deux types de coûts augmentent en fonction du nombre d'incapacités. D'autre part, des coûts plus élevés ont été observés chez les personnes présentant une incapacité liée à l'agilité (CCPS), à la mobilité (CCPP) et à la cognition (CCPS et CCPP). Ces observations soulignent l'intérêt de considérer la nature du problème de santé lorsque l'on étudie les déterminants individuels des coûts des soins de santé.

<http://www.erudit.org/revue/cqd/2014/v43/n1/1025491ar.pdf>

**Geyer J., Korfhaget T. (2014). Long-term Care Insurance and Carers' Labor Supply – A Structural Model.** Bonn : IZA

Abstract: In Germany, individuals in need of long-term care receive support through benefits of the long-term care insurance. A central goal of the insurance is to support informal care provided by family members. Care recipients can choose between benefits in kind (formal home care services) and benefits in cash. From a budgetary perspective family care is a cost-saving alternative to formal home care and to stationary nursing care. However, the opportunity costs resulting from reduced labor supply of the carer are often overlooked. We focus on the labor supply decision of family carers and the incentives set by the long-term care insurance. We estimate a structural model of labor supply and the choice of benefits of family carers. We find that benefits in kind have small positive effects on labor supply. Labor supply elasticities of cash benefits are larger and negative. If both types of benefits increase, negative labor supply effects are offset to a large extent.

[http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.489221.de/diw\\_sp0702.pdf](http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.489221.de/diw_sp0702.pdf)

**(2014). Le financement des établissements pour personnes âgées dépendantes et adultes handicapés.** Paris : Cour des comptes

Abstract: La Cour des comptes a rendu public, le 24 novembre 2014, un référé sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Éhpad) et des adultes handicapés. Les

contrôles, menés par la Cour et par dix chambres régionales des comptes, ont porté sur les pratiques des autorités de tarification, agences régionales de santé et départements, ainsi que sur le pilotage de l'allocation des ressources par les administrations centrales. Au terme de cette enquête, après avoir formulé le constat d'une réforme inaboutie de la tarification, la Cour appelle à généraliser la contractualisation, à mettre en place rapidement des référentiels de coût opposables, à simplifier les co-financements et à parachever la prise en charge par l'aide sociale des dépenses d'hébergement. Elle assortit son référé de cinq recommandations.

[www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Le-financement-des-etablissements-pour-personnes-agees-dependantes-et-adultes-handicapes](http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Le-financement-des-etablissements-pour-personnes-agees-dependantes-et-adultes-handicapes)

**Matsuyama H. (2014). Aging and the governance of the healthcare system in Japan.** Bruxelles : Bruegel

Abstract: Japan is the most rapidly aging country in the world. This is evidence that the social security system, which consists of the pension system, healthcare system and other programmes, has been working well. The population is shrinking because of a falling birth rate. It is expected that the population will fall from 128 million in 2010 to 87 million in 2060. During this period, the ratio of people aged 65 or over will rise from 23 percent to 39.9 percent. Japan's age dependency ratio was 62 in 2013, the highest among advanced nations. It is expected to rise sharply to 94 in 2050 (see Figure 1 on page 4). A total reform of the Japanese social security system, therefore, is inevitable. From the point of view of fiscal reconstruction, reform of the healthcare system is the most important issue. The biggest problem in the healthcare system is that both the funding system and the care-delivery system are extremely fragmented. The government is planning its reform of the healthcare system based on the principle of integration. Other advanced economies could learn from the Japanese experience.

<http://www.bruegel.org/publications/publication-detail/publication/860-aging-and-the-governance-of-the-healthcare-system-in-japan/>