

**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

**11 novembre 2016 / November the 11th 2016**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Contacts

Espace documentation : [documentation@irdes.fr](mailto:documentation@irdes.fr)

Marie-Odile Safon : [safon@irdes.fr](mailto:safon@irdes.fr)

Véronique Suhard : [suhard@irdes.fr](mailto:suhard@irdes.fr)

## Sommaire

<b>Assurance maladie / Health Insurance .....</b>	<b>6</b>
(2016). Physician-administered Drugs: Comparison of Payer Payment Methodologies. ....	6
Devlin, R. A. et Wang, Y. (2016). Prescription Drug Expenditures and ‘Universal’ Coverage: the Quebec Experience in Canada .....	6
Herbert Emery, J. C. (2016). Tax-Assisted Approaches for Helping Canadians Meet Out-of-Pocket Health-Care Costs .....	6
Perronnin, M. (2016). "Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis." .....	6
<b>Economie de la santé / Health Economics.....</b>	<b>7</b>
(2016). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017.....	7
Cole, A., et al. (2016). Improving Efficiency and Resource Allocation in Future Cancer Care. ....	7
Ellis, R. P., et al. (2015). Provider Payment Methods and Incentives.....	7
Jacobs, R., et al. (2016). Funding of Mental Health Services: Do Available Data Support Episodic Payment? .....	8
Licchetta, M. et Stelmach, M. (2016). Fiscal sustainability and public spending on health.....	8
Phelps, C. E. (2013). Health Economics. ....	8
<b>Etat de santé / Health Status.....</b>	<b>9</b>
(2016). Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease .....	9
(2016). Livre blanc. Les nouveaux horizons de la prise en charge du cancer : les territoires ont des idées.....	9
(2016). Women’s health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage.....	9
Cutler, D. M., et al. (2016). Economic Conditions and Mortality: Evidence from 200 Years of Data. ....	9
<b>Géographie de la santé / Geography of Health.....</b>	<b>10</b>
Gresillon, E., et al. (2016). La France des marges.....	10
Rican, S., Vaillant, Z., Chevillard, G., Mousquès, J., Lucas-Gabrielli, V. (2016). Les marges sanitaires, recompositions et gestions locales .....	10
Telle-Lamberton, M., et al. (2016). Cancers et inégalités territoriales en île-de-France. Analyses spatiales. ....	10

<b>Hôpital / Hospitals .....</b>	<b>10</b>
(2016). L'activité de soins de suite et de réadaptation.....	10
(2016). Les prescriptions hospitalières exécutées en ville. ....	11
Almeida, A. (2016). The role of private non-profit healthcare organizations in Nhs systems: implications for the Portuguese hospital devolution program. ....	11
Baker, L., et al. (2016). Why Don't Commercial Health Plans Use Prospective Payment? .....	11
Costa-Font, J., et al. (2016). Does long-term care subsidisation reduce unnecessary hospitalisations?.....	12
Fiorentini, G., et al. (2016). How do hospital-specialty characteristics influence health system responsiveness? An empirical evaluation of in-patient care in the Italian Region of Emilia-Romagna .....	12
Johnson, E., et al. (2016). A Doctor Will See You Now: Physician-Patient Relationships and Clinical Decisions .....	12
Juven, P. A. et Pierru, F. p. (2016). Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public.....	12
Weeks, W. B., Or Z., et al. (2016). "Without explicit targets, does France meet minimum volume thresholds for hip and knee replacement and bariatric surgeries ?" .....	13
<b>Inégalités de santé / Health Inequalities.....</b>	<b>13</b>
Bora, K. (2016). Inequality of opportunity for healthy aging in Europe.....	13
<b>Médicaments / Pharmaceuticals.....</b>	<b>13</b>
(2016). Comparaison européenne de la prise en charge des traitements contre l'hépatite C. ...	13
(2016). Le marché du médicament de ville en France en 2015.....	14
Clerc, P. et Le Breton, J. (2016). Etudier les polyprescriptions en médecine générale : Focus groups et groupes de pairs pour comprendre les enjeux dans lesquels sont prises ces pratiques .....	14
Dafny, L., et al. (2016). When Discounts Raise Costs: The Effect of Copay Coupons on Generic Utilization. ....	14
Pauly, M. et Myers, K. (2016). A Ricardian-Demand Explanation for Changing Pharmaceutical R&D Productivity. NBER Working Paper series : n° 22720 .....	14
<b>Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics .....</b>	<b>15</b>
Despres, C., et al. (2016). Regards croisés sur la santé et la maladie : recherches anthropologiques, recherches cliniques.....	15
Kivits, J. Balard F., Fournier C., et al. (2016). Les recherches qualitatives en santé.....	15
Saetta, S. (2016). Méthode documentaire et étude des écrits dans les recherches en santé .....	15

Safon, M. O., Afrite, A. (relec.) (2016). Statistique et économétrie : ouvrages et sites de référence. ....	16
Schwarzler, M. C. et Kronenberg, T. (2016). Methodology of the National Health Account for Germany - Database, compilation and results .....	16
<b>Politique de santé / Health Policy .....</b>	<b>16</b>
Briffault, X. (2016). Santé mentale, santé publique : un pavé dans la mare des bonnes intentions .....	16
Decicca, P., et al. (2016). Behavioral Welfare Economics and FDA Tobacco Regulations .....	16
<b>Prévention / Prevention .....</b>	<b>17</b>
Bergeron, P., et al. (2016). Synthèse des connaissances sur les interventions communautaires de prévention du tabagisme chez les jeunes. Mise à jour 2016 .....	17
<b>Psychiatrie / Psychiatry.....</b>	<b>17</b>
Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la santé mentale. ....	17
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care.....</b>	<b>17</b>
(2016). S’engager pour santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé .....	17
Britt, H., et al. (2016). A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16.....	18
Douguet, F., et al. (2016). Intervenir en première ligne : les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité. ....	18
<b>Systèmes de santé / Health Systems .....</b>	<b>18</b>
Beaussier, A. L. (2016). La santé aux Etats-Unis : une histoire politique. ....	18
Titeca, H. (2016). Healthcare Spending: The Role of Healthcare Institutions from an International Perspective .....	18
<b>Technologies et informatique médicales / Medical and Information Technologies .....</b>	<b>19</b>
(2016). Electronic Health Information : HHS Needs to Strengthen Security and Privacy Guidance and Oversight.....	19
(2016). Le numérique en santé. « Pour un patient acteur de la qualité de son parcours de santé ».....	19
Hentschker, C. et Wubker, A. (2016). The impact of technology diffusion in health care markets : Evidence from heart attack treatment.....	19
Klimczuk, A. (2016). Comparative Analysis of National and Regional Models of the Silver Economy in the European Union .....	19

**Travail et santé / Occupational Health .....20**

Barnay, T. et Defevbre, E. c. (2016). Quelles trajectoires de santé des seniors après la retraite ? L'effet des conditions de travail et de vie.....20

Cottini, E. et Ghinetti, P. (2016). Employment insecurity and employees' health in Denmark. ....20

Harris, M., et al. (2016). The dynamics of health and labour market transitions at older ages: evidence from a multi-state model .....20

Suhard, V. (2016). Santé et travail : bibliographie .....21

**Vieillessement / Ageing .....21**

(2016). Enquête 2015 "Bientraitance des personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes". Analyse des résultats nationaux .....21

(2016). Les pensions de retraite des fonctionnaires : des évolutions à poursuivre. ....21

(2016). Mettre en place la coordination territoriale d'appui - Retour d'expériences des territoires PAERPA. ....22

(2016). Patient-Centred Medical Homes and the Care of Older Adults: How comprehensive care coordination, community connections, and person-directed care can make a difference .....22

(2016). Territoires et politiques de l'autonomie : rapport 2015 .....22

Ameriks, J., et al. (2016). Late-in-Life Risks and the Under-Insurance Puzzle.....22

Bloom, D. E., et al. (2016). Demography of Global Aging. ....23

Bozio, A., et al. (2016). "Quelles politiques publiques pour la dépendance .....23

Jimenez-Martin, S., et al. (2016). Thinking of Incentivizing Care? The Effect of Demand Subsidies on Informal Caregiving and Intergenerational Transfers .....23

## Assurance maladie / Health Insurance

**(2016). Physician-administered Drugs: Comparison of Payer Payment Methodologies.** Washington: GAO

[www.gao.gov/products/GAO-16-780R](http://www.gao.gov/products/GAO-16-780R)

GAO was asked to compare Medicare's payments for Part B drugs with those of other payers. In this report GAO provides information on the payment methodologies, drug utilization management strategies, and cost-containment approaches for physician-administered drugs that are used by Medicare, Medicaid, VA, and private payers. To obtain information on payers' policies related to physician-administered drugs, GAO identified relevant laws and regulations, and reviewed reports, articles, and policy documents. GAO also spoke with agency officials from CMS and VA, as well as representatives of the four state Medicaid agencies with the highest spending and two large private payers that offer Medicare Advantage plans, Medicaid managed care plans, and private sector plans. Information on Medicaid is not generalizable to all states and information on the two private payers is not generalizable to all private payers. Additionally, to illustrate how payment rates may vary across federal payers, GAO reviewed published fee schedules and other supplemental data to compare Medicare and VA payment rates for 10 high-expenditure physician-administered drugs.

**Devlin, R. A. et Wang, Y. (2016). Prescription Drug Expenditures and 'Universal' Coverage: the Quebec Experience in Canada.** Working Paper; 1609E. Ottawa : University of Ottawa

<https://socialsciences.uottawa.ca/economics/sites/socialsciences.uottawa.ca/economics/files/1609e.pdf>

This paper examines the relationship between public expenditures on prescription drugs and public-insurance coverage in Canada over the period 1985 to 2012 using data from the Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. We pay particular attention to the introduction of universal prescription drug coverage in Quebec in 1997. Employing an OLS procedure with panel-corrected standard errors (PCSE) and correcting for AR disturbances, we find that universal coverage in Quebec led to an increase in per capita public expenditures on prescription drugs. It also led to a reduction in spending for over-the-counter medications, suggesting some substitutability between prescription and non-prescription drugs.

**Herbert Emery, J. C. (2016). Tax-Assisted Approaches for Helping Canadians Meet Out-of-Pocket Health-Care Costs.** SPP Research Papers, Vol. 9. Calgary : University of Calgary

<http://poseidon01.ssrn.com/>

Canadians are not saving for the inevitable costs of drugs and long-term care which they will have to pay for out of pocket in their old age, and these costs could potentially be financially devastating for them. Later in life, when out-of-pocket health-care costs mount, those who previously enjoyed the security of a workplace insurance plan to cover such expenses will face a grim financial reality. Many aspects of care for older Canadians aren't covered by this country's single-payer health-care system. Besides prescription drugs, these include management of chronic conditions by ancillary health professionals, home care, long-term care, and dental and vision care. Statistics show that in 2012, Canadians' private spending on health care totalled \$60 billion, with private health insurance covering \$24.5 billion of that amount. Coverage of health-care costs that don't fall under Medicare's purview is at present rather piecemeal. The non-refundable federal Medical Expense Tax Credit covers expenses only after the three-per-cent minimum, or first \$2,171, of out-of-pocket costs have been paid by the individual. The Disability Tax Credit is available to those with a certified chronic disability, and these individuals are eligible for further support via the Registered Disability Savings Plan. A Caregiver Tax Credit is also available. The federal government has a golden opportunity to provide an incentive for Canadians to set aside money to pay not only for the often catastrophic medical and drug costs that can come with aging, but also to save so they can afford long-term care, or purchase private health insurance.

**Perronnin, M. (2016). "Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis."** Questions d'Economie de La Santé (Irdes) (218)

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

Page 6 sur 23

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

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

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/218-restes-a-charge-publics-en-ville-et-a-l-hopital.pdf>

Le système public d'Assurance maladie obligatoire français se caractérise par des restes à charge sur la plupart des soins qu'il couvre, soit près d'un quart de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2015 (Beffy et al., 2016). Ces restes à charge publics sont payés par une assurance maladie complémentaire privée ou par les ménages. Ils sont composés d'une superposition de participations financières introduites au fil du temps : tickets modérateurs, forfaits journaliers, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires... Ces participations financières varient en fonction du type de soins consommés, peuvent être élevées et constituer un frein à l'accès aux soins des plus démunis. Dans cette étude, chaque participation financière est étudiée selon sa contribution aux inégalités de restes à charge en fonction du revenu et en distinguant soins de ville et soins hospitaliers de court séjour. Les participations financières à l'hôpital, ticket modérateur et forfait journalier, apparaissent les plus inéquitables. Elles sont en général prises en charge intégralement par les assurances complémentaires, mais 5 % de personnes restent non couvertes par une telle assurance et donc exposées à l'intégralité des restes à charge.

## Economie de la santé / Health Economics

**(2016). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017.** Paris : Ministère chargé de la santé

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2015-previsions-2016-et-2017-septembre-2016>

En 2015, le déficit du régime général de la sécurité sociale s'établit à 6,8 milliards d'euros. Pour 2016, la CCSS évalue le déficit à 3,4 milliards d'euros, soit un recul de moitié par rapport à 2015 et une amélioration de près de 2 milliards d'euros par rapport aux précédentes prévisions. En 2016, toutes les branches du régime général bénéficient d'une amélioration de leur situation financière. La branche maladie verrait son déficit se réduire de 1,7 milliard d'euros par rapport à 2015. La branche retraite serait en excédent mais le solde cumulé de l'assurance vieillesse et du Fonds de solidarité vieillesse resterait fortement déficitaire (2,7 milliards d'euros de déficit). Le déficit de la branche famille serait réduit de 500 millions d'euros pour atteindre 1 milliard d'euros. Enfin, la branche accident du travail resterait stable (léger excédent de 700 millions d'euros). La CCSS relève le déficit persistant de l'assurance maladie et le dynamisme des dépenses de cette branche.

**Cole, A., et al. (2016). Improving Efficiency and Resource Allocation in Future Cancer Care.** Londres : OHE

<https://www.ohe.org/publications/improving-efficiency-and-resource-allocation-future-cancer-care>

The economic burden that cancer poses on our society is staggering – 25 million years of healthy life lost, at cost of €126 billion including €52 billion in lost productivity – and continues to grow with the ageing of the population. It is imperative, in light of growing financial pressures on our health care systems, that we find ways to make the best use of available resources to deliver high quality cancer care to patients. This report explores possible ways to make this happen. Built on qualitative and quantitative research for nine countries and the European Union as a whole, it provides a comprehensive overview of the costs of cancer, the health burden (both morbidity and mortality) and resources devoted to its care, culminating in case studies of where efficiencies could be made across the system. Future cancer care needs to deliver better outcomes to patients by making the best use of available resources.

**Ellis, R. P., et al. (2015). Provider Payment Methods and Incentives.** In : Quah, S., éd . International Encyclopedia of Public Health. SI : Academic Press

<http://d.repec.org/n?u=RePEc:bos:wpaper:wp2015-023&r=hea>

Diverse provider payment systems create incentives that affect the quantity and quality of health care services provided. Payments can be based on provider characteristics, which tend to minimize

incentives for quality and quantity. Or payments can be based on quantities of services provided and patient characteristics, which provide stronger incentives for quality and quantity. Payments methods using both broader bundles of services and larger numbers of payment categories are growing in prevalence. The recent innovation of performance-based payment attempts to target payments on key patient attributes so as to improve incentives, better manage patients, and control costs.

**Jacobs, R., et al. (2016). Funding of Mental Health Services: Do Available Data Support Episodic Payment?** CHE Research Paper Series ;137. York : University of York

[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP137\\_mental\\_health\\_data\\_episodic\\_payment.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP137_mental_health_data_episodic_payment.pdf)

The primary method of funding NHS mental health services in England has been block contracts between commissioners and providers, with negotiations based on historical expenditure. There has been an intention to change the funding method to make it similar to that used in acute hospitals (called the National Tariff Payment System or NTPS, formerly known as Payment by Results (PbR)) where fixed prices are paid for each completed treatment episode. Within the mental health context this funding approach is known as episodic payment. Patients are categorised into groups with similar levels of need, called clusters. The mental health clustering tool (MHCT) provides a guide for assignment of patients to clusters. Fixed prices could then be set for each cluster and providers would be paid for the services they deliver within each cluster based on these fixed prices, although the emphasis to date has been on local pricing. For this episodic payment system to work, the MHCT needs to assign patients to clusters, such that they are homogenous in terms of 1) patient need, and 2) resource use. We test whether the existing data collected on mental health activity amongst NHS providers would support this new payment system. Specifically we examine whether there is homogeneity within clusters in terms of 1) costs, and 2) activity/resource use, and 3) whether the MHCT effectively clusters people with similar levels of need.

**Licchetta, M. et Stelmach, M. (2016). Fiscal sustainability and public spending on health.** Fiscal sustainability analytical paper. Londres : Office for Budget Responsibility

<http://budgetresponsibility.org.uk/download/fiscal-sustainability-analytical-paper-fiscal-sustainability-public-spending-health/>

This paper reviews the latest evidence on the demographic and non-demographic determinants of health spending in the UK and its implications for our long-term health spending projection. We find that demographic effects have explained only a small part of the increase in health spending over past decades and that they are likely to remain a relatively small, although growing, driver of spending in the future. Income effects are an important driver of real health spending, though not of spending as a share of GDP. Most significantly, other cost pressures (for example increasing relative health care costs and technological advancements) have been bigger contributing factors over the past and are likely to remain important drivers of spending in the future. We find that our long-term projection is particularly sensitive to the inclusion of non-zero estimates of other cost pressures. A key implication of this paper for our long-term health spending projection is therefore that we should recognise and quantify an explicit non-zero assumption about other cost pressures. Given the scale of uncertainty around these pressures, sensitivity analysis will remain vital when presenting our long-term fiscal projections.

**Phelps, C. E. (2013). Health Economics.** Boston : Pearson

<https://www.amazon.com/Health-Economics-Pearson-Charles-Phelps/dp/0132948532>

Health Economics combines current economic theory, recent research, and health policy problems into a comprehensive overview of the field. This thorough update of a classic and widely used text follows author Charles E. Phelps' thirteen years of service as Provost of the University of Rochester. Accessible and intuitive, early chapters use recent empirical studies to develop essential methodological foundations. Later chapters build on these core concepts to focus on key policy areas, such as the structure and effects of Medicare reform, insurance plans, and new technologies in the health care community. This edition contains revised and updated data tables and contains information throughout the text on the latest changes that were made to the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).



## Etat de santé / Health Status

**(2016). Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease.** Copenhague : OMS

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250141/1/9789241511353-eng.pdf>

D'après les dernières estimations, dans le monde, 3 millions de décès par an seraient liés à l'exposition à la pollution de l'air extérieur et 6,5 millions, à la pollution de l'air intérieur. Ce rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) présente les nouvelles estimations de l'exposition à la pollution de l'air et de ses effets sur la santé. Ces estimations indiquent que 92 % de la population mondiale vit dans des lieux où les niveaux de qualité de l'air ne respectent pas les limites fixées par les lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air. Les décès liés à ces expositions sont dans 94 % des cas entraînés par des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, la broncho-pneumopathie chronique obstructive et le cancer du poumon. Le nouveau modèle utilisé pour ces estimations a été affiné, et les résultats sont notamment présentés sous forme de cartes interactives permettant de visualiser l'exposition aux particules fines dans tous les pays du monde.

**(2016). Livre blanc. Les nouveaux horizons de la prise en charge du cancer : les territoires ont des idées.** Rueil-Malmaison : Bristol Myers Squibb

[http://www.debat-innovation-cancer.fr/wp-content/themes/bms/img/Doc\\_livre\\_blanc\\_BMS.pdf](http://www.debat-innovation-cancer.fr/wp-content/themes/bms/img/Doc_livre_blanc_BMS.pdf)

Réalisé sous l'égide du laboratoire Myers Squibb avec la participation d'acteurs locaux, ce document formule plusieurs propositions pour améliorer l'accès aux soins des personnes atteintes de cancer. Les recommandations-clefs sont les suivantes : favoriser l'égalité d'accès aux soins au moyen d'équipes mobiles spécialisées en oncologie, faire évoluer le regard de la société, promouvoir l'émergence du patient ressource, développer les lieux d'information pour le patient et ses proches, renforcer le soutien au entrepreneur malade.

**(2016). Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage.** Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016>

Women's health is at a crossroads. Countries endorsed global efforts to advance women's health by adopting the 2030 Agenda Sustainable Development and are taking them forward through the Sustainable Development Goals and the global strategy for women, children and adolescents' health. To strengthen action as part of advancing the Health 2020 agenda, in September 2016 the 66th session of the WHO Regional Committee for Europe will consider a strategy on women's health and well-being in the WHO European Region in 2017–2021. This report provides background to the strategy. It presents a snapshot of women's health in the Region; discusses the social, economic and environmental factors that determine women's health and well-being; focuses on the impact of gender-based discrimination and gender stereotypes; considers what the concept of people-centred health systems would need to entail to respond to women's needs; and considers perspectives important for the international and national frameworks that govern women's health and well-being in Europe (résumé de l'éditeur).

**Cutler, D. M., et al. (2016). Economic Conditions and Mortality: Evidence from 200 Years of Data.**

NBER Working Paper Series ; n° 22690. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22690>

Using data covering over 100 birth-cohorts in 32 countries, we examine the short- and long-term effects of economic conditions on mortality. We find that small, but not large, booms increase contemporary mortality. Yet booms from birth to age 25, particularly those during adolescence, lower

adult mortality. A simple model can rationalize these findings if economic conditions differentially affect the level and trajectory of both good and bad inputs into health. Indeed, air pollution and alcohol consumption increase in booms. In contrast, booms in adolescence raise adult incomes and improve social relations and mental health, suggesting these mechanisms dominate in the long run.

## Géographie de la santé / Geography of Health

**Gresillon, E., et al. (2016). La France des marges.** Paris : Armand Colin

<http://www.armand-colin.com/la-france-des-marges-histoire-geographie-capes-agregation-9782200615918>

Etre en marge, avoir de la marge, prendre une marge... la sémantique des marges reflète d'emblée l'ambivalence du terme : liberté, bénéfique, possibilité d'un côté, éloignement des forces vives, voire relégation de l'autre. Appliqué à l'espace français, le terme conduit à décentrer le regard porté sur le territoire national et à penser une France des angles morts et des interstices, une France des minorités, moins intégrée et moins accessible, moins visible et peu connue. Une France insaisissable aussi, la notion de marge étant toujours relative tant sur le plan spatial que socioculturel et posant donc vivement des questions d'échelle, de regard, de méthode et de définition.

**Rican, S., Vaillant, Z., Chevillard, G., Mousquès, J., Lucas-Gabrielli, V. (2016). Les marges sanitaires, recompositions et gestions locales.** In Grésillon E. / éd ; et al. La France des marges Paris : Armand Colin : 126-144.

**Telle-Lamberton, M., et al. (2016). Cancers et inégalités territoriales en Ile-de-France. Analyses spatiales.** Paris : ORSIF

<http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/61-pathologie/cancers/827-cancers-et-inegalites-territoriales-en-ile-de-france>

Première cause de mortalité dans la région, le cancer représente 21 500 décès annuels en Île-de-France. Cette étude propose une analyse cartographique sur les inégalités territoriales relatives à certains cancers avec plus d'une cinquantaine de cartes et graphiques commentés. Les résultats obtenus confortent les résultats antérieurs publiés dans les atlas produits par l'ORS sur les périodes 1990-1999 et 2000-2007. L'originalité de l'approche réside dans l'analyse de l'incidence médico-administrative à un échelon infra-départemental à travers l'exploitation des données d'admission en affections de longue durée (ALD). Cette étude montre les nombreuses disparités infra-régionales et les met en regard des inégalités sociales dans la région. Elle permet de mettre en évidence des territoires atypiques quant aux liens inégalités sociales-inégalités de santé nécessitant des analyses plus approfondies. L'épidémiologie des cancers peut être fortement contrastée au sein des départements d'Île-de-France ; Les données sur les nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD) apportent des éclairages pertinents et complémentaires des données de mortalité, notamment pour les pathologies les moins létales ; Les indicateurs socio-économiques cartographiés aident à la compréhension des disparités territoriales mais pourraient être utilement complétés par une connaissance fine des territoires et de leur population.

## Hôpital / Hospitals

**(2016). L'activité de soins de suite et de réadaptation.** In : Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017. Paris : Ministère chargé de la santé : 118-123

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2015-previsions-2016-et-2017-septembre-2016>

Les soins de suite et réadaptation (SSR), qui s'inscrivent en aval des soins de courte durée et en amont du retour à domicile, de l'admission en unités de soins de longue durée (USLD) ou en établissement médico-social, permettent une prise en charge pluridisciplinaire et globale des patients présentant des

déficiences ou des limitations de capacités fonctionnelles, physiques, cognitives ou psychologiques. En 2015, les activités de SSR représentent 8,3 Md€, soit près de 11% de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie hospitalier. Actuellement, les établissements réalisant des activités de SSR sont financés soit via une dotation annuelle de financement (DAF), soit via des prestations journalières pour ceux sous objectif quantifié national (OQN). Ces deux modèles de financement entraînent des inégalités de traitement entre les deux secteurs, voire au sein de chaque secteur entre régions et au sein de chaque région entre établissements. C'est pourquoi une réforme du financement des activités de SSR a été initiée pour 2017.

**(2016). Les prescriptions hospitalières exécutées en ville.** In : Les comptes de la Sécurité sociale.

Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017., Paris : Ministère chargé de la santé: 124-127

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2015-previsions-2016-et-2017-septembre-2016>

Les « prescriptions hospitalières exécutées en ville », notées PHEV, correspondent à des prescriptions effectuées par un professionnel de santé exerçant en établissement de santé, mais réalisées en ville et donc comptabilisées dans l'enveloppe soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En 2015, les dépenses relevant des PHEV s'élèvent à 18,1 Md€, tous régimes confondus en France entière, sur un total des dépenses de soins de ville dans le champ de l'ONDAM qui atteint 80,8 Md€1. Cette fiche permet d'apporter un éclairage sur les dépenses des PHEV en 2015 par nature de prestation, ainsi que sur leur évolution sur la période 2010-2015.

**Almeida, A. (2016). The role of private non-profit healthcare organizations in Nhs systems: implications for the Portuguese hospital devolution program.** Porto : Universidade do Porto

<http://econpapers.repec.org/paper/porfepwps/577.htm>

The national health services (NHS) of England, Portugal, Finland and other single-payer universalist systems financed by general taxation, are based on the theoretical principle of an integrated public sector payer-provider. However, in practice one can find different forms of participation of non-public healthcare providers in those NHS, including private for profit providers, but also third sector non-profit organizations (NPO). This paper reviews the role of non-public non-profit healthcare organizations in NHS systems. By crossing a literature review on privatization of national health services with a literature review on the comparative performance of non-profit and for-profit healthcare organizations, this paper assesses the impact of contracting private non-profit healthcare organizations on the efficiency, quality and responsiveness of services, in public universal health care systems. The results of the review were then compared to the existing evidence on the Portuguese hospital devolution to NPO program. The evidence in this paper suggests that NHS health system reforms that transfer some public sector hospitals to NPO should deliver improvements to the health system with minimal downside risks. The very limited existing evidence on the Portuguese hospital devolution program suggests it improved efficiency and access, without sacrificing quality.

**Baker, L., et al. (2016). Why Don't Commercial Health Plans Use Prospective Payment?** NBER

Working Paper series : n° 22709. Cambridge : NBER

[www.nber.org/papers/w22709](http://www.nber.org/papers/w22709)

One of the key terms in contracts between hospitals and insurers is how the parties apportion the financial risk of treating unexpectedly costly patients. "Prospective" payment contracts give hospitals a lump-sum amount, depending on the medical condition of the patient, with limited adjustment for the level of services provided. We use data from the Medicare Prospective Payment System and commercial insurance plans covering the nonelderly through the Health Care Cost Institute to measure the extent of prospective payment in 303 metropolitan statistical areas during 2008-12. We report three key findings. First, commercial insurance payments are less prospective than Medicare payments. Second, the extent of prospective payment in commercial insurance varies more than in Medicare, both across hospitals and geographic areas. Third, differences in prospective payment across hospitals are positively associated with the extent of hospital competition, the share of the

hospital's commercially insured patients covered by managed-care insurance, and the share of the hospital's patients covered by Medicare's Prospective Payment System.

**Costa-Font, J., et al. (2016). Does long-term care subsidisation reduce unnecessary hospitalisations?** *CESifo working papers*, 6078. Munich : CESifo  
<http://eprints.lse.ac.uk/67911/>

The expansion of long-term care (LTC) coverage may improve health system efficiency by reducing hospitalisations (bed-blocking), and pave the way for the implementation of health and social care coordination plans. We draw upon the quasi-experimental evidence from the main expansion of long term care increase subsidisation in Spain in 2007 to examine the causal effect of the expansion of LTC subsidisation and coordination on hospitalisations (both on the internal and external margin) and the hospital length of stay. In addition, we examine the 2012 austerity budget cuts that reduced the subsidy. We find robust evidence of a reduction in hospitalisations and the length of stay after the expansion of LTC subsidisation. However, the reduction in hospitalisations is heterogeneous to the existence of health and social care coordination plans and type of subsidy. Overall, we estimate savings related to hospitalisations of up to 11% of total hospital costs. Consistently, subsidy reduction is found to attenuate bed-blocking gains.

**Fiorentini, G., et al. (2016). How do hospital-specialty characteristics influence health system responsiveness? An empirical evaluation of in-patient care in the Italian Region of Emilia-Romagna.** Working Paper DSE N°1077  
[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2839717](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2839717)

Several studies of health system responsiveness focus on the demand-side by investigating the association between socio-demographic characteristics of patients and their reported level of responsiveness. However, little is known about the influence of supply-side factors. This paper addresses that research gap by analysing the role of hospital-specialty characteristics in explaining variations in patients' evaluation of responsiveness from a sample of about 38,700 in-patients treated in public hospitals within the Italian Region of Emilia-Romagna. The analysis is carried out by adopting a two-step procedure. First, we use patients' self-reported data to derive five measures of responsiveness at the hospital specialty level. By estimating a generalised ordered probit model, we are able to correct for variations in individual reporting behaviour due to the health status of patients and their experience of being in pain. Secondly, we run cross-sectional regressions in order to investigate the association between patients' responsiveness and potential supply-side drivers, including waiting times, staff workload, the level of spending on non-clinical facilities, the level of spending on staff education and training, and the proportion of staff expenditure between nursing and administrative staff. Results suggest that responsiveness is to some extent influenced by the supply-side drivers considered.

**Johnson, E., et al. (2016). A Doctor Will See You Now: Physician-Patient Relationships and Clinical Decisions.** *NBER Working Paper Series* ; n° 22666. Cambridge : NBER  
<http://www.nber.org/papers/w22666>

We estimate the effect of physician-patient relationships on clinical decisions in a setting where the treating physician is as good as randomly assigned. OBs are 25% (4 percentage points) more likely to perform a C-section when delivering patients with whom they have a pre-existing clinical relationship (their "own patients") than when delivering patients with whom they had no prior relationship. OBs' decisions are consistent with receiving greater disutility from their own patients' difficult labors. After a string of difficult labors, OBs are more likely to perform C-sections on their own patients, and this can explain the entire own patient effect.

**Juven, P. A. et Pierru, F. p. (2016). Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public.** Paris : Presses Universitaires de France  
[https://www.puf.com/content/Une\\_sant%C3%A9\\_qui\\_compte\\_Les\\_co%C3%BBts\\_et\\_les\\_tarifs\\_controvers%C3%A9s\\_de\\_lh%C3%B4pital\\_public](https://www.puf.com/content/Une_sant%C3%A9_qui_compte_Les_co%C3%BBts_et_les_tarifs_controvers%C3%A9s_de_lh%C3%B4pital_public)

Qu'est-ce qu'un patient rentable ? Qu'est-ce qu'un autre trop coûteux ? Comment juge-t-on qu'un hôpital n'est pas assez productif ? Comment certains établissements se retrouvent-ils en situation de quasi-faillite ? Quels effets ces situations financières ont-elles sur la qualité du soin dispensé ? Comment les instruments économiques peuvent-ils définir les pratiques de santé ? C'est à ces questions que répond ce livre en s'intéressant au processus de mise en gestion de l'hôpital public depuis les années 1980 ainsi qu'aux formes de critiques nées de ces évolutions.

**Weeks, W. B., Or Z., et al. (2016). "Without explicit targets, does France meet minimum volume thresholds for hip and knee replacement and bariatric surgeries ?" *International Journal of Health Policy and Management* 5(10): 613-614.**

[http://www.ijhpm.com/article\\_3249.html](http://www.ijhpm.com/article_3249.html)

Persistent findings of a relationship between higher volumes of surgical care and better outcomes have caused 3 large US healthcare systems to refer surgical cases when they do not meet minimum volume thresholds for bariatric surgery (where the minimum threshold is 40 surgeries per year) and total hip or total knee replacement surgeries (where it is 50 surgeries per year) (Extrait).

## Inégalités de santé / Health Inequalities

**Bora, K. (2016). Inequality of opportunity for healthy aging in Europe. Discussion Paper Series ; DPS16.20.** Leuven : KU-Leuven

<http://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/549636/1/DPS1620.pdf>

This study quantifies the inequality of opportunity (IOp) for healthy aging in Europe. Unlike earlier studies, an objective health indicator, grip strength, is used as an outcome. Using the longitudinal data from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (Wave 1-5), this study introduces a general model where explanatory variables portray individual lifetime trajectory. All predictors are disentangled into illegitimate and legitimate components. The Hausman-Taylor (1981) estimator is employed to deal with the presence of unobserved heterogeneity and endogeneity of time-variant lifestyle. Both upper and lower bounds of IOp are considered by incorporating different sets of illegitimate factors under six scenarios. Parallel results based on self-reported health are provided. The findings reveal that IOp in a subjective measure is less sensitive to age, but more to unobserved factors. Finally, the magnitude of IOp is compared between men and women as well as across ten states Denmark, Sweden, Switzerland, Austria, Germany, France, the Netherlands, Belgium, Spain and Italy. Overall, the results are sensitive to the choice in health indicator.

## Médicaments / Pharmaceuticals

**(2016). Comparaison européenne de la prise en charge des traitements contre l'hépatite C.** In : *Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017.* Paris : Ministère chargé de la santé <http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2015-previsions-2016-et-2017-septembre-2016>

Les nouveaux traitements de l'hépatite C (VHC) sont apparus au début de l'année 2014 sur le marché européen. Ils permettent une guérison virologique, mais leur coût est élevé. Face au nombre de patients à traiter, les pays ont cherché à prioriser la diffusion des traitements et engagé des négociations avec les laboratoires sur les prix. Cette fiche vise à évaluer comment l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie et l'Espagne ont intégré cette nouvelle stratégie de soins, en comparaison avec la France. Cette comparaison est effectuée sur la base des prix publics dans chaque pays, sans les remises négociées tenues secrètes, qui peuvent néanmoins très sensiblement modifier les prix réels.

**(2016). Le marché du médicament de ville en France en 2015.** In : Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017. Paris : Ministère chargé de la santé: 114-117

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2015-previsions-2016-et-2017-septembre-2016>

En 2015, le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine de ville est de 18,0 Md€, en baisse de 0,9% par rapport à 2014. Sur le même champ, le chiffre d'affaires toutes taxes comprises (CATTTC – comprenant les marges des grossistes et des pharmaciens et la TVA) s'élève à 25,1 Mds€. Sur la base de ce CATTTC, le montant remboursé par l'assurance maladie s'élève à 20,3 Md€, en baisse de 0,1% par rapport à 2014. Suite à la mise en place de l'avenant n°5 à la convention nationale, les montants remboursés, en 2015, intègrent les honoraires de dispensation. Comme l'année précédente, le CAHT (chiffre d'affaires de l'industrie) et le montant remboursé de médicaments en ville n'évoluent pas au même rythme. En 2015, les montants remboursés par l'assurance maladie diminuent moins que le CAHT en raison notamment de l'augmentation tendancielle du taux de prise en charge par l'assurance maladie. D'autres facteurs peuvent intervenir, tels que l'évolution des marges (grossistes et pharmaciens), mais aussi les ventes en automédication, les comportements de stockage des médicaments par les pharmaciens, et les modifications de taux de remboursements suite à réévaluation du service médical rendu. De plus, le développement des génériques a déplacé la structure des remboursements de médicaments vers des médicaments à marges relativement plus élevées expliquant la baisse plus faible des montants remboursés, même si ce facteur a modérément joué en 2015. Les dépenses de médicaments comptabilisées dans l'ONDAM soins de ville, d'un montant de 23,0 Md€ en 2015, comprennent les médicaments rétrocédés en pharmacie hospitalière qui avaient fortement augmenté en 2014 en raison notamment de l'arrivée sur le marché des nouveaux traitements contre l'hépatite C. Par ailleurs, ces dépenses sont brutes des remises conventionnelles versées par l'industrie pharmaceutique. L'analyse des remboursements, pour l'assurance maladie, porte ici sur le champ relevant de l'objectif relatif aux soins de ville.

**Clerc, P. et Le Breton, J. (2016). Etudier les polyprescriptions en médecine générale : Focus groups et groupes de pairs pour comprendre les enjeux dans lesquels sont prises ces pratiques.** In : Les recherches qualitatives en santé. Paris : Armand Colin: 213-228.

<http://www.armand-colin.com/les-recherches-qualitatives-en-sante-9782200611897>

La polyprescription en médecine générale, et notamment en France, est un objet complexe dans un contexte politique particulier, qui nécessite l'intervention de recherches qualitatives. Ces recherches permettent, en effet, de trouver des facteurs explicatifs à cette polyprescription. Ce chapitre présente l'étude POLYCHROME, qui en sus d'un volet quantitatif basé sur les données de l'Observatoire de la Médecine générale (OMG) de la Société française de Médecine générale, comportait un volet qualitatif par le biais d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

**Dafny, L., et al. (2016). When Discounts Raise Costs: The Effect of Copay Coupons on Generic Utilization.** NBER Working Paper series : n° 22745. Cambridge : NBER

[www.nber.org/papers/w22745](http://www.nber.org/papers/w22745)

Branded pharmaceutical manufacturers frequently offer "copay coupons" that insulate consumers from cost-sharing, thereby undermining insurers' ability to influence drug utilization. We study the impact of copay coupons on branded drugs first facing generic entry between 2007 and 2010. To overcome endogeneity concerns, we exploit cross-state and cross-consumer variation in coupon legality. We find that coupons increase branded sales by 60+ percent, entirely by reducing the sales of bioequivalent generics. During the five years following generic entry, we estimate that coupons increase total spending by \$30 to \$120 million per drug, or \$700 million to \$2.7 billion for our sample alone.

**Pauly, M. et Myers, K. (2016). A Ricardian-Demand Explanation for Changing Pharmaceutical R&D Productivity.** NBER Working Paper series : n° 22720. Cambridge : NBER

[www.nber.org/papers/w22720](http://www.nber.org/papers/w22720)

This paper examines trends in the aggregate productivity of the pharmaceutical sector over the past three decades. We incorporate Ricardo's insight about demand-driven productivity in settings of variable scarce resources, and estimate the industry's responsiveness to changes in demand over this timeframe using therapeutic class-specific data. In contrast to many analyses, our empirical estimates indicate that the industry has "met demand" with remarkable consistency since the late-1980s. The growth in total R&D spending, and therefore R&D costs per new drug, appear to have been profitable and productive investments. While we identify a significant increase in the industry's fixed costs - the intercept of the production function - we find no decline in the marginal productivity of industry investments that might suggest significant supply-side frictions. While we cannot diagnose in detail why average, but not marginal, productivity declined, the data suggests that firms have finally begun to compete down returns from the supranormal levels of decades past.

## Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

**Despres, C., et al. (2016). Regards croisés sur la santé et la maladie : recherches anthropologiques, recherches cliniques.** Paris : Editions des archives contemporaines

Cet ouvrage est né de la rencontre et de la discussion entre des anthropologues et des médecins impliqués dans des activités de recherche en milieu clinique. Une demande croissante de ces cliniciens et des épidémiologistes émerge afin de développer des volets qualitatifs au sein de leurs recherches, sans qu'ils aient pour autant une idée claire des apports spécifiques que la connaissance anthropologique pourrait leur apporter, d'autant que nombre de recherches qualitatives ne présentent aucune dimension anthropologique. Est-il alors indispensable de faire appel à un anthropologue pour effectuer de telles recherches, plutôt qu'à des personnes moins spécialisées (Master de santé publique, par exemple), ou à des médecins rompus aux méthodologies qualitatives ? Comment développer des regards croisés sur un même objet dans une perspective pluridisciplinaire, alors que le poids de chaque discipline n'est pas toujours équivalent, et comment articuler les différents points de vue ? L'objet de cet ouvrage est donc de clarifier autour de plusieurs exemples de recherches les multiples mais non moins spécifiques contributions de l'anthropologie clinique, ainsi que les modes de coopération entre anthropologie et clinique.

**Kivits, J. Balard F., Fournier C., et al. (2016). Les recherches qualitatives en santé.** Paris : Armand Colin  
<http://www.armand-colin.com/les-recherches-qualitatives-en-sante-9782200611897>

Les recherches dans le domaine de la santé recourent de plus en plus fréquemment aux méthodes qualitatives, caractérisées par leur diversité : enquêtes anthropologiques à visée compréhensive, évaluations d'interventions ou encore recherches exploratoires en vue de la mise en place d'essais cliniques. Leur enseignement a donc un rôle essentiel à jouer dans le développement actuel de la recherche en santé. Ce manuel est à la fois théorique et pratique. Il rappelle l'ancrage historique et disciplinaire des recherches qualitatives en santé et présente ensuite les méthodes de recherche qualitative en exposant leurs fondements, leurs principes, leurs outils et pratiques appliqués à la santé. Il illustre la mise en œuvre de ces méthodes à travers des exemples détaillés de recherches qualitatives en santé menées dans différents domaines et selon des approches variées. Il donne ainsi les moyens d'élaborer, selon son niveau, un travail de recherche qualitative.

**Saetta, S. (2016). Méthode documentaire et étude des écrits dans les recherches en santé.** In : Les recherches qualitatives en santé., Paris : Armand Colin: 133-150.  
<http://www.armand-colin.com/les-recherches-qualitatives-en-sante-9782200611897>

Le champ de la santé est peuplé de documents et d'écrits, nombreux et variés : dossiers médicaux, ordonnances médicales, carnets de santé, recommandations de bonnes pratiques... L'étude de ces documents est qualifiée de recherche documentaire. Ce chapitre a pour objet de fournir, à quiconque souhaiterait mobiliser la méthode documentaire un ensemble de repères : quels sont les différents documents mobilisables et quels phénomènes cette méthode permet-elle d'étudier ? Comment accéder à ces documents et les collecter ? Comment ensuite les exploiter et les analyser ? L'auteur se

base sur sa propre expérience ainsi que sur des travaux réalisés par des sociologues, des anthropologues, de historiens...et parus dans des revues comme "Sciences sociales et santé" et "Santé publique".

**Safon, M. O., Afrite, A. (relec.) (2016). Statistique et économétrie : ouvrages et sites de référence.**

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/documents/statistique-et-econometrie.pdf>

Ce document rassemble des ouvrages et sites de référence en statistique et économétrie. Il balaie l'ensemble des méthodes et des modèles, ainsi que leur utilisation sur les principaux logiciels statistiques : SAS, Stata et R.

**Schwarzler, M. C. et Kronenberg, T. (2016). Methodology of the National Health Account for Germany - Database, compilation and results.** Munich : MPRA.

<https://mpr.ub.uni-muenchen.de/73561/>

The National Health Account for Germany is a standard reporting tool for the sector's contribution to economic growth, employment and international trade. Its compilation is based on the supply and use tables of national accounts. Consequently, it refers to a satellite system of the health economy within the overall German economy. It further contains a health input-output table (HIOT) enabling the calculation of multiplier effects. The HIOT is fully consistent with the official input-output table, but it facilitates a more thorough analysis of this heterogeneous inter-sectoral industry, dividing the economy into a number of 'core' health sectors, 'extended' health sectors, and 'non-health' sectors. Concepts and methodology have been developed within projects on behalf of the Federal Ministry of Economic Affairs and Energy of Germany over several years. This paper describes underlying approaches for the compilation of the National Health Account with special emphasis on recent developments due to revisions of statistical standards in the context of supply and use tables, NACE 2008 and ESA 2010. Consequently, its contribution to existing scientific research is the methodological point of view the paper addresses, which has not been discussed in detail before. The sector's relevance for export activities is evaluated as an exemplary field of application of the National Health Account by conducting input-output analysis.

## Politique de santé / Health Policy

**Briffault, X. (2016). Santé mentale, santé publique : un pavé dans la mare des bonnes intentions.**

Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble

<http://www.pug.fr/produit/1291/9782706125669/Sante%20mentale%20sante%20publique>

Jamais notre santé mentale n'a été l'objet d'autant d'attention par les pouvoirs publics. Qu'il s'agisse de nous éviter d'être déprimés, anxieux, en burn-out, agressifs envers nous-mêmes ou autrui, de trop manger, trop boire, trop fumer, etc., le dispositif de santé publique multiplie les programmes de prise en charge de notre mal-être.

**Decicca, P., et al. (2016). Behavioral Welfare Economics and FDA Tobacco Regulations.** NBER Working Paper series : n° 22718. Cambridge NBER

[www.nber.org/papers/w22718](http://www.nber.org/papers/w22718)

The U.S. 2009 Tobacco Control Act opened the door for new anti-smoking policies by giving the Food and Drug Administration broad regulatory authority over the tobacco industry. We develop a behavioral welfare economics approach to conduct cost-benefit analysis of FDA tobacco regulations. We use a simple two-period model to develop expressions for the impact of tobacco control policies on social welfare. Our model includes: nudge and paternalistic regulations; an excise tax on cigarettes; internalities created by period 1 versus period 2 consumption; and externalities from cigarette consumption. Our analytical expressions show that in the presence of uncorrected externalities and



internalities, a tax or a nudge to reduce cigarette consumption improves social welfare. In sharp contrast, a paternalistic regulation might either improve or worsen social welfare. Another important result is that the social welfare gains from new policies do not only depend on the size of the internalities and externalities, but also depend on the extent to which current policies already correct the problems. We link our analytical expressions to the graphical approach used in most previous studies and discuss the information needed to complete cost-benefit analysis of tobacco regulations. Finally, we use our model as a framework to re-examine the evidence base regarding the size of the relevant internalities.

## Prévention / Prevention

**Bergeron, P., et al. (2016). Synthèse des connaissances sur les interventions communautaires de prévention du tabagisme chez les jeunes. Mise à jour 2016.** Québec : INSPQ

En 2004, l'Institut national de santé publique du Québec publiait un avis scientifique intitulé La prévention du tabagisme chez les jeunes (Lalonde et collab., 2004). Cet avis a essentiellement permis d'identifier les interventions les plus efficaces ou prometteuses pour réduire la prévalence du tabagisme juvénile et constitue toujours la principale référence sur le sujet au Québec. Parmi les différentes mesures et initiatives identifiées dans ce document se trouvent les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire, les lois et la réglementation, le marketing et le contremarketing, les programmes socioécologiques de contrôle du tabagisme au niveau gouvernemental et les interventions communautaires. Étant donné l'évolution de la problématique du tabagisme chez les jeunes en termes de prévalence et de législation depuis la parution de l'avis scientifique en 2004, il devenait nécessaire de rendre compte de l'évolution des connaissances scientifiques et d'actualiser les informations contenues dans cet avis. Le but du présent document est de mettre à jour les connaissances relatives aux interventions communautaires de prévention du tabagisme chez les jeunes au moyen d'une revue des écrits scientifiques. Il fait suite à une première publication, réalisée par l'INSPQ en 2014, qui a permis d'actualiser les connaissances sur l'efficacité des programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire (Gamache et Stich, 2014) (tiré de l'avant-propos).

## Psychiatrie / Psychiatry

**Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la santé mentale.** Paris Ministère chargé de la Santé <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale>

Le présent rapport a pour objet d'élaborer des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé sur la question de la santé mentale. La question n'est pas tant de redire dans quel sens doit évoluer le système de santé que de proposer comment y parvenir, avec quels leviers, quelles alliances, quelles coopérations entre acteurs, quelles méthodes et quels moyens.

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

**(2016). S'engager pour santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé.** Genève : OMS <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250100/3/9789242511307-fre.pdf>

La Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique a été mise en place en mars 2016 par le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon. Sa mission : formuler des recommandations pour stimuler et guider la création d'au moins 40 millions de nouveaux emplois

dans le secteur sanitaire et social, et réduire la pénurie annoncée de 18 millions de professionnels de santé, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, d'ici à 2030. Ce rapport présente le plaidoyer de la Commission pour des investissements plus nombreux et de meilleure qualité dans le personnel de santé.

**Britt, H., et al. (2016). A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16.** Sydney : Sydney University Press

[https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/15482/5/9781743325162\\_ONLINE.pdf](https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/15482/5/9781743325162_ONLINE.pdf)

This report describes clinical activity at, or associated with, general practitioner (GP) encounters from April 2015 to March 2016, inclusive. It summarises results from the 18th year of the Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH) program.

**Douguet, F., et al. (2016). Intervenir en première ligne : les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité.** Paris : l'Harmattan

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=51412>

La France dispose d'un système de santé compétitif et reconnu, mais coûteux. Il ne permet pas de garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire. Les enjeux économiques liés à la maîtrise des dépenses de santé imposent la nécessité d'adapter l'offre de soins de proximité. Les évolutions impliquent une redistribution des tâches entre professionnels, laquelle conduit à redessiner les contours de ces métiers, voire à en créer de nouveaux. Cet ouvrage repère et analyse les enjeux de ces reconfigurations et rend compte des pratiques et relations entre les différents professionnels de santé.

## Systemes de santé / Health Systems

**Beaussier, A. L. (2016). La santé aux Etats-Unis : une histoire politique.** Paris : SciencesPo Les Presses

<http://www.pressesciencespo.fr/fr/livre/?GCOI=27246100688280>

Pourquoi les États-Unis ont-ils attendu 2010 pour se doter d'une couverture maladie universelle, pourtant présente dans tous les autres pays occidentaux ? Depuis, quels ont été les effets de l'Affordable Care Act, ou Obamacare, sur l'accès aux soins et sur la performance générale du système de santé américain ? Après des débuts hésitants, controversés et une mise en oeuvre hyperpolitisée, la réforme commence-t-elle à produire les résultats escomptés par les démocrates ? Analyse historique, institutionnelle et politique du système de santé américain depuis un siècle, cet ouvrage retrace les moments clés de son évolution jusqu'aux transformations entraînées par l'Obamacare. Une évolution qui reflète les contraintes inhérentes à un système politique construit pour préserver les minorités de la tyrannie de la majorité et qui témoigne des hésitations de la société américaine elle-même, en particulier quant au rôle de l'État.

**Titeca, H. (2016). Healthcare Spending: The Role of Healthcare Institutions from an International Perspective.** Munich : MPRA

<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/73678/>

Healthcare systems differ greatly across the world, however, it appears that the extent of public insurance (publicly/government funded healthcare) is the only institutional characteristic that plays a significant role in accounting for the large disparities in total healthcare spending. Other factors, such as whether healthcare services are provided by the private or public sector, play much less of a role, highlighting the important distinction between how services are provided and how those services are funded. A regression analysis is conducted utilising an existing categorisation of the predominately high income countries of the OECD in 2009. It is found that more public insurance and less private insurance is associated with significantly lower spending after controlling for differences in income through GDP and healthcare quality/outcomes through life expectancy. This result is robust to the

inclusion of additional controls for lifestyle factors and the proportion of the population aged 65 and over, as well as the inclusion or exclusion of the US that could otherwise be seen as some kind of outlier. A typical country relying largely on private provision and insurance, such as the Netherlands, Germany or the US, could reduce total healthcare spending by around a third by moving to a system with extensive public insurance whilst retaining extensive private provision of services, a situation typical of some countries such as Austria, Greece and Japan.

## Technologies et informatique médicales / Medical and Information Technologies

**(2016). Electronic Health Information : HHS Needs to Strengthen Security and Privacy Guidance and Oversight.** Washington : GAO

<http://www.gao.gov/assets/680/679260.pdf>

As a digital version of a patient's medical record or chart, an EHR can make pertinent health information more readily available and usable for providers and patients. However, recent data breaches highlight the need to ensure the security and privacy of these records. HHS has primary responsibility for setting standards for protecting electronic health information and for enforcing compliance with these standards. GAO was asked to review the current health information cybersecurity infrastructure. The specific objectives were to (1) describe expected benefits of and cyber threats to electronic health information, (2) determine the extent to which HHS security and privacy guidance for EHRs are consistent with federal cybersecurity guidance, and (3) assess the extent to which HHS oversees these requirements. To address these objectives, GAO reviewed relevant reports, federal guidance, and HHS documentation and interviewed subject matter experts and agency officials.

**(2016). Le numérique en santé. « Pour un patient acteur de la qualité de son parcours de santé ».**

Paris CISS

[http://www.leciss.org/sites/default/files/160912\\_Note-Ciss-E-sante-Bon-Usage.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/160912_Note-Ciss-E-sante-Bon-Usage.pdf)

Le CISS propose de promouvoir les usages utiles du numérique en santé dans un contexte de développement de l'économie de services, tout en rappelant l'existence des risques ainsi que la nécessité d'adapter notre système aux vigilances requises par la dématérialisation massive des données personnelles.

**Hentschker, C. et Wubker, A. (2016). The impact of technology diffusion in health care markets : Evidence from heart attack treatment.** Working paper ; 16/29. Londres : University of York

<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1616.pdf>

Medical technological progress has been shown to be the main driver of health care costs. A key policy question is whether new treatment options are worth the additional costs. In this paper we assess the causal effect of percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA), a major new heart attack treatment, on mortality. We use a full sample of administrative hospital data from Germany for the years 2005 to 2007. To account for non-random treatment assignment of PTCA, instrumental variable approaches are implemented that aim to randomize patients to different likelihoods of getting PTCA independent of heart attack severity. Instruments include differential distances to PTCA hospitals and regional PTCA rates. Our results suggest a 4.5 percentage point mortality reduction for patients who have access to this new treatment compared to patients receiving only conservative treatment. We relate mortality reduction to the additional costs for this treatment and conclude that this new treatment option is cost-effective in lowering mortality for AMI patients at reasonable cost-effectiveness thresholds.

**Klimczuk, A. (2016). Comparative Analysis of National and Regional Models of the Silver Economy in the European Union.** Munich : MPRA

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

Page 19 sur 23

[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)

<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/73469/>

The approach to analysing population ageing and its impacts on the economy has evolved in recent years. There is increasing interest in the development and use of products and services related to gerontechnology as well as other social innovations that may be considered as central parts of the "silver economy." However, the concept of silver economy is still being formed and requires detailed research. This article proposes a typology of models of the silver economy in the European Union (EU) at the national and regional levels. This typology was created by comparing the Active Ageing Index to the typology of varieties and cultures of capitalism and typology of the welfare states. Practical recommendations for institutions of the EU and directions for further research are discussed.

## Travail et santé / Occupational Health

**Barnay, T. et Defevbre, E. c. (2016). Quelles trajectoires de santé des seniors après la retraite ? L'effet des conditions de travail et de vie.** Paris : Chaire Transitions démographiques, transitions économiques

<http://tdte.fr/article/show/quelles-trajectoires-de-sante-des-seniors-apres-la-retraite-l-effet-des-conditions-de-travail-et-de-vie>

En France, aucune étude n'évalue l'effet de la retraite et des conditions de travail sur la santé des personnes retraitées, c'est l'objectif de ce rapport. Pour ce faire, il envisage dans une partie contextuelle de présenter les dispositifs de santé au travail, puis de donner quelques éléments de littérature économique. Enfin trois études économétriques fondées sur l'exploitation de l'enquête Santé et Itinéraire professionnel sont présentées : l'influence des conditions de travail sur la santé des retraités, les déterminants de la dégradation de la santé des retraités et l'influence de la retraite sur la santé.

**Cottini, E. et Ghinetti, P. (2016). Employment insecurity and employees' health in Denmark.**

Working Paper; 45. Milan : Università Cattolica del Sacro Cuore

<https://ideas.repec.org/p/ctc/serie1/def045.html>

We use register data for Denmark (IDA) merged with the Danish Work Environment Cohort Survey (1995-2000-2005) to estimate the effect of employment insecurity on health for a sample of Danish employees. We consider two health measures from the SF-36 Health Survey Instrument: a vitality scale for general wellbeing and a mental health scale. We use three dimensions of perceived employment insecurity: the fear of job loss (job tenure insecurity), of being transferred against will (job status insecurity) and of not finding another job if the current one is lost (employability insecurity). The nature of the dataset enables us to account for both individual and firm fixed. Results show that, overall, employment insecurity matters for both health measures. All the three insecurity dimensions increase psychological distress of workers, while general wellbeing is negatively affected mostly by employability prospects. We also exploit within country variability in employment protection rules by tenure and between blue and white collars to analyse differences in the health effect of our insecurity measures over these dimensions. We find substantial heterogeneity by tenure (attenuated effects by increasing tenure especially for job tenure insecurity) and occupation (white collars are worse off in their health gradient compared to blue collars).

**Harris, M., et al. (2016). The dynamics of health and labour market transitions at older ages: evidence from a multi-state model.** Working paper ; 16/30. Londres : University of York

<http://www.york.ac.uk/economics/postgrad/herc/hedg/wps/>

Despite its clear relevance and policy significance, there is still sparse evidence on the effects of ill-health on the dynamics of labour state transitions among older individuals. We provide novel evidence by considering retirement as mobility among full-time work, part-time work, self-employment and inactivity, using a dynamic multinomial choice model that simultaneously accounts for state

dependence, individual-level and state-specific unobserved heterogeneity, captivity and correlations between labour market states. We also simulate the dynamic paths for the four labour states from both transitory and permanent health shocks. We find strong state dependence for all four labour states even after accounting for individual effects. Both ill-health and health shocks are found to greatly increase the probability of leaving full-time employment into inactivity, and we find some evidence of part-time and self-employment paths. Significant evidence is found for "captivity" effects for the "inactive" state, and correlations across labour states. We also show that the degree of state dependence is over-estimated and, for men, the effects of ill health under-estimated, if unobserved individual effects are not controlled for in dynamic models.

**Suhard, V. (2016). Santé et travail : bibliographie.** Paris : Irdes  
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/sante-et-travail.pdf>

L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur le thème « Santé et travail ». Il sera question tout à la fois de la santé, des conditions de travail, du fonctionnement de l'entreprise. Cette bibliographie aborde les deux sens de la causalité entre état de santé et travail, à travers les études de l'impact des conditions de travail sur la santé et de la santé sur la situation au travail.

## Vieillesse / Ageing

**(2016). Enquête 2015 "Bientraitance des personnes accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes". Analyse des résultats nationaux.** Saint-Denis : Anesm  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1056&var\\_mode=calcul](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1056&var_mode=calcul)

Dans le cadre de l'opération « Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement », l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a réalisé une enquête sur la qualité de vie dans les Ehpad. Depuis 2008, les Ehpad s'engagent dans une démarche d'autoévaluation des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance. L'enquête, qui est réalisée par questionnaire auprès des directeurs d'Ehpad et des présidents de Conseil de la Vie Sociale, doit permettre aux professionnels de réaliser un diagnostic sur les actions mises en œuvre et d'identifier de nouvelles pistes d'actions. Elle fournit également un état des lieux national de la bientraitance dans les Ehpad, avec des indicateurs concernant les modalités d'accueil des personnes à besoins spécifiques, les réponses aux principaux objectifs des plans nationaux, l'accompagnement de la fin de vie, la vie sociale, la santé, l'expression des résidents, ou encore, l'accompagnement personnalisé.

**(2016). Les pensions de retraite des fonctionnaires : des évolutions à poursuivre.** Paris : Cour des Comptes  
<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/Les-pensions-de-retraite-des-fonctionnaires-des-evolutions-a-poursuivre>

Plus de 10 ans après un précédent rapport consacré aux seules retraites des fonctionnaires de l'État, la Cour des comptes a examiné de nouveau les retraites des fonctionnaires, en élargissant son analyse aux agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière, et en examinant leurs spécificités et leur évolution au regard des objectifs de pérennité financière et de justice fixés à l'ensemble du système de retraites par la loi du 20 janvier 2014. Les réformes significatives mises en œuvre depuis 2003 ont contribué à rapprocher progressivement ces régimes de ceux des salariés du secteur privé sur des points majeurs, notamment les âges de départ en retraite et le taux de remplacement des pensions par rapport aux rémunérations d'activité, mais les progrès accomplis restent fragiles et partiels, notamment au regard de la soutenabilité financière des régimes et de la poursuite du mouvement de convergence entre retraités de la fonction publique et du secteur privé. Après avoir analysé différents scénarios de réforme structurelle des régimes de retraite des fonctionnaires, la Cour

identifie des leviers d'évolution des règles applicables aux fonctionnaires et formule des recommandations pour en renforcer le pilotage financier et la gouvernance.

**(2016). Mettre en place la coordination territoriale d'appui - Retour d'expériences des territoires PAERPA.** Paris : ANAP

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/organiser-la-gouvernance-dun-projet-parcours-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>

Les retours d'expériences des neuf territoires expérimentateurs PAERPA ont permis d'identifier des enseignements en matière de méthode de mise en place de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA) dans le cadre d'un projet Parcours à destination des personnes âgées. Ces retours d'expériences sont basés sur le Cahier des charges national 2013 (CCN 2013) dont l'évaluation est en cours.

**(2016). Patient-Centred Medical Homes and the Care of Older Adults: How comprehensive care coordination, community connections, and person-directed care can make a difference.** New York : John A. Hartford Foundation: 44.

[http://www.jhartfound.org/images/uploads/main/files/PCMH\\_Roadmap2016.pdf](http://www.jhartfound.org/images/uploads/main/files/PCMH_Roadmap2016.pdf)

This paper provides a roadmap to guide primary care practices in how to enhance care to older, complex patients and their families. Primary care practices are uniquely positioned to provide outstanding care for older adults by embracing approaches to care that are whole person-oriented, coordinated, and comprehensive, with an emphasis on safety and quality of care. In focusing on their older patients, these practices can achieve their goals of great patient care to their most vulnerable populations and succeed in the emerging value-based payment health care environment. This paper point out different approaches that describe challenges and opportunities for five areas: comprehensive care, whole-person care, patient empowerment & support, care coordination & communication, and ready access to care. The paper also provides links to resources and integrate a compilation of stories on how primary care practices have transformed outcomes for older adults.

**(2016). Territoires et politiques de l'autonomie : rapport 2015.** Paris : CNSA

[http://www.cnsa.fr/documentation/rapport\\_annuel\\_2015\\_territoires\\_et\\_politiques\\_de\\_lautonomie.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_annuel_2015_territoires_et_politiques_de_lautonomie.pdf)

Les politiques de l'autonomie, largement décentralisées et déconcentrées, sont profondément ancrées sur les territoires. Les récentes évolutions législatives, qu'il s'agisse des lois de réforme territoriale, de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou de la loi de modernisation de notre système de santé, questionnent et font évoluer la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie par les acteurs locaux et nationaux : individualisation et approche plus globale des besoins des personnes, articulation des interventions et co-construction des réponses, prise en compte du handicap et du vieillissement dans les politiques publiques locales au-delà des réponses médico-sociales, égalité et équité de traitement réaffirmée. La CNSA est au carrefour des acteurs de l'autonomie, à la charnière du national et du local. Son Conseil formule 28 préconisations pour que ces politiques ancrées sur les territoires tendent vers une société plus inclusive.

**Ameriks, J., et al. (2016). Late-in-Life Risks and the Under-Insurance Puzzle.** NBER Working Paper

series : n° 22726. Cambridge : NBER

[www.nber.org/papers/w22726](http://www.nber.org/papers/w22726)

Individuals face significant late-in-life risks, including needing long-term care (LTC). Yet, they hold little long-term care insurance (LTCI). Using both "strategic survey questions," which identify preferences, and stated demand questions, this paper investigates the degree to which a fundamental lack of interest and poor product features determine low LTCI holdings. It estimates a rich set of individual-level preferences and uses a life-cycle model to predict insurance demand, finding that better insurance would be far more widely held than are products in the market. Comparing stated and model-predicted demand shows that flaws in existing products provide a significant, but partial, explanation for this under-insurance puzzle.

**Bloom, D. E., et al. (2016). Demography of Global Aging.** IZA Working Paper; 10164. Bonn : IZA  
<http://ftp.iza.org/dp10164.pdf>

Individuals aged 65 years and older currently make up a larger share of the population than ever before, and this group is predicted to continue growing both in absolute terms and relative to the rest of the population. This chapter begins by introducing the facts, figures, and forecasts surrounding the aging of populations across different countries at varying levels of development. In light of these trends, we examine challenges facing graying societies through the lenses of health, economics, and policy development. The chapter concludes with a selection of adaptable strategies that countries might consider to mitigate the strain – and to harness the full potential – of aging populations worldwide.

**Bozio, A., et al. (2016). "Quelles politiques publiques pour la dépendance ?"** Notes Du Conseil d'analyse Economique (Les)(35)

<http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note035v2.pdf>

L'action publique en direction des personnes dépendantes doit concilier des objectifs en partie contradictoires : améliorer la qualité de services de prise en charge, offrir une couverture efficace et équitable du risque de dépendance, maîtriser les dépenses publiques. La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) , entrée en vigueur le 1er janvier 2016, apporte des avancées en la matière. Cette nouvelle note du CAE identifie des pistes d'action complémentaire pour diversifier l'offre de prise en charge, améliorer sa régulation et pour renforcer l'efficacité des financements

**Jimenez-Martin, S., et al. (2016). Thinking of Incentivizing Care? The Effect of Demand Subsidies on Informal Caregiving and Intergenerational Transfers.** Documento de Trabajo 2016-08. Madrid : FEDEA

<http://econpapers.repec.org/paper/fdafdaddt/2016-08.htm>

We still know little about what motivates the informal care arrangements provided in old age. The introduction of demand-side subsidies such as unconditional caregiving allowances (cash benefits designed either to incentivize the provision of informal care, or compensate for the loss of employment of informal caregivers) provide us with an opportunity to gain a further understanding of the matter. In this paper we exploit a quasi-natural experiment to identify the effects of the inception in 2007 (and its reduction in 2012) of a universal caregiving allowance on both the supply of informal care, and subsequent intergenerational transfer flows. We find evidence of a 30% rise in informal caregiving after the subsidy, and an increase (reduction) in downstream (upstream) intergenerational transfers of 29% (and 15%). Estimates were heterogeneous by income and wealth quantiles. Consistently, the effects were attenuated by a subsequent policy intervention; the reduction of the subsidy amidst austerity cuts in 2012.