

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

18 décembre 2015 / December the 18th, 2015

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

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

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

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

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

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

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

You can access to the electronic version of articles on our EJS portal (except for the French journals):
<http://ejournals.ebsco.com/Home.asp> (**Access limited to Irdes team**).

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

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

Contacts

Espace documentation : documentation@irdes.fr

Marie-Odile Safon : safon@irdes.fr

Véronique Suhard : suhard@irdes.fr

Sommaire

Assurance maladie / Health Insurance	6
Hurley, J. and M. Johnson (2014). A Review of Evidence Regarding Parallel Systems of Public and Private Finance.	6
Economie de la santé / Health Economics	6
(2015). Rapport sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus.	6
Brandle, T. and C. Colombier (2015). What drives public health care expenditure growth? Evidence from Swiss cantons, 1970-2012.	6
Bojke, C., et al. (2015). How much should be paid for Prescribed Specialised Services?	6
Damon, J. and B. Ferras (2015). La Sécurité sociale,	6
Padieu, Y. and R. Roussel (2015). L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins.	7
Wiese, R. and S. Ericksen (2015). Do Healthcare Financing Privatisations Curb Total Healthcare Expenditures? Evidence from OECD Countries.	7
Géographie de la santé / Geography of Health	7
Ham, C. and H. Alderwick (2015). Place-based systems of care	7
Johnson A. / éd., et al.. (2015). Medical Practice Variations.....	8
Hôpital / Hospitals	8
(2015). Hospital Value-Based Purchasing: Initial Results Show Modest Effects on Medicare Payments and No Apparent Change in Quality-of-Care Trends.....	8
Aragon Aragon, M. J., et al. (2015). Hospital trusts productivity in the English NHS: uncovering possible drivers of productivity variations.	9
Cookson, R., et al. (2015). Waiting time prioritisation: evidence from England.....	9
Kelly, E., et al. (2015). Public hospital spending in England: evidence from National Health Service administrative records	9
Le Menn, J. and P. Chalvin (2015). L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester	10
Inégalités de santé / Health Inequalities	10

(2015). Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale	10
Grignon, M., et al. (2015). Is pro-poor inequity in inpatient care the result of pro-rich inequity in primary care? The case of Ontario, Canada	10
Grignon, M., et al. (2014). Income-related inequity in health and Health care utilization in Canada.	10
Médicaments / Pharmaceuticals	11
(2015). Evolution des dépenses pharmaceutiques et défis futurs.....	11
(2015). Global Medicines use in 2020. Outlook and implications:.....	11
Alpert, A., et al. (2015). Prescription Drug Advertising and Drug Utilization: The Role of Medicare Part D.....	11
Wan, J. and K. Miyagiwa (2015). Pharmaceutical Patents and Generic Entry Competition: A New View on the Hatch-Waxman Act	12
Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics	12
Bojke, C., et al. (2015). Multidimensional performance assessment using dominance criteria.....	12
Fricke, H., et al. (2015). Endogeneity and Non-Response Bias in Treatment Evaluation: Nonparametric Identification of Causal Effects by Instruments	12
Prévision - Evaluation	12
(2015). Cadres de mesure de la performance du système de santé : harmonisation des cadres relatifs aux secteurs et aux organismes à celui du système de santé.....	12
Couralet, P. E. (2015). Evaluation médico-économique du programme Sophia 2010-2013	13
Mansouri-Guilani, N. (2015). Promouvoir une culture de l'évaluation des politiques publiques.....	13
Shah, K. (2015). Valuing Health at the End of Life: A Review of the Empirical Literature	13
Toussaint, J. F. /prés. (2015). Impacts sanitaires de la stratégie d'adaptation au changement climatique : Méthodologie de recherche et d'évaluation - Observations et recommandations.....	14
Prévention / Prevention	14
Grignon, M. and T. Renaud (2014). In fighting smoking, would later not be better than sooner? ..	14
McDaid, D. éd., et al. (2015). Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case,	14
Psychiatrie / Psychiatry	15
Hardy-Bayle, M. C. (2015). Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique	15

Lin, E., et Z. Or, Coldefy M. (2015). Medical practice variations in mental health and addictions care. In :Medical Practice Variations..... 15

Soins de santé primaires / Primary Health Care 15

(2015). Changing patterns in the international migration of doctors and nurses to OECD countries. 15

(2015). Prime Minister’s Challenge Fund: Improving Access to General Practice. First evaluation . 16

Brekke, K. R., et al. (2015). Socioeconomic Status and Physicians Treatment Decisions. 16

Brun Fain, E. (2015). Quelle rémunération pour les médecins exerçant dans des structures interprofessionnelles ambulatoires, aux Etats-Unis, au Canada, aux Pays Bas et au Royaume Uni ? Revue de la littérature..... 16

Burkhard, D., et al. (2015). Financial incentives and physician prescription behavior: Evidence from dispensing regulations..... 17

Chevillard, G., et al. (2015). "Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : L'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France 17

Systèmes de santé / Health Systems 17

(2015). Panorama de la santé 2015. Indicateurs de l'OCDE..... 17

Anderson, G. F., et al. (2015). Medicare at 50 Years: The e-Book 17

Rollet, C. (2015). La santé publique en France : un cas d'école : 70 ans d'histoire.,..... 18

Travail et santé / Occupational Health 18

Bloemen, H., et al. (2015). Job Loss, Firm-Level Heterogeneity and Mortality: Evidence from Administrative Data. Amsterdam Tinbergen Institute 18

Devaux, M. and F. Sassi (2015). The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases. 18

Goda, G. S., et al. (2015). Work Incentives in the Social Security Disability Benefit Formula..... 19

Lengagne, P. (2015). "Experience rating and work-related health and safety..... 19

Lengagne, P. and A. Afrite (2015). Experience rating, incidence of musculoskeletal disorders and related absences results from a natural experiment 19

Mahfouz, S. (2015). Le compte personnel d’activité, de l’utopie au concret 20

Schaller, J. and M. Zerpa (2015). Short-run Effects of Parental Job Loss on Child Health 20

Vieillessement / Ageing 20

(2015). Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society, 20

(2015). Avis du 21.10.15 sur le projet de loi relatif à l’adaptation de la société au vieillissement:
Conférence nationale de la santé: 21

Celidoni, M. and V. Rebba (2015). Healthier lifestyles after retirement in Europe? Evidence from
SHARE. 21

McCarthy, D., et al. (2015). "Models of Care for High-Need, High-Cost Patients: An Evidence
Synthesis." 21

Niimi, Y. (2015). The “Costs” of Informal Care: An Analysis of the Impact of Elderly Care on
Caregivers’ Subjective Well-being in Japan. 21

Assurance maladie / Health Insurance

Hurley, J. and M. Johnson (2014). *A Review of Evidence Regarding Parallel Systems of Public and Private Finance*. Chepa working paper series ; 14-02. Hamilton McMaster University: 66 , tabl., fig., annexes.

Debate about the impact of parallel private health care insurance persists in Canada. This paper reviews evidence regarding a number of issues central to the overall assessment of parallel finance, including the operation of markets for parallel private finance, the ways that parallel private finance can affect the performance of the public health care system, and parallel private finance's implication for the ability of citizens to access care.

<http://www.chepa.org/docs/documents/14-2.pdf>

Economie de la santé / Health Economics

(2015). *Rapport sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus*. Paris : HCFPS : 288 , fig., tabl., annexes.

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a engagé au cours de l'année 2015 des travaux sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus. Le présent rapport restitue ces travaux, autour d'une part de développements centraux qui décrivent la répartition régionale et départementale des prestations et des prélèvements de protection sociale, et s'efforcent d'identifier les effets redistributifs qu'elle induit sur les revenus des ménages entre territoires, et d'autre part d'éclairages complémentaires de certains comportements ou mécanismes qui agissent sur la localisation des personnes et des activités, et par suite sur la distribution territoriale des revenus.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_territorial_nov_2015.pdf

Brandle, T. and C. Colombier (2015). *What drives public health care expenditure growth? Evidence from Swiss cantons, 1970-2012*. FiFo Discussion Papers, No. 15-2. Cologne University of Cologne: 23 , fig.

A better understanding of the determinants of public health care expenditures is key to designing effective health policies. We integrate supply and demand-side determinants, factors from political economy and health policy reforms into an empirical analysis of the highly decentralized Swiss health care system. We compile a novel data set of the cantonal health care expenditure in Switzerland spanning the period 1970 - 2012. Using dynamic panel estimation methods, we find that per capita income, the unemployment rate and the share of foreigners are positively related to public health care expenditure growth. With regard to political economy aspects, public health care expenditures increase with the share of women elected to parliament. However, institutional restrictions for politicians, such as fiscal rules and mandatory fiscal referenda, do not appear to limit public health care expenditure growth.

<http://econstor.eu/bitstream/10419/121476/1/837692121.pdf>

Bojke, C., et al. (2015). *How much should be paid for Prescribed Specialised Services?* CHE Research Paper Series ;118. York University of York: 56 , tabl., fig.

Current policy in the English National Health Service (NHS) promotes concentration of the specialised treatment of relatively rare and complex conditions into a limited number of specialist centres. However if a more complex patient case-mix leads to specialised treatments being systematically more costly than non-specialised treatment, then the national tariff payment system based on Healthcare Resource Groups (HRGs) may punitively penalise centres that perform this activity

Damon, J. and B. Ferras (2015). *La Sécurité sociale*, Paris : Presses Universitaires de France.

La sécurité sociale se trouve au cœur de la vie quotidienne comme des grands équilibres

économiques. La complexité de ses instruments et institutions déroutent souvent jusqu'aux experts les plus aguerris. L'ampleur des masses financières qu'elle redistribue suscite de puissants débats : la sécurité sociale est-elle la locomotive du progrès et de la croissance, ou une entrave à la compétitivité ? Comprendre la place qu'occupe ce pan essentiel de la protection sociale, c'est analyser ses racines et ses évolutions depuis 1945. C'est également éclairer ses mécanismes et son organisation. C'est enfin souligner les principaux défis qu'elle doit relever pour continuer à -protéger chacun contre les risques de l'existence, à chaque étape de la vie.

http://www.puf.com/Que_sais-je:La_s%C3%A9curit%C3%A9_sociale

Padieu, Y. and R. Roussel (2015). L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins. In : France, portrait social. Edition 2015., Paris : Insee: 252.

Depuis les Trente Glorieuses, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut avait tendance à progresser dans la plupart des pays européens. Toutefois, dans le courant des années 2000, celle-ci s'est quasiment stabilisée dans des pays comme l'Allemagne puis la France. Cette évolution s'est faite sans à-coup majeur grâce au renforcement de la maîtrise de la dépense d'assurance maladie. En revanche, suite à la crise débutée en 2008, les dépenses de santé par habitant ont ralenti, voire diminué, et ce bien plus fortement dans les pays du sud et du nord-ouest de l'Europe, comme la Grèce, le Portugal ou l'Irlande et, dans une moindre mesure, l'Espagne, l'Italie ou le Royaume-Uni. Il est difficile de distinguer l'effet intrinsèque de la crise des conséquences des politiques structurelles de maîtrise de la dépense de santé. Néanmoins, les actions entreprises telles que les coupes budgétaires, la réduction du coût des soins ou bien l'augmentation des franchises, ont contribué à ce retournement de tendance, qui a été particulièrement visible sur le poste médicament. Les difficultés économiques ainsi que les mesures de redressement ont contribué dans certains pays à limiter l'accès aux soins, en raison notamment de l'augmentation du reste à charge des ménages. Une hausse importante du renoncement déclaré pour certains types de soins a de fait été observée dans certains pays durement touchés par la crise comme la Grèce, le Portugal, l'Espagne ou l'Irlande. Si l'espérance de vie n'a diminué dans aucun des pays observés, il n'en va pas toujours de même pour l'espérance de vie en bonne santé : même si le lien de causalité avec la réduction des dépenses de santé n'est à ce stade pas établi, celle-ci a reculé en Grèce et en Italie (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=FPORSOC15b_EC2_sante

Wiese, R. and S. Ericksen (2015). Do Healthcare Financing Privatisations Curb Total Healthcare Expenditures? Evidence from OECD Countries. Groningen University of Groningen: 26 , tab., graph.

Healthcare privatisations have been advocated as a cure to the increasing healthcare expenditures in advanced economies. Nevertheless, it has not been established whether such policy measures actually curb aggregate healthcare expenditures. This paper quantitatively analyses this question. We use a coherent way to identify de facto healthcare financing privatisations across countries over time, i.e. policy induced statistically significant shifts in the public share of healthcare expenditures. Propensity score matching is used to evaluate the effects of privatisations. In other words, an appropriate counterfactual is found to assess what would have happened had a certain privatisation not taken place. The results from 21 OECD countries show that healthcare financing privatisations lead to cost savings in total healthcare expenditures. The estimated average cost saving is of the magnitude 0.75 percentage points of GDP per year, over a 5-year period after the privatisation. The results are robust to various sensitivity tests.

<http://www.rug.nl/research/som-ri/som-research-reports/som-research-reports-2015/15013-eef-def.pdf>

Géographie de la santé / Geography of Health

Ham, C. and H. Alderwick (2015). Place-based systems of care: Londres : King's Fund

The NHS in England is facing growing financial and service pressures at a time of rising demand. This paper proposes a new approach to tackling these challenges. It argues that NHS organisations need to

move away from a 'fortress mentality' whereby they act to secure their own individual interests and future, and instead establish place-based 'systems of care' in which they collaborate with other NHS organisations and services to address the challenges and improve the health of the populations they serve. The paper argues that this will require the backing and support of national bodies and policy-makers, and fundamental changes to the role of commissioning in the NHS.

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/place-based-systems-care>

Johnson A. / éd., et al.. (2015). *Medical Practice Variations*, Berlin : Springer Verlag.

This title deals with internationally documented variations in medical practice and health service that exist across countries as well as regions across a specific country. Such variations raise critical concerns about the quality, equity and efficiency of health care resources across the world. Health services researchers have long been aware of large variations in the use of medical care across regions and medical providers. In the 1930s, the British pediatrician J.A. Glover observed that the rates of tonsillectomy in British schoolchildren varied widely, depending on the district where the students lived and the doctors who examined them. This volume provides a contextual landscape for the study of health care utilization through the lens of medical practice variations. It is grounded in the pioneering work by medical care epidemiologist, Dr. John Wennberg, who revealed wide variations in elective surgical rates across small areas in the U.S. and his findings that these variations were generally not explained by differences in population illness rates or patient preferences but rather, there were strong associations between supply of health care resources, such as hospital beds and physicians and health care utilization. This volume introduces the concept of medical practice variations and its early history, outlines established concepts and frameworks, with an overview of methods used to understand the variations in medical care. It makes the case for outcomes research in determining what works in health care and policy reforms to rationalize how care is delivered. Each chapter synthesizes the current published literature in the field and covers a description of medical practice variations in the area, determinants of these variations and outcomes. It outlines the most current research on specific types of utilization such as inpatient care, emergency services, elective surgery, primary care, obstetric and gynaecological care, mental health care and end-of-life care, among others. Studies of variation in condition-specific care focus on common conditions such as acute myocardial infarction, congestive heart failure, stroke, diabetes and procedures such as cancer surgery and joint replacement. Special topics include health care spending and quality, shared decision making and disparities.

<http://link.springer.com/referencework/10.1007/978-1-4899-7573-7>

Hôpital / Hospitals

(2015). *Hospital Value-Based Purchasing: Initial Results Show Modest Effects on Medicare Payments and No Apparent Change in Quality-of-Care Trends*. Washington : GAO

The bonuses and penalties received by most of the approximately 3,000 hospitals eligible for the Hospital Value-based Purchasing (HVBP) program amounted to less than 0.5 percent of applicable Medicare payments each year. GAO found that safety net hospitals, which provide a significant amount of care to the poor, consistently had lower median payment adjustments—that is, smaller bonuses or larger penalties—than hospitals overall in the program's first three years. However, this gap narrowed over time. In contrast, small urban hospitals had higher median payment adjustments each year than hospitals overall, and small rural hospitals' median payment adjustments were similar to hospitals overall in the first two years and higher in the most recent year. GAO's analysis found no apparent shift in existing trends in hospitals' performance on the quality measures included in the HVBP program during the program's initial years. However, shifts in quality trends could emerge in the future as the HVBP program continues to evolve. For example, new quality measures will be added, and the weight placed on clinical process measures—on which hospitals had little room for improvement—will be substantially reduced. For many quality measures not included in the HVBP program, GAO also found that trends in hospitals' performance remained unchanged in the period GAO reviewed, but there were exceptions in the case of three measures that are part of a separate

incentive program targeting hospital readmissions. This program focuses exclusively on readmissions and imposes only penalties. The timing of changes in readmission trends provides some indication that the use of financial incentives in quality improvement programs may, under certain circumstances, promote enhanced quality of care. However, understanding the extent of that impact depends on the results of future research.

<http://www.gao.gov/assets/680/672899.pdf>

Aragon Aragon, M. J., et al. (2015). *Hospital trusts productivity in the English NHS: uncovering possible drivers of productivity variations*. CHE Research Paper Series ;118. York University of York: 56 , tabl., fig.

In 2009, the NHS Chief Executive warned that a potential funding gap of £20 billion should be met by extensive efficiency savings by March 2015. Our study investigates possible drivers of differential Trust performance (productivity) for the years 2010/11-2012/13. Productivity is measured as Outputs/Inputs. We extend previous productivity work at Trust level by including a fuller range of care settings, including Inpatient, A&E and Community Care, in our output measure. Inputs include staff, equipment, and capital resources. We analyse variation in Total Factor and Labour Productivity with ordinary least squares regressions. Explanatory variables include efficiency in resource use measures, Trust and patient characteristics. We find productivity varies substantially across Trusts but is consistent across time. Larger Trusts are associated with lower productivity. Patient age groups treated is also found to be important. Foundation Trust status is associated with lower Total Factor Productivity, while treating more patients in their last year of life is surprisingly associated with higher Labour Productivity. Variation in productivity is persistent across years, and not fully explained by case-mix adjustment. A lack of convergence in productivity may indicate outstanding scope to improve Trust productivity based on mimicking the practises of the most productive providers.

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP117_hospital_trusts_productivity_English_NHS.pdf

Cookson, R., et al. (2015). *Waiting time prioritisation: evidence from England*. CHE Research Paper Series ;114. York University of York: 26 , tabl., fig.

A number of OECD countries have introduced waiting time prioritisation policies which give explicit priority to severely ill patients with high marginal disutility of waiting. There is however little empirical evidence on how patients are actually prioritised. We exploit a unique opportunity to investigate this issue using a large national dataset with accurate measures of severity on over 200,000 patients. We link data from a national patient-reported outcome measures survey to administrative data on all patients waiting for a publicly funded hip and knee replacement in England during the years 2009-12. We find that patients suffering the most severe pain and immobility have shorter waits than those suffering the least, by about 29% for hip replacement and 9% for knee replacement, and that the association is approximately linear. These differentials are more closely associated with pain than immobility, and are larger in hospitals with longer average waiting times.

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP114_Waiting_time_prioritisation.pdf

Kelly, E., et al. (2015). *Public hospital spending in England: evidence from National Health Service administrative records*. Institute for Fiscal Studies working paper : W15/21. Londres IFS: 25 , tabl., graph.

Health spending per capita in England has more than doubled since 1997, yet relatively little is known about how that spending is distributed across the population. This paper uses administrative National Health Service (NHS) hospital records to examine key features of public hospital spending in England. We describe how costs vary across the lifecycle, and the concentration of spending among people and over time. We find that costs per person start to increase after age 50 and escalate after age 70. Spending is highly concentrated in a small section of the population: with 32% of all hospital spending accounted for by 1% of the general population, and 18% of spending by 1% of all patients. There is persistence in spending over time with patients with high spending more likely to have spending in subsequent years, and those with zero expenditures more likely to remain out of hospital.

<http://www.ifs.org.uk/uploads/publications/wps/WP201521.pdf>

Le Menn, J. and P. Chalvin (2015). *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*: Paris ; Ministère chargé de la santé.

Trois objectifs structurent ce plan d'action : Favoriser l'engagement dans la carrière médicale hospitalière, en accompagnant chaque jeune praticien dans ses choix d'orientation professionnelle, en garantissant aux assistants et aux praticiens contractuels, souvent plus jeunes, les mêmes droits sociaux (maternité, maladie...) qu'aux titulaires, et en créant une prime d'engagement pour encourager 3 000 praticiens à exercer, d'ici 2018, dans les hôpitaux qui manquent de professionnels médicaux ; fidéliser les professionnels qui exercent à l'hôpital et favoriser leur implication dans les projets médicaux de territoire, en créant une prime d'exercice territorial destinée à encourager l'exercice sur plusieurs sites, en permettant aux praticiens de diversifier leurs missions et en encourageant le travail en équipe autour de projets médicaux partagés ; renforcer l'animation des équipes et améliorer les conditions de travail à l'hôpital, en promouvant les espaces d'expression et de dialogue au sein des hôpitaux, en s'assurant que les projets sociaux des établissements intègrent un volet pour les professionnels médicaux (pour l'accès aux crèches, par exemple) et en renforçant la formation des praticiens tout au long de leur carrière.

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Attractivite-Exercice-Medical-Hopital.pdf

Inégalités de santé / Health Inequalities

(2015). *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale*: Paris : Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale.

Ce document à visée pédagogique regroupe une large sélection d'indicateurs dressant l'état des situations de pauvreté et d'exclusion sociale en France. Le cahier est composé de sept chapitres, dont un chapitre introductif sur la mesure de la pauvreté en France et six qui suivent les différents domaines couverts par le Plan pluriannuel

<http://www.cnle.gouv.fr/Les-chiffres-cles-de-la-pauvrete.html>

Grignon, M., et al. (2015). *Is pro-poor inequity in inpatient care the result of pro-rich inequity in primary care? The case of Ontario, Canada*. Chepa working paper series ; 15-01. Hamilton McMaster University: 41 , tabl., fig., annexes.

To our knowledge, our proposed study will be the first Canadian attempt to assess the impact of equity in the use of one service (physician care) on equity in the use of another (hospital care) based on an explicit causal mechanism (avoidable hospitalization). The empirical literature quantitatively documenting the causal pathways associated with inequity in utilization, especially in Canada, is limited. Some recent examples include Alter et al. [2003] and Pilote et al. [2003], who undertook condition-specific studies (Acute Myocardial Infarction (AMI)) investigating whether variations in the supply of hospital facilities, in the number of specialists and in drug coverage across provinces explain socio-economic gradients in use of cardiac procedures. Other work attempts to document the contribution of financing arrangements to inequity in utilization (e.g., Allin and Hurley [2009], Smart and Stabile [2005], or van Doorslaer et al. [2004a] investigating the role of private insurance in Europe) (résumé des auteurs).

<http://www.chepa.org/docs/default-source/working-papers/15-01.pdf>

Grignon, M., et al. (2014). *Income-related inequity in health and Health care utilization in Canada*. Chepa working paper series ; 15-02. Hamilton McMaster University: 16 , tabl., fig.

We use data from two independent large cross-sections of the Canadian population, the Canadian Communities Health Survey for 2000-01 and 2005 to estimate income-related inequity in health and health care use. We apply the Horizontal Inequity Index to self-assessed health and self-reported visits to a family doctor, a specialist, and a dentist, as well as the number of nights in hospital as our measures of utilization. Beside self-reports in the survey we use administrative data on a sub-sample (in Ontario) to measure the money value of services used and include day procedures, that are typically not measured through self-reports. We find pro-rich inequity in health as well as strong pro-

rich inequity in the utilization of specialist and dental care services. The poor use more inpatient services, and the total value of physician and hospital services is income-neutral in Ontario. Income-related inequities in health and health care utilization did not change in Canada between 2000 and 2005.

<http://www.chepa.org/docs/default-source/working-papers/chepa-working-paper-2014.pdf>

Médicaments / Pharmaceuticals

(2015). *Evolution des dépenses pharmaceutiques et défis futurs.* In : Panorama de la santé 2015.

Indicateurs de l'OCDE., Paris : OCDE: 33-48, graph., tabl.

Les dépenses pharmaceutiques ont atteint environ 800 milliards USD en 2013 dans les pays de l'OCDE, soit environ 20 % en moyenne des dépenses de santé totales lorsque l'on ajoute la consommation hospitalière de produits pharmaceutiques à l'achat de médicaments au détail. Ce chapitre présente les tendances récentes en matière de dépenses pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE. Il examine les déterminants de l'évolution récente des dépenses, en soulignant les différences entre classes thérapeutiques. Il montre que, alors que la consommation de médicaments continue d'augmenter et de pousser à la hausse les dépenses pharmaceutiques, les politiques de maîtrise des coûts et l'expiration des brevets d'un certain nombre de produits les plus vendus ont mis la pression à la baisse sur les prix des médicaments au cours des dernières années. Cela a entraîné un ralentissement de la croissance des dépenses au cours de la dernière décennie. Le chapitre se penche ensuite sur les défis émergents pour les décideurs politiques en ce qui concerne la gestion des dépenses pharmaceutiques. La prolifération de médicaments de spécialité à coût élevé sera un moteur important de la croissance des dépenses de santé dans les années à venir. Alors que certains de ces médicaments apportent de grands bénéfices aux patients, d'autres ne fournissent que des améliorations marginales. Cela remet en question l'efficacité des dépenses pharmaceutiques (résumé de l'éditeur).

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115072e.pdf>

(2015). *Global Medicines use in 2020. Outlook and implications:* Parsippany : IMS Institute for Healthcare Informatics.

The volume of medicines used globally will reach 4.5 trillion doses by 2020 and cost \$1.4 trillion, both representing significant increases from 2015. The largest pharmaceutical-using countries will be the pharmerging markets, with two-thirds of the global medicine volumes, mostly comprised of generic medicines and dramatic increases in the utilization of medicines due to broad-based health system expansions. Developed markets will continue to account for the majority of medicine spending due to both higher prices per unit and the mix of newer medicines that bring meaningful clinical benefit to patients facing a wide range of diseases.

<http://www.imshealth.com/en/thought-leadership/ims-institute/reports/global-medicines-use-in-2020>

Alpert, A., et al. (2015). *Prescription Drug Advertising and Drug Utilization: The Role of Medicare Part D.* NBER Working Paper Series ; n° 21714. Cambridge NBER: 66 , tabl., fig., annexes.

Pharmaceutical firms currently spend over \$4 billion on direct-to-consumer advertising (DTCA) of prescription drugs, a nearly 30-fold increase since 1993 that has led to much debate about its value to patients. We examine how DTCA influences drug utilization along the extensive and intensive margins by exploiting a large and plausibly exogenous shock to DTCA driven by the introduction of Medicare Part D in 2006. Using data on advertising for local media markets from Nielsen, we show that Part D led to large relative increases in DTCA in geographic areas with a high concentration of Medicare beneficiaries compared to areas with a low concentration. We examine the effects of this sudden differential increase in advertising on non-elderly individuals to isolate the effects of advertising on drug utilization from the direct effects of Part D. Using data from pharmacy claims, we find substantial differential increases in drug utilization that mirror the increases in DTCA after Part D. These effects are driven both by increased take-up of treatment and improved drug adherence. Our results imply significant spillovers from Medicare Part D onto the under-65 population and an important role for

non-price factors in influencing prescription drug utilization.

<http://www.nber.org/papers/w21714>

Wan, J. and K. Miyagiwa (2015). *Pharmaceutical Patents and Generic Entry Competition: A New View on the Hatch-Waxman Act*. IRR Working Paper; 15-18. Tokyo IRR: 33 , tabl., fig.

We present a formal analysis that sheds new light on the Hatch-Waxman Act. Hatch-Waxman restores incentives to develop new drugs by extending the patent life for them, but also promotes generic entry by reducing entry costs and by providing 180-day marketing exclusivity to a first challenger to the patent. Although these two objectives appear incompatible, our model shows that marketing exclusivity, with a significant entry cost reduction, contributes to incentive restoration. It finds however that social welfare is lower with marketing exclusivity. Finally, our analysis suggests that marketing exclusivity not be granted in the case of drugs for rare diseases.

<http://hermes-ir.lib.hit-u.ac.jp/rs/bitstream/10086/27489/1/070iirWP15-18.pdf>

Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

Bojke, C., et al. (2015). *Multidimensional performance assessment using dominance criteria*. CHE Research Paper Series ;115. York University of York: 34 , tabl., fig.

Public sector organisations pursue multiple objectives and serve a number of stakeholders. But stakeholders are rarely explicit about the valuations they attach to different objectives, nor are these valuations likely to be identical. This complicates the assessment of their performance because no single set of weights can be legitimately chosen by regulators to aggregate outputs into unidimensional composite scores. We propose the use of dominance criteria in a multidimensional performance assessment framework to identify best practice and poor performance under relatively weak assumptions about stakeholders' preferences. We estimate multivariate multilevel models to study providers of hip replacement surgery in the English NHS with respect to their performance in terms of length of stay, readmission

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP115_Multidimensional_performance_assessment_dominance_criteria.pdf

Fricke, H., et al. (2015). *Endogeneity and Non-Response Bias in Treatment Evaluation:*

***Nonparametric Identification of Causal Effects by Instruments*. IZA Discussion Paper ; 9428. Bonn IZA: 33.**

This paper proposes a nonparametric method for evaluating treatment effects in the presence of both treatment endogeneity and attrition/non-response bias, using two instrumental variables. Making use of a discrete instrument for the treatment and a continuous instrument for non-response/attrition, we identify the average treatment effect on compliers as well as the total population and suggest non- and semiparametric estimators. We apply the latter to a randomized experiment at a Swiss University in order to estimate the effect of gym training on students' self-assessed health. The treatment (gym training) and attrition are instrumented by randomized cash incentives paid out conditional on gym visits and by a cash lottery for participating in the follow-up survey, respectively.

<http://ftp.iza.org/dp9428.pdf>

Prévision - Evaluation

(2015). *Cadres de mesure de la performance du système de santé : harmonisation des cadres relatifs aux secteurs et aux organismes à celui du système de santé*: Ottawa : C.I.H.I.

Ce rapport vise à stimuler et à simplifier la création de cadres de mesure de la performance. Le secteur hospitalier et le secteur des soins de longue durée ont servi d'exemples pour illustrer comment le

cadre de mesure de la performance du système de santé peut servir à divers échelons du système.

https://secure.cihi.ca/free_products/Harmonisation_des_cadres_relatifs_aux_secteurs_et_aux_organismes_celui_du_systeme_de_sante.pdf

Couralet, P. E. (2015). *Evaluation médico-économique du programme Sophia 2010-2013*: Paris : Cnamts

Le programme Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé des patients diabétiques piloté par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés (Cnamts). Son déploiement s'est fait au cours de deux périodes distinctes : une phase expérimentale de 2008 à 2012, puis une phase de généralisation à partir de la fin de l'année 2012. Depuis son lancement en 2008, le service Sophia a fait l'objet de trois évaluations médico-économiques ayant pour objectif de mesurer l'impact du service sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète et observer son incidence sur les dépenses de soins des patients diabétiques. Cette nouvelle évaluation médico-économique réalisée par Pierre-Emmanuel Couralet porte sur les périodes suivantes : les années 2011 et 2012 pour les patients éligibles lors de la troisième vague de l'expérimentation, entrés fin 2010 dans le programme, l'année 2013 pour les patients éligibles lors de la généralisation fin 2012-début 2013. Elle confirme les observations des deux précédentes, soit une amélioration plus importante de la réalisation des examens recommandés chez les patients diabétiques adhérents au service Sophia que chez les patients diabétiques ne bénéficiant pas de ce service. La mise en place du service Sophia a amélioré le suivi de l'ensemble de la population diabétique mais n'a pas d'impact significatif à court terme sur la dépense totale de soins.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_d_evaluation_sophia_2010-2013.pdf

Mansouri-Guilani, N. (2015). *Promouvoir une culture de l'évaluation des politiques publiques*. Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental.: Paris : CESE

L'évaluation des politiques publiques vise à fournir une appréciation sur les effets directs et indirects de l'action publique et à en rendre compte aux citoyens. Contrairement à une idée répandue, les pratiques évaluatives sont assez fréquentes dans notre pays et de nombreux organismes y participent. Pourtant l'évaluation reste méconnue et sans doute sous-utilisée en tant qu'outil d'amélioration de la décision et de l'intervention publiques. Pour y remédier, il convient de promouvoir une culture de l'évaluation des politiques publiques. La spécificité du CESE en tant que lieu de rassemblement de la « société civile organisée » lui permet d'y contribuer pleinement. C'est dans cette perspective notamment que le Conseil s'est emparé du sujet pour en analyser les enjeux, passer en revue les pratiques évaluatives et formuler des propositions.

<http://www.lecese.fr/travaux-publies/promouvoir-une-culture-de-l-valuation-des-politiques-publiques>

Shah, K. (2015). *Valuing Health at the End of Life: A Review of the Empirical Literature*, Londres : OHE.

On 22 September 2015, OHE's Koonal Shah gave a seminar at the Institute of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam. Koonal's presentation reported research conducted in collaboration with Professors Aki Tsuchiya and Allan Wailoo of the University of Sheffield. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) has, since 2009, issued supplementary advice to its advisory committees regarding the appraisal of life-extending end of life treatments. This includes an option for recommending such treatments for use in the NHS if certain criteria are met, even if their base case cost-effectiveness estimates exceed the range usually considered acceptable. NICE's policy thus places additional weight on the survival benefits for patients with short life expectancy. It is unclear whether this reflects the preferences of the general public. In his presentation, Koonal reported the methods and preliminary results of a review of the published literature relevant to the following research question: Do members of the general public wish to place greater weight on a unit of health gain for end of life patients than on that for other types of patients? The primary finding of the review is that the existing evidence is mixed, with an equal split between the number of studies that report evidence consistent with a 'premium' for end of life treatments and the number of studies that do not.

<http://www.slideshare.net/fullscreen/OHENews/valuing-health-at-the-end-of-life/2>

Toussaint, J. F. /prés. (2015). *Impacts sanitaires de la stratégie d'adaptation au changement climatique : Méthodologie de recherche et d'évaluation - Observations et recommandations*. Paris : HCSP Collection Avis et rapports: 136.

Le changement climatique a des impacts directs sur notre santé. Au-delà d'une température extérieure optimale comprise entre 20 et 25 °C, la morbi-mortalité augmente partout en France. Cela concerne particulièrement les populations vulnérables, sujets précaires ou personnes âgées, durant les phénomènes climatiques extrêmes, dont les vagues de chaleur sont parmi les plus marquants. Le nombre de régions affectées par les sécheresses augmente, la hausse des températures s'accompagnant aussi d'un risque accru d'incendie et d'un déplacement des vecteurs pathogènes. Or le changement climatique a aussi des effets sanitaires indirects, en modifiant la biodiversité, la végétation ou la production agricole. Les récentes canicules en France, en Russie ou aux États-Unis ont à chaque fois entraîné une chute importante des productions céréalières, provoquant de sérieux problèmes d'approvisionnement et de fortes hausses des cours mondiaux. Afin de nous préparer à ces bouleversements et d'atténuer les effets du changement climatique, la réflexion doit intégrer deux paramètres : le long terme et la complexité. Il est essentiel désormais d'interpréter les interactions climat-énergie-économie-biodiversité-santé dans le cadre d'une écologie globale de la santé afin de mieux anticiper nos marges d'adaptation en situation de contraintes croissantes. L'enjeu est clair : si les températures de surface augmentent de 4 à 6 °C d'ici à la fin du siècle, il se peut que l'enchaînement des événements ne soit plus contrôlable.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/ouvrages/9782110101082-impacts-sanitaires-de-la-strategie-d-adaptation-au-changement-climatique>

Prévention / Prevention

Grignon, M. and T. Renaud (2014). *In fighting smoking, would later not be better than sooner?*

Chepa working paper series ; 14-3. Hamilton McMaster University: 56 , tabl., graph.

In this study, we address the following question: Where are resources to prevent smoking and reduce smoking prevalence (the proportion of the adult population who is smoking on a regular basis) most efficiently put to use, in preventing youth from ever starting smoking or in helping seasoned smokers quit? We use mortality attributable to tobacco (MAT) as our outcome measure in deciding what is efficient: our criterion, therefore, is cost per life saved (death averted). This means that we take an instrumental approach to smoking: it is not smoking per se that is bad, but smoking in that it causes premature mortality.

<http://www.chepa.org/docs/documents/14-3.pdf>

McDaid, D. éd., et al. (2015). *Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case*,

Maidenhead : Open University Press.

Cet ouvrage envisage la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques sous l'angle de l'économie, et énonce les raisons d'évaluer la pertinence des interventions sur le plan économique. Il passe méthodiquement en revue les bases factuelles à l'appui de toute une série d'interventions de santé publique, en envisageant non seulement leur efficacité pour l'amélioration de la santé de la population, mais aussi le coût de leur mise en œuvre, leurs effets sur les dépenses de santé et leurs répercussions d'ordre économique au sens plus large. Une perspective économique ne se limite pas à un calcul des coûts liés à la mauvaise santé. Il s'agit de comprendre comment les incitants économiques peuvent pousser la population à choisir un style de vie sain. Cet ouvrage fournit des outils pour l'élaboration de stratégies efficaces et efficientes et aborde le thème des compromis à faire entre les différents objectifs d'une amélioration de la santé publique tout en ayant conscience de la nécessité de lutter contre les inégalités entre individus et populations quant aux résultats obtenus dans le domaine sanitaire. Cet ouvrage illustre de manière concrète les méthodes et les mesures des coûts et des résultats employées dans l'évaluation des interventions ; couvre les facteurs de risque précis, dont le tabagisme, l'alcool, les habitudes alimentaires peu saines, l'inactivité physique, la mauvaise santé mentale et les facteurs environnementaux nocifs ; envisage des thématiques transversales, dont les principaux problèmes rencontrés dans la mise en œuvre, les inégalités dans le domaine sanitaire et les bienfaits des interventions menées aux premiers stades de la vie (résumé des

éditeurs).

<http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/observatory/publications/studies/promoting-health,-preventing-disease-the-economic-case>

Psychiatrie / Psychiatry

Hardy-Bayle, M. C. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique*: Versailles : Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale.

Ce rapport met l'accent sur comment améliorer le parcours de soin et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Selon le cahier des charges établi, il présente l'état de l'art sur la base de l'analyse des données de la littérature (établir un état de l'art hiérarchisé intégrant l'ensemble des données utiles à l'amélioration des pratiques), interpréter ces données à la lumière de la pertinence clinique, et confronte ces données à l'état réel des pratiques.

http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2015/11/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf

Lin, E., et Z. Or, Coldefy M. (2015). *Medical practice variations in mental health and addictions care. In : Medical Practice Variations.*, Berlin : Springer Verlag

This chapter provides an overview of the practice variations in care delivery for mental health and addictive disorders and some of the system-level funding and structural factors that contribute to such variation. Practice variations are described for five populations, along with their expected clinical picture and service needs : Children and adolescents, The elderly, Severe mental illness, Mild/moderate illness, Substance use disorders. These variations occur in a system-level climate which has been transformed over the past decades because of a fundamental change in how appropriate care is defined. Specifically, Western countries have been shifting from institutional to more community-based care – a process labeled “deinstitutionalization.” National differences in how services are funded and organized in light of deinstitutionalization are described. Pending gold-standard outcome indicators such descriptions allow more in-depth examination of what the potential drivers for system change are and how different funding and structure configurations might be compared and evaluated.

<http://link.springer.com/referencework/10.1007/978-1-4899-7573-7>

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2015). *Changing patterns in the international migration of doctors and nurses to OECD countries.*

In : *International Migration Outlook 2015.*, Paris : OCDE: 106-182, graph., tabl.

Ce chapitre analyse l'évolution de la mobilité internationale des professionnels de santé vers les pays de l'OCDE depuis 2000 au regard des changements observés dans les politiques migratoires et de santé mais également des changements économiques et institutionnels. Dans un contexte d'accroissement des migrations qualifiées, on observe que les médecins et infirmiers immigrés représentent une part croissante des professionnels de santé exerçant dans les pays de l'OCDE, qui atteint respectivement 23 % pour les médecins et 14 % pour les infirmiers en 2010/11. La part des personnels de santé formés à l'étranger est cependant inférieure à celle des personnels nés à l'étranger, illustrant par là même le fait qu'une partie de la formation des migrants est délivrée dans le pays de destination. Ce chapitre met également en exergue l'effet de la crise économique de 2007/08 et de l'élargissement sur les migrations de médecins et d'infirmiers, notamment en Europe, et discute le rôle des politiques migratoires et des politiques de gestion des ressources humaines en santé. Une analyse approfondie des effets attendus sur les pays d'origine est proposée et inclut une mise à jour

pour 2010/11 des taux d'émigration (brain drain) pour les médecins et les infirmiers pour plus de 120 pays d'origine dans le monde. Le chapitre se termine par une présentation des tendances récentes en ce qui concerne l'internationalisation des études médicales et d'infirmiers.

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115161ec006.pdf>

(2015). Prime Minister's Challenge Fund: Improving Access to General Practice. First evaluation

London : NHS. Report: 40 , fig.

En 2013, le premier ministre britannique a lancé le Challenge Fund (50 millions £) pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires. Vingt sites couvrant 1 100 médecins généralistes et 7,5 millions de patients ont participé. Ce rapport d'évaluation se concentre sur la mise en œuvre de trois objectifs : l'ajout d'heures de rendez-vous avec les omnipraticiens, l'amélioration de la satisfaction des patients et du personnel et l'accroissement des modes de contact.

<http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/10/pmcf-wv-one-eval-report.pdf>

Brekke, K. R., et al. (2015). Socioeconomic Status and Physicians Treatment Decisions. Nipe Wp 12/2015. Braga Nipe: 19 , tabl., fig.+annexes.

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, we limit the sample to patients with a specific disease, diabetes type 2, and estimate a model with GP fixed effects. Our 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?abstract_id=2617270

Brun Fain, E. (2015). Quelle rémunération pour les médecins exerçant dans des structures interprofessionnelles ambulatoires, aux Etats-Unis, au Canada, aux Pays Bas et au Royaume Uni ? Revue de la littérature. Paris Université de Paris Dauphine. Master Evaluation Médico-Economique et accès au marché (ENAM)

Le projet de loi de santé de « Modernisation de notre système de santé » prévoit une évolution de la rémunération des médecins généralistes français. Or, « le droit à des honoraires pour tout malade soigné et le paiement direct par le malade » est un des principes de la charte fondatrice de la médecine libérale de 1927, d'où l'indignation de nombreux médecins généralistes à ce propos. Bien qu'ils perçoivent aujourd'hui une partie de leur rémunération selon d'autres modalités (forfait par patient dont ils sont le médecin traitant, par patient présentant une maladie chronique, Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) la plupart craint une évolution de son mode de rémunération, ainsi qu'une perte d'autonomie, chère à la médecine libérale. Or, le système de soins primaires français est aujourd'hui face à la nécessité d'évoluer : le vieillissement de la population et la croissance exponentielle du nombre de malades chroniques le place devant un défi considérable de financement mais avant cela même, d'organisation des soins. En 2008, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale a mis en place une Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération destinés aux structures interprofessionnelles visant à valoriser les initiatives de coordination et de coopération. Ce système de rémunération a été généralisé en 2015, mais son évolution dépendra des résultats de l'évaluation de ces Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) ainsi que d'éléments de comparaison étrangers. Afin de répondre à ce dernier objectif, cette étude propose une revue de la littérature visant à décrire différents modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte, à destination de groupes interprofessionnels aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume Uni et aux Pays Bas. Dans une première partie, elle définit des concepts utiles à la compréhension du sujet, puis expose la méthode utilisée pour la recherche bibliographique. Dans une partie consacrée aux résultats, elle présente séparément pour chaque pays, le contexte d'évolution du système de santé, les structures interprofessionnelles en ambulatoire qui s'y sont développées et leur mode de financement. L'impact de ces modes de

financement sera analysé de façon globale dans une courte seconde partie.

Burkhard, D., et al. (2015). *Financial incentives and physician prescription behavior: Evidence from dispensing regulations*. Document de travail ; 1511. Berne Bern Universität: 35 , tabl., graph., fig. In many healthcare markets, physicians can influence the volume (volume response) and the composition of the services provided (substitution response). The goal and main contribution of this paper is to empirically assess the relative importance of these two behavioral channels. Our analysis is based on the market for ambulatory care in Switzerland in which different drug dispensing regimes (banned/allowed) co-exist at the regional level but many important other features are regulated at the federal level. Dispensing creates financial incentives for physicians to sell more drugs and to substitute towards more expensive drugs thus providing an ideal setup for our empirical analysis. We combine the regional variation in the dispensing regime with comprehensive physician-level prescription data to empirically disentangle the volume and the substitution response. The estimated average effects suggest that physician dispensing increases drug costs on the order of 25% for general practitioners and 15% for medical specialists. A decomposition of this overall effect indicates that the cost increase can mainly be attributed to a volume increase, while average drug prices are not or even negatively affected in some specifications. In addition, we document substantial effect heterogeneity along the outcome distributions.
<http://www.vwl.unibe.ch/papers/dp/dp1511.pdf>

Chevillard, G., et al. (2015). "Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : L'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France." *Revue d'Economie Régionale & Urbaine*(4): 657-694.

Cet article propose une première évaluation des maisons et pôles de santé à travers une démarche mobilisant des outils géographique et économétrique. L'objectif de cette double démarche est l'analyse de l'implantation de ces structures, puis une analyse de l'impact de celles-ci sur la densité de médecins généralistes libéraux. La méthodologie repose sur l'élaboration de typologies spatiales, puis d'une analyse cas-témoin comparant l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les espaces avec et sans maisons de santé, avant et après la généralisation de cette politique. Les résultats obtenus mettent en évidence une implantation davantage rurale de ces structures, de surcroît dans des espaces fragiles, ainsi qu'une moindre diminution de l'offre dans certains espaces ruraux et périurbains dotés de maisons et pôles de santé.

<http://www.revues.armand-colin.com/geographie-economie/revue-deconomie-regionale-urbaine/revue-deconomie-regionale-urbaine-ndeg-42015/mesure-limpact-dune-politique-publique-visant>

Systèmes de santé / Health Systems

(2015). *Panorama de la santé 2015. Indicateurs de l'OCDE*: Paris : OCDE

La publication Panorama de la santé présente les données les plus récentes et les tendances de différents aspects des performances des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Elle montre clairement les fortes variations entre pays en ce qui concerne l'état de santé de la population et les risques sanitaires, ainsi que les différences de coûts, d'affectation des ressources et d'activités des systèmes de santé.

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115072e.pdf>

Anderson, G. F., et al. (2015). *Medicare at 50 Years: The e-Book*: New York : The Commonwealth Fund
In the same year we mark the Affordable Care Act's fifth anniversary, Medicare—the first major expansion of health insurance coverage in the United States—marks its 50th. And it is a milestone truly worth celebrating. Medicare is more than just health insurance for older adults and people with long-term disabilities. An integral part of the nation's social fabric, it has helped to ensure health care

access for the most vulnerable in society and protected them against crippling health care expenses; it has spurred broad changes in how health care is delivered and paid for nationwide; and it has at times been a force for racial and social equality. It is also the case, however, that Medicare today faces serious challenges in fulfilling its mission for future beneficiaries. In the six papers compiled in this volume, some of the nation's leading health policy thinkers discuss the past, present, and future of one of most significant pieces of legislation ever enacted in the United States. In the first two papers, readers will learn about Medicare's evolution and its major accomplishments) and what the Affordable Care Act does, and does not do, to address Medicare's major challenges. The next four papers are devoted to the big issues confronting Medicare and some potential policy solutions. The authors discuss the potential of value-based payment to improve care and achieve savings; options for modernizing Medicare's benefits and limiting costs for low-income beneficiaries; meeting the growing needs of seniors with complex health problems; and the potential dangers of basing major policy changes on long-term cost projections. To be sure, this volume does not address every issue pertaining to Medicare's future. Still, we believe it offers insights and perspectives that can enrich readers' understanding of a program that is critical to the nation's health and well-being (préface) <http://www.commonwealthfund.org/publications/other/2015/jul/medicare-ebook>

Rollet, C. (2015). *La santé publique en France : un cas d'école : 70 ans d'histoire.*, Rennes : Presses de l'EHESP.

Avec Louis Pasteur, la France compte parmi ses savants une des plus illustres figures de l'hygiène publique. Pour autant, cela ne signifie pas qu'elle a toujours été exemplaire en matière de santé publique. Comment se fait-il que l'École nationale de la santé publique (ENSP) soit née dans la plus grande discrétion, en 1945, après bien d'autres en Europe et en Amérique ? En retraçant l'histoire de cette école atypique, ce livre apporte une partie de la réponse. L'ENSP a d'abord été un service de l'Institut national d'hygiène à Paris, avant de devenir un établissement public autonome installé à Rennes, puis un grand établissement de l'enseignement supérieur, l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Institution unique dont la mission d'origine est la formation des cadres des hôpitaux et du ministère des affaires sociales, elle se situe au carrefour de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur, développant ainsi une activité d'expertise et de recherche de dimension internationale. Sa nature hybride est un atout précieux que ce livre permet de comprendre. L'État et les institutions sociales, en particulier les établissements et services de santé, mais aussi la société civile dans son ensemble, disposent d'un des établissements du genre les plus importants d'Europe. La richesse de cette école ne peut manquer de toucher ceux que les questions de santé publique et de transmission intéressent, dévoilant les rapports entre théorie et pratique, recherche et politique, universités et grandes écoles (4e de couverture).

Travail et santé / Occupational Health

Bloemen, H., et al. (2015). *Job Loss, Firm-Level Heterogeneity and Mortality: Evidence from Administrative Data.* Amsterdam Tinbergen Institute: 36 , tabl., fig.

This paper estimates the effect of job loss on mortality for older male workers with strong labor force attachment. Using Dutch administrative data, we find that job loss due to sudden firm closure increased the probability to die within five years by a sizable 0.60 percentage points. Importantly, this effect is estimated using a model that controls for firm-level worker characteristics, such as firm-level average mortality rates for mortality during the four years prior to the year of observation. On the mechanism driving the effect of job loss on mortality, we provide evidence for an effect running through stress and changes in life style.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2660080

Devaux, M. and F. Sassi (2015). *The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases.* OECD Health Working Paper; 86. Paris OCDE: 47 , tabl., fig.

Ce document examine les impacts sur le marché du travail des facteurs de risque liés aux modes de vie et des maladies chroniques associées, en termes d'opportunités d'emploi, de salaire, de productivité,

de congés maladie, de retraite anticipée et de prestations d'invalidité. Il fournit une revue de la littérature des impacts sur le marché du travail des principaux facteurs de risque (obésité, tabagisme et consommation à risque d'alcool) ainsi que d'un certain nombre de maladies chroniques associées, et présente également les résultats de nouvelles analyses empiriques pour une sélection de pays de l'OCDE. Ce travail a révélé que généralement, les maladies chroniques et les facteurs de risques associés ont des impacts néfastes sur le marché du travail potentiellement importants, mais avec des effets mixtes dans certains cas. L'obésité et le tabagisme nuisent clairement à la probabilité d'emploi, aux salaires et la productivité du travail. Les maladies cardiovasculaires et le diabète ont des impacts négatifs sur la probabilité d'emploi et les salaires, et le diabète, le cancer et l'arthrite réduisent la productivité au travail. La consommation à risque d'alcool, les cancers, l'hypertension artérielle et l'arthrite ont des effets mixtes sur l'emploi et les salaires, et ne sont pas toujours liés à une augmentation de l'absentéisme (par exemple, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle). Enfin, ce document souligne l'importance de ces résultats pour l'Économie au sens large, et soutient la mise en place de stratégies de prévention des maladies chroniques, soigneusement conçues, ciblant les personnes les plus vulnérables sur le marché du travail, qui peuvent conduire à des gains importants de production économique grâce à une main-d'œuvre en meilleure santé et plus productive.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-labour-market-impacts-of-obesity-smoking-alcohol-use-and-related-chronic-diseases_5jrqn5fpv0v-en

Goda, G. S., et al. (2015). *Work Incentives in the Social Security Disability Benefit Formula*. NBER Working Paper Series ; n° 21708. Cambridge NBER: 41 , tabl., fig., annexes.

We examine the connection between taxes paid and benefits accrued under the Social Security Disability Insurance (SSDI) program on both the intensive and extensive margins. We perform these calculations for stylized workers given the existing benefit structure and disability hazard rates. On the intensive margin, we examine the effect of an additional dollar of earnings on the marginal payroll taxes contributed and future benefits earned. We find that the present discounted value of disability benefits received from an additional dollar of earnings, net of the SSDI payroll tax, generally declines with age, becoming negative around age 40 and reaching almost zero at age 63. On the extensive margin, we determine the effect of working an additional year on the additional payroll taxes and future benefits as a percentage of income. The return to working an additional year at an income level just large enough to earn Social Security credits for the year is large and positive through age 60. However, the return to working an additional full year is substantially smaller and becomes negative at approximately age 57. Thus, older workers face strong incentives to earn enough to obtain creditable coverage through age 60, but they face disincentives for additional earnings. In addition, workers ages 61 and older face work disincentives at any level of earnings. We repeat this analysis for stylized workers at different levels of earnings and find that, while the program transfers resources from high earners to low earners, the workers experience similar patterns in the returns to working.

<http://www.nber.org/papers/w21708>

Lengagne, P. (2015). "Experience rating and work-related health and safety." *Journal of Labor Research*: 1-25.

In the area of Workers Compensation Insurance schemes, experience rating (ER) is a common incentive tool, in many countries. Premiums paid by firms are experience rated, which should encourage them to improve working conditions and reduce work-related injuries and disabilities. Using sectorial data for industry and construction sectors in 2005, this article provides empirical insights into the influence of ER on work-related health and safety in the context of the French jurisdiction. We examine the relationship between firm premium rate variations and adverse working conditions indicators, controlling for observables, assuming the hypothesis of an asymmetric firm response to premium increases and decreases. The results are consistent with the hypothesis that ER is a lever to improve working conditions and reduce work-related injury rates. Further investigation is needed to understand the influence of ER on firm behavior.

<http://link.springer.com/article/10.1007/s12122-015-9216-x>

Lengagne, P. and A. Afrite (2015). *Experience rating, incidence of musculoskeletal disorders and related absences results from a natural experiment*. Document de travail Irdes ; 69. Paris Irdes:

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

Page 19 sur 22

www.irdes.fr/documentation/actualites.html

www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html

www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html

27.

Dans un grand nombre de pays, l'assurance des risques professionnels est financée par les entreprises qui versent des contributions modulées selon leur sinistralité passée. En France, pour une entreprise de plus de 10 salariés, plus le nombre et la gravité des accidents et maladies professionnels sont importants, plus le montant de sa contribution sera élevé. Ce mode de tarification devrait contribuer à sensibiliser les employeurs à l'intérêt de développer des démarches préventives (primaires ou secondaires), afin de réduire leur coût d'assurance, et ainsi contribuer à minimiser le coût social des accidents du travail et maladies professionnels. À partir d'une expérience naturelle observée en 2007 dans le contexte français, nous étudions l'influence d'une augmentation exogène de la contribution des entreprises au coût des troubles musculo-squelettiques (TMS) sur l'incidence de ces maladies et les arrêts de travail associés. Nous estimons un modèle de différence-de-différences, à partir des données administratives de tarification des risques professionnels pour la période 2004-2010. Selon nos résultats, cette augmentation a entraîné une diminution substantielle de l'incidence des TMS, du nombre de jours d'arrêts de travail et du montant des indemnités journalières associés.

<http://www.irdes.fr/english/working-papers/069-experience-rating-incidence-of-musculoskeletal-disorders-and-related-absences.pdf>

Mahfouz, S. (2015). *Le compte personnel d'activité, de l'utopie au concret*: Paris : France Stratégie.

Le Premier ministre avait chargé France Stratégie d'animer une réflexion sur les options envisageables pour la mise en place du compte personnel d'activité. Le compte personnel d'activité consiste à regrouper dans un même dispositif plusieurs droits acquis au cours de la carrière professionnelle, afin que la personne les conserve quels que soient ses changements d'emploi ou de statut. Il sera mis en place à compter du 1er janvier 2017. La commission a établi un diagnostic sur les évolutions du marché du travail et l'adaptation de la protection sociale aux nouvelles formes d'emploi. Elle a énoncé des principes pouvant guider la construction du compte, et proposé trois scénarios pour sa mise en place. Elle s'est également attachée aux modalités pratiques d'accompagnement des individus, et s'est intéressée aux aspects concrets du fonctionnement du compte, notamment ses aspects numériques. Conformément à la loi du 17 août 2015, une concertation va désormais être engagée avec les organisations professionnelles d'employeurs et syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel. Celles-ci ouvriront, si elles le souhaitent, une négociation interprofessionnelle.

http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/fs_rapport_cpa_final.pdf

Schaller, J. and M. Zerpa (2015). *Short-run Effects of Parental Job Loss on Child Health*. *NBER Working Paper Series* ; n° 21745. Cambridge NBER: 45 , tabl., fig., annexes.

Recent research suggests that parental job loss has negative effects on children's outcomes, including their academic achievement and long-run educational and labor market outcomes. In this paper we turn our attention to the effects of parental job loss on children's health. We combine health data from 16 waves of the Medical Expenditure Panel Survey, which allows us to use a fixed effects specification and still have a large sample of parental job displacements. We find that paternal job loss is detrimental to the physical and mental health of children in low-socioeconomic status (SES) families, increasing their incidence of injuries and mental disorders. We separately find that maternal job loss leads to reductions in the incidence of infectious illness among children in high-SES families, possibly resulting from substitution of maternal care for market-based childcare services. Increases in public health insurance coverage compensate for a large share of the loss in private coverage that follows parental displacement, and we find no significant changes in routine or diagnostic medical care.

<http://www.nber.org/papers/w21745>

Vieillesse / Ageing

(2015). *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*, Berlin : Degruyter.

SHARE is an international survey designed to answer the societal challenges that face us due to rapid population ageing. How do we Europeans age? How will we do economically, socially and healthwise?

How are these domains interrelated? The authors of this multidisciplinary book have taken a further big step towards answering these questions based on the recent SHARE data in order to support policies for an inclusive society.

<http://www.degruyter.com/view/product/462442>

(2015). Avis du 21.10.15 sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement: Conférence nationale de la santé: 13. Paris : CNS

Dans son avis, la C.N.S. constate que le virage de l'adaptation de la société au vieillissement semble enfin être enclenché. Après plusieurs reports successifs, la C.N.S. ne peut que se féliciter de l'examen devant le Parlement de ce projet de loi. Il souligne quelques avancées marquantes : la création d'une « conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées; le remplacement des logements-foyers par les « résidences autonomie; la création d'une personne de confiance dans le domaine médico-social; le rapprochement des régimes d'agrément et d'autorisation pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile; la reconnaissance des besoins de répit des aidants. De manière générale, la C.N.S. regrette que le projet de loi ne contribue pas davantage à une meilleure convergence entre les politiques en faveur des personnes âgées (P.A.) et celles en faveur des personnes en situation de handicap (P.S.H.). Enfin, la C.N.S. demande qu'il soit confirmé que cette loi ne sera qu'une première étape, dans l'optique de prévenir de manière globale le « 5ème risque » (d'après le communiqué de presse).

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_loi_asv_VF_env_211015_jol.pdf

Celidoni, M. and V. Rebba (2015). Healthier lifestyles after retirement in Europe? Evidence from SHARE. Marco Fanno; 202. Padoue Université de Padoue: 32 , tabl., fig.

This paper investigates changes in health behaviours upon retirement, using data drawn from the Survey of Health Aging and Retirement in Europe (SHARE). By exploiting changes in eligibility rules for early and normal retirement, we identify the causal effect of retiring from work on smoking, alcohol drinking, engagement in physical activity and visits to the general practitioner or specialist. We provide evidence about heterogeneous effects related to gender, education, net wealth, early-life conditions and job characteristics. Results show that changes in health behaviours occur upon retirement and may be a key mechanism through which the latter affects health. We find heterogeneous effects related especially to gender, education and job characteristics.

<http://economia.unipd.it/sites/decon.unipd.it/files/20150201.pdf>

McCarthy, D., et al. (2015). "Models of Care for High-Need, High-Cost Patients: An Evidence Synthesis." Issue Brief: 19 , tabl., fig.

This brief analyzes experts' reviews of evidence about care models designed to improve outcomes and reduce costs for patients with complex needs. It finds that successful models have several common attributes: targeting patients likely to benefit from the intervention; comprehensively assessing patients' risks and needs; relying on evidence-based care planning and patient monitoring; promoting patient and family engagement in self-care; coordinating care and communication among patients and providers; facilitating transitions from the hospital and referrals to community resources; and providing appropriate care in accordance with patients' preferences. Overall, the evidence of impact is modest and few of these models have been widely adopted in practice because of barriers, such as a lack of supportive financial incentives under fee-for-service reimbursement arrangements. Overcoming these challenges will be essential to achieving a higher-performing health care system for this patient population

http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/issue-brief/2015/oct/1843_mccarthy_models_care_high_need_high_cost_patients_ib.pdf.

Niimi, Y. (2015). The "Costs" of Informal Care: An Analysis of the Impact of Elderly Care on Caregivers' Subjective Well-being in Japan. Fukuoka Asian Growth Research Institute: 37 , tabl., fig.

This paper examines the impact of providing informal care to elderly parents on caregivers' subjective well-being using unique data from the "Preference Parameters Study" of Osaka University, a nationally representative survey conducted in Japan. The estimation results indicate heterogeneous effects:

while informal elderly care does not have a significant impact on the happiness level of married caregivers regardless of whether they take care of their own parents or parents-in law and whether or not they reside with them, it has a negative and significant impact on the happiness level of unmarried caregivers who take care of their parents outside their home. These findings shed light on the important role that formal care services could play in reducing the burden on caregivers, particularly unmarried caregivers who presumably receive less support from family members.

<https://mpa.ub.uni-muenchen.de/67825/>