

**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

28 août 2015 / August The 28th, 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Contacts

Espace documentation : [documentation@irdes.fr](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>7</b>  |
| Finkelstein A., Hendren N., Luttmer E.F.P. (2015). The Value of Medicaid: Interpreting Results from the Oregon Health Insurance Experiment.....  | 7         |
| Xie S. Zenios S.A. (2015). Modeling the Impact of Health Care Reform on Consumers .....  | 7         |
| (2015). Les modalités de revalorisation des prestations de sécurité sociale et des minima sociaux. 8   |           |
| Delattre F. 2015). Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des Comptes relative au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie . 8  |           |
| (2015). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2016 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016. .... | 8         |
| Dormont B., Peron M. (2015). Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France.....  | 9         |
| Buchmueller T. (2015). The Medicaid Program. ....  | 9         |
| Fadlon I., Nielsen T.H. (2015). Household Responses to Severe Health Shocks and the Design of Social Insurance.....  | 9         |
| <b>Economie de la santé / Health Economics</b> .....   | <b>10</b> |
| (2015). The economic cost of physical activity in Europe: an ISCA / CEBR report .....  | 10        |
| Becchetti L., Conzo P.,Salustri F.(2015). The (W)health of Nations: the Impact of Health Expenditure on the Number of Chronic Diseases .....   | 10        |
| (2015). Les dépenses des actes techniques des médecins. In Ministère chargé de la Santé. (Ed.), Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015 .....   | 10        |
| Aichi L. 2015). Pollution de l'air : le coût de l'inaction. Rapport fait au nom de la Commission d'enquête "coût économique et financier de la pollution de l'air". ....   | 11        |
| Bui A.L., Rouselle F.,Lavado B., et al. (2015). National health accounts data from 1996 to 2010: a systematic review.....  | 11        |
| De Nardi M., French E., Jones J.B. (2015). Medical Spending of the U.S. Elderly : .....  | 12        |
| (2015). Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015.....  | 12        |

|  |           |
|--|-----------|
| Pashchenko S. Porapakarm J.. (2015). Medical spending in the US: facts from the Medical Expenditure Panel Survey Dataset. ....   | 12        |
| (2015). Inflation et sécurité sociale .....  | 13        |
| <b>Etat de santé / Health Status .....</b>   | <b>14</b> |
| Colonna M., Chatignoux E., Remontet L., et al. (2015). Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010 : Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administrative : ..... | 14        |
| (2015). Improving environment and health in Europe: How far have we gotten? .....  | 14        |
| Mino J.C., Douguet F., Gisquet E. (2015). Accidents vasculaires cérébraux : quelle médecine face à la complexité ? .....   | 14        |
| Frankenberg E. , Ho (J.Y., Thomas D. (2015). Biological Health Risks and Economic Development. ....  | 15        |
| Jemal A., Vineis P., Bray F., et al. (2015). L'Atlas du cancer .....   | 15        |
| <b>Géographie de la santé / Geography of Health .....</b>  | <b>15</b> |
| (2014). Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire. ....  | 15        |
| Laborde C. (2015). Hospitalisation potentiellement évitable : quel apport dans un diagnostic territorial ? .....   | 16        |
| <b>Hôpital / Hospitals .....</b>   | <b>16</b> |
| Garthwaite C., Gross T., Notowidigdo M.J. (2015). Hospitals as Insurers of Last Resort .....   | 16        |
| (2015). La chirurgie ambulatoire. ....   | 16        |
| Farfan-Portet M.I., Denis A. , Mergart L., et al. ( 2015). Implementation of hospital at home: orientations for Belgium .....  | 17        |
| Grall J.Y. (2015). Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Paris .....   | 17        |
| Hentschker C., Mennicken R. (2014). Selective-referral and Unobserved Patient Heterogeneity – Bias in the Volume-outcome Relationship. ....  | 17        |
| <b>Inégalités de santé / Health Inequalities .....</b>   | <b>18</b> |
| Panico L., To M., Thevenon O. (2015). La fréquence des naissances de petit poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères .....  | 18        |
| Black S.E., Devereux P.J., Salvanes K.G. (2015). Healthy, Wealthy and Wise: Birth Order and Adult Health .....   | 18        |

|   |           |
|---|-----------|
| (2015). Droit au séjour pour soins. Rapport de l'Observatoire malades étrangers 2015. ....  | 18        |
| Carrieri V. , Di Novi C., Orsi C. (2015). Home Sweet Home? Public Financing and Inequalities in the use of Home Care Services in Europe.....  | 19        |
| Bosworth B.P., Burtless G.,Zhang K. (2015). Sources of Increasing Differential Mortality among the Aged by Socioeconomic Status.....  | 19        |
| Cawley J., Choi A. (2015). Health Disparities Across Education: The Role of Differential Reporting Error.....   | 19        |
| Gimenez-Nadal J.I., Molina G.A. (2015). Health inequality and the use of time for workers in Europe. ....   | 20        |
| Ahammer A, Horvath G.T., Winter–Ebmer R.. (2015). The Effect of Income on Mortality: New Evidence for the Absence of a Causal Link. Bonn.....   | 20        |
| <b>Médicaments / Pharmaceuticals.....</b>   | <b>20</b> |
| Stroka M.A. (2014). Drug Oversupply in Nursing Homes - An Empirical Evaluation of Administrative .....  | 20        |
| Ferre Moulis F. (2014). La polymédication et le poids atropinique de l'ordonnance chez le sujet âgé sont associés à l'état de fragilité : Etude transversale à la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse..... | 21        |
| Brekke K.R., Canta C., Straume O.R. (2015). Does Reference Pricing Drive Out Generic Competition iin Pharmaceutical Markets? Evidence from a Policy Reform. Braga .....   | 21        |
| (2015). Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2015.....   | 22        |
| <b>Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics .....</b>  | <b>22</b> |
| Brekke K.R., Holmas T.H., Monstad K. (2015). Methods of Observing Variations in Physicians' Decisions: The Opportunities of Clinical Vignettes. ....  | 22        |
| Meyer B.D., Mok W.K.C., Sullivan J.X. (2015). Household surveys in crisis.....  | 22        |
| Wooldridge J.M. (2015). Introduction à l'économétrie : une nouvelle approche .....  | 23        |
| <b>Politique santé / Health Policy .....</b>  | <b>23</b> |
| (2015). Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery.....  | 23        |
| Batifoulier P./Ed, Domin J.P. / éd.. (2015). Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire : dossier thématique .....   | 23        |
| (2015). Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care.....  | 24        |

|  |           |
|--|-----------|
| Saout C. (2015). Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé..... | 24        |
| Saffer H., Gehrsitz M. (2015). The Effect of Post-and-Hold Laws on Alcohol Consumption.....  | 24        |
| Powell D., Liccardo Pacula R., Jacobson M. (2015). Do Medical Marijuana Laws Reduce Addictions and Deaths Related to Pain Killers?.....  | 25        |
| <b>Psychiatrie / Psychiatry .....</b>  | <b>25</b> |
| (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020 .....   | 25        |
| Antonova L., Belloni M., Meschi H., et al (2015). The effect on mental health of retiring during the economic crisis. ....   | 25        |
| (2015). WHO Mental Health Atlas 2014.....  | 26        |
| <b>Soins de santé primaires / Primary Health Care .....</b>  | <b>26</b> |
| Cartier T. Ryssaert P., Bourgueil Y.(2015). Switzerland.....   | 26        |
| Cartier T. , Bourgueil Y.(2015). France. ....  | 26        |
| Cartier T., Senn N., Cornuz J., Bourgueil Y. (2015). Belgium.....  | 27        |
| Hassenteufel P. (2015). La défense de la médecine libérale.....  | 27        |
| Rosen B. (2015). Transforming general practice: what are the levers for change? .....  | 27        |
| (2015). Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins .....   | 27        |
| Lemorton C. (2015). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins .....  | 28        |
| Le Breton-Lerouillois G., Rault J.F. (2015). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015.....  | 28        |
| Kantarevic J., Krahli J.B. (2015). Physician Payment Contracts in the Presence of Moral Hazard and Adverse Selection: The Theory and its Application to Ontario .....  | 28        |
| Mahtoochi T., Castillo I., McLeod L. (2015). Coordinating Contracts in Value-Based Healthcare Delivery: Integration and Dynamic Incentives .....   | 28        |
| Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2015. ....   | 29        |
| Cehlay P., Gertler P., Giovagnoli P. (2015). Long Run Effects of Temporary Incentives on Medical Care Productivity. ....   | 29        |
| Brekke K.R. , Holmas T.H., Monstad .(2015). Do Treatment Decisions Depend on Physicians' Financial Incentives .....  | 30        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Systèmes de santé / Health Systems .....</b>   | <b>30</b> |
| Rodwin V.G. (2015). Obamacare, cinq ans après la loi. In : La santé à la une.....   | 30        |
| Kossarova L. (2015). Focus on: international comparisons of healthcare quality - what can the UK learn?.....                                | 30        |
| <b>Travail et santé / Occupational Health .....</b>   | <b>30</b> |
| Halla M., Pech S., Zweimuller M. (2015). The Effect of Statutory Sick Pay Regulations on Workers' .....                                     | 31        |
| Jimenez-Martin S., Vall Castello J. ,Del Rey H. (2015). The Effect of Changes in the Statutory Minimum .....                                | 31        |
| Bruno A.S. (2015). 1917-2014 : la laborieuse compensation de la pénibilité.....   | 31        |
| Desrioux F. (2015). Quelle réforme de la médecine du travail .....  | 31        |
| Bharadwaj P., Lundborg P., Rooth J.O; (2015). Health and Unemployment during Macroeconomic Crises .....                                     | 31        |
| Gutierrez A., Michaud P.C. (2015). Employer downsizing and older workers' health .....  | 32        |
| <b>Vieillessement / Ageing .....</b>  | <b>32</b> |
| Garcia-Gomez P., Hernandez-Quevedo C., Jimenez-Rubio D.,et al. (2015). Access to long term care services in Spain remains inequitable ..... | 32        |
| Pennec S., Gaymu J., Riou F., et al. (2015). Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente .....                | 32        |
| Roche G. (2015). Ramener durablement notre système de retraite à l'équilibre. Rapport d'information.....                                    | 33        |
| Gorry A. , Gorry D., Slalov S. (2015). Does Retirement Improve Health and Life Satisfaction? .....  | 33        |

## Assurance maladie / Health Insurance

**Finkelstein A., Hendren N., Luttmer E.F.P. (2015). *The Value of Medicaid: Interpreting Results from the Oregon Health Insurance Experiment*. Cambridge : NBER**

We develop a set of frameworks for valuing Medicaid and apply them to welfare analysis of the Oregon Health Insurance Experiment, a Medicaid expansion for low-income, uninsured adults that occurred via random assignment. Our baseline estimates of Medicaid's welfare benefit to recipients per dollar of government spending range from about \$0.2 to \$0.4, depending on the framework, with at least two-fifths – and as much as four-fifths – of the value of Medicaid coming from a transfer component, as opposed to its ability to move resources across states of the world. In addition, we estimate that Medicaid generates a substantial transfer, of about \$0.6 per dollar of government spending, to the providers of implicit insurance for the low-income uninsured. The economic incidence of these transfers is critical for assessing the social value of providing Medicaid to low-income adults relative to alternative redistributive policies.

[www.nber.org/papers/w21308](http://www.nber.org/papers/w21308)

**Xie S. Zenios S.A. (2015). *Modeling the Impact of Health Care Reform on Consumers*. Rochester : Social Science Electronic Publishing**

This paper studies the impact of the Health Insurance Marketplace (the Marketplace) on consumers. The aim is to study the motivation behind the consumer choice and the roles that insurers and government play. It also provide insights in improving the efficiency in the Marketplace. This paper introduces a cost point of view in modeling consumer decision. Consumers make rational choice by optimizing the objective function. The objective function includes the actual costs and the cost equivalent of health utilization. It is driven by the evidence that consumers value their costs most importantly. Moreover, this paper presents a conceptual framework of dividing health utilization into regions. This captures the practical features such as over utilization in healthcare. Bounded rationality is also discussed and three potential directions are provided. This paper also builds a model to predict medical expenditure which consists of a regression, a transition, and an evolution of the parameters. This model is the first to use the number of service visits as predictors. This is consistent with the collecting process of data which is at an service event base. Moreover, it incorporates the behavior considerations of the different insurance status of consumers. Aside from this model, two alternatives models are considered for comparison. They reflect two existing approaches: regression on personal characteristics and log transformation for nonzero expenditures. The predictors are selected and their coefficients are evaluated using the longitudinal data from Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). The two alternatives are compared with the model and it turns out that the model outperforms them in both prediction accuracy and variability explanation. Finally this paper presents simulation of consumer choice. The results suggest that the cost saver better matches the statistics from the federal government than the utility maximizer. The results provides implications to the share between insurers and consumers. The actuarial values (the share of expenditure paid by insurers) is calculated based on simulated participation. They demonstrates inconsistency with the standard ones. Therefore inefficiency exists in the actuarial value calculation. This paper also evaluates the government involvements in the Marketplace. The results suggest that its involvements, especially the government subsidies, effectively encourage the broader participation of insurance plans.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2612607](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2612607)

**(2015). Les modalités de revalorisation des prestations de sécurité sociale et des minima sociaux.** In Ministère chargé de la Santé. (Ed.), Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015 : Paris : Ministère chargé de la santé

Les prestations en espèces de sécurité sociale constituent soit un revenu de substitution, servi à un assuré qui se trouve privé de son revenu professionnel du fait d'une maladie, d'une période de maternité, d'une invalidité, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP) ou du départ en retraite, soit un complément de revenu pour compenser la charge d'enfant (prestations familiales) ou la charge de logement (allocations logement). Les minima sociaux visent à assurer un revenu minimal à une personne en situation de précarité (ou à sa famille). Le montant des prestations en espèces, lorsqu'elles ont les caractéristiques d'un revenu de remplacement, est déterminé en fonction du revenu d'activité de l'assuré social. Ainsi, les indemnités journalières de maladie, maternité ou AT-MP dépendent du salaire de l'assuré, de même que les pensions d'invalidité ou de retraite. Afin de garantir le pouvoir d'achat relatif de ces prestations de sécurité sociale et de ces minima sociaux, leur montant – ou les paramètres utilisés pour déterminer ce montant, tels que les plafonds de ressources – sont revalorisés chaque année en fonction de l'inflation.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>

**Delattre F. 2015). Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des Comptes relative au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie** : Paris : Sénat.

En application de l'article 58-2° de la loi organique n° 2001 692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (LOLF), la commission des finances du Sénat a demandé à la Cour des comptes la réalisation d'une enquête sur le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie dit « fonds CMU », qui finance la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS). Les travaux de la Cour des comptes montrent l'existence de carences importantes dans le processus d'instruction des demandes de CMU C et d'ACS et de risques lourds concernant les perspectives financières du fonds CMU, qui connaîtrait un déficit dès 2017 2018. L'audition organisée par la commission des finances le 3 juin 2015 a permis de constater que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a lancé un programme de vérification des ressources des bénéficiaires ainsi que des travaux de modernisation du système d'information afin de répondre aux critiques formulées par la Cour des comptes. Considérant que les risques mis en lumière par la Cour des comptes ne doivent pas être minimisés, le rapporteur spécial de la mission « Santé », Francis Delattre, préconise de modifier les conditions d'accès à la CMU C et à l'ACS, d'une part en élargissant le périmètre des ressources prises en compte et, d'autre part, en abaissant le plafond de ressources de l'ACS, afin de garantir la soutenabilité financière du fonds CMU à moyen terme.

<http://www.senat.fr/rap/r14-484/r14-4841.pdf>

**(2015). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2016 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016.** Paris : Cnamts

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le



rapport Charges et produits pour l'année 2016 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé. Le rapport commence sur une cartographie des dépenses de santé et des pathologies. Les recommandations sont ensuite présentées selon les axes suivants : prévention et prise en charge des pathologies chroniques, dont l'obésité, le diabète, les accidents vasculaires cérébraux, l'ostéoporose ; accès aux soins des populations vulnérables ; efficacité de la prescription ; bon usage des soins et maîtrise des dépenses : examens de biologie, transport sanitaire, arrêts de travail ; virage ambulatoire avec les programmes de retour à domicile et la chirurgie de la cataracte.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2016\\_VDEF.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cnamts_rapport_charges_produits_2016_VDEF.pdf)

***Dormont B., Peron M. (2015). Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France. Cahiers de la Chaire Santé, (22) :***

Des couvertures de complémentaire santé trop généreuses encouragent-elles les dépassements d'honoraires ? Cette étude de la Chaire santé de l'université Paris Dauphine apporte une réponse ambivalente à cette question, qui n'est pas nouvelle. Pour les chercheurs, le résultat le plus intéressant de l'étude est que l'impact de la couverture complémentaire est lié à la structure de l'offre de soins. Les auteurs concluent que la politique actuelle, qui vise à décourager les contrats de complémentaires généreux en matière de prise en charge des dépassements par une fiscalité dissuasive, n'est "pertinente que dans les zones géographiques où il y a une insuffisance du nombre de médecins en secteur 1".

***Buchmueller T. (2015). The Medicaid Program.*** Cambridge : NBER

In both its costs and the number of its enrollees, Medicaid is the largest means-tested transfer program in the United States. It is also a fundamental part of the health care system, providing health insurance to low-income families, indigent seniors, disabled adults and, in some states, low-income adults more broadly. This paper reviews the history and structure of the Medicaid program and the large body of economic research that it has spawned in the nearly half century since it was established. We begin by summarizing the program's history, goals and current rules. We then present program statistics, mainly related to enrollment and expenditures. Finally we turn to the research on the impact of Medicaid on a broad range of outcomes, discussing theoretical and methodological issues important for understanding these effects and reviewing the empirical literature, describing what has been learned thus far, investigating areas where studies seem to reach different conclusions and pointing to areas where we believe additional research would be fruitful.

<http://www.nber.org/papers/w21425>

***Fadlon I., Nielsen T.H. (2015). Household Responses to Severe Health Shocks and the Design of Social Insurance.*** Cambridge : NBER

This paper studies how households respond to severe health shocks and the insurance role of spousal labor supply. In the empirical part of the paper, we provide new evidence on individuals' labor supply responses to spousal health and mortality shocks. Analyzing administrative data on over 500,000 Danish households in which a spouse dies, we find that survivors immediately increase their labor supply and that this effect is entirely driven by those who experience significant income losses due to the shock. Notably, widows – who experience large income losses when their husbands die – increase their labor force participation by more than 11%, while widowers – who are significantly more financially stable – decrease their labor supply. In contrast, studying over 70,000 households in which a spouse experiences a severe health shock but survives – for whom income losses are well-

insured in our setting – we find no economically significant spousal labor supply responses, suggesting adequate insurance coverage for morbidity (vs. mortality) shocks. In the theoretical part of the paper, we develop a method for welfare analysis of social insurance using only spousal labor supply responses. In particular, we show that the labor supply responses of spouses fully identify the welfare gains from insuring households against health and mortality shocks. Our findings imply large welfare gains from transfers to survivors and identify efficient ways for targeting government transfers.

<http://www.nber.org/papers/w21352>

## Economie de la santé / Health Economics

**(2015). *The economic cost of physical activity in Europe: an ISCA / CEBR report***. Copenhague : International Sport and Culture Association.

Abstract: Les États membres de l'Union européenne dépensent en moyenne 80,4 milliards d'euros par an pour traiter de maladies causées par un manque d'activité physique. L'étude sur le coût de l'inactivité physique en Europe montre que les dépenses de santé publique européennes, qui sont déjà élevées, devraient augmenter encore davantage à l'avenir si les Européens ne font pas plus d'exercice. Les maladies liées à un manque d'activité physique, comme les maladies coronariennes, le diabète de type 2 ou certains cancers, causeraient environ 500 000 morts par an en Europe. Les États pourraient pourtant économiser quelque 80,4 milliards d'euros par an si tous les Européens faisaient en moyenne 20 min d'exercice physique par jour. Même sans atteindre tout à fait cet objectif, plus d'activité physique aurait des conséquences positives sur la santé des citoyens et sur les caisses des États. Cette étude a été réalisée par le Centre de recherches économiques et commerciales (CEBR) pour l'association internationale pour le sport et la culture (ISCA).

[http://inactivity-time-bomb.nowwemove.com/download-report/The%20Economic%20Costs%20of%20Physical%20Inactivity%20in%20Europe%20\(June%202015\).pdf](http://inactivity-time-bomb.nowwemove.com/download-report/The%20Economic%20Costs%20of%20Physical%20Inactivity%20in%20Europe%20(June%202015).pdf)

**Becchetti L., Conzo P., Salustri F. (2015). *The (W)health of Nations: the Impact of Health Expenditure on the Number of Chronic Diseases***. Naples : University of Naples.

This study investigates the impact of health expenditure on health outcomes on a large sample of Europeans aged above 50 using individual and regional-level data. It finds a significant and negative effect of lagged health expenditure on later changes in the number of chronic diseases. This effect varies according to age, health behavior, gender, income and education, thereby supporting the hypothesis that the impact of health expenditure across different interest groups is heterogeneous. These empirical findings are confirmed also when health expenditure is instrumented with parliament political composition.

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:sef:csefwp:406&r=age>

**(2015). *Les dépenses des actes techniques des médecins***. In *Ministère chargé de la Santé. (Ed.), Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015* : Paris : Ministère chargé de la santé

Mise en œuvre en 2005, la classification commune des actes médicaux (CCAM)<sup>1</sup> est la liste des actes techniques médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, qui s'appliquent aux médecins et chirurgiens-dentistes pour la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des actes techniques qu'ils réalisent. La CCAM a évolué progressivement. Elle permet de différencier les tarifs des « actes techniques »<sup>2</sup> selon des critères prenant en

compte le travail médical, la durée de l'acte, le stress du praticien, la compétence technique nécessaire et les charges professionnelles associées (coût de la pratique), définissant ainsi une hiérarchisation médicale des actes et des tarifs cibles (cf. encadré 1). Les actes techniques sont pratiqués en très grande majorité par des spécialistes (94% en 2014) et concernent, par exemple, les actes d'imagerie (radiologie, échographie, etc.), les frottis, les actes chirurgicaux, les accouchements, etc. Les dépenses de l'assurance maladie au titre des remboursements des actes techniques médicaux se sont élevées à 7,1 Md€ en 2014, dont 6,1 Md€ pour le régime général<sup>3</sup>. Ces dépenses ont progressé de 2,4 % en moyenne sur les quatre dernières années et pèsent pour près de 9 % des dépenses de soins de ville en 2014. Par ailleurs, les forfaits techniques<sup>4</sup> associés à ces actes sont en augmentation de 4% et représentent plus de 0,9 Md€ en 2014. L'évolution des dépenses résulte de la progression du nombre des actes techniques de 2,8 % en moyenne entre 2010 et 2014, soit près de 140 millions d'actes pris en charge par l'assurance maladie en 2014. Le champ de cette fiche se concentre sur les praticiens libéraux et n'intègre pas les praticiens hospitaliers à plein temps. Du fait des modifications récentes de nomenclature, l'analyse exclut également les actes des anatomo-cyto-pathologistes et des stomatologues.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>

**Aichi L. (2015). Pollution de l'air : le coût de l'inaction. Rapport fait au nom de la Commission d'enquête "coût économique et financier de la pollution de l'air".** Paris : Sénat

L'actualité récente a été marquée par des épisodes récurrents de pics de pollution, le dernier en date ayant eu lieu un mois après la constitution de la commission d'enquête sur le coût économique et financier de la pollution de l'air. Or, si ces pics entraînent un afflux de consultations aux urgences, c'est la pollution « de fond », c'est-à-dire la pollution constante, qui provoque les effets les plus durablement néfastes pour la santé. Les trois types de maladies causées par la pollution de l'air les plus communes sont les maladies respiratoires, au premier rang desquelles la bronchopneumopathie obstructive (BPCO), les pathologies cardiaques, dont les infarctus, et les cancers du poumon. Par ailleurs, le rôle de la pollution de l'air dans de nombreuses autres pathologies fait l'objet d'études et permet d'affirmer qu'il existe un lien, notamment, entre la pollution et certains problèmes de développement du fœtus, et des pathologies certes multifactorielles mais de plus en plus prévalentes comme la maladie d'Alzheimer et l'obésité. A côté de ces effets sanitaires, la pollution de l'air produit des effets non sanitaires, sur la végétation et la biodiversité, sur l'eau mais aussi sur les bâtiments. Après avoir établi ces effets de la pollution de l'air, la commission d'enquête a tenté d'en mesurer les coûts en s'adressant aux administrations en charge de ces dossiers, aux économistes experts de ces questions et aux acteurs eux-mêmes. Elle n'a pu que constater la faiblesse de la mobilisation de l'Etat face à un enjeu qui est durablement inscrit au premier rang des préoccupations de nos concitoyens. La commission d'enquête a analysé l'ensemble des études publiées à ce jour sur le sujet et, là où cela a été possible, tenté d'obtenir de nouvelles évaluations. Elle a abouti au chiffrage le plus complet réalisé sur cette question. A partir de ce constat, et pour rompre avec le cycle des mesures incessamment mises en avant puis oubliées depuis la loi LAURE de 1996, la commission d'enquête présente des propositions dans quatre domaines : la recherche et le calcul du coût économique et financier de la pollution de l'air, les normes destinées à lutter contre la pollution, l'innovation, la formation, l'information et l'aide à la décision.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2014/r14-610-1-notice.html>

**Bui A.L., Rouselle F., Lavado B., et al. (2015). National health accounts data from 1996 to 2010: a systematic review.** Bulletin of the World Health Organization, 93 (8)

Objectif : Collecter, réunir et évaluer les rapports publics sur les comptes nationaux de la santé (CNS) produits à travers le monde entre 1996 et 2010. Methodes Nous avons

téléchargé les rapports sur les CNS produits par différents pays à partir de la base de données sur les dépenses de santé dans le monde de l'Organisation mondiale de la Santé et du site Internet StatExtracts de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Nous nous sommes également procurés des rapports auprès d'Abt Associates grâce à des contacts dans différents pays et à des recherches en ligne. Nous avons consolidé les quatre principaux types de données utilisés dans ces rapports: (i) source de financement; (ii) agent de financement; (iii) fonction de santé; et (iv) prestataire de santé. Nous avons combiné et ajusté les données de façon à respecter la première édition du manuel Système de comptes de la santé de l'OCDE (2000). Résultats Nous avons retenu 872 rapports sur les CNS provenant de 117 pays. Ces rapports contenaient un total de 2936 matrices pour les quatre types de données. La plupart des pays n'ont pas fourni des données complètes concernant leurs dépenses de santé: seuls 252 des 872 rapports contenaient des données appartenant aux quatre types. Pour la catégorie «non spécifiée par type», trente-huit pays ont indiqué une valeur moyenne supérieure à 20%, quels que soient le type de données et l'année. Plusieurs pays ont fait état de changements conséquents en glissement annuel aussi bien dans le niveau des dépenses de santé que dans leur composition. Ces changements étaient probablement dus à des processus de génération de données. Toutes les données de l'étude sont accessibles au public à l'adresse <http://vizhub.healthdata.org/nha/>. Conclusion Les données provenant des rapports sur les CNS relatives aux dépenses de santé sont souvent incomplètes et, dans certains cas, d'une qualité douteuse. L'amélioration de la qualité des données aiderait les ministères des Finances à allouer des ressources aux systèmes de santé et les ministères de la Santé à mobiliser un capital dans le secteur de la santé tout en permettant aux chercheurs d'établir des comparaisons justes entre les différents systèmes de santé.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/8/14-145235/en/>

**De Nardi M., French E., Jones J.B. (2015). *Medical Spending of the U.S. Elderly*** : Cambridge : NBER  
We use data from the Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) to document the medical spending of Americans aged 65 and older. We find that medical expenses more than double between ages 70 and 90 and that they are very concentrated: the top 10% of all spenders are responsible for 52% of medical spending in a given year. In addition, those currently experiencing either very low or very high medical expenses are likely to find themselves in the same position in the future. We also find that the poor consume more medical goods and services than the rich and have a much larger share of their expenses covered by the government. Overall, the government pays for 65% of the elderly's medical expenses. Despite this, the expenses that remain after government transfers are even more concentrated among a small group of people. Thus, government health insurance, while potentially very valuable, is far from complete. Finally, while medical expenses before death can be large, on average they constitute only a small fraction of total spending, both in the aggregate and over the life cycle. Hence, medical expenses before death do not appear to be an important driver of the high and increasing medical spending found in the U.S.

<http://www.nber.org/papers/w21270>

**(2015). *Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015***. Paris : Ministère chargé de la santé.

Ce rapport préparé pour la Commission de juin 2015 présente les comptes de 2014 et les prévisions 2015, pour le régime général de la Sécurité sociale, le Fond de solidarité vieillesse (FSV) et la Caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA).

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>

**Pashchenko S. Porapakkarm J.. (2015). *Medical spending in the US: facts from the Medical***

**Expenditure Panel Survey Dataset.** Munich : MRPA

We document facts about medical spending of the US population using the Medical Expenditure Panel Survey dataset. We find that for the entire population, around 44% of the total medical spending is paid by private insurance but there is a substantial difference in terms of financing medical care by age: for working age adults (25 to 65 years old) private insurance covers around 57% of the total medical spending, whereas for the elderly (older than 65 years old) the largest payor is the government which covers 65% of the total. Inpatient hospital care accounts for a third of the aggregate medical expenditures. Medical spending is highly concentrated: the top 5% of spenders account for more than half of the total expenditure. Even higher concentration is observed among hospital spending where the top 5% of spenders contribute around 80% to the total expenditure. The concentration in medical spending decreases with age: the Gini coefficient of the total medical spending is 0.75 for people aged between 25 and 64 years old and 0.63 for people older than 65 years old. We find that average medical spending of people in the bottom income quintile is higher than that of people in the top income quintile for all age groups. In terms of persistence of medical spending, we find that the correlation of medical expenditure in two consecutive years is 0.36. When persistence is measured by quintile of medical spending distribution, medical spending of people in the bottom and top quintiles has higher persistence relative to other groups.

<http://mpr.ub.uni-muenchen.de/65630/>

**(2015). Inflation et sécurité sociale.** In Ministère chargé de la Santé. (Ed.), *Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015* : Paris : Ministère chargé de la santé

La crise financière de 2008 s'est accompagnée d'un fort rebond de l'inflation suivi d'un reflux encore plus significatif en 2009, année de quasi stabilité des prix à la consommation (cf. graphique 1). En 2010 et 2011, l'inflation a progressé à un rythme annuel similaire à celui d'avant crise, de l'ordre de 2 %. Depuis début 2012, à l'instar de la zone euro, l'économie française est marquée par un phénomène de désinflation, avec des évolutions annuelles des prix particulièrement faibles, sous la barre des 1 %. Les premières informations conjoncturelles fournies par l'INSEE sur le début de l'année 2015 laissent présager que ces pressions désinflationnistes se maintiendront en 2015 : les prix à la consommation pourraient être stables sur l'année, compte tenu notamment des reculs en glissement annuel observés en janvier et février 2015. La forte chute du prix du pétrole explique en grande partie le ralentissement de la progression des prix via la baisse des prix des consommations intermédiaires de matières premières importées. Du point de vue des finances publiques, et en particulier pour celles du régime général de la sécurité sociale, cette situation de désinflation a une incidence à la fois sur les recettes et les dépenses. L'effet sur les recettes transite par des canaux indirects macroéconomiques, et est étalé dans le temps. A court terme, l'incidence de la désinflation sur la masse salariale, principale assiette des recettes du régime général (80 % du total), dépend de deux effets qui jouent en sens contraire : elle débouche sur un ralentissement des salaires nominaux mais augmente le pouvoir d'achat des ménages, ce qui accroît la consommation et l'activité, et in fine l'emploi. Toutefois, à long terme, si l'emploi est indépendant du niveau de l'inflation et si les salaires nominaux s'ajustent parfaitement aux prix, la désinflation aboutira, toutes choses égales par ailleurs, à un ralentissement de la masse salariale. L'effet sur les dépenses est quant à lui plus direct et immédiat notamment en raison de l'indexation mécanique de 45% des prestations sur l'inflation (pensions de retraite et prestations familiales, notamment, cf. tableau 4 et fiche 3.2). En revanche, les prestations de l'assurance maladie, dont les prix sont en grande partie administrés, sont peu sensibles à l'inflation à court terme. Une moindre inflation a toutefois un effet direct sur le coût des consommations intermédiaires des établissements de santé et médico-sociaux et se répercute sur leur résultat ; elle améliorera le solde du régime général

si le gain en est repris via la fixation des tarifs des établissements. Compte tenu de la structure des recettes et des dépenses de la sécurité sociale, il est probable qu'à moyen terme, une décélération de l'inflation aura plutôt un impact négatif sur le solde du régime général, spécialement s'il n'est pas possible de répercuter intégralement la baisse de l'inflation sur les tarifs de l'assurance maladie.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>

## Etat de santé / Health Status

**Colonna M., Chatignoux E., Remontet L., et al. (2015). Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010 : Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administrative** : Saint-Maurice : INVS.

En France, les registres des cancers couvrent seulement 20% de la population. Afin d'estimer l'incidence (I) départementale des cancers, les séjours hospitaliers issus du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les Affections de longue durée (ALD) peuvent être utilisés. En appliquant la démarche retenue pour les estimations régionales d'incidence 2008-2010, l'objectif de ce travail était de fournir des estimations départementales d'incidence sur la même période. Le principe de l'estimation départementale consiste à appliquer le rapport ALD/I (ou PMSI/I) de la zone registre aux données départementales d'ALD (ou PMSI). L'utilisation d'un arbre de décision a permis de déterminer si une localisation cancéreuse pouvait être retenue pour une estimation départementale. Chez les hommes, l'estimation départementale de l'incidence a été réalisée pour 8 localisations sur 19 éligibles, dont 5 à partir des ALD et 3 du PMSI. Chez les femmes, l'estimation départementale a été réalisée pour 8 localisations sur 21 éligibles, dont 1 à partir des ALD et 7 du PMSI. Des disparités interdépartementales d'incidence sont mises en évidence pour les localisations pour lesquelles les facteurs de risque personnels (tabac, alcool) sont importants et connus (lèvres-bouche-pharynx, oesophage, larynx, poumon). Les facteurs de risque autres que le tabac ou la consommation d'alcool induisent des sur-risques plus faibles et sont probablement plus diffus spatialement. Ce travail présente la première démarche structurée conduisant à des estimations départementales d'incidence. Les disparités spatiales de l'incidence concernent les cancers liés au tabagisme et à l'alcool, cancers pour lesquels il ne faut cependant pas oublier le rôle possible d'autres facteurs de risque (professionnels, environnementaux, etc.). Les disparités et gradients géographiques pour les autres localisations de cancers doivent être considérés avec prudence.

[http://www.invs.sante.fr/content/download/110149/391646/version/2/file/rapport\\_estimations\\_incidence\\_departementale\\_cancers\\_france\\_metropolitaine\\_2008\\_2010.pdf](http://www.invs.sante.fr/content/download/110149/391646/version/2/file/rapport_estimations_incidence_departementale_cancers_france_metropolitaine_2008_2010.pdf)

**(2015). Improving environment and health in Europe: How far have we gotten?** Danemark : Office des publications officielles du Bureau régional de l'Europe.

What factors can governments influence to protect and promote human health? This question is the starting point of modern public health. In the answer to this question, the central role of the environment has long been evident.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/276102/Improving-environment-health-europe-en.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/276102/Improving-environment-health-europe-en.pdf)

**Mino J.C., Douquet F., Gisquet E. (2015). Accidents vasculaires cérébraux : quelle médecine face à la complexité ?** Médecine & Sciences humaines. Paris : Les Belles Lettres

À quel prix peut-on sauver la vie ? Une telle question taraude la médecine contemporaine lorsqu'elle réanime des malades avec des risques de lourdes séquelles. C'est le cas des personnes touchées par un accident vasculaire cérébral (AVC). Avec 150 000 nouveaux cas par an, il s'agit de la première cause de handicap acquis et de la troisième cause de mortalité en France. Depuis peu, un traitement spécifique permet à ces patients d'éviter la mort et de limiter leurs séquelles. Une nouvelle médecine dite « neurovasculaire » émerge. Mais ces progrès thérapeutiques n'empêchent pas toujours un handicap sévère. Faut-il limiter ou arrêter les traitements dans les situations complexes lorsque le cas est trop grave ? Comment accompagner dans cette épreuve les personnes et leurs familles ? Quelle doit être la place des soins palliatifs ? Ce livre dévoile de l'intérieur les dilemmes éthiques et pratiques des soins aux personnes atteintes d'AVC graves dont la vie et la mort sont entre les mains des médecins. Parce que les AVC touchent surtout des personnes âgées à la santé fragile, il importe d'interroger les buts et les logiques que développe parfois sans le dire, sans le savoir peut-être, une médecine de la vieillesse. Quels soins voulons-nous pour nos proches âgés et pour nous-mêmes plus tard ? Quelle médecine faut-il alors promouvoir face à la complexité ? <http://www.lesbelleslettres.com/livre/?GCOI=22510100040720>

**Frankenberg E., Ho (J.Y., Thomas D. (2015). *Biological Health Risks and Economic Development*. Cambridge : NBER**

With populations aging and the epidemic of obesity spreading across the globe, global health risks are shifting toward non-communicable diseases. Innovative biomarker data from recently conducted population-representative surveys in lower, middle and higher income countries are used to describe how four key biological health risks – hypertension, cholesterol, glucose and inflammation – vary with economic development and, within each country, with age, gender and education. As obesity rises in lower income countries, the burden of non-communicable diseases will rise in roughly predictable ways and the costs to society are potentially very large. Investigations that explain cross-country differences in these relationships will have a major impact on advancing understanding of the complex interplay between biology, health and development.

[www.nber.org/papers/w21277](http://www.nber.org/papers/w21277)

**Jemal A., Vineis P., Bray F., et al. (2015). *L'Atlas du cancer* : Atlanta : American Cancer Society**  
Cette publication compile les informations sur le fardeau du cancer ainsi que sur les facteurs de risque, les méthodes de prévention et les mesures de lutte contre la maladie qui lui sont associés.

<http://canceratlas.cancer.org/assets/uploads/2015/04/Cancer-Atlas-French.pdf>

## Géographie de la santé / Geography of Health

**(2014). *Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire*. Nantes : ORS.**

Ce document présente les principaux résultats de l'étude exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 concernant les prises en charge en établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie des habitants des Pays de la Loire âgés de 16 ans et plus. Ce rapport détaille également les résultats de l'examen de la qualité de la base Rim-P 2011 régionale, ainsi que le cadre méthodologique retenu qui s'inspire très largement des travaux menés par l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).

[http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/ParcoursSoins/2014\\_ri mp2011\\_ors\\_final.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/ParcoursSoins/2014_ri mp2011_ors_final.pdf)

**Laborde C. (2015). Hospitalisation potentiellement évitable : quel apport dans un diagnostic territorial ?** Rapports et Enquêtes. Paris : ORSIF.

Ce rapport de l'Observatoire régional de santé Île-de-France se penche sur l'apport de l'indicateur des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) dans un diagnostic territorial. Cet indicateur est utilisé par d'autres pays de l'OCDE comme un marqueur de défaillance des parcours de soins. En France, cet indicateur est en cours d'appropriation et ses modalités sont actuellement discutées. Des études précédentes ont estimé que 5% des hospitalisations sont potentiellement évitables en Île-de-France. Leurs résultats montrent qu'il existe de fortes inégalités territoriales face aux HPE en Île-de-France qui ne s'expliquent pas uniquement par des inégalités de précarité et de morbidité. L'objectif de cette nouvelle étude est de mieux comprendre ce qui se passe en amont des HPE, en recueillant les perceptions des acteurs locaux sur l'organisation des soins de premier recours dans leur territoire.

[http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/Rapport%20HPE\\_Laborde\\_et\\_Rodwin\\_2015.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/Rapport%20HPE_Laborde_et_Rodwin_2015.pdf)

## Hôpital / Hospitals

**Garthwaite C., Gross T., Notowidigdo M.J. (2015). Hospitals as Insurers of Last Resort** : Cambridge : NBER

American hospitals are required to provide emergency medical care to the uninsured. We use previously confidential hospital financial data to study the resulting uncompensated care, medical care for which no payment is received. We use both panel-data methods and case studies from state-wide Medicaid disenrollments and find that the uncompensated care costs of hospitals increase in response to the size of the uninsured population. The results suggest that each additional uninsured person costs local hospitals \$900 each year in uncompensated care. Similarly, the closure of a nearby hospital increases the uncompensated care costs of remaining hospitals. Increases in the uninsured population also lower hospital profit margins, which suggests that hospitals cannot simply pass along all increased costs onto privately insured patients. For-profit hospitals are less affected by these factors, suggesting that non-profit hospitals serve a unique role as part of the social insurance system.

[www.nber.org/papers/w21290](http://www.nber.org/papers/w21290)

**(2015). La chirurgie ambulatoire.** In Ministère chargé de la Santé. (Ed.), *Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015* : Paris : Ministère chargé de la santé  
Correspondant à des actes chirurgicaux généralement programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance post-opératoire permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention, la chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation ayant pour objectif d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS), l'activité de chirurgie ambulatoire doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement légalement définies imposant notamment une équivalence stricte des prestations délivrées à celles qui le sont dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet et limitant la durée d'ouverture de la structure à 12 heures au maximum. Source d'efficience



(en termes de qualité et de sécurité des soins, de satisfaction du patient ou encore de modernisation des établissements de santé) et d'économies substantielles pour l'assurance maladie, le développement de la chirurgie ambulatoire a été notable depuis une quinzaine d'années. Cette progression est le résultat d'une mise en cohérence des actions nationales et régionales par le déploiement de leviers pluriels (organisationnels, réglementaires, tarifaires incitatives, de formation, cf. encadré) et d'une mobilisation forte des acteurs de terrain. L'objectif concerté avec l'ensemble des acteurs est d'atteindre un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 50% à la fin de l'année 2016. Si, au vu des comparaisons internationales, le potentiel d'économies est indéniable, certains freins au développement de la chirurgie ambulatoire restent à lever.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>

**Farfan-Portet M.I., Denis A., Mergart L., et al. (2015). *Implementation of hospital at home: orientations for Belgium*. KCE Reports 250. Bruxelles : KCE.**

L'hospitalisation à domicile (HAD) consiste à délivrer à domicile des soins spécialisés qui ne sont normalement délivrés qu'à l'hôpital. C'est un concept qui s'inscrit dans la tendance actuelle à raccourcir les durées de séjour à l'hôpital, voire à éviter l'hospitalisation, mais qui répond aussi aux préférences de beaucoup de patients qui souhaitent recevoir des soins, même complexes, dans leur environnement familial. Il existe déjà quelques initiatives en Belgique, mais elles sont isolées et sans règles communes de fonctionnement. Il devient donc nécessaire d'organiser un cadre de référence clair et de déterminer qui fait quoi et avec quelles responsabilités. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a examiné les modalités d'organisation de l'HAD à l'étranger afin de définir, en concertation avec des représentants des acteurs de terrain et des autorités de santé belges, les grandes lignes d'un modèle applicable à la Belgique. Toutefois, étant donné les nombreuses questions encore à résoudre (par exemple en lien avec la réforme du financement des hôpitaux), il a été jugé préférable de commencer par explorer différentes pistes via des projets pilotes plutôt que de déployer immédiatement l'HAD à grande échelle (résumé de l'éditeur).

[http://kce.fgov.be/fr/node/2901#.VZ\\_XALW8o6U](http://kce.fgov.be/fr/node/2901#.VZ_XALW8o6U)

**Grall J.Y. (2015). *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*. Paris : Ministère chargé de la Santé**

Après un bilan de la médicalisation des urgences initiée suite au rapport Steg il y a 20 ans et un état des lieux de l'organisation actuelle des urgences en France, trois grandes propositions sont avancées : conforter et garantir un accès en moins de trente minutes à la prise en charge de l'urgence ; optimiser la prise en charge de la demande de soins non programmés au sein d'un réseau territorial comprenant l'ensemble des professionnels ou structures concernées, en soulignant dans ce cadre le rôle pivot fondamental de la régulation médicale ; réunir les médecins urgentistes au sein d'équipes territoriales uniques dans le cadre des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Un groupe de travail sera mis en place afin de préciser les modalités de mise en œuvre des recommandations retenues en cohérence avec les évolutions de l'organisation territoriale portées par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06\\_Rapport-Territorialisation\\_des\\_Urgences.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf)

**Hentschker C., Mennicken R. (2014). *Selective-referral and Unobserved Patient Heterogeneity – Bias in the Volume-outcome Relationship*. Bochum : Ruhr-Universität Bochum**

This paper examines the causal effect of the experience of a hospital with treating hip fractures (volume) on treatment outcome for patients. A full sample of administrative data from Germany for the year 2007 is used. We apply an instrumental variable approach to

eliminate endogeneity concerns due to reverse causality and unobserved patient heterogeneity. As instruments for case volume we use the number of potential patients and the number of further hospitals in the region around every hospital. Our results indicate that after application of an IV regression of volume on outcome, volume significantly increases quality.

<http://hdl.handle.net/10419/104736>

## Inégalités de santé / Health Inequalities

**Panico L., To M., Thevenon O. (2015). *La fréquence des naissances de petit poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ?* Population et Sociétés, (523) :**

Moins une femme est diplômée, plus elle présente de risque de donner naissance à un enfant de petit poids (moins de 2,5 kg). Le risque est 50 % plus élevé pour les femmes sans aucun diplôme par rapport à celles ayant le bac. Les différences selon le niveau de diplôme se réduisent un peu lorsqu'on prend en compte le revenu du ménage, ainsi que des facteurs comme le rang de naissance de l'enfant, l'âge de la mère et la taille des parents, mais elles ne disparaissent pas. La consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse semble jouer un rôle, expliquant en partie la fréquence plus élevée des petits poids de naissance chez les enfants des femmes les moins instruites. Les variations socioéconomiques du risque de petit poids sont comparables en France et au Royaume-Uni.

<https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/frequence-naissances-petit-poids-influence-instruction-meres/>

**Black S.E., Devereux P.J., Salvanes K.G. (2015). *Healthy, Wealthy and Wise: Birth Order and Adult Health*. Cambridge : NBER**

While recent research finds strong evidence that birth order affects children's outcomes such as education, IQ scores, and earnings, the evidence for effects on health is more limited. This paper uses a large dataset on the population of Norway and focuses on the effect of birth order on a range of health and health-related behaviors, outcomes not previously available in datasets of this magnitude. Interestingly, we find complicated effects of birth order. First-borns are more likely to be overweight, to be obese, and to have high blood pressure and high triglycerides. So, unlike education or earnings, there is no clear first-born advantage in health. However, later-borns are more likely to smoke and have poorer self-reported physical and mental health. They are also less likely to report that they are happy. We find that these effects are largely unaffected by conditioning on education and earnings, suggesting that these are not the only important pathways to health differentials by birth order. When we explore possible mechanisms, we find that smoking early in pregnancy is more prevalent for first pregnancies than for later ones. However, women are more likely to quit smoking during their first pregnancy than during later ones, and first-borns are more likely to be breast-fed. These findings suggest a role for early maternal investment in determining birth order effects on health.

<http://www.nber.org/papers/w21337>

**(2015). *Droit au séjour pour soins. Rapport de l'Observatoire malades étrangers 2015*. Pantin :** Association Aides.

Ce troisième rapport de l'Observatoire malades étrangers dresse un panorama complet et sévère du droit au séjour pour soins en France. Ce document donne des repères juridiques sur le droit au séjour pour soins, fait le point complet sur la méthodologie utilisée par

l'Observatoire, détaille et illustre, témoignages à l'appui, des dysfonctionnements et illégalités constatés dans la phase administrative, analyse les conséquences d'une déontologie médicale aujourd'hui dans la tourmente, etc. Il traite également de sujets peu pris en compte ailleurs : le cas particulier des personnes trans en matière de droit au séjour pour soins, l'accès discriminatoire à la carte de résident, etc. Sévère, parce ce que ce rapport montre bien la dérive en cours et ses effets : l'enfermement et l'expulsion des étrangers malades, des traitements discriminants... (d'après résumé de l'éditeur).

<http://www.aides.org/actu/le-3eme-rapport-de-l-observatoire-malades-etrangeurs-de-aides-sur-le-droit-au-sejour-pour-soins->

**Carrieri V. , Di Novi C., Orsi C. (2015). *Home Sweet Home? Public Financing and Inequalities in the use of Home Care Services in Europe*. Venise : University of Venice**

Income-related inequalities in health care access have been found in several European countries but little is known about the extent of inequalities in the provision of Long Term Care services (LTC). This paper fills this gap: it addresses equity issues related to the provision of home care services across three macro-areas in Europe which are highly heterogeneous in terms of the degree of public financing of LTC and the strength and the social value of family ties. Using cross-country comparative micro-data from SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) survey, we estimate and decompose an Erreygers concentration index of the use of both paid domestic help ("unskilled" care) and personal nursing care ("skilled" care), measuring the contribution of income, needs and non-needs factors to overall inequality. We base the decomposition on a bivariate probit model which takes into account the reciprocal interaction between formal and informal home care use. We find evidence of high horizontal inequity in the use of unskilled home care in areas where public financing of LTC is relatively low (Southern Europe) while moderate inequalities emerge in areas where public-private mix of financing is more balanced (Continental Europe). At the same time, we do not detect inequity in Northern Europe characterized by high public spending on universal services equitable for all, including LTC public coverage. In all areas, informal care has been found to be a substitute for paid unskilled care among the poor and this contributes to further skewing the distribution of the use of formal care services towards the rich.

[http://www.unive.it/media/allegato/DIP/Economia/Working\\_papers/Working\\_papers\\_2015/WP\\_DSE\\_carrieri\\_dinovi\\_orso\\_14\\_15.pdf](http://www.unive.it/media/allegato/DIP/Economia/Working_papers/Working_papers_2015/WP_DSE_carrieri_dinovi_orso_14_15.pdf)

**Bosworth B.P., Burtless G., Zhang K. (2015). *Sources of Increasing Differential Mortality among the Aged by Socioeconomic Status*. Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College**

This paper uses data from the Health and Retirement Study (HRS) to explore the extent and causes of widening differences in life expectancy by socioeconomic status (SES) for older persons. We construct alternative measures of SES using educational attainment and average (career) earnings in the prime working ages of 41-50. We also use information on causes of death, health status and various behavioral indicators (smoking, drinking, and obesity) that are believed to be predictors of premature death in an effort to explain the causes of the growing disparities in life expectancy between people of high and low SES.

[http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2015/06/wp\\_2015-10.pdf](http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2015/06/wp_2015-10.pdf)

**Cawley J., Choi A. (2015). *Health Disparities Across Education: The Role of Differential Reporting Error* : Cambridge : NBER**

One of the most robust findings in health economics is that higher-educated individuals tend to be in better health. This paper tests whether health disparities across education are to some extent due to differences in reporting error across education. We test this hypothesis using data from the pooled National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)

Continuous for 1999-2012, which include both self-reports and objective verification for an extensive set of health behaviors and conditions, including smoking, obesity, high blood pressure, high cholesterol and diabetes. We find that better educated individuals report their health more accurately. This is true for a wide range of behaviors and conditions, even socially stigmatized ones like smoking and obesity. Differential reporting error across education leads to underestimates of the true health disparities across education that average 19.3%.

<http://www.nber.org/papers/w21317>

***Gimenez-Nadal J.I., Molina G.A. (2015). Health inequality and the use of time for workers in Europe.*** Munich : MPRA

This paper analyzes the relationship between health inequality and time allocation decisions of workers in six European countries. Using the Multinational Time Use Study, we find that a better perception of own health is associated with more time devoted to market work activities in all the countries, and with less time in housework activities, for both men and women. However, the evidence for the associations between health and leisure is mixed. 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 for workers, 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 inequalities in the uses of time.

<http://mpra.ub.uni-muenchen.de/65334/>

***Ahammer A, Horvath G.T., Winter-Ebmer R.. (2015). The Effect of Income on Mortality: New Evidence for the Absence of a Causal Link.*** Bonn : IZA

We analyze the effect of income on mortality in Austria using administrative social security data. To tackle potential endogeneity concerns arising in this context, we estimate time-invariant firm-specific wage components and use them as instruments for actual wages. While we do find quantitatively small yet statistically significant effects in our naïve least squares estimations, IV regressions reveal a robust zero-effect of income on ten-year death rates for prime-age workers, both in terms of coefficient magnitude and statistical significance. These results are robust to a number of different sample specifications and both linear and non-linear estimation methods.

<http://ftp.iza.org/dp9176.pdf>

## Médicaments / Pharmaceuticals

***Stroka M.A. (2014). Drug Oversupply in Nursing Homes - An Empirical Evaluation of Administrative Data.*** Bochum : Ruhr-Universität Bochum

A widely discussed shortcoming of long-term care in nursing homes for elderly is the inappropriate or suboptimal drug utilization, in particular the utilization of psychotropic drugs. This paper estimates the effect of institutionalization on the drug intake of frail elderly using administrative data from the largest sickness fund in Germany. Difference-in-differences propensity score matching techniques are used to compare drug prescriptions of frail elderly who entered a nursing home with those who remained in the out-patient care system. The findings suggest that nursing home inhabitants receive more doses of antipsychotics, antidepressants and analgesics. The potential oversupply goes along with estimated drug costs of about € 87 million per year.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2470553](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2470553)

**Ferre Moulis F. (2014). *La polymédication et le poids atropinique de l'ordonnance chez le sujet âgé sont associés à l'état de fragilité : Etude transversale à la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse*. S; Doctorat en médecine ; Médecine générale. Paris : Université Paul Sabatier.**

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le lien entre polymédication et fragilité du sujet âgé. L'objectif secondaire était d'étudier le lien entre poids atropinique de l'ordonnance et fragilité. Il s'agit d'une étude transversale ayant inclus les 437 patients (dont 227 fragiles) évalués pour la première fois à la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance de Toulouse entre janvier et octobre 2013. Le seuil de polymédication a été défini par courbes Receiving Operating Curves. Les médicaments atropiniques étaient ceux de la liste de Durán et de Laroche, leur poids celui de l'Atropinic Drug Scale. Dans les modèles ajustés, la polymédication (= 6 médicaments) était associée à la fragilité (OR 1,66 IC 95% [1,06-2,60]). Indépendamment, l'exposition aux médicaments atropiniques était associée à la fragilité (OR 1,97 IC 95% [1,10-3,53]), particulièrement chez les moins de 85 ans avec un poids atropinique = 3 (OR : 3,84 IC 95% [1,43-10,34]).

<http://thesesante.ups-tlse.fr/537/1/2014TOU31084.pdf>

**(2015). *Le marché du médicament de ville en France en 2014. In Ministère chargé de la Santé. (Ed.), Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015* : Paris : Ministère chargé de la santé**

En 2014, le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine de ville est de 18,1 Md€, en baisse de 1,9%. Sur le même champ, le chiffre d'affaires toutes taxes comprises (CATTC - comprenant les marges des grossistes et des pharmaciens et la TVA) s'élève à 25,3 Mds€. Sur la base de ce CATTC, le montant remboursé par l'assurance maladie s'élève à 20,3 Md€, en baisse de 1,1%. Le CAHT (chiffre d'affaires industriel) et le montant remboursé de médicaments en ville n'évoluent pas à la même vitesse. En 2014, les montants remboursés par l'assurance maladie diminuent moins que le CAHT en raison de l'augmentation tendancielle du taux de prise en charge par l'assurance maladie. D'autres facteurs peuvent intervenir, notamment l'évolution des marges (grossistes et pharmaciens), mais aussi les ventes en automédication et les comportements de stockage des médicaments par les pharmaciens. Ainsi, en 2012 et 2013, les dépenses remboursées ont évolué 1,8 point au-dessus du CAHT compte tenu de plusieurs modifications intervenues au cours de l'année 2012 qui ont modéré la progression des marges : la réforme de la marge grossiste (instauration d'une tranche unique de rémunération, d'un montant minimal, et d'un plafond) et celle de la marge des pharmaciens sur les conditionnements trimestriels. Inversement, la mise en place de la mesure tiers-payant contre génériques et les tombées de brevets concomitantes ont déplacé la structure des remboursements de médicaments vers des médicaments à marges relativement plus élevées.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>

**Brekke K.R., Canta C., Straume O.R. (2015). *Does Reference Pricing Drive Out Generic Competition in Pharmaceutical Markets? Evidence from a Policy Reform*. Braga : Nipe**

In this paper we study the impact of reference pricing (RP) on entry of generic firms in the pharmaceutical market. For given prices, RP increases generic firms expected profit, but since RP also stimulates price competition, the impact on generic entry is theoretically ambiguous. In order to empirically test the effects of RP, we exploit a policy reform in Norway in 2005 that exposed a subset of drugs to RP. Having detailed product-level data for a wide set of substances from 2003 to 2013, we find that RP increased the number of generic drugs. We also find that RP increased market shares of generic drugs, reduced the prices of

both branded and generic drugs, and led to a (weakly significant) decrease in total drug expenditures. The reduction in total expenditures was relatively smaller than the reduction in average prices, reflecting the fact that lower prices stimulated total demand.

[https://ideas.repec.org/p/hhs/nhheco/2015\\_011.html](https://ideas.repec.org/p/hhs/nhheco/2015_011.html)

**(2015). *Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2015*** : Boulogne - Billancourt : Editions LEEM Services

Pour la troisième année consécutive, en décalage croissant avec l'ensemble des grands marchés mondiaux, la France voit son chiffre d'affaires des médicaments en ville poursuivre sa pente récessive. Le chiffre d'affaires du marché domestique (ville + hôpital) s'affiche certes en croissance, du fait de l'introduction, en 2014, de médicaments innovants dans le traitement de l'hépatite C vendus à l'hôpital, qui a fait connaître un bond au marché des produits sous Autorisation temporaire d'utilisation. Mais ce résultat, exceptionnel par son ampleur et par le nombre extrêmement réduit des entreprises concernées, masque le recul alarmant de l'économie des entreprises du médicament opérant en France. Avec l'Italie, la France est le seul pays qui continue d'afficher une décroissance du chiffre d'affaires médicament remboursable sur le marché de ville en 2014 (d'après l'éditeur).

<http://www.leem.org/bilan-economique-des-entreprises-du-medicament-edition-2015>

## Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

**Brekke K.R., Holmas T.H., Monstad K. (2015). *Methods of Observing Variations in Physicians' Decisions: The Opportunities of Clinical Vignettes***. Bergen : Norwegian School of Economics

This paper aims at shedding light on the social gradient by studying the relationship between socioeconomic status (SES) and provision of health care. Using administrative data on services provided by General Practitioners (GPs) in Norway over a five year period (2008-12), we analyse the quantity, composition and value of services provided by the GPs according to patients' SES measured by education, income or ethnicity. Our data allow us to Control or a wide set of patient and GP characteristics. To account for (unobserved) heterogeneity, the study limits the sample to patients with a specific disease, diabetes type 2, and estimate a model with GP fixed effects. The results show that patients with low SES visit the GPs more often, but the value of services provided per visit is lower. The composition of services varies with SES, where patients with low education and African or Asian ethnicity receive more medical tests but shorter consultations, whereas patients with low income receive both shorter consultations and fewer tests. Thus, our results show that GPs differentiate services according to SES, but give no clear evidence for a social gradient in health care provision.

<http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm>

**Meyer B.D., Mok W.K.C., Sullivan J.X. (2015). *Household surveys in crisis***. Cambridge : NBER

Household surveys, one of the main innovations in social science research of the last century, are threatened by declining accuracy due to reduced cooperation of respondents. While many indicators of survey quality have steadily declined in recent decades, the literature has largely emphasized rising nonresponse rates rather than other potentially more important dimensions to the problem. We divide the problem into rising rates of nonresponse, imputation, and measurement error, documenting the rise in each of these threats to survey quality over the past three decades. A fundamental problem in assessing biases due to these problems in surveys is the lack of a benchmark or measure of truth, leading us to focus on the accuracy of the reporting of government transfers. We provide evidence from aggregate

measures of transfer reporting as well as linked microdata. We discuss the relative importance of misreporting of program receipt and conditional amounts of benefits received, as well as some of the conjectured reasons for declining cooperation and survey errors. We end by discussing ways to reduce the impact of the problem including the increased use of administrative data and the possibilities for combining administrative and survey data.

<http://www.nber.org/papers/w21399>

**Wooldridge J.M. (2015). *Introduction à l'économétrie : une nouvelle approche*.** Bruxelles : De Boeck  
En recourant à de nombreuses applications empiriques, ce manuel d'introduction simplifie la présentation de l'économétrie sans renoncer aux exigences de rigueur et de cohérence requises au niveau universitaire. Les méthodes économétriques sont présentées avec l'objectif de répondre à des questions pratiques liées à l'analyse du comportement des agents économiques, l'évaluation de politiques publiques ou la réalisation de prévisions. Cet ouvrage permet de comprendre et d'interpréter les hypothèses d'un modèle à la lumière de nombreuses applications empiriques. L'ouvrage distingue clairement le type de données analysées. Non seulement il couvre les données en coupe transversale et les séries chronologiques, mais il aborde également les données de panel dont l'utilisation est devenue très fréquente aujourd'hui. Ce livre offre également une introduction aux modèles à variable dépendante limitée qui sont d'une grande utilité en économie appliquée et en gestion. Chaque chapitre contient un large éventail d'exercices, dont un grand nombre repose sur l'utilisation de bases de données économiques disponibles sur le web. Le lecteur peut ainsi reproduire les nombreux exemples empiriques développés dans les chapitres de l'ouvrage et maîtriser toutes les étapes de la modélisation économétrique. ( d'après 4<sup>ème</sup> de couv.)

## Politique santé / Health Policy

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

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

<http://www.oecd.org/publications/integrating-the-delivery-of-social-services-for-vulnerable-groups-9789264233775-en.htm>

**Batifoulier P./Ed, Domin J.P. / éd.. (2015). *Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire : dossier thématique*.** *Revue de la Régulation*, (17)

En matière de santé, avec plus de force et d'évidence que dans d'autres domaines, l'économie est irrémédiablement politique. L'économie politique de la santé n'est pas un sous-ensemble de l'économie de la santé, qui serait défini par une méthodologie particulière ou un objet de recherche spécifique. Parce qu'elle valorise la controverse en affirmant qu'il

est contreproductif de vouloir opposer le politique et le scientifique, elle vise à nourrir les débats de société que révèlent les questions de santé. Car la santé est un exemple exemplaire du lien irrévocable entre l'économie et la société. Cette exemplarité s'exprime à un double niveau. Au travers du traitement de la santé par la discipline, c'est l'évolution de la science économique que l'on peut résumer. Par les questions de santé, c'est aussi une large part des problèmes économiques et sociaux que l'on peut saisir. Le dossier a suscité de nombreuses contributions articulées autour de trois thèmes : Santé et capitalisme ; La santé et ses industries ; Acteurs et instruments.

<http://regulation.revues.org/11063>

**(2015). *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care.*** OECD Health Policy Studies. Paris : OCDE

This report examines how countries perform in their ability to prevent, manage and treat cardiovascular disease (CVD) and diabetes. The last 50 years have witnessed remarkable improvements in CVD outcomes. Since 1960, overall CVD mortality rates have fallen by over 60%, but these improvements are not evenly spread across OECD countries, and the rising prevalence of diabetes and obesity are threatening to offset gains. This report examines how OECD countries deliver the programmes and services related to CVD and diabetes. It considers how countries have used available health care resources to reduce the overall burden of CVD and diabetes, and it focuses on the variation in OECD health systems' ability to convert health care inputs (such as expenditure) into health gains.

<http://www.oecd.org/fr/publications/cardiovascular-disease-and-diabetes-policies-for-better-health-and-quality-of-care-9789264233010-en.htm>

**Saout C. 2015). *Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.*** Paris : Ministère chargé de la Santé, Paris : la Documentation française

L'article 22 du projet de loi de modernisation du système de santé prévoit l'expérimentation de projets d'accompagnement à l'autonomie. Par lettre en date du 18 décembre 2014, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a confié au secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé une mission tendant notamment à élaborer des propositions en vue du cahier des charges national de cette expérimentation. C'est à cet objectif que s'attache le présent rapport de mission qui comme souhaité par l'autorité ministérielle évoque plus largement les conditions de cette expérimentation (résumé de l'éditeur).

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000490/>

**Saffer H., Gehrsitz M. (2015). *The Effect of Post-and-Hold Laws on Alcohol Consumption.*** Cambridge : NBER

This paper estimates the effects of post-and-hold laws on alcohol consumption and price. Post-and-hold laws require alcohol wholesalers to provide a list of prices to the state, which can be reviewed by retailers, competitors and the public. These laws were generally enacted at the end of prohibition with the intention of limiting alcohol consumption by raising prices. The laws may also have the unintended consequence of protecting small retailers. Recently, several large retailers have argued in court that these laws are counter to the Sherman Act, which limits anti-competitive behavior. This paper follows the recent paper by Cooper and Wright (2012) and adds new data and new statistical tests. Both difference-in-difference models and synthetic control models are employed. The estimation results provide no persuasive evidence of an effect of post-and-hold laws on the consumption of either beer, wine, or spirits. There is also no persuasive evidence that the laws increase the prices of these products. One possible explanation of this null effect is that the wholesale markets for



alcohol are so highly regulated that post-and-hold laws have no discernable marginal effect. The empirical results presented in this paper do support alcohol excise taxes as effective means of reducing alcohol consumption.

<http://www.nber.org/papers/w21367>

**Powell D., Liccardo Pacula R., Jacobson M. (2015). *Do Medical Marijuana Laws Reduce Addictions and Deaths Related to Pain Killers?* Cambridge : NBER**

Many medical marijuana patients report using marijuana to alleviate chronic pain from musculoskeletal problems and other sources. If marijuana is used as a substitute for powerful and addictive pain relievers in medical marijuana states, a potential overlooked positive impact of medical marijuana laws may be a reduction in harms associated with opioid pain relievers, a far more addictive and potentially deadly substance. To assess this issue, we study the impact of medical marijuana laws on problematic opioid use. We use two measures of problematic use: treatment admissions for opioid pain reliever addiction from the Treatment Episode Data Set (TEDS) and state-level opioid overdose deaths in the National Vital Statistics System (NVSS). Using both standard differences-in-differences models as well as synthetic control models, we find that states permitting medical marijuana dispensaries experience a relative decrease in both opioid addictions and opioid overdose deaths compared to states that do not. We find no impact of medical marijuana laws more broadly; the mitigating effect of medical marijuana laws is specific to states that permit dispensaries. We evaluate potential mechanisms. Our findings suggest that providing broader access to medical marijuana may have the potential benefit of reducing abuse of highly addictive painkillers.

<http://www.nber.org/papers/w21345>

## Psychiatrie / Psychiatry

**(2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*** : Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

Les troubles mentaux sont l'une des principales problématiques de santé publique dans la Région européenne de l'OMS, puisqu'ils touchent environ 25 % de la population chaque année. Dans tous les pays, les problèmes de santé mentale sont beaucoup plus répandus chez les personnes les plus défavorisées. La Région européenne de l'OMS est donc confrontée à divers problèmes qui se répercutent à la fois sur le bien-être mental de la population, sur les soins apportés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale et sur la qualité de ces soins. Le Plan d'action européen sur la santé mentale met l'accent sur sept objectifs interdépendants et propose des mesures efficaces afin d'améliorer la santé mentale et le bien-être. Pour assurer la durabilité des politiques sanitaires et socioéconomiques de la Région européenne, il est essentiel d'investir dans la santé mentale. Le Plan d'action correspond aux quatre domaines prioritaires de la politique-cadre européenne de la santé et du bien-être, Santé 2020, et contribuera directement à la mise en œuvre de celle-ci.

<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>

**Antonova L., Belloni M., Meschi H., et al (2015). *The effect on mental health of retiring during the economic crisis***. Venise : University of Venice

This paper investigates the causal impact of retirement on late life depression, a growing concern for public health as major depressive disorders are the second leading cause of disability. We shed light on the role of economic conditions in shaping the effect of retirement on mental health by exploiting the time and regional variation in the severity of the economic crisis across ten European countries over the 2004-2013 period. We use data from four waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and address the potential endogeneity of retirement decision to mental health by applying a fixed-effect instrumental variable approach. Results indicate that retirement improves mental health of men, but not of women. This effect is stronger for those men working in regions that are severely hit by the economic crisis and in blue-collar jobs. These findings may be explained by the worsening of working conditions and the rise in job insecurity stemming from the economic downturn: In these circumstances, the exit from the labor force is perceived as a relief.

[http://www.unive.it/media/allegato/DIP/Economia/Working\\_papers/Working\\_papers\\_2015/WP\\_DSE\\_antonova\\_belloni\\_meschi\\_pasini\\_10\\_15.pdf](http://www.unive.it/media/allegato/DIP/Economia/Working_papers/Working_papers_2015/WP_DSE_antonova_belloni_meschi_pasini_10_15.pdf)

**(2015). WHO Mental Health Atlas 2014** : Genève : OMS.

WHO's mental health Atlas project dates back to 2000, when a first assessment of available mental health resources in WHO Member States was carried out (WHO, 2001). Subsequent updates have been published since then (WHO, 2005; WHO, 2011). The 2014 version of mental health Atlas continues to provide up-to-date information on the availability of mental health services and resources across the world, including financial allocations, human resources and specialised facilities for mental health. This information was obtained via a questionnaire sent to designated focal points in each WHO Member State. Latest key findings are presented to the right.

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/)

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

**Cartier T. Ryssaert P., Bourgueil Y.(2015). Switzerland.** In Organisation Mondiale de la Santé., Kringos D.S., et al. (Eds.), Building primary care in a changing Europe. Case studies : Copenhagen : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Ce chapitre propose une étude de cas structurée résumant la situation des soins de santé primaires en Suisse. Il présente le contexte des soins de santé primaires ; les conditions économiques et de gouvernance essentielles ; le développement du personnel des soins de santé primaires ; le mode de prestation des services de soins primaires ; et une évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de soins primaires.

<http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe-case-studies>

**Cartier T. , Bourgueil Y.(2015). France.** In Organisation Mondiale de la Santé., Kringos D.S., et al. (Eds.), (Eds.), Building primary care in a changing Europe. Case studies : Copenhagen : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Ce chapitre propose une étude de cas structurée résumant la situation des soins de santé primaires en France. Il présente le contexte des soins de santé primaires ; les conditions économiques et de gouvernance essentielles ; le développement du personnel des soins de

santé primaires ; le mode de prestation des services de soins primaires ; et une évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de soins primaires.

<http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe-case-studies>

**Cartier T., Senn N., Cornuz J., Bourgueil Y. (2015). Belgium.** In Organisation Mondiale de la Santé., Kringos D.S., et al. (Eds.), Building primary care in a changing Europe. Case studies : Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Ce chapitre propose une étude de cas structurée résumant la situation des soins de santé primaires en Belgique. Il présente le contexte des soins de santé primaires ; les conditions économiques et de gouvernance essentielles ; le développement du personnel des soins de santé primaires ; le mode de prestation des services de soins primaires ; et une évaluation de la qualité et de l'efficacité du système de soins primaires.

<http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe-case-studies>

**Hassenteufel P. (2015). La défense de la médecine libérale. La vie des idées.**

Les médecins libéraux ont été de virulents opposants à la loi de santé 2015. Cette mobilisation s'inscrit dans une tradition séculaire de défense des principes de la médecine libérale par des syndicats influents qui entretiennent une vision corporative de la profession. Le mouvement d'opposition à la loi de santé ne peut donc se comprendre qu'en référence aux mobilisations qui l'ont précédé depuis 35 ans. Cette mise en perspective historique nous conduira à souligner le fait que les médecins libéraux ont réussi dans une large mesure à préserver, dans la durée, les principes de la « médecine libérale » par leurs mobilisations. Elle nous permettra, pour finir, d'apporter des éléments de réponse nuancés à la question suivante : la généralisation du tiers-payant dans le cadre de la loi de santé pourrait-elle marquer un tournant majeur dans la place et le rôle des médecins libéraux dans le système de soins français ? (d'après l'auteur).

<http://www.laviedesidees.fr/La-defense-de-la-medecine-liberale.html>

**Rosen B. 2015). Transforming general practice: what are the levers for change?** Londres : The Nuffield Trust

The current model of general practice is largely considered to be in need of reform. Through national policies including NHS England's Five Year Forward View and the Prime Minister's Challenge Fund, there has been a significant focus on transforming the sector through scaled up networks; federations and super partnerships of GPs and upskilling the workforce to deliver change. As a consequence, general practice is under immense strain as they are expected to deliver these changes, implement new models of care and take more care into the community. This report examines academic evidence on current methods of driving change, as well as expert testimonials and case studies, to present a series of recommendations on how policy makers and regulators can support general practice to deliver these changes. The briefing argues that financial rewards, which are currently used to incentivise small scale changes by the Quality and Outcomes Framework (QOF), are at risk of being overused and are not the best way to encourage widespread reform in general practice (résumé de l'éditeur).

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/transforming-general-practice>

**(2015). Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins.** In Ministère chargé de la Santé. (Ed.), Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015 : Paris : Ministère chargé de la santé

A l'instar de la France, de nombreux pays de l'OCDE expérimentent de nouveaux modes de rémunération comme solutions possibles à l'amélioration de la qualité des soins et de

l'efficacité des dépenses de santé. A ce titre, le dispositif du paiement à la performance rémunère les médecins selon des résultats obtenus en fonction de l'atteinte d'objectifs de qualité des soins et de missions de santé publique. La mise en place de ce dispositif, relativement récente, est encore difficile à évaluer. Des éléments d'éclairage peuvent cependant être apportés en termes de rémunérations des médecins et de mesure de la qualité clinique.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-juin2015.pdf>

**Lemorton C. (2015). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins.** Paris : Assemblée Nationale

Le présent rapport propose un état des lieux sur la question de la permanence des soins, ainsi qu'une série de préconisations destinées à pallier des dysfonctionnements et à améliorer l'organisation actuelle.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp>

**Le Breton-Lerouvillois G., Rault J.F. (2015). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015.** Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins

Ce 9ème Atlas de la Démographie Médicale ; en France 2015, réalisé le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), permet de mettre en défaut un grand nombre d'idées reçues sur la profession, notamment les raisons invoquées pour la désertification médicale dans certains territoires français.

[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2015.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf)

**Kantarevic J., Krahli J.B. (2015). Physician Payment Contracts in the Presence of Moral Hazard and Adverse Selection: The Theory and its Application to Ontario.** Bonn : IZA

This study develops a stylized principal-agent model with moral hazard and adverse selection to provide a unified framework for understanding some of the most salient features of the recent physician payment reform in Ontario and its impact on physician behavior. These features include: (1) physicians can choose a payment contract from a menu that includes an enhanced fee-for-service contract and a blended capitation contract; (2) the capitation rate is higher and the cost-reimbursement rate is lower in the blended capitation contract; (3) physicians sort selectively into the contracts based on their preferences; and (4) physicians in the blended capitation model provide fewer services than physicians in the enhanced fee-for-service model.

<http://ftp.iza.org/dp9142.pdf>

**Mahtoochi T., Castillo I., McLeod L. (2015). Coordinating Contracts in Value-Based Healthcare Delivery: Integration and Dynamic Incentives.** Toronto : Canadian Center For Health Economics

This working paper studies a value-based healthcare delivery system with two non-cooperative parties: a purchaser of medical services and an Integrated Practice Unit (IPU). The IPU is capable of providing all healthcare needs of patients with a specific medical condition (homogeneous patient population), is comprised of a multi-disciplinary team of providers, and is responsible for the health outcomes of the patients over the care cycle. The IPU chooses the treatment strategy, incurs the associated cost, and is paid by the healthcare purchaser. The treatment strategy critically determines the health outcomes of the patients. Assuming the existence of universal health insurance for the patient population, the healthcare purchaser's problem is to determine a payment scheme that will induce social welfare maximizing choices to the IPU. This study uses a dynamic continuous-time principal-agent model to capture the relationship between the purchaser and the IPU,

and determine the optimal payment scheme, referred to as dynamic outcome-adjusted payment. The model characterizes the optimal payment scheme with a single variable. Previous value-based healthcare delivery principles suggest that the IPU should be reimbursed according to a "bundled payment". The results suggest payment should depend on the history of health outcomes over the care cycle. The proposed payment scheme combines a bundled payment with a bonus payment for consistently producing superior outcomes. The results suggest value could be improved by paying for health outcomes over the care cycle; thus supporting the value-based healthcare delivery objective of achieving healthier patients over time. Unlike other performance-based payment schemes, this scheme could result in a single-variable implementation.

<http://www.canadiancentrefortheconomics.ca/wp-content/uploads/2015/06/Mahtoochi-et-al.pdf>

***Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2015.*** Paris : Cnop

Abstract: Dans les 10 dernières années, la structure d'âge de la population des pharmaciens a évolué vers un net vieillissement de la génération la plus nombreuse. Cette année la profession continue à vieillir, avec une moyenne d'âge de 46,6 ans. Les pharmaciens retardent leur départ à la retraite (2150 pharmaciens ont plus de 66 ans, plus de 20 000 ont plus de 56 ans) et la profession peine à la fois à attirer et à garder ses jeunes : 27,8% des jeunes diplômés ne s'inscrivent pas à l'Ordre. Les plus jeunes continuent de se répartir sur l'ensemble du territoire, maintiennent un goût prononcé pour l'exercice libéral bien que le nombre de ceux qui exercent en établissement de santé progresse. De plus en plus souvent, les jeunes diplômés délaissent l'exercice pharmaceutique et se dirigent à l'extérieur de la profession proprement dite. Si la croissance des jeunes diplômés est plus rapide que la croissance totale des inscriptions à l'Ordre, les jeunes diplômés semblent ainsi quitter l'exercice de plus en plus rapidement. En 2014, la profession s'adapte également aux contraintes économiques et aux évolutions professionnelles en rationalisant ses structures d'exploitation. La biologie médicale poursuit sa concentration bien qu'à un rythme moins soutenu ; le nombre de structures juridiques possédant des laboratoires de biologie médicale (LBM) ayant été réduit de moitié depuis 2010. Et le nombre de « grandes » structures à plus de 50 sites augmente. Côté officinal, les disparitions d'officines « au fil de l'eau » continuent (avec une fermeture tous les trois jours). Les titulaires utilisent à plein les nouvelles formes de sociétés (8053 SEL et 479 SPFPL) et le maillage territorial reste toujours harmonieux. Les établissements de soins, les entreprises industrielles et de distribution en gros connaissent également des concentrations.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2015>

***Cehlay P., Gertler P., Giovagnoli P. (2015). Long Run Effects of Temporary Incentives on Medical Care Productivity.*** Cambridge : NBER

The adoption of new clinical practice patterns by medical care providers is often challenging, even when they are believed to be both efficacious and profitable. This paper uses a randomized field experiment to examine the effects of temporary financial incentives paid to medical care clinics for the initiation of prenatal care in the first trimester of pregnancy. The rate of early initiation of prenatal care was 34% higher in the treatment group than in the control group while the incentives were being paid, and this effect persisted at least 24 months or more after the incentives ended. These results are consistent with a model where the incentives enable providers to address the fixed costs of overcoming organizational inertia in innovation, and suggest that temporary incentives may be effective at motivating improvements in long run provider performance at a substantially lower cost than permanent incentives.

<http://www.nber.org/papers/w21361>

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

We study whether and how physicians respond to financial incentives, making use of detailed register data on the health-care services provided to patients by general practitioners (GPs) in Norway over a six-year period (2006-11). To identify GPs' treatment responses, we exploit that specialisation in general medicine entitles the GPs to a higher consultation fee, implying a change in total and relative fee payments. To control for demand and supply factors related to becoming a specialist, we estimate a GP fixed effect model focusing on a narrow time window around the date of specialist certification. Our results show a sharp response by the GPs immediately after obtaining specialist certification and thus a higher consultation fee: the number of visits increase, while the treatment intensity (prolonged consultations, lab tests, medical procedures) decline. These findings are consistent with a theory model where (partly) profit-motivated GPs face excess demand and income effects are sufficiently small. Finally, we find no evidence for adverse health effects (measured by emergency care centre visits) on patients due to the change in GPs treatment behaviour after becoming a specialist.  
[http://www.nipe.eeg.uminho.pt/Uploads/WP\\_2015/NIPE\\_WP\\_07\\_2015.pdf](http://www.nipe.eeg.uminho.pt/Uploads/WP_2015/NIPE_WP_07_2015.pdf)

## Systèmes de santé / Health Systems

**Rodwin V.G. (2015). Obamacare, cinq ans après la loi. In : La santé à la une. Sève : les Tribunes de la Santé, (47) :**

L'Obamacare est la plus importante réforme du système d'assurance santé américain depuis 1965. Sa mise en place a provoqué des controverses sans précédent entre démocrates et républicains. Si beaucoup reste à faire, elle a déjà permis d'étendre la couverture d'assurance maladie, de modifier le financement du système de santé, de mettre en place une réglementation fédérale des assurances privées, et surtout de promouvoir des innovations et des expérimentations visant à moderniser l'offre de soins. Vu de France, il est intéressant de suivre la floraison d'expérimentations en cours aux États-Unis visant à moderniser l'offre de soins : les adaptations des systèmes de paiement des hôpitaux et des médecins et les innovations organisationnelles pour améliorer l'offre de soins (résumé de l'éditeur).  
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-2.htm>

**Kossarova L. (2015). Focus on: international comparisons of healthcare quality - what can the UK learn?** QualityWatch. Londres : Health Foundation.

Cette étude compare la qualité des soins de santé britanniques dans quatre secteurs (soins primaires, soins aigus, soins du cancer et santé mentale) à celle de services équivalents dans 12 pays : Australie, Belgique, Canada, France, Allemagne, Irlande, Italie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Espagne, Suède et États-Unis. L'analyse révèle que le Royaume-Uni se classe au dernier ou avant-dernier rang sur 16 des 27 indicateurs de qualité utilisés dans l'étude.  
<http://www.health.org.uk/publication/focus-international-comparisons-healthcare-quality>

## Travail et santé / Occupational Health

**Halla M., Pech S., Zweimuller M. (2015). *The Effect of Statutory Sick Pay Regulations on Workers' Health*. Bonn : IZA**

Social insurance programs typically comprise sick leave insurance. An important policy parameter is how the cost of sick leave are shared between workers, firms, and the social security system. We show that this sharing rule affects not only absence behavior, but also workers' subsequent health. To inform our empirical analysis we propose a simple model, where workers' absence decision is taken conditional on the sharing rule, health, and a dismissal probability. Our empirical analysis is based on high-quality administrative data sources from Austria. Identification is guaranteed by idiosyncratic variation in the sharing rule (caused by different policy reforms and sharp discontinuities at certain tenure levels and firm sizes). An increase in either the workers' or the firms' cost share (both at the public expense) decrease the number of sick leave days. Variations in the workers' cost are quantitatively more important (by a factor of about two). Policy-induced variation in sick leave has a significant effect on subsequent health (care cost). The average worker in our sample is in the domain of presenteeism, i.e. an increase in sick leave (due to reductions in the workers' or the firms' cost share) would reduce health care cost.

<http://ftp.iza.org/dp9091.pdf>

**Jimenez-Martin S., Vall Castello J., Del Rey H. (2015). *The Effect of Changes in the Statutory Minimum Working Age on Educational, Labor and Health Outcomes*. Bonn : IZA**

In this paper we explore the effects of a labor market reform that changed the statutory minimum working age in Spain in 1980. In particular, the reform raised the statutory minimum working age from 14 to 16 years old, while the minimum age for attaining compulsory education was kept at 14 until 1990. To study the effects of this change, we exploit the different incentives faced by individuals born at various times of the year before and after the reform. We show that, for individuals born at the beginning of the year, the probabilities of finishing both the compulsory and the post-compulsory education level increased after the reform. In addition, we find that the reform decreases mortality while young (16-25) for both genders while it increases mortality for middle age women (26-40). We provide evidence to proof that the latter increase is partly explained by the deterioration of the health habits of affected women. Together, these results help explain the closing age gap in life expectancy between women and men in Spain.

<http://ftp.iza.org/dp9092.pdf>

**Bruno A.S. (2015). *1917-2014 : la laborieuse compensation de la pénibilité*. Santé & Travail, (91) :**

Cet article retrace la longue évolution de la compensation de la pénibilité depuis les retraites ouvrières et paysannes en 1910 au compte de prévention de la pénibilité en 2014. L'histoire sociale est jalonnée de tentatives pour améliorer la compensation de l'usure professionnelle avec à chaque fois, les mêmes écueils.

**Desrioux F. (2015). *Quelle réforme de la médecine du travail ?* Santé & Travail, (91) :**

Cet article rapporte les points de vue de deux spécialistes sur la réforme de la médecine du travail : Sophie Fantoni-Quinton, qui a participé à l'élaboration d'un rapport sur le sujet et qui propose notamment la suppression de l'aptitude ; Jean-Michel Sterdyniak, qui dirige le principal syndicat de la profession.

**Bharadwaj P., Lundborg P., Rooth J.O; (2015). *Health and Unemployment during Macroeconomic Crises*. Bonn : IZA**

This paper shows that health is an important determinant of labor market vulnerability during large economic crises. Using data on adults during Sweden's unexpected economic crisis in the early 1990s, we show that early and later life health are important determinants

of job loss after the crisis, but not before. Adults who were born with worse health (proxied by birth weight) and those who experience hospitalizations (and especially so for mental health related issues) in the pre-crisis period, are much more likely to lose their jobs and go on unemployment insurance after the crisis. These effects are concentrated in the private sector that happened to be more affected by the crisis. The results hold while controlling for individual education and occupational sorting prior to the crisis, and for controlling for family level characteristics by exploiting health differences within twin pairs. We conclude that poor health (both in early life and as adults) is an important indicator of vulnerability during economic shocks.

<http://ftp.iza.org/dp9174.pdf>

**Gutierrez A., Michaud P.C. (2015). *Employer downsizing and older workers' health*. Montréal : CIRANO.**

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

<http://www.cirano.qc.ca/files/publications/2015s-34.pdf>

## Vieillesse / Ageing

**Garcia-Gomez P., Hernandez-Quevedo C., Jimenez-Rubio D., et al. (2015). *Access to long term care services in Spain remains inequitable*. *Eurohealth*, 21 (2)**

Population ageing poses challenges not only for access to health care systems but also to long-term care (LTC) services. Spain's Dependency Act (2006) provides universal access to LTC for those with certain levels of dependency. However, evidence suggests horizontal inequity favouring the well-off, especially for those with severe needs. These findings are particularly relevant for countries which, like Spain, have not yet fully developed national LTC services. Investing now in health policy efforts to improve longer life expectancy in good health appears to be the best way forward but requires complex coordination between social and health services

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/280605/EuroHealth\\_v2n1.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/280605/EuroHealth_v2n1.pdf)

**Pennec S., Gaymu J., Riou F., et al. (2015). *Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente*. *Population et Sociétés*, (524)**

La majorité des personnes souhaitent mourir chez elles, mais un quart seulement le font. L'enquête « Fin de vie en France » permet de retracer le parcours résidentiel et médical avant le décès. Quatre semaines avant leur mort, 45 % des personnes vivent à domicile en cas de décès non soudain. Quitter son domicile pour entrer à l'hôpital et y décéder est le



parcours le plus fréquent (30 %), passer l'ensemble du dernier mois de l'existence chez soi l'est deux fois moins (14 %). Le départ de l'hôpital pour regagner son domicile est beaucoup plus rare (2 %). La complexité des soins rend souvent le maintien à domicile impossible, ce qui motive le transfert à l'hôpital. C'est de fait la raison la plus souvent évoquée pour justifier le non-respect du souhait de certains patients de décéder chez eux.

<http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/mourir-chez-soi/>

**Roche G. (2015). *Ramener durablement notre système de retraite à l'équilibre. Rapport d'information*. Paris : Sénat**

Notre système de retraite, qui représente 14 pourcents de la richesse nationale et plus de 45 pourcents des dépenses de protection sociale, fait face depuis le milieu des années 2000 à une forte dégradation du ratio cotisants / retraités. Creusé dans des proportions sans précédent par la crise économique et financière de 2008-2009, son déficit n'a qu'en partie été résorbé par la courageuse réforme des retraites de 2010 et les ressources nouvelles mises en place depuis lors. Au vu des dernières projections du Conseil d'orientation des retraites (COR), notre système de retraite - régimes de base comme régimes complémentaires - reste insoutenable financièrement, à court comme à moyen et long termes, ce qui démontre les insuffisances de la réforme de 2014 : une nouvelle réforme est donc indispensable. Augmenter une nouvelle fois le taux des cotisations vieillesse, alors que la compétitivité et l'emploi sont pénalisés depuis des années par un coût du travail trop élevé, serait déraisonnable. Par ailleurs, le montant relatif des pensions par rapport aux revenus des actifs va d'ores et déjà mécaniquement baisser dans les années à venir en raison de l'indexation des pensions sur les prix et non plus sur les salaires. Seul un relèvement des bornes d'âge de départ en retraite est susceptible de produire un impact suffisamment significatif pour assurer, surtout à moyen et long termes, le retour à l'équilibre des régimes de retraite. La commission préconise de poursuivre, à raison de 5 mois supplémentaires par an, le relèvement progressif en cours de l'âge légal de départ en retraite au-delà du 1er janvier 2017, date à laquelle il atteindra 62 ans pour la génération née en 1955. Il passerait ainsi à 62 ans et 5 mois en 2018, puis 62 ans et 10 mois en 2019, avec l'ambition de parvenir à 64 ans en 2024 (résumé de l'éditeur).

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2014/r14-624-notice.html>

**Gorry A., Gorry D., Slalov S. (2015). *Does Retirement Improve Health and Life Satisfaction?***

Cambridge : NBER

We utilize panel data from the Health and Retirement Study to investigate the impact of retirement on physical and mental health, life satisfaction, and health care utilization. Because poor health can induce retirement, we instrument for retirement using eligibility for Social Security and employer sponsored pensions and coverage by the Social Security earnings test. We find strong evidence that retirement improves both health and life satisfaction. While the impact on life satisfaction occurs within the first 4 years of retirement, many of the improvements in health show up 4 or more years later, consistent with the view that health is a stock that evolves slowly. We find little evidence that retirement influences health care utilization.

<http://www.nber.org/papers/w21326>