

**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

23 octobre 2015 / October, the 23rd, 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

### Assurance maladie / Health Insurance ..... 5

- Ghosh A., Simon K. (2015). The Effect of Medicaid on Adult Hospitalizations: Evidence from Tennessee's Medicaid Contraction ..... 5
- Libault D. (2015). Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective... 5
- Pauly L., Leive A., Harrington S. (2015). The Price of Responsibility: The Impact of Health Reform on Non-Poor Uninsureds..... 5

### Economie de la santé / Health Economics ..... 6

- (2015). Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale ..... 6
- (2015). Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016..... 6
- Bouvet M., Soual H. (2015). Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2015 ..... 6
- (2015). Cartographie des pathologies et des dépenses en 2013..... 7
- (2015). Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives..... 7
- Berard A., Geves C., Fontaine R., et al. (2015). Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? Paris : Fondation Médéric Alzheimer..... 8
- Kunz J.S., Winkelmann R. (2015). An Econometric Model of Health Care Demand with Non-Linear Pricing ..... 8
- Sacks D.W. (2015). Why do HMOs spend less? Patient selection, cost-control incentives, and prices ..... 9
- Persoons D. (2015). La médecine au coeur de la nouvelle économie. .... 9

### Etat de santé / Health Status ..... 9

- (2015). The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. .... 9
- (2015). Drogues, chiffres clés : 6e édition..... 10
- Constant A.F., Garcia-Munos T., Neuman S., et al. (2015). A "Healthy Immigrant Effect" or a "Sick Immigrant Effect"? Selection and Policies Matter : ..... 10
- Dee T.S., Sieverts H.H. (2015). The Gift of Time? School Starting Age and Mental Health..... 10
- Flores M., Fernandez M., Pena-Boquete Y (2014). The Impact of Health on Wages. Evidence from Europe Before and During the Great Recession..... 11
- Grossman M. (2015). The Relationship between Health and Schooling: What's New ..... 11
- Oster E. (2015). Diabetes and Diet: Behavioral Response and the Value of Health ..... 11
- Richard J.B. (2015). Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe ..... 12

Ruhm C.J. (2015). Health Effects of Economic Crises.....	12
<b>Géographie de la santé / Geography of Health .....</b>	<b>13</b>
(2015). Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. ....	13
<b>Hôpital / Hospitals .....</b>	<b>13</b>
Bertillot H. (2015). Quand l'évaluation modifie les institutions. Comment l'hôpital est transformé par les indicateurs qualité. ....	13
Lippi Bruni M., Mammi I. (2015). Spatial Effects in Hospital Expenditures: A District Level Analysis .....	13
Clark A.E., Milcent C. (2015). Hospital Employment and Local Unemployment: Evidence from French Health Reforms.....	14
Cote-Sergent A., Echevin D., Michaud P.C. (2015). The Concentration of Hospital-Based Medical Spending: Evidence from Canada.....	14
<b>Inégalités de santé / Health Inequalities .....</b>	<b>14</b>
Akee R., Simeonova E., Costello J. E., et al. (2015). How Does Household Income Affect Child Personality Traits and Behaviors? .....	14
<b>Handicap / Disability .....</b>	<b>15</b>
Zribi G., Poupée-Fontaine D. (2015). Le dictionnaire du Handicap.....	15
<b>Médicaments / Pharmaceuticals.....</b>	<b>15</b>
(2015). Comité économique des produits de santé (CEPS) : Rapport d'activité 2014-2015.....	15
(2015). Comparaisons internationales de prix de médicaments (Annexe 8). In Comité Economique des Produits de Santé.....	15
Carlet J., Le Coz P. (2015). Tous ensemble sauvons les antibiotiques : Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques .....	16
<b>Méthodologie / Methodology.....</b>	<b>16</b>
Van Cleef R., McGuire T., Van Vliet R. (2015). Improving Risk Equalization with Constrained Regression .....	16
<b>Politique de santé / Health Policy .....</b>	<b>16</b>
(2015). Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques. ....	16
(2015). Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research. Paris.....	17
<b>Prévention / Prevention .....</b>	<b>18</b>
Roquelaure Y. (2015). Les troubles musculo-squelettiques : un enjeu majeur de prévention des risques professionnels en Europe .....	18
Fronstin P., Roebuck C. (2015). Financial Incentives, Workplace Wellness Program Participation, and Utilization of Health Care Services and Spending .....	18

Desplan J. (2015). La médecine de santé : prédictive, préventive, personnalisée, participative . 18

**Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation ..... 19**

(2015). Sophia : Evaluation médico-économique 2014 et évolutions du service pour 2016 ..... 19

**Réglementation / Law ..... 20**

(2015). Légifrance : guide. Augmenté en 2e partie du..... 20

**Soins de santé primaires / Primary Health Care ..... 20**

De Rosis S., Seghieri C. (2015). Basic ICT adoption and use by general practitioners: an analysis of primary care systems in 31 European countries. .... 20

**Systèmes de santé / Health Systems ..... 21**

Cesur R., Gunes E.D.,Tekin E..... 21

Mckee M., Rechel B., Kerstiens H.B., et al. (2015). Securing health in Europe: balancing priorities, sharing responsibilities : European Health Forum Gastein 2015. .... 21

**Travail et santé / Occupational Health ..... 21**

(2015). Santé mentale et insertion professionnelle. De la théorie à la pratique..... 21

(2015). Mental health and work : Austria. Santé mentale et emploi ..... 22

Hullegie P., Koning P. (2015). Employee Health and Employer Incentives ..... 22

Trevisan E., Zantomio F. (2015). The impact of acute health shocks on the labour supply of older workers: evidence from sixteen European countries ..... 22

**Vieillesse / Aging ..... 23**

Aquino J.P. (2015). Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie..... 23

(2015). World Report on Aging and Health..... 23

Carrino L., Orso C.E., Pasini G. (2015). Demand of Long-Term Care and benefit eligibility across European countries. .... 23

Scheil-Adlung X. (2015). Long-term care protection for older persons:A review of coverage deficits in 46 countries ..... 24

## Assurance maladie / Health Insurance

### **Ghosh A., Simon K. (2015). The Effect of Medicaid on Adult Hospitalizations: Evidence from Tennessee's Medicaid Contraction.** Cambridge : NBER

The 2010 Affordable Care Act (ACA) Medicaid expansions aimed to improve access to care and health status among low-income non-elderly adults. Previous work has established a link between Medicaid coverage expansion and reduced mortality (Sommers, Baicker and Epstein, 2012), but the mechanism of this reduction is not clearly understood. Prior to the ACA, one of the largest policy changes in non-elderly adult Medicaid access was a 2005 contraction through which nearly 170,000 enrollees lost Medicaid coverage in Tennessee. We exploit this change in Medicaid coverage to estimate its causal impact on inpatient hospitalizations. We find evidence that the contraction decreased the share of hospitalizations covered by Medicaid by 21 percent and increased the share uninsured by nearly 61 percent, relative to the pre-reform levels and to other states. We also find that 75 percent of the increase in uninsured hospitalizations originated from emergency department visits, a pattern consistent with losing access to medical homes. However, uninsured hospitalizations increased for both avoidable and unavoidable conditions at the same rate, which does not suggest a lack of preventive care. Although there may be limited symmetry in response to Medicaid expansion and contraction, these findings are also consistent with the substantial decrease in uncompensated care costs in the states that have thus far expanded Medicaid under the ACA. These results also help shed light on the mechanisms by which Medicaid might affect mortality for non-elderly adults.

<http://www.nber.org/papers/w21580>

### **Libault D. (2015). Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective.** Paris : Ministère chargé de la Santé.

Lancée dans le cadre de Grande conférence sociale de juin 2014, la mission de Dominique LIBAULT visait à accompagner la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, destinée à garantir une couverture de qualité à l'ensemble des salariés. Elle devait en outre analyser les conséquences de la suppression des clauses de désignation à la suite de la décision du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013. Elaboré après une large concertation avec les partenaires sociaux (interprofessionnels et de branches) et les fédérations d'organismes complémentaires, le rapport remis aujourd'hui à la ministre formule des propositions concrètes à même de maintenir, voire de renforcer, la solidarité professionnelle en matière de couverture collective. Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016, présenté demain par le gouvernement, comprendra des dispositions permettant d'apporter de premières réponses concrètes à ces enjeux.

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/23092015\\_-](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/23092015_-)

[Rapport sur la protection sociale complémentaire et la solidarité.pdf](#)

### **Pauly L., Leive A., Harrington S. (2015). The Price of Responsibility: The Impact of Health Reform on Non-Poor Uninsureds.** Cambridge : NBER

This paper estimates the change in net (of subsidy) financial burden ("the price of responsibility") and in welfare that would be experienced by a large nationally representative sample of the "non-poor" uninsured if they were to purchase Silver or Bronze plans on the ACA exchanges. The sample is the set of full-year uninsured persons represented in the Current Population Survey for the pre-ACA period with incomes above 138 percent of the federal poverty level. The estimated change in financial burden compares out-of-pocket payments by income stratum in the pre-ACA period with the sum of premiums (net of

subsidy) and expected cost sharing (net of subsidy) for benchmark Silver and Bronze plans, under various assumptions about the extent of increased spending associated with obtaining coverage. In addition to changes in the financial burden, our welfare estimates incorporate the value of additional care consumed and the change in risk premiums for changes in exposure to out-of-pocket payments associated with coverage, under various assumptions about risk aversion. We find that the average financial burden will increase for all income levels once insured. Subsidy-eligible persons with incomes below 250 percent of the poverty threshold likely experience welfare improvements that offset the higher financial burden, depending on assumptions about risk aversion and the value of additional consumption of medical care. However, even under the most optimistic assumptions, close to half of the formerly uninsured (especially those with higher incomes) experience both higher financial burden and lower estimated welfare; indicating a positive “price of responsibility” for complying with the individual mandate. The percentage of the sample with estimated welfare increases is close to matching observed take-up rates by the previously uninsured in the exchanges.

<http://www.nber.org/papers/w21565>

## Economie de la santé / Health Economics

### **(2015). Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.** Paris : Cour des Comptes.

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. L'édition 2015 démontre que malgré la persistance et l'ampleur des déficits sociaux, qui demeurent une anomalie, leur réduction a été limitée en 2014, comme en 2013. 2015 devrait connaître un ralentissement marqué du rythme de réduction des déficits et l'objectif affiché d'un équilibre des comptes sociaux en 2017 est désormais reporté à un horizon indéfini. La Cour identifie de nouveaux champs possibles de réformes de nature à contribuer au rétablissement de cet équilibre.

<https://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale3>

### **(2015). Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016.** Paris : Ministère chargé de la santé

Après une amélioration en 2014, l'activité économique mondiale a décéléré en 2015 (3,2% contre 3,4% en 2014), mais avec de fortes disparités selon les zones : les économies avancées ont vu leur croissance se poursuivre, quoiqu'à un rythme un peu plus faible qu'en 2014 ; en revanche, le ralentissement a été plus marqué dans les économies émergentes (4% de progression du PIB attendue en 2015, contre 4,6% en 2014). La croissance mondiale se raffermirait en 2016 pour atteindre 3,8%. La prévision de croissance pour 2016 présentée par le Gouvernement dans le cadre du PLF et du PLFSS pour 2016 est conforme à celle du programme de stabilité (1,5%), même si les prévisions de progression de masse salariale ont été revues à la hausse pour 2015 (1,7% au lieu de 1,3%) et 2016 (2,8% au lieu de 2,7%). La révision à la hausse de l'évolution de la masse salariale majore les prévisions de recettes des organismes de sécurité sociale assises sur les salaires (cotisations sociales et CSG) par rapport à l'estimation initiale de la commission des comptes de juin.

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

### **Bouvet M., Soual H. 2015). Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé.**

**Edition 2015.** Collection Etudes et Statistiques. Paris : Ministère chargé de la Santé  
Les Comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Ils constituent un des comptes satellites des Comptes nationaux, dont ils adoptent la méthodologie. Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2014, aux données semi-définitives de l'année 2013 et aux données définitives des années 2006 à 2012. Ils servent de base à l'élaboration des Comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système SHA de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales. En 2014, la consommation de soins et de biens médicaux s'élève à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 euros par habitant. Son rythme de croissance reste inférieur à 3 % depuis 2010. Les ménages supportent 8,5 % des dépenses de santé en 2014. Ce reste à charge baisse de 0,2 point par an depuis 2011. La prise en charge par les organismes complémentaires diminue légèrement en 2014 ; elle représente 13,5 % des dépenses de santé. En revanche, la part de la Sécurité sociale augmente et atteint 76,6 % en 2014. En France, la dépense courante de santé au sens international représente 10,9 % du PIB en 2013, dernière année disponible en comparaison internationale. La France est l'un des pays de l'OCDE où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-depenses-de-sante-en-2014-resultats-des-comptes-de-la,11545.html>

**(2015). Cartographie des pathologies et des dépenses en 2013.** Paris : Cnamts

Cette analyse médicalisée des patients et des dépenses permet notamment de répondre à des questions telles que : combien de personnes sont prises en charge pour cancers, maladies cardiovasculaires graves, maladies neurodégénératives, etc., et quels sont les coûts correspondants ? Quels sont les problèmes de santé dont les enjeux sont les plus importants en termes de nombre de personnes concernées et de coût ? Combien de personnes ont recours au système de soins pour des épisodes ponctuels, des opérations de chirurgie, des soins ambulatoires courants ? Comment ces effectifs et dépenses évoluent-ils ? La cartographie des pathologies et des dépenses s'appuie sur les données issues du Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) ; elle concerne environ 57 millions de bénéficiaires du régime général (y compris les sections locales mutualistes) et 146 milliards d'euros de dépenses remboursées par l'Assurance Maladie. Les données brutes seront accessibles fin 2015. Les principaux résultats sont présentés tous les ans dans le rapport Charges et produits de l'Assurance Maladie. Un diaporama de synthèse est également disponible.

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/presentation-et-principaux-resultats.php>

**(2015). Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives.** Paris : OCDE

The health systems we enjoy today, and expected medical advances in the future, will be difficult to finance from public resources without major reforms. Public health spending in OECD countries has grown rapidly over most of the last half century. These spending increases have contributed to important progress in population health: for example, life expectancy at birth has increased, rising on average by ten years since 1970. The challenge now is to sustain and enhance these achievements in a context of tight fiscal constraints in many countries combined with upward pressure on health spending from factors such as



new technological advances and demographic changes. Finding policies that can make health spending more sustainable without compromising important achievements in access and quality requires effective co-operation between health and finance ministries. Sound governance and co-ordination mechanisms are therefore essential to ensure effective policy choices. Prepared by both public finance and health experts, this report provides a unique detailed overview of institutional frameworks for financing health care in OECD countries. One of the main features of this book is a comprehensive mapping of budgeting practices and governance structure in health across OECD countries.

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems\\_9789264233386-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems_9789264233386-en)

**Berard A., Geves C., Fontaine R., et al. (2015). Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? Paris : Fondation Médéric Alzheimer**

En France, plus de 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer qui reste encore aujourd'hui incurable. Les conséquences de cette maladie sur la personne elle-même comme pour ses proches, sont multiples (familiales, médicales, sociales, économiques, juridiques, éthiques) et nécessite une prise en charge et un accompagnement global. Ce nombre devrait augmenter de 60 % d'ici 2040. Ce rapport propose une évaluation du coût de la maladie d'Alzheimer à partir de deux types de coûts : les coûts médicaux et paramédicaux du secteur sanitaire et le coût de l'aide informelle. Les coûts médicaux et paramédicaux du secteur sanitaire s'élèvent à 5,3 milliards d'euros par an. Ces coûts correspondent à l'établissement du diagnostic, aux soins des personnes malades à leur domicile, à leur prise en charge en établissement de santé. Ils sont repartis ainsi : - hospitalisation en médecine et chirurgie : 53 % ; soins paramédicaux libéraux en ville : infirmiers, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes : 27 % ; - médicaments « anti-Alzheimer » : 13 % ; - établissement du diagnostic (en libéral et en hospitalier) : 6 %. Le poste le plus important est représenté par les hospitalisations, non pas pour la prise en charge directe de la maladie d'Alzheimer (diagnostic, traitement), mais pour les complications (chutes, troubles du comportement, malnutrition, dépression...) qu'elle génère. Ainsi, la maladie d'Alzheimer est une maladie coûteuse essentiellement pour les soins nécessités par les complications qu'elle suscite, que ce soit en EHPAD, en établissement de santé ou à domicile. L'aide informelle est estimée à 14 milliards d'euros par an, en moyenne. L'aide informelle est l'aide prodiguée par une personne de l'entourage de la personne malade (conjoint(e) le plus souvent). Il faudrait ajouter à ces montants les coûts médico-sociaux (accueil de jour, MAIA, ESA, hébergement en EHPAD, APA, Pasa, UHR...) dont le total actuel est bien supérieur aux 9 milliards d'euros estimés en 2004 par l'OPEPS car de nouveaux dispositifs ont été mis en place suite aux plans Alzheimer. Une étude économique spécifique de ces coûts reste à réaliser souvent) telles que les soins d'hygiène corporelle, l'aide à l'habillage, à la marche, l'aide pour le ménage, la gestion du budget (résumé des auteurs).

[http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/content/download/20708/92421/file/2015\\_09\\_21%20Rapport%20FMA%20co%C3%BBt%20MA.pdf](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/content/download/20708/92421/file/2015_09_21%20Rapport%20FMA%20co%C3%BBt%20MA.pdf)

**Kunz J.S., Winkelmann R. (2015). An Econometric Model of Health Care Demand with Non-Linear Pricing. Zurich : University of Zurich**

From 2004 to 2012, the German social health insurance levied a co-payment for the first doctor visit in a calendar quarter. We develop a new model for estimating the effect of such a co-payment on the individual number of visits per quarter. The model allows for a one time increase in the otherwise constant hazard rate determining the timing of doctor visits, and uses a difference-in-differences strategy to identify the reform effect. The model can be adapted to a situation where the reporting period and the calendar quarter differ. Using data



from the German Socio-Economic Panel, we do not find an effect of the co-payment on demand for doctor visits.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2658235](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2658235)

**Sacks D.W. (2015). Why do HMOs spend less? Patient selection, cost-control incentives, and prices.**

Spending on anti-cholesterol drugs is 19% lower in HMOs than in other insurance plans. After estimating a model of physician prescribing and patient refill decisions, I find that about a third of the HMO spending difference is due to incentives of physician in HMOs to prescribe low price drugs, about a third is due to the interaction of incentives and prices, and about a third is due to selection of low spending patients into HMOs. Counterfactuals suggest that giving all physicians the cost-control incentives of HMOs could reduce healthcare spending without hurting patient welfare or health.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2641764](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2641764)

**Persoons D. (2015). La médecine au coeur de la nouvelle économie.** Paris : l'Harmattan

Revendiquant le rôle incontournable et central des médecins au sein de l'économie sanitaire, l'auteur regrette qu'ils soient exclus du management de l'Assurance-Maladie. Probablement, la médicalisation du monde va s'accélérer, sans doute au détriment d'autres icônes de la société de consommation, comme la grosse voiture ou la belle maison. Le 21e siècle, siècle de la médecine génomique et personnalisée va-t-il faire des progrès sans les médecins ? L'économie de la santé va bouleverser les idéologies en place.

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=44468>

## Etat de santé / Health Status

**(2015). The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in**

**evidence.** Danemark : Office des publications officielles du Bureau régional de l'Europe

The publication of the European health report every three years is an opportunity to focus on progress towards genuine health and well-being for all. The report gives a vital snapshot of health in the WHO European Region. It shows trends and progress towards the goals of Health 2020, the European health policy, and reveals some gaps in progress, inequalities and areas of concern and uncertainty, where action must be taken. The 2015 report shows that improvements in health continue throughout the European Region, and some of the inequalities in health between countries, notably in life expectancy and infant mortality, have decreased in recent years. In real terms, however, these differences still amount to 11 years of life and 20 healthy babies per 1000 live births between the best- and worst-performing countries. Absolute differences between countries remain unacceptably large, especially for indicators linked to social determinants of health. In addition, the report clearly shows that the European Region still has the highest rates of alcohol consumption and tobacco smoking in the world. The 2012 report introduced the concept of well-being within the Health 2020 framework, and the 2015 report continues the discussion. It: presents the first results on subjective and objective well-being in the context of Health 2020, and explores innovative ways policy-makers can address the challenge of measuring it; examines how culture may influence health and well-being; and looks at how WHO could use information from non-traditional sources – for example, drawing on history and anthropology – to gain a more complete picture of well-being in Europe. Health 2020 includes notions such as community resilience and a sense of belonging and empowerment, and requires fresh thinking about health information to ensure that the evidence collated meets the needs of the policy. The

entirety of the information chain is fraught with challenges: from data collection to analysis, interpretation and reporting, and the use of information in policy-making. This report calls for broad international cooperation to focus attention and effort on harmonizing, setting standards for and creating evidence fit for use in the 21st century.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/288645/European-health-report-2015-Targets-beyondreaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-Targets-beyondreaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf)

**(2015). Drogues, chiffres clés : 6e édition.** Paris : OFDT

Ce fascicule rassemble les indicateurs chiffrés les plus récents pour quantifier et décrire le phénomène des substances psychoactives.

<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>

**Constant A.F., Garcia-Munos T., Neuman S., et al. (2015). A "Healthy Immigrant Effect" or a "Sick Immigrant Effect"? Selection and Policies Matter :** Bonn : IZA

An extensive body of research related to immigrants in a variety of countries has documented a "healthy immigrant effect" (HIE). When immigrants arrive in the host country they are healthier than comparable native populations, but their health status may deteriorate with additional years in the country. HIE is explained through the positive self-selection of the health of immigrants and the positive selection, screening and discrimination applied by the host countries. In this paper we study the health assimilation of immigrants within the context of selection and migration policies. Using SHARE data we are able to compare Israel and Europe that have fundamentally different migration policies. Israel has virtually unrestricted open gates for Jewish people around the world, who in turn have ideological rather than economic considerations to move. European countries have selective policies with regards to the health, education and wealth of migrants, who self-select themselves. Our hypothesis is that the HIE, evidenced in many countries will not be found in Israel. Instead, immigrants to Israel may arrive with lower health than that of natives and improve their health with residence in the country, due to the universal health coverage and generous socio-economic support of the government. Our results provide evidence that a) immigrants to Israel have compromised health and suffer from many health ailments upon arrival, making them less healthy than comparable natives. Their health does not improve for up to twenty years of living in Israel, after which they become similar to natives; b) immigrants to Europe have better health than natives upon arrival and up to eleven years since arrival in the host country, after which they are not significantly different than natives. Our results are important for policy.

<http://ftp.iza.org/dp9338.pdf>

**Dee T.S., Sieverts H.H. (2015). The Gift of Time? School Starting Age and Mental Health.** Cambridge : NBER

In many developed countries, children now begin their formal schooling at an older age. However, a growing body of empirical studies provides little evidence that such schooling delays improve educational and economic outcomes. This study presents new evidence on whether school starting age influences student outcomes by relying on linked Danish survey and register data that include several distinct, widely used, and validated measures of mental health that are reported out-of-school among similarly aged children. We estimate the causal effects of delayed school enrollment using a "fuzzy" regression-discontinuity design based on exact dates of birth and the fact that, in Denmark, children typically enroll in school during the calendar year in which they turn six. We find that a one-year delay in the start of school dramatically reduces inattention/hyperactivity at age 7 (effect size = -0.7), a measure of self regulation with strong negative links to student achievement. We also find that this large and targeted effect persists at age 11. However, the estimated effects of school starting age on

other mental-health constructs, which have weaker links to subsequent student achievement, are smaller and less persistent.

<http://www.nber.org/papers/w21610>

**Flores M., Fernandez M., Pena-Boquete Y (2014). The Impact of Health on Wages. Evidence from Europe Before and During the Great Recession.** Tilburg : Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

This paper adds to the empirical literature of health as a potential endogenous explanatory variable in wage equations by addressing problems such as unobserved heterogeneity, sample selection and measurement error (in the health variable) in one comprehensive framework. Moreover, by using European individual-level panel data from before and during the Great Recession (GR)—which started in Europe in 2008— we gain insights into whether and how the current crisis has altered the relationship between health and wages. Our results provide empirical evidence of measurement error in the self-reported health variable when estimating its impact on wages for men, and of selectivity bias in wages for both men and women. We also show that in the period prior to the GR, working-age men (20–64 years old) who are in relatively better health (measured by a one-unit increase in a health index) have, on average, a 9 percent higher hourly wage rate. This effect is concentrated (and largest) among older workers (50–64 years old). Instead, during the GR the positive impact of health on wages disappears. One possible explanation for these findings is that presenteeism (i.e. attending work even though being sick)—which has become more common during the GR—may have reduced the impact of (poor) health on wages. With regard to working-age women (20– 59 years old), we do not find evidence of an effect of health on wages, both before and during the GR.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2649973](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2649973)

**Grossman M. (2015). The Relationship between Health and Schooling: What's New?** Cambridge : NBER

Many studies suggest that years of formal schooling completed is the most important correlate of good health. There is much less consensus as to whether this correlation reflects causality from more schooling to better health. The relationship may be traced in part to reverse causality and may also reflect “omitted third variables” that cause health and schooling to vary in the same direction. The past five years (2010–2014) have witnessed the development of a large literature focusing on the issue just raised. I deal with that literature and what can be learned from it in this paper. I conclude that there is enough conflicting evidence in the studies that I have reviewed to warrant more research on the question of whether more schooling does in fact cause better health outcomes.

<http://www.nber.org/papers/w21609>

**Oster E. (2015). Diabetes and Diet: Behavioral Response and the Value of Health.** Cambridge : NBER

Individuals with obesity often appear reluctant to undertake dietary changes. Evaluating the reasons for this reluctance, as well as appropriate policy responses, is hampered by a lack of data on behavioral response to dietary advice. I use household scanner data to estimate food purchase response to a diagnosis of diabetes, a common complication of obesity. I infer diabetes diagnosis within the scanner data from purchases of glucose testing products. Households engage in statistically significant but small calorie reductions following diagnosis. The changes are sufficient to lose 4 to 8 pounds in the first year, but are only about 10% of what would be suggested by a doctor. The scanner data allows detailed analysis of changes by food type. In the first month after diagnosis, healthy foods increase and unhealthy foods decrease. However, only the decreases in unhealthy food persist. Changes are most pronounced on large, unhealthy, food categories. Those individuals whose pre-diagnosis diet

is concentrated in one or a few foods groups show bigger subsequent calorie reductions, with these reductions occurring primarily occurring in these largest food groups. I suggest the facts may be consistent with a psychological framework in which rule-based behavior change is more successful. I compare the results to a policy of taxes or subsidies.

<http://www.nber.org/papers/w21600>

**Richard J.B. (2015). Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014. Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe.** Baromètre santé. St-Denis : INPES

L'Inpes a mené pour la première fois un Baromètre Santé dans les départements de l'outre-mer (DOM). Cette étude a interrogées plus de 8000 habitants de la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et l'île de la Réunion d'avril à novembre 2014 sur de nombreux thèmes. Les résultats de l'enquête sont rassemblés sous forme de graphiques commentés dans cette synthèse de 32 pages. Ils sont détaillés selon le département d'outre-mer (DOM), la classe d'âge et le sexe et mis en vis-à-vis avec les résultats pour la métropole. Les sujets traités concernent la santé perçue, le sentiment d'information, le recours aux soins, le renoncement aux soins, le handicap, les dépistages de cancers, la vaccination, la santé mentale, les problèmes de sommeil, la consommation de tabac et l'usage de la cigarette électronique, la consommation d'alcool, celle de drogues illicites, la corpulence, l'activité physique dont l'aptitude à nager, la survenue des accident, les chutes, le port du casque, le premier rapport sexuel et les pratiques contraceptives. Ces données permettront d'aider les professionnels de santé publique à affiner leur stratégie et à renforcer les actions déjà menées.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1677.pdf>

**Ruhm C.J. (2015). Health Effects of Economic Crises.** Cambridge : NBER

This analysis summarizes prior research and uses national, state and county level data from the United States from 1976-2013 to examine whether the mortality effects of economic crises differ in kind from those of the more typical fluctuations. The tentative conclusion is that economic crises affect mortality rates (and presumably other measures of health) in the same way as less severe downturns: namely, they lead to improvements in physical health. The effects of severe national recessions in the United States, appear to have a beneficial effect on mortality that is roughly twice as strong as that predicted due to the elevated unemployment rates alone while the higher predicted rate of suicides during typical periods of economic weakness is approximately offset during severe recessions. No consistent pattern is obtained for more localized economic crises occurring at the state level – some estimates suggest larger protective mortality effects while others indicate offsetting deleterious consequences.

<http://www.nber.org/papers/w21604>

## Géographie de la santé / Geography of Health

(2015). **Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires.** *En Bref*, (4) : Paris ; CGET  
Abstract: La géographie de l'installation des jeunes médecins généralistes a sensiblement évolué durant les trente dernières années. La décennie 1980 s'est caractérisée par une très nette polarisation des installations dans le grand Sud-Est. Sans rupture majeure avec la décennie précédente, les années 1990 ont vu également un accroissement de l'attractivité des territoires de la façade atlantique. Mais les années 2000 ont été marquées par de réelles différences avec les décennies précédentes. Cette étude analyse la variabilité de ces installations médicales.

<http://www.cget.gouv.fr/sites/default/files/pdf/actualite/417/bref-04-cget-09-2015.pdf>

## Hôpital / Hospitals

**Bertillot H. (2015). Quand l'évaluation modifie les institutions. Comment l'hôpital est transformé par les indicateurs qualité.** Paris : SciencesPo - LIEPP

Ces dernières décennies, le secteur hospitalier français a fait l'objet de nombreuses réformes, dans l'ambition affichée de rationaliser son fonctionnement. Parmi celles-ci, le déploiement de nouveaux instruments de tarification (T2A) fait l'objet de toutes les attentions et de toutes les critiques. Pourtant, dans l'ombre de ces réformes à forte visibilité, se joue depuis la fin des années 1990 un autre mouvement majeur, opérant à bas bruit autour du déploiement d'instruments d'évaluation de la qualité des soins. Ce fascicule prend pour objet le déploiement d'indicateurs qualité (IQ) dans les établissements français depuis le milieu des années 2000. Construits comme une technologie douce pour rationaliser l'hôpital sans faire de vague, ces instruments colonisent les établissements français avec discrétion. Ils y instillent pourtant des changements décisifs : traçabilité accrue du soin, enracinement local de la médecine des preuves et auditabilité croissante de l'hôpital.

<http://www.sciencespo.fr/liepp/en/content/quand-l-evaluation-modifie-les-institutions-comment-l-hopital-est-transforme-par-les-indicat>

**Lippi Bruni M., Mammi I. (2015). Spatial Effects in Hospital Expenditures: A District Level Analysis.**

Bologne : University of Bologna

Geographical clusters in health expenditures are well documented and accounting for spatial interactions may contribute to properly identify the factors affecting the use of health services the most. As for hospital care, spillovers may derive from strategic behaviour of hospitals and from patients' preferences that may induce mobility across jurisdictions, as well as from geographically-concentrated risk factors, knowledge transfer and interactions between different layers of care. Our paper focuses on a largely overlooked potential source of spillovers in hospital expenditure: the heterogeneity of primary care providers' behaviour. To do so, we analyse expenditures associated to avoidable hospitalisations separately from expenditures for highly complex treatments, as the former are most likely affected by General Practitioners, while the latter are not. We use administrative data for Italy's Region Emilia Romagna between 2007 and 2010. Since neighbouring districts may belong to different Local Health Authorities (LHAs), we employ a spatial contiguity matrix that allows to investigate the effects of geographical and institutional proximity and use it to estimate Spatial Autoregressive and Spatial Durbin Models.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2657359](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2657359)

**Clark A.E., Milcent C. (2015). Hospital Employment and Local Unemployment: Evidence from French Health Reforms.** Paris : Paris School of economics

We here ask whether French local authorities respond to depressed local labour markets by increasing employment in State-owned hospitals. We use 2006-2010 panel data to examine within-hospital employment changes: higher local unemployment is associated with greater employment in State-owned hospitals, but not for any other hospital type. Our data cover a reimbursement reform introducing competition between hospitals. This reform reduced public-hospital employment, but had no overall effect on the relationship between public-hospital employment and local unemployment. Further analysis shows that this continuing relationship is only found in higher unemployment areas, where public-hospital employment remained counter-cyclical (résumé d'auteur).

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01183454/>

**Cote-Sergent A., Echevin D., Michaud P.C. (2015). The Concentration of Hospital-Based Medical Spending: Evidence from Canada?** Montréal : CIRANO

In this paper, we present evidence on the concentration of hospital-based medical spending in Canada. We use longitudinal administrative data from the province of Quebec to document how medical spending is concentrated cross-sectionally, over time and finally near the end-of-life when death occurs at the hospital. Average expenditures rise rapidly with age, starting around the age of 50, and are concentrated in a small fraction of high-cost users. For example, the top 1% of men and women in terms of hospital spending account for 55.5% and 54.8% of total spending respectively. Persistence among high-users is rather low. Fewer than 3% of those in the top quintile of hospital spending stay in the same quintile the following year, fewer than 5% have any spending the following year. Finally, hospital spending among those in their last year of life and who die at the hospital can account for 11.1% of total hospital spending in the population. Most of that end-of-life spending, more than 80%, occurs in the last month of life.

<http://www.cirano.qc.ca/files/publications/2015s-41.pdf>

## Inégalités de santé / Health Inequalities

**Akee R., Simeonova E., Costello J. E., et al. (2015). How Does Household Income Affect Child Personality Traits and Behaviors?** Cambridge : NBER

Abstract: Existing research has investigated the effect of early childhood educational interventions on the child's later-life outcomes. These studies have found limited impact of supplementary programs on children's cognitive skills, but sustained effects on personality traits. We examine how a positive change in unearned household income affects children's emotional and behavioral health and personality traits. Our results indicate that there are large beneficial effects of improved household financial wellbeing on children's emotional and behavioral health and positive personality trait development. Moreover, we find that these effects are most pronounced for children who are lagging behind their peers in these measures before the intervention. Increasing household incomes reduce differences across adolescents with different levels of initial emotional-behavioral symptoms and personality traits. We also examine potential channels through which the increased household income may contribute to these positive changes. Parenting and relationships within the family appear to be an important mechanism. We also find evidence that a sub-sample of the



population moves to census tracts with better income levels and educational attainment.  
<http://www.nber.org/papers/w21562>

## Handicap / Disability

**Zribi G., Poupée-Fontaine D. (2015). Le dictionnaire du Handicap : Rennes : Presses de l'EHESP**

Cette nouvelle édition, entièrement revue, augmentée et mise à jour, propose comme les précédentes une grande variété de termes autour du handicap? : • les définitions et classifications des handicaps et des maladies qui les causent ; • les principaux éléments de politique sociale ; • les caractéristiques des prestations, établissements et services spécialisés, ainsi que les droits des usagers ; • les professionnels œuvrant auprès des personnes handicapées ; • les courants de pensée, méthodes éducatives, approches thérapeutiques et pratiques sociales. Au total, plus de 400 articles, précédés d'une brève chronologie de la politique du handicap, suivis d'un index de près de 500 entrées et d'un guide pratique destiné aux usagers et à leurs familles. ?Un ouvrage de référence indispensable pour les professionnels et les décideurs du travail social, de l'éducation nationale, des collectivités territoriales et des entreprises.

<http://www.presses.ehesp.fr/social-et-medico-social/perte-dautonomie/personnes-handicapees/Details/395/39/social-et-medico-social/personnes-handicapees/perte-dautonomie/le-dictionnaire-du-handicap.html>

## Médicaments / Pharmaceuticals

**(2015). Comité économique des produits de santé (CEPS) : Rapport d'activité 2014-2015.** Paris : Comité Economique des Produits de Santé.

Le présent rapport décrit les principales activités du Comité au cours de l'année 2014. La première partie est consacrée à la description du marché (chapitre I) et à l'évolution des dépenses de produits de santé (chapitre II). La deuxième partie traite des accords cadre et des mesures de régulation des dépenses de produits de santé et des sanctions. Le chapitre I porte sur l'activité de fixation des prix et des tarifs des produits de santé ainsi que des clauses afférentes. Le chapitre II traite de l'encadrement et de l'activité promotionnelle. Le chapitre III présente les baisses tarifaires et les modifications de conditions de remboursement. Le chapitre III comporte des informations statistiques sur l'activité du Ceps. Pour la première fois, le rapport comprend des études comparées sur les prix des médicaments dans différents pays.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RA\\_2014\\_FINAL\\_V2\\_01102015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RA_2014_FINAL_V2_01102015.pdf)

**(2015). Comparaisons internationales de prix de médicaments (Annexe 8). In Comité Economique des Produits de Santé.** (Ed.), *Comité économique des produits de santé (CEPS) : Rapport d'activité 2014-2015* : Paris : Comité Economique des Produits de Santé //

Pour la première fois, le rapport d'activité du Ceps rassemble une série d'études comparées sur les prix des médicaments dans différents pays développés, ainsi que des informations relatives aux modes de comparaison possibles des prix : des études émanant d'organismes institutionnels (Royaume-Uni, Canada, Suisse, France), ainsi que des études académiques (Gemme pour la France), etc.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RA\\_2014\\_FINAL\\_18092015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RA_2014_FINAL_18092015.pdf)



**Carlet J., Le Coz P. ( 2015). Tous ensemble sauvons les antibiotiques : Propositions du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques.**

Paris : Ministère chargé de la Santé

Près de 160.000 patients développent chaque année en France des infections dues à des bactéries multirésistantes aux antibiotiques et près de 13.000 en meurent, selon un rapport du Dr Jean Carlet, remis en septembre 2015 à Marisol Touraine. L'objectif est donc de réduire de 25% la consommation globale d'antibiotiques et de faire passer la mortalité liée à l'antibiorésistance au-dessous de la barre des 10.000 décès par an d'ici 2017. Sur la base des recommandations du rapport, la ministre a souhaité que soit "mieux encouragé la recherche et l'innovation" sur la résistance aux antibiotiques, à travers le lancement, dès 2016, d'un plan national interdisciplinaire de recherche sur l'antibiorésistance, piloté par l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) et l'Alliance nationale de recherche pour l'environnement (AllEnvie). Les prescripteurs sont également visés, avec, côté contrainte, la réduction à 7 jours de toute première cure d'antibiotiques, et, côté incitation, une plus grande importance accordée au bon usage des antibiotiques dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_antibiotiques.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf)

## Méthodologie / Methodology

**Van Cleef R., McGuire T., Van Vliet R. (2015). Improving Risk Equalization with Constrained Regression.** Cambridge : NBER

Several countries rely on regulated health plan competition to combine affordability of health plans with incentives for cost containment and quality improvement. Typically, these policies include premium regulation supplemented with risk equalization to compensate health plans for predictable variation in medical spending. An extensive empirical literature shows, however, that even the state-of-the-art risk equalization models undercompensate some risk groups and overcompensate others, leaving systematic incentives for risk selection. A natural approach to reducing under or overcompensation for a group is to include membership in that group as an indicator in the risk equalization model. For several types of indicators, however, inclusion can be problematic or infeasible. This paper introduces and illustrates an alternative approach to reducing over or undercompensation in such cases: constraining the estimated coefficients of the risk equalization model so as to limit over or undercompensation. Our empirical illustration is based on administrative data on medical spending and risk characteristics of nearly all individuals with basic health insurance in the Netherlands. We evaluate empirically the benefits of constraints in terms of reduced under or overcompensation on indicators omitted from the Dutch risk equalization model and their costs in terms of increased under or overcompensation on indicators included in the model. Our findings imply that the benefits of introducing constraints can be worth the costs. Constrained regression adds a tool for developing risk equalization models that can improve the overall economic performance of health plan payment schemes.

<http://www.nber.org/papers/w21570>

## Politique de santé / Health Policy

**(2015). Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques.** Paris : Commission Nationale

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

Page 16 sur 24

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

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

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

de la Naissance et de la Santé de l'Enfant.

Organiser le parcours de soins de tous les enfants atteints d'une maladie chronique et améliorer leur qualité de vie sont des objectifs majeurs. Certaines maladies chroniques sont fréquentes comme l'asthme, les allergies, l'obésité, les troubles des apprentissages. D'autres sont moins fréquentes comme l'épilepsie, le diabète, certaines maladies digestives ou rénales, la drépanocytose dans certaines régions. D'autres sont rares et ont conduit à développer des parcours spécifiques dans le cadre du plan maladies rares. Les prévalences diverses des différentes maladies impliquent des schémas différents d'organisation du parcours de soins. L'évolution de certaines maladies chroniques peut entraîner la survenue d'un handicap, devenant ainsi un facteur aggravant de la maladie. La réflexion sur le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique doit intégrer la complexité liée à l'âge et aux différentes phases d'acquisition de l'autonomie de l'enfant. Chaque tranche d'âge a ses spécificités : le nourrisson et le jeune enfant avec l'acquisition d'une autonomie progressive, le passage de l'enfant à l'adolescent ; le passage à l'âge adulte. L'âge et le développement de l'enfant sont à considérer au même titre que la maladie elle-même, ce qui fait la spécificité de la prise en charge de l'enfant. En conséquence, les modèles retenus pour les maladies chroniques des adultes ne peuvent s'appliquer tels quels au parcours de soins des enfants atteints de maladie chronique. Ce document traite du parcours de soins des enfants atteints de maladie chronique somatique, y compris de ses conséquences sur le développement et l'état de santé psychique des enfants. Les troubles psychiatriques chroniques et les troubles envahissants du développement ne sont pas traités dans ce document (tiré de l'introduction).

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours\\_de\\_soins\\_des\\_enfants\\_atteints\\_de\\_maladies\\_chroniques.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_maladies_chroniques.pdf)

**(2015). Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research. Paris : OCDE**

All countries are investing in health data, however; there are significant cross-country differences in data availability and use. Some countries stand out for their innovative practices enabling privacy-protective respectful data use; while others are falling behind with insufficient data and restrictions that limit access to and use of data, even by government itself. Countries that develop a data governance framework that enables privacy-protective data use will not only have the information needed to promote quality, efficiency and performance in their health systems, they will become a more attractive centre for medical research. After examining the current situation in OECD countries, a multi-disciplinary advisory panel of experts identified eight key data governance mechanisms to maximise benefits to patients and to societies from the collection, linkage and analysis of health data and to, at the same time, minimise risks to the privacy of patients and to the security of health data. These mechanisms include coordinated developing of high-value, privacy-protective health information systems; legislation that permits privacy-protective data use; open and transparent public communication ; accreditation or certification of health data processors; transparent and fair project approval processes; data de-identification and data security practices that meet legal requirements and public expectations without compromising data utility; and a process to continually assess and renew the data governance framework as new data and new risks emerge (résumé des éditeurs).

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-data-governance\\_9789264244566-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-data-governance_9789264244566-en)

## Prévention / Prevention

### **Roquelaure Y. (2015). Les troubles musculo-squelettiques : un enjeu majeur de prévention des risques professionnels en Europe. Etui Policy Brief, (9) :**

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont le premier problème de santé au travail dans l'Union européenne. Ils témoignent de l'intensification des conditions de travail qui affecte un nombre croissant de travailleurs de l'industrie et des services. Leur répercussion en termes de souffrance et d'interruption des parcours professionnels en fait une priorité de santé au travail. Leur prévention doit être globale et intégrer des dimensions médicales, ergonomiques, sociales, économiques et politiques afin de bâtir les conditions d'un travail soutenable tout au long de la vie professionnelle. La négociation et la mise en œuvre de nouvelles législations européennes pour développer des modèles de production plus durables et plus responsables socialement sont des enjeux syndicaux cruciaux.

<https://www.etui.org/fr/Publications2/Policy-Briefs/European-Economic-Employment-and-Social-Policy/Les-troubles-musculo-squelettiques-un-enjeu-majeur-de-prevention-des-risques-professionnels-en-Europe>

### **Fronstin P., Roebuck C. (2015). Financial Incentives, Workplace Wellness Program Participation, and Utilization of Health Care Services and Spending. Washington : EBRI**

This paper analyzes data from a large employer that enhanced financial incentives to encourage participation in its workplace wellness programs. It examines, first, the effect of financial incentives on wellness program participation, and second, it estimates the impact of wellness program participation on utilization of health care services and spending. The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (PPACA) allows employers to provide financial incentives of as much as 30 percent of the total cost of coverage when tied to participation in a wellness program. Participation in health risk assessments (HRAs) increased by 50 percentage points among members of unions that bargained in the incentive, and increased 22 percentage points among non-union employees. Participation in the biometric screening program increased 55 percentage points when financial incentives were provided. Biometric screenings led to an average increase of 0.31 annual prescription drug fills, with related spending higher by \$56 per member per year. Otherwise, no significant effects of participation in HRAs or biometric screenings on utilization of health care services and spending were found. The largest increase in medication utilization as a result of biometric screening was for statins, which are widely used to treat high cholesterol. This therapeutic class accounted for one-sixth of the overall increase in prescription drug utilization. Second were antidepressants, followed by ACE inhibitors (for hypertension), and thyroid hormones (for hypothyroidism). Biometric screening also led to significantly higher utilization of biologic response modifiers and immunosuppressants. These specialty medications are used to treat autoimmune diseases, such as rheumatoid arthritis and multiple sclerosis, and are relatively expensive compared with non-specialty medications. The added spending associated with the combined increase in fills of 0.02 was \$27 per member per year -- about one-half of the overall increase in prescription drug spending from those who participated in biometric screenings.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2652794](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2652794)

### **Desplan J. (2015). La médecine de santé : prédictive, préventive, personnalisée, participative. Paris : Frison Roche**

Remettre le patient au centre du dispositif et adapter le système de santé aux maladies chroniques et aux maladies de civilisation ont été les deux idées-forces des Centres d'Optimisation Santé du groupe Fontalvie dès leur création. Le défi à relever était double. Il

consistait à intégrer le mode de vie dans le système de soins et à intéresser les personnes de tous les âges quel que soit leur état de santé, afin d'optimiser les fonctions de chacun et de gagner des années de vie sans invalidité. Dans l'esprit des Recommandations promues par les Professeurs Luc Montagnier et François-Bernard Michel, la médecine des « 4 P » devient une réalité. Elle est : Prédicative, car si nous sommes déterminés par nos gènes, notre mode de vie peut moduler leur expression ; Préventive, car il est préférable d'intervenir en amont ; Personnalisée, car nos traitements, notre alimentation, nos exercices physiques doivent être individualisés à l'extrême et enfin, Participative, car elle permet à chacun de devenir acteur de sa santé. Découvrez cette nouvelle médecine et ce livre qui vous proposent un véritable renouveau - une (R)évolution Santé - grâce à un coaching adapté conçu dans le plaisir et la convivialité par une équipe d'experts innovants.

<http://www.editions-frison-roche.com/produit/337/9782876715790/La%20medecine%20de%20sante>

## Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation

### (2015). Sophia : Evaluation médico-économique 2014 et évolutions du service pour 2016.

L'Assurance Maladie a mené une troisième analyse médico-économique du Programme d'accompagnement des patients diabétiques Sophia, généralisé en 2012 (619 000 adhérents). Cette évaluation a eu lieu entre juin 2014 et juin 2015 et elle a porté sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète et sur les dépenses de soins des patients. Les résultats confirment les effets bénéfiques du service sur le suivi des examens recommandés dans la prise en charge du diabète avec une meilleure progression du taux de réalisation annuel d'au moins 2 dosages d'HbA1c et du dosage de la micro-albuminurie. Les effets sont particulièrement notables la 1ère année après l'adhésion avec un amoindrissement des résultats la 2e année. Les orientations prises à partir de 2013 vont être renforcées par de nouvelles modalités d'accompagnement et de recrutement à partir de janvier 2016. Le service va s'attacher à convaincre en priorité les patients dont le suivi des examens est le plus éloigné des recommandations de prise en charge. Les examens de suivi les plus nécessaires pour prévenir les complications graves comme l'examen du fond d'oeil et le bilan rénal vont être priorités dans le cadre des différentes communications à destination des adhérents. L'envoi de brochures et de livrets repères, qui contribuent à une meilleure connaissance de la maladie et des examens à réaliser, sera renforcé sur les 24 premiers mois suivant l'adhésion pour installer des réflexes chez les nouveaux adhérents. Enfin, le médecin traitant pourra désormais choisir le thème prioritaire d'accompagnement pour chacun des patients diabétiques qu'il suit et qui ont adhéré au service. Les évaluations concluent enfin à une absence d'impact financier sur les dépenses de santé ou à une légère augmentation selon les méthodes utilisées pour mesurer l'évolution de la dépense totale de soins. La CNAMTS souligne que la période d'observation (recul de 1 à 2 ans selon les cohortes), est trop courte pour pouvoir évaluer l'impact du service sur la réduction de complications liées à la maladie.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_etude\\_medicoeco\\_Sophia\\_15092015.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_etude_medicoeco_Sophia_15092015.pdf)

## Réglementation / Law

### (2015). Légifrance : guide. Augmenté en 2e partie du guide : Codes et textes législatifs et réglementaires. Législation et réglementation. Paris : Editions des Journaux Officiels

Ce manuel de découverte en deux parties est destiné à orienter l'internaute dans les contenus et services proposés par Légifrance. Il apporte un éclairage supplémentaire sur les outils disponibles pour les recherches dans les bases de données ainsi que des astuces pour une utilisation efficace de ceux-ci. Il donne ainsi des éléments essentiels (Partie 1 Général), puis les complète par les guides spécifiques par type de textes, cette édition étant enrichie par une seconde partie (Partie 2 Codes et textes législatifs et réglementaires), par un approfondissement sur les contenus, services et outils disponibles pour les recherches dans les codes et textes normatifs. A la fin de ce manuel, se trouve un glossaire de termes juridiques et une liste des questions les plus fréquentes reçues sur la messagerie d'aide aux utilisateurs. Le site Légifrance est en constante évolution graphique et ergonomique, dans un souci d'accessibilité (conformité avec le Référentiel général d'accessibilité pour les administrations, RGAA), et contextuelle avec l'ajout de nouvelles rubriques ou liens afin de mieux accompagner les internautes.

<http://www.amazon.fr/Guide-L%C3%A9gifrance-Augment%C3%A9-l%C3%A9gislatifs-r%C3%A9glementaires/dp/2110771194>

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

### De Rosis S., Seghieri C. (2015). Basic ICT adoption and use by general practitioners: an analysis of primary care systems in 31 European countries. Bmc Medical Informatics and Decision Making, **15** (1) :

**BACKGROUND:** There is general consensus that appropriate development and use of information and communication technologies (ICT) are crucial in the delivery of effective primary care (PC). Several countries are defining policies to support and promote a structural change of the health care system through the introduction of ICT. This study analyses the state of development of basic ICT in PC systems of 31 European countries with the aim to describe the extent of, and main purposes for, computer use by General Practitioners (GPs) across Europe. Additionally, trends over time have been analysed. **METHODS:** Descriptive statistical analysis was performed on data from the QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) survey, to describe the geographic differences in the general use of computer, and in specific computerized clinical functions for different health-related purposes such as prescribing, medication checking, generating health records and research for medical information on the Internet. **RESULTS:** While all the countries have achieved a near-universal adoption of a computer in their primary care practices, with only a few countries near or under the boundary of 90 %, the computerisation of primary care clinical functions presents a wide variability of adoption within and among countries and, in several cases (such as in the southern and central-eastern Europe), a large room for improvement. **CONCLUSIONS:** At European level, more efforts could be done to support southern and central-eastern Europe in closing the gap in adoption and use of ICT in PC. In particular, more attention seems to be need on the current usages of the computer in PC, by focusing policies and actions on the improvement of the appropriate usages that can impact on quality and costs of PC and can facilitate an interconnected health care system. However, policies and

investments seem necessary but not sufficient to achieve these goals. Organizational, behavioural and also networking aspects should be taken in consideration.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/15/70>

## Systemes de santé / Health Systems

### Cesur R., Gunes E.D., Tekin E. (2015). **The Value of Socialized Medicine: The Impact of Universal Primary Healthcare Provision on Birth and Mortality Rates in Turkey.** Bonn : IZA

This paper examines the impact of universal, free, and easily accessible primary healthcare on population health as measured by age-specific birth and mortality rates, focusing on a nationwide socialized medicine program implemented in Turkey. The Family Medicine Program (FMP), launched in 2005, assigns each Turkish citizen to a specific state-employed family physician, who offers a wide range of primary healthcare services that are free-of-charge. Furthermore, these services are provided at family health centers, which operate on a walk-in basis and are located within the neighborhoods in close proximity to the patients. To identify the causal impact of the FMP, we exploit the variation in its introduction across provinces and over time. Our estimates indicate that the FMP caused large declines in mortality rates across all age groups with more pronounced impacts among infants and the elderly, and a moderate reduction in the birth rates, primarily among teenagers. Furthermore, the results are suggestive that the program has also contributed towards equalization in the mortality disparities across provinces. Our findings highlight the importance of a nationwide supply-side intervention on improving public health.

<http://ftp.iza.org/dp9329.pdf>

### Mckee M., Rechel B., Kerstiens H.B., et al. (2015). **Securing health in Europe: balancing priorities, sharing responsibilities : European Health Forum Gastein 2015.** *Eurohealth*, 21 (3) :

The idea of Europe has been severely tested in the past year. The crisis facing the Greek economy has challenged the political basis of the single currency. The migrant crisis, with its major consequences for southern Europe, has placed the Schengen Agreement under strain. These experiences highlight the need for Europe's political leaders to reflect on the resilience of our shared values, our commitment to solidarity, and our ability to secure health for all in Europe.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/287250/EuroHealth\\_V21n3.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/287250/EuroHealth_V21n3.pdf)

## Travail et santé / Occupational Health

### (2015). **Santé mentale et insertion professionnelle. De la théorie à la pratique.** Paris : OCDE

La mauvaise santé mentale fait payer un lourd tribut aux personnes concernées, aux entreprises et à l'économie de manière générale. Les problèmes de santé mentale sont à l'origine d'une perte très importante de l'offre potentielle de main-d'œuvre, de taux élevés de chômage et engendrent des absences maladie et une baisse de productivité au travail. Ce rapport de synthèse, qui fait suite à un rapport introductif (« Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi ») et à neuf études par pays, propose un résumé des résultats recueillis dans les pays qui ont participé à l'étude et avance des arguments en faveur d'une intervention plus forte des pouvoirs publics.

<http://www.oecd-ilibrary.org/employment/sante-mentale-et-insertion->



[professionnelle\\_9789264242074-fr](#)

**(2015). Mental health and work : Austria. Santé mentale et emploi.** Paris : OCDE

Tackling mental ill-health of the working-age population is becoming a key issue for labour market and social policies in OECD countries. OECD governments increasingly recognise that policy has a major role to play in keeping people with mental ill-health in employment or bringing those outside of the labour market back to it, and in preventing mental illness. This report on Austria is the eighth in a series of reports looking at how the broader education, health, social and labour market policy challenges identified in *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work* (OECD, 2012) are being tackled in a number of OECD countries. It concludes that the Austrian system provides good opportunities in principle for improving labour market inclusion of people with mental ill-health but that structural fragmentation of responsibilities limits the means of the federal government to develop coherent health and work policies. Successful structural reform requires including a range of actors responsible for policy implementation to achieve coordination across institutions and better integrated service delivery.

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

**Hullegie P., Koning P. (2015). Employee Health and Employer Incentives.** Tinbergen Institute discussion paper; 2015-109 V. Amsterdam : Tinbergen Institute

In the past two decades the OECD has regularly voiced concern about the labor market exclusion of people with disabilities and about the cost of disability insurance programs. This paper examines whether the fundamental disability insurance reforms that were implemented in the Netherlands have helped or hindered employment opportunities of workers with health problems or disability. An important component of the Dutch reforms was to enhance employer incentives, which was done by making them responsible for paying sickness benefits and by strengthening their sickness monitoring obligations. These employer incentives may stimulate preventive and reintegration activities by firms, thereby improving the employment opportunities of disabled workers. However, the reforms also impose substantial costs on employers when an employee gets sick and may therefore reduce employment opportunities of disabled workers. We use data from the Dutch Labor Force Survey and rich administrative data from hospital admission records, social security records, and the municipality registers containing demographic information to examine whether the disability reforms have in fact improved the economic situation for the disabled. On balance, we conclude that the DI reforms implemented by the Dutch government have mainly protected those who already have a job, and may have inadvertently reduced the hiring opportunities of people with a disability.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2660080](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2660080)

**Trevisan E., Zantomio F. (2015). The impact of acute health shocks on the labour supply of older workers: evidence from sixteen European countries.** Venice : University Ca' Foscari of Venice.

We investigate the consequences of experiencing an acute health shock, namely the first onset of myocardial infarction, stroke or cancer, on the labour supply of older workers in Europe. Despite its policy relevance to social security sustainability, the question has not yet been empirically addressed in the European context. We combine data from the the English Longitudinal Study of Ageing and the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe and cover sixteen European countries, representative of different institutional settings, in the years spanning from 2002 to 2013. The empirical strategy builds on the availability of an extremely rich set of health and labour market information as well as of panel data. To remove the potential confounding bias, a selection on observables strategy is adopted, while



the longitudinal dimension of data allows controlling for time invariant unobservables. Implementation is based on a combination of stratification and propensity score matching methods. Results reveal that experiencing an acute health shock on average doubles the risk of an older worker leaving the labour market, and is accompanied by a deterioration in physical functioning and mental health, as well as by a reduction in perceived life expectancy. Men's labour market response appears driven by the onset of impairment acting as a barrier to work. In the case of women, preferences for leisure and financial constraints seem to play a prominent role. Heterogeneity in behavioural responses across countries – with the largest labour supply reductions observed in the Nordic and Eastern countries, and England – are suggestive of a relevant role played by social security generosity  
[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2655715](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2655715)

## Vieillessement / Aging

**Aquino J.P. (2015). Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie.** Paris : Ministère chargé des Affaires sociale et de la santé.

Ce plan ne reprend pas des mesures préalablement décrites dans les différents plans et recommandations publiés à ce jour (plan Alzheimer, plan maladies neurodégénératives, plan dépression et prévention du risque suicidaire, plan cancer, plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux personnes âgées, plan national d'action de promotion des médicaments génériques) mais insiste sur des actions jugées prioritaires en leur donnant un caractère opérationnel. Il s'adresse tout particulièrement aux Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées qui seront mises en place dans le cadre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Toutes les fiches opérationnelles présentées dans ce plan sont structurées sur le même schéma en détaillant les items suivants : contexte et enjeux, objectifs, mesures, outils et bonnes pratiques, métiers impactés, opérateurs et évaluation.

[www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_daction\\_de\\_prevention\\_de\\_la\\_perte\\_dautonomie.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf)

**(2015). World Report on Aging and Health.** Genève : OMS

Aujourd'hui pour la première fois dans l'histoire, la majorité des populations peuvent espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà. Combinée à une baisse marquée des taux de fécondité, cette augmentation de l'espérance de vie conduit à un vieillissement rapide des populations partout dans le monde. Il s'agit là d'un profond bouleversement et ses répercussions sont considérables. Une action globale de santé publique en matière de vieillissement de la population est nécessaire de toute urgence. Cela nécessitera des changements fondamentaux, et pas uniquement dans ce que nous réalisons, mais dans la façon dont nous concevons le vieillissement lui-même. Le rapport mondial sur le vieillissement et la santé définit un cadre d'action pour favoriser le vieillissement en bonne santé, construit autour du nouveau concept des capacités fonctionnelles. Cela exigera une transformation des systèmes de santé s'éloignant des modèles curatifs basés sur la maladie pour préconiser la prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée (résumé de l'éditeur).

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf)

**Carrino L., Orso C.E., Pasini G. (2015). Demand of Long-Term Care and benefit eligibility across European countries.** Venice : University Ca' Foscari of Venice.

In the context of an unprecedented aging process, the role of domiciliary care for older adults is becoming increasingly essential. In order to design effective and proactive policies of formal elderly-care, it is crucial to understand how vulnerable elderly individuals would adjust their informal long-term care utilization to changes in the formal-care provision. Although theoretical frameworks have been proposed, showing that a positive relationship could arise when the elderly exhibit an excess demand of care, empirical evidence is scant, due to the lack of credible instruments to account for the endogenous nature of formal-care decisions. We propose a novel instrument, an index that capture individuals' eligibility status to the LTC domiciliary programmes implemented in their own nation or region. That is, a dummy variable - being eligible or not - which is grounded on the LTC regulation context at national or regional level, but still has individual within region variation due to differences in health conditions and vulnerability assessment. We estimate an IV two-part model using a representative sample of the over 60 population for non-institutionalised individuals in Austria, Germany, France and Belgium. Our results, which are robust to a number of different specifications, point at the lack of crowding-out of the informal- by the formal-care, thus suggesting the existence of a substantial unmet demand of LTC among the elderly.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2655729](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2655729)

**Scheil-Adlung X. (2015). Long-term care protection for older persons:A review of coverage deficits in 46 countries.** Genève : Organisation Internationale du Travail

This paper: (i) examines long-term care (LTC) protection in 46 developing and developed countries covering 80 per cent of the world's population; (ii) provides (data on LTC coverage for the population aged 65+; (iii) identifies access deficits for older persons due to the critical shortfall of formal LTC workers; (iv) presents the impacts of insufficient public funding, the reliance on unpaid informal LTC workers and high out-of-pocket payments (OOP); and (v) calls for recognizing LTC as a right, and mainstreaming LTC as a priority in national policy agendas given the benefits in terms of job creation and improved welfare of the population.

[http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS\\_407620/lang--fr/index.htm](http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_407620/lang--fr/index.htm)