

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/Veille.html>

DOC VEILLE : veille bibliographique en économie de la santé

15 mars 2013

Réalisée par les documentalistes de l'Irdes, Doc Veille 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 doc (voir mention à la fin de la notice). Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Un historique des Doc Veille (parution bi-mensuelle) se trouve sur le web de l'Irdes.

(<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DocVeille.html>).

Sommaire

Assurance maladie / Health insurance	4
Villemeur A. (2013). La protection sociale : un investissement pour notre avenir.....	4
Giedion U., Alfonso E.A., Diaz Y. (2013). The Impact of Universal Coverage UHC Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence	5
Jelovac I. (2013). Physicians' Balance Billing, Supplemental Insurance and Access to Health Care	5
Fronstin P. (2013). Views on Health Coverage and Retirement: Findings from the 2012 Health Confidence Survey	5
Economie / Economy	6
(2013). Tableaux de l'économie Française - Edition 2013	6
Economie de la santé / Health economics.....	7
Horenstein A.R., Santos M.S. (2013). A Cross-Country Analysis of Health Care Expenditures. Understanding the US Gap.....	7
Torjman S. (2013). Financing Long-Term Care: More Money in the Mix.....	7
Etat de santé / Health status	7
Grosclaude P., Remontet L., Belot A., Danzon A., Rasamimanana Cerf N., Bossard N. (2013). Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim	7
(2012). Europe in figure. Eurostat yearbook 2012. Statistical books.....	8
Colman C.J., Dave D.M. (2013). Physical Activity and Health	8
Halmdienst N., Winter-Ebmer R. (2013). Long-Run Effects of Childhood Shocks on Health in Late Adulthood. Evidence from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe.....	8
Géographie de la santé / Geography of health.....	9
Bonhomme C (2013). Au Danemark, un dossier patient informatisé du territoire.....	9
(2013). Programmes territoriaux de santé : facultatifs	9
Sheiner L. (2013). Why the geographic variation in health care spending can't tell us much about the efficiency or quality of our health care system ?	9
Hôpital / Hospitals	9

Vigneron E., Haas S. (2013). Les séjours longs du court-séjour. Une approche territoriale	9
Halonen-Akatwijuka M., Propper C. (2012). Competition, Equity and Quality in Healthcare.....	10
Inégalités sociales de santé / Social inequalities of health	10
Abasolo I., Tsuchiya A. (2013). Egalitarianism and Altruism in Health: To What Extent are They Related?.....	10
Médicaments / Pharmaceuticals.....	10
Beranger J Tervé P (2013). L'éthique face aux conflits d'intérêts de la recherche pharmaceutique	11
Caulin C. (2013). Année 2012 du médicament : c'est la crise ! La période des trente glorieuses est derrière nous.	11
Boukris S. (2013). La fabrique de malades. Ces maladies qu'on nous invente	11
Houy N., Jelovac I. (2013). Drug Launch Timing and International Reference Pricing ...	11
Dave D.M. (2013). Effects of Pharmaceutical Promotion: A Review and Assessment ...	11
Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics	12
Scott L.J., Freese J. (2006). Regression models for categorical dependent variables using Stata	12
Hardin J.W., Hilbe J.W. (2012). Generalized linear models and extensions.....	12
(2010). Handbook of survey research.....	13
Politique de santé / Health policy	13
(2012). Rapport au Parlement 2012. Progrès et projets	13
(2013). Le rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes.....	14
Prévision – Evaluation / Prevision – Evaluation.....	14
Silva M.L.Späth H.M.Perrier L (2013). Le rôle des évaluations économiques dans la prise de décision en santé au niveau macro : une revue de la littérature.....	14
Buckley D.I., Ansari M., Butler M. (2013). The Refinement of Topics for Systematic Reviews: Lessons and Recommendations From the Effective Health Care Program. Methods Research Report.....	14
Psychiatrie / Psychiatry	15
(2013). Santé mentale et emploi : Belgique	15
Soins de santé primaires / Primary health care	15

Vallee J.P. (2013). Paiement à la performance au Royaume-Uni	15
(2013). Projets pilotes de parcours : Paerpa au 1er septembre 2013	16
Vaysette P. (2013). 400 maisons de santé	16
(2013). Filière gériatrique, réseau et Clic lié par un contrat de territoire	16
(2013). Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2013	16
Berenson R.A. (2013). SGR [Sustainable Growth Rate]: Data, Measures and Models; Building a Future Medicare Physician Payment System	17
(2013). Building European reference networks in health care. Exploring concepts and national practices in the European Union	17
Travail et santé / Health at work	17
(2012). Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? Étude sur dix pays européens	17
(2012). Point statistique AT-MP France. Données 2011	18
Viellissement / Ageing	18
Collombet C., Gimbert V. (2013). Vieillissement et espace urbain. Comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ?	18
Bloch M.A., Hosking A.S., Barreyre J.Y. (2012). Les aidants informels	18
Miolinier P. (2013). Le travail du care.	19
Libault D. (2013). Paerpa : Permettre la mobilisation.....	19
(2013). Observatoire des EHPAD 2013.....	19
Carretero S., Stewart J., Enteno C.e.A. (2012). Can Technology-based Services support Long-term Care Challenges in Home Care? Analysis of Evidence from Social Innovation Good Practices across the EU: CARICT Project Summary Report.....	19
Corsi M., Samek L.M. (2013). Active Ageing and Gender Equality	20
Bakx P., De Meiyer.C., Schut E. (2013). Going Formal or Informal, Who Cares? The Influence of Public Long-Term Care Insurance.....	20
Bloom D.E., Sousa-Poza A. (2013). Ageing and Productivity: Introduction	20

Assurance maladie / Health insurance

Villemeur A. (2013). La protection sociale : un investissement pour notre avenir.

Economie Humaines. Paris : Seuil

Abstract: Notre protection sociale est menacée par deux déficits. Celui, bien connu, de ses finances, qui nourrit l'inquiétude des Français sur l'avenir des retraites ou de l'assurance-

maladie. Celui, trop négligé, de sa légitimité auprès des jeunes générations. Les jeunes sont en effet les « oubliés » de la protection sociale et perdent confiance dans son avenir. Sans ressources et sans légitimité auprès des jeunes actifs, notre « Sécu » risque fort d'être démantelée au profit des assurances privées et des fonds de pension. Ce livre rompt avec l'alternative simpliste : préservation de l'existant ou sécurité sociale minimale. En se fondant sur les derniers travaux des sociologues et des économistes, l'auteur montre qu'une nouvelle voie est possible, celle de l'État social investisseur, en lieu et place de l'État-providence. Il décrit les dix orientations clés de cette refondation et explicite les nouveaux moyens de financement disponibles pour l'entreprendre. Mieux accueillir et éduquer les jeunes enfants, investir dans la santé, notamment des plus jeunes, sécuriser les parcours professionnels, être actif plus longtemps et en même temps favoriser l'emploi des jeunes, prendre soin des aînés, tout cela dessine un futur aux retombées économiques, financière- s et sociales des plus prometteuses. La protection sociale y puisera une nouvelle légitimité économique mais aussi sociale, car les jeunes générations en bénéficieront davantage. La « Sécu » ne sera plus une « charge » sociale, mais l'investissement le plus rentable pour notre avenir (4ème de couverture.)

Giedion U., Alfonso E.A., Diaz Y. (2013). The Impact of Universal Coverage UHC Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence. Washington : The World Bank

Abstract: UHC initiatives have sought to create awareness in and provide guidance to countries on how to improve the design and functioning of their health systems based on evidence of what works for achieving the goal of universal coverage. Meeting this goal is, however, challenging, because the available evidence rarely explores the causal link between the design features of these UHC schemes and the outcomes observed, and substantial heterogeneity exists regarding the robustness of the available evidence. Under these circumstances, providing meaningful guidance is not easy. This report contributes to the debate by systematically reviewing and synthesizing evidence concerning the impact of universal coverage schemes and combining it with a structured assessment of the robustness of such evidence. The review indicates that UHC interventions in low- and middle-income countries improve access to health care. It also shows, though less convincingly, that UHC often has a positive effect on financial protection, and that, in some cases it seems to have a positive impact on health status. The review also shows that the effect of UHC schemes on access, financial protection, and health status varies across contexts, UHC scheme design, and UHC scheme implementation processes
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Images/IMPACTofUHCschemesinDevelopingCountries-AReviewofExistingEvidence.pdf>

Jelovac I. (2013). Physicians' Balance Billing, Supplemental Insurance and Access to Health Care : Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique

Abstract: Some countries allow physicians to balance bill patients, that is, to bill a fee above the one that is negotiated with, and reimbursed by the health authorities. Balance billing is known for restricting access to physicians' services while supplemental insurance against balance billing amounts is supposed to alleviate the access problem. This paper analyzes in a theoretical setting the consequences of balance billing on the fees setting and on the inequality of access among the users of physicians' services. It also shows that supplemental insurance against the expenses associated with balance billing, rather than alleviating the access problem, increases it
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2215671

Fronstin P. (2013). Views on Health Coverage and Retirement: Findings from the 2012 Health Confidence Survey. *Ebri Notes*, 34 (1) : 2-8, tabl.

Abstract: This paper examines public opinion surrounding health insurance and retirement. The data come from the EBRI/MGA 2012 Health Confidence Survey (HCS), which explores

a broad spectrum of health care issues, including Americans' satisfaction with health care today, their confidence in the future of the nation's health care system and the Medicare program, as well as their attitudes toward certain aspects of health care reform. Earlier waves of the HCS are examined, as well. Health care expenses are a key component of spending in retirement. In 2009, health care accounted for 18 percent of expenses for people 85 and older, 15 percent of expenses for people ages 75-84, 12 percent of expenses for people ages 65-74, and 9 percent of expenses for people ages 50-64. Medicare beneficiaries ages 65 and older paid, on average, 13 percent of the cost of their health care services in 2009, while Medicare covered 59 percent, and private insurance covered 14 percent. The availability of health insurance may thus affect retirement decisions. More than one-half of Americans (54 percent) reported that access to health insurance in their retirement decision was extremely important, and another 28 percent reported it was very important in 2012. Overall, more than one-half of workers (53 percent) reported that they planned to work longer than they would like in order to continue receiving health insurance through work, although only 19 percent of retirees reported that they had worked longer than they would have liked in order to continue receiving health insurance through work. In 2003, 15 percent of workers reported that they would retire earlier than planned if they were guaranteed access to health insurance, but by 2012, 27 percent reported that they would retire earlier than planned under that condition. When it came to Medicare reform, more than 60 percent of the population opposed raising the eligibility age for full benefits to 68 and offering a reduced level of benefits at age 62. Twenty-seven percent somewhat opposed such a change in policy, while 36 percent strongly opposed it. However, strong opposition has fallen from 42 percent in 2005 to 36 percent in 2012. Only 1 in 10 (9 percent) strongly favored a policy that would raise the eligibility age for full benefits while lowering it for partial benefits, while 1 in 4 (26 percent) somewhat favored such a policy

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2209914

Economie / Economy

(2013). Tableaux de l'économie Française - Edition 2013. Collection Insee Références. Paris : INSEE.

Abstract: Les Tableaux de l'Économie Française (TEF) rassemble les principales données démographiques, économiques et sociales de la France. Cette édition présente une nouvelle fiche consacrée à l'entreprise au sens de la définition statistique introduite par la loi de modernisation de l'économie. L'ouvrage se compose de 88 fiches organisées autour de cinq grands thèmes : territoire-population, emploi-revenus, conditions de vie-société, économie-finances et système productif. Elles fournissent des informations récentes sur la France et des données pour la situer dans son contexte européen. Le lecteur y trouvera des commentaires, des tableaux, des graphiques, des définitions et une liste de publications spécialisées sur le thème

<http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2013/tef2013.pdf>

Economie de la santé / Health economics

Horenstein A.R., Santos M.S. (2013). A Cross-Country Analysis of Health Care Expenditures. Understanding the US Gap.

Miami : University of Miami

Abstract: This paper is concerned with growth patterns of US health care expenditures- . Within a representative sample of OECD countries, it lays out a growth accounting exercise for health care expenditures to assess the influence of several explanatory variables. Its analysis demonstrates that the relative price of medical care and some health care laws can trace down fairly well the differential increase in US medical expenditures over the period 1970-2007. It then explores some major factors driving US medical care prices - including prescription drugs, the degree of competition, malpractice, and out-of-pocket expenditures. Some other explanatory variables - income growth, technological change, life expectancy, physicians' compensation, trends in aging population, and defensive medicine - would seem unable to account for the differential increase in US medical expenditures over various time periods

<http://bus.miami.edu/assets/files/repec/WP2013-05.pdf>

Torjman S. (2013). Financing Long-Term Care: More Money in the Mix : Ottawa : Caledon Institute of Social Policy.

Abstract: This paper argues that new financing is required over and above existing sources of revenue to support home care and long-term care now and in future. A robust system of home care and long-term care will necessarily involve improvements to and efficiencies within the existing health care system. But innovations to the acute care side of the equation will resolve only part of the financing challenge for long-term care. The community components of health care need more money if they are to meet current and future demands – in both quality and quantity of service. The financing options proposed in this paper include public insurance, individual savings accounts and new fiscal arrangements, such as tax-assisted incentives or special loan arrangements. All the proposals require further study in order to determine their cost implications and administrative feasibility. The purpose of putting forward these options is to contribute to the financing conversation, which itself is in desperate need of enrichment

<http://www.caledoninst.org/Publications/PDF/1006ENG.pdf>

Etat de santé / Health status

Grosclaude P., Remontet L., Belot A., Danzon A., Rasamimanana Cerf N., Bossard N. (2013). Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim : Boulogne-Billancourt : INCA.

Abstract: L'objectif principal de cette étude est de fournir, pour 47 localisations de cancer, tous stades confondus, des estimations de survie brute et nette à 1, 3, 5 et 10 ans après un diagnostic de cancer, à partir des données de population fournies par les registres du réseau Francim. L'étude porte sur tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les personnes âgées de plus de 15 ans sur la période 1989-2004 soit 427 000 cas. Les résultats

sont présentés par sexe, classe d'âge et période de diagnostic

<http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/84-linstitut-national-du-cancer-r/7324-un-rapport-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france>

(2012). Europe in figure. Eurostat yearbook 2012. Statistical books. Luxembourg : Publications Office of the European Union.

Abstract: Europe in figures — Eurostat yearbook 2012 presents a comprehensive selection of statistical data on Europe. The yearbook may be viewed as an introduction to European statistics and provides guidance to the vast range of data freely available from the Eurostat website. Most data cover the period 2000-2010 for the European Union and some indicators are provided for other countries, such as members of EFTA, acceding and candidate countries to the European Union, Japan or the United States (subject to availability). With more than 470 statistical tables, figures and maps, the yearbook treats the following areas: economy and finance; population; health; education and training; labour market; living conditions and social protection; industry, trade and services; agriculture, forestry and fisheries; international trade; transport; environment; energy and science and technology
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-12-001

Colman C.J., Dave D.M. (2013). Physical Activity and Health : Cambridge : NBER

Abstract: While the link between physical activity and health has been studied, there are several limitations that persist in this literature relating to external and internal validity of the estimates, potential measurement error in self-reported weight and risk factors, failure to account for physical activity beyond exercise, and failure to separate the effects of exercise from other forms of physical activity. This study addresses these gaps and assesses plausibly causal effects of recreational exercise and other physical activity (including work-related activity) on the risk factors for heart disease, utilizing a population-based longitudinal dataset that contains objective information on key risk factors. We estimate fixed effects specifications that account for a host of unobservable confounding factors, and further estimate specifications with lagged outcome measures that allow us to bound plausibly causal effects under reasonable assumptions. There are four key patterns of results that emerge. First, the lagged effect of physical activity is almost always larger than the current effect. This suggests that current risk factors, not only obesity but also high blood pressure and heart rate, take years to develop, which underscores the importance of consistent physical activity to ward off heart disease. Second, we find that in general physical activity reduces risk factors for heart disease even after controlling, to some extent, for unobservable confounding influences. Third, not only recreational but work-related physical activity appears to protect against heart disease. Finally, there is evidence of a dose-response relationship such that higher levels of recreational exercise and other physical activity have a greater protective effect. Our estimates of the contemporaneous and durable effects suggest that the observed declines in high levels of recreational exercise and other physical activity can potentially account for between 12-30% of the increase in obesity, hypertension, diabetes, and heart disease observed over the sample period, ceteris paribus
<http://papers.nber.org/papers/w18858>

Halmdienst N., Winter-Ebmer R. (2013). Long-Run Effects of Childhood Shocks on Health in Late Adulthood. Evidence from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe : Linz : Johannes Kepler University of Linz

Abstract: This paper addresses the long-run effects of childhood shocks on health in late adulthood. Applying a life-course approach and data from SHARE we estimate direct and indirect effects of shocks like relocation, dispossession, or hunger on health outcomes after age fifty. Having lived in a children's home, in a foster family, or having suffered a period of

hunger turn out to be the most detrimental. Using a finite mixture model, which allows to classify the associations between shocks and later health into a-priori unknown groups, it shows that some adverse shocks have opposite effects for specific groups

<http://www.econ.jku.at/papers/2013/wp1302.pdf>

Géographie de la santé / Geography of health

Bonhomme C (2013). Au Danemark, un dossier patient informatisé du territoire. *Revue Hospitalière de France*, (550) : 20-22.

(2013). Programmes territoriaux de santé : facultatifs. *Réseaux Santé & Territoire*, (48) : 20-25.

Abstract: Les programmes territoriaux de santé (PTS) sont des éléments facultatifs d'un projet régional de santé (PRS). Quelques régions se sont lancées dans ce travail, pendant la préparation ou après l'adoption du PRS. Leur volonté a été d'impliquer les acteurs d'un territoire donné pour construire puis mettre en oeuvre des programmes d'actions qui répondent aux besoins

Sheiner L. (2013). Why the geographic variation in health care spending can't tell us much about the efficiency or quality of our health care system ? Washington : Federal Reserve Board

Abstract: This paper examines the geographic variation in Medicare and non-Medicare health spending and finds little support for the view that most of the variation is attributable to differences in practice styles. Instead, I find that socioeconomic factors that affect the need for medical care, as well as interactions between the Medicare system, Medicaid, and private health spending, can account for most of the variation in Medicare spending. Furthermore, I find that the health spending of the non-Medicare population is not well correlated with Medicare spending, suggesting that Medicare spending is not a good proxy for average health spending by state. Finally, there is a negative correlation between the level and growth of Medicare spending: Low-spending states are not low-growth states and are thus unlikely to provide the key to curbing excess cost growth in Medicare. ; The paper also explores the econometric differences between controlling for health attributes at the state level vs the individual level. I show that a state-level approach is better at controlling for health attributes and argue that this econometric difference likely explains most of the difference between my results and those of the Dartmouth group. ; More broadly, the paper shows that the geographic variation in health spending does not provide a useful measure of the inefficiencies of our health system. States where Medicare spending is high are very different in multiple dimensions from states where Medicare spending is low, and thus it is difficult to isolate the effects of differences in health spending intensity from the effects of the differences in the underlying state characteristics. I show, for example, that the relationships between health spending, physician composition and quality are likely the result of omitted factors rather than the result of causal relationships

<http://www.federalreserve.gov/pubs/feds/2013/201304/201304pap.pdf>

Hôpital / Hospitals

Vignerot E., Haas S. (2013). Les séjours longs du court-séjour. Une approche territoriale : Paris : Fehap.

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon et Véronique Suhard

Page 1 sur 19

www.irdes.fr/EspaceDoc

www.irdes.fr/EspaceDoc/Veille.html

Abstract: Ce travail réalise une observation approfondie des séjours longs en MCO, de leur nombre, proportion et répartition selon les disciplines, établissements et territoires. Son premier résultat est de faire émerger des caractéristiques inattendues, particulièrement stimulantes au regard des présupposés associés à la notion de séjour long en milieu hospitalier. Naturellement, le cheminement de cette étude conduit à s'interroger sur la construction des bornes hautes qui, aujourd'hui, sont une composante discrète mais importante du fonctionnement de la tarification à l'activité (T2A). Il y a lieu de souligner à cette occasion que la T2A a été longtemps, et demeure pour une large part encore, une tarification à la durée moyenne de séjour. Le caractère adapté de ce mode de tarification pour de nombreuses activités hospitalières est aujourd'hui en débat dans le cadre des travaux du « pacte de confiance ». Par une approche territoriale, l'étude développe ensuite des analyses sur la dimension plus globale des parcours de soins et d'accompagnement des patients, le séjour long pouvant constituer également un clignotant de difficultés tant internes qu'externes aux établissements de santé publics, privés non lucratifs et de statut commercial, selon leurs activités, implantations et environnements

Halonen-Akatwijuka M., Propper C. (2012). Competition, Equity and Quality in Healthcare : Bristol : University of Bristol

Abstract: This paper focuses on the implications of consumer heterogeneity for whether competition will improve outcomes in health care markets. It shows that competition generally favours the majority group as higher quality for the majority is an effective way to increase the quality signal and attract patients. A regulator who is concerned about equity may protect the minority group by not introducing competition. Alternatively, if the minority group is favoured by the providers under monopoly, competition can improve equity by forcing the providers to increase quality for the majority group

<http://www.bristol.ac.uk/cmpo/publications/papers/2012/wp296.pdf>

Inégalités sociales de santé / Social inequalities of health

Abasolo I., Tsuchiya A. (2013). Egalitarianism and Altruism in Health: To What Extent are They Related? Sheffield : University of Sheffield

Abstract: The theoretical constructs of egalitarianism and altruism are different from each other, yet there may be associations between the two at the empirical level. This paper explores the empirical relationship between egalitarianism and altruism, in the context of health. A representative sample of the Spanish population was interviewed in 2004 (n=801). We specify a model that explains the propensity of an individual to be egalitarian in terms of altruism and other background characteristics. In this paper, individuals who prefer a hypothetical policy that reduces inequality in health outcomes over another that does not are regarded 'egalitarian'. 'Altruism' in the health context is captured by whether or not the same respondents are (or have been) regular blood donors, provided they are medically able to donate. Probit models are specified to estimate the relationship between egalitarianism and altruism, thus defined. Overall, 75% of respondents are found to be egalitarians, whilst 34% are found to be altruists. We find that, once controlled for background characteristics, there is a statistically significant empirical relationship between egalitarianism and altruism in the health context. In particular, altruist individuals have an 11% higher probability to be egalitarians than those who are not

<http://ideas.repec.org/p/shf/wpaper/2013003.html>

Médicaments / Pharmaceuticals

Beranger J Tervé P (2013). L'éthique face aux conflits d'intérêts de la recherche pharmaceutique. *Gestions Hospitalières*, (522) : 43-45.

Caulin C. (2013). Année 2012 du médicament : c'est la crise ! La période des trente glorieuses est derrière nous. Première partie : aucun médicament innovant destiné aux soins primaires n'a été mis sur le marché en France en 2012. *Médecine : Revue de L'Unaformec*, 9 (1) : 12-16.

Abstract: Depuis le drame du Médiator®, les pouvoirs publics et les autorités médiatiques semblent avoir oublié que les médicaments ne sont pas seulement un danger potentiel mais qu'ils peuvent également traiter des malades. Nul ne semble plus se préoccuper de l'efficacité. Une nouvelle « agence du médicament » est née en France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). La Commission d'AMM (créée en 1978) cesse ses activités en décembre 2012, l'ANSM ne rédige plus de recommandations pour la pratique. L'impression de « progrès thérapeutique continu » qui avait baigné la fin du vingtième siècle et conditionnait l'apprentissage de la médecine s'est dissipée. Pour le médecin d'aujourd'hui, la croissance du choix médicamenteux large et renouvelé est achevée. Il nous faut en prendre conscience et nous habituer à la croissance zéro. Sommes-nous dans une crise conjoncturelle, une crise structurelle ? Faut-il rechercher une transition « écologique » du médicament ou souhaiter pour l'avenir une décroissance ?

Boukris S. (2013). La fabrique de malades. Ces maladies qu'on nous invente. Collection Documents. Paris : Le Cherche Midi

Abstract: Cet ouvrage évoque la 'médecine marketing' et montre comment on manipule médecins et malades en jouant sur les peurs, comment on médicalise nos vies pour pratiquer davantage d'examen biologiques, de radiographies et faire consommer toujours plus de médicaments. Transformer des sujets bien portants en malades potentiels, tel est l'objectif de certains secteurs médicaux, privés ou publics, qui transmettent un message trompeur, lequel engendre de l'anxiété et génère un gâchis financier (d'après 4ème de couverture.)

Houy N., Jelovac I. (2013). Drug Launch Timing and International Reference Pricing : Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique

Abstract: This paper analyzes the timing decisions of pharmaceutical firms to launch a new drug in countries involved in international reference pricing. It shows three important features of launch timing when all countries reference the prices in all other countries and in all previous periods of time. First, there is no withdrawal of drugs in any country and in any period of time. Second, there is no strict incentive to delay the launch of a drug in any country. Third, whenever the drug is sold in a country, it is also sold in all countries with larger willingness to pay. It then shows that the three results do not hold when the countries only reference a subset of all countries. The first two results do not hold when the reference is on the last period prices only

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2207816

Dave D.M. (2013). Effects of Pharmaceutical Promotion: A Review and Assessment : Cambridge : NBER

Abstract: This review discusses the role of consumer-directed and physician-directed promotion in the pharmaceutical market, based on the classic conceptual framework of whether such promotion is "persuasive" and/or "informative". Implications for public health and welfare partly depend on whether, and to what extent, advertising: 1) raises "selective" or brand-specific demand versus "primary" or industry-wide demand; 2) impacts drug costs; and 3) impacts competition. Empirical evidence from the literature bearing on these effects is surveyed. These studies show that pharmaceutical promotion has both informative and persuasive elements. Consumer advertising is more effective at enlarging the market, educating consumers, inducing physician contact, expanding drug treatment, and promoting

adherence among existing users. Physician advertising is primarily persuasive in nature, effectively increasing selective brand demand. There is no strong evidence the drug promotion deters entry, and there is some suggestive evidence that it may even be mildly pro-competitive. There is also no strong evidence that either consumer- or provider-directed promotion substantially raises retail-level prices. While all of these effects point to welfare improvements as a result of pharmaceutical promotion, there is also evidence that consumer ads may induce overuse and overtreatment in certain cases. Market expansion, overtreatment and shifting brands for non-therapeutic reasons further raise the concern of a sub-optimal patient-drug match at least for some marginal patients. A comprehensive evaluation of the welfare effects of pharmaceutical promotion requires a balanced assessment of these benefits and costs

<http://papers.nber.org/papers/w18830>

Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

Scott L.J., Freese J. (2006). Regression models for categorical dependent variables using Stata : Texas : Stata press

Abstract: This book shows how to use Stata to fit and interpret regression models for categorical data. Nearly 50% longer than the previous edition, the second edition covers new topics for fitting and interpreting models included in Stata 9, such as multinomial probit models, the stereotype logistic model, and zero-truncated count models. Many of the interpretation techniques have been updated to include interval and point estimates. Although regression models for categorical dependent variables are common, few texts explain how to interpret such models; Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata, Second Edition fills this void. To accompany the book, Long and Freese provide a suite of commands for hypothesis testing and model diagnostics. The second edition begins with an excellent introduction to Stata and follows with general treatments of estimation, testing, fit, and interpretation in this class of models. Long and Freese detail binary, ordinal, nominal, and count outcomes in separate chapters. The final chapter explains how to fit and interpret models with special characteristics, such as interaction, nonlinear terms, and ordinal and nominal independent variables. One appendix explains the syntax of the author-written commands, and a second appendix details the book's datasets. Long and Freese use many concrete examples in their second edition. All the examples, datasets, and author-written commands are available on the authors' website, so readers can easily replicate the examples when using Stata. This book is ideal for students or applied researchers who want to learn how to fit and interpret models for categorical data (4e de couverture)

<http://www.stata.com/bookstore/regression-models-categorical-dependent-variables>

Hardin J.W., Hilbe J.W. (2012). Generalized linear models and extensions : Texas : Stata press

Abstract: Generalized linear models (GLMs) extend linear regression to models with a non-Gaussian, or even discrete, response. GLM theory is predicated on the exponential family of distributions—a class so rich that it includes the commonly used logit, probit, and Poisson models. Although one can fit these models in Stata by using specialized commands (for example, logit for logit models), fitting them as GLMs with Stata's glm command offers some advantages. For example, model diagnostics may be calculated and interpreted similarly regardless of the assumed distribution. This text thoroughly covers GLMs, both theoretically and computationally, with an emphasis on Stata. The theory consists of showing how the various GLMs are special cases of the exponential family, showing general properties of this family of distributions, and showing the derivation of maximum likelihood (ML) estimators and

standard errors. Hardin and Hilbe show how iteratively reweighted least squares, another method of parameter estimation, are a consequence of ML estimation using Fisher scoring. The authors also discuss different methods of estimating standard errors, including robust methods, robust methods with clustering, Newey–West, outer product of the gradient, bootstrap, and jackknife. The thorough coverage of model diagnostics includes measures of influence such as Cook's distance, several forms of residuals, the Akaike and Bayesian information criteria, and various R²-type measures of explained variability. After presenting general theory, Hardin and Hilbe then break down each distribution. Each distribution has its own chapter that explains the computational details of applying the general theory to that particular distribution. Pseudocode plays a valuable role here, because it lets the authors describe computational algorithms relatively simply. Devoting an entire chapter to each distribution (or family, in GLM terms) also allows for the inclusion of real-data examples showing how Stata fits such models, as well as presenting certain diagnostics and analytical strategies that are unique to that family. The chapters on binary data and on count (Poisson) data are excellent in this regard. Hardin and Hilbe give ample attention to the problems of overdispersion and zero inflation in count-data models. The final part of the text concerns extensions of GLMs, which come in three forms. First, the authors cover multinomial responses, both ordered and unordered. Although multinomial responses are not strictly a part of GLM, the theory is similar in that one can think of a multinomial response as an extension of a binary response. The examples presented in these chapters often use the authors' own Stata programs, augmenting official Stata's capabilities. Second, GLMs may be extended to clustered data through generalized estimating equations (GEEs), and one chapter covers GEE theory and examples. Finally, GLMs may be extended by programming one's own family and link functions for use with Stata's official glm command, and the authors detail this process. In addition to other enhancements—for example, a new section on marginal effects—the third edition contains several new extended GLMs, giving Stata users new ways to capture the complexity of count data. New count models include a three-parameter negative binomial known as NB-P, Poisson inverse Gaussian (PIG), zero-inflated generalized Poisson (ZIGP), a rewritten generalized Poisson, two- and three-component finite mixture models, and a generalized censored Poisson and negative binomial. This edition has a new chapter on simulation and data synthesis, but also shows how to construct a wide variety of synthetic and Monte Carlo models throughout the book (4e de couverture) <http://www.stata.com/bookstore/generalized-linear-models-and-extensions>

(2010). Handbook of survey research : Bingley : Emerald Group Publishing Company
Abstract: This book is divided into three parts. Part 1 provides a general background for what follows; it includes both a discussion of the substantive importance of dynamic analyses in sociology and a review of models and methods previously used by sociologists interested in the empirical study of social dynamics. Part 2 contains eight chapters on models and methods for analyzing change in qualitative outcomes; it concentrates mainly on methods based on analyses of event-history data. Part 3 contains six chapters on comparable models and methods for analyzing change in quantitative outcomes; it focuses primarily on methods based on analysis of panel data

Politique de santé / Health policy

(2012). Rapport au Parlement 2012. Progrès et projets : Paris : Institut des données de santé.

Abstract: Le rapport 2012 de l'IDS (Institut des données de santé) traduit de nouveaux progrès dans tous les domaines confiés par le législateur à l'Institut : un accroissement du nombre d'acteurs de la santé et de la protection sociale ayant accès aux données

anonymisées des systèmes d'information ambulatoire et hospitalier pour améliorer leur connaissance ; la création de nouvelles bases pour couvrir de nouveaux besoins, comme le système national des données mutualistes, maintenant opérationnel et comportant cinq millions de personnes ; la mise en commun de données pour accroître les possibilités d'analyse, comme le test réussi mené avec les assureurs maladie obligatoires et complémentaires afin de mieux caractériser le reste à charge final des assurés ; la finalisation de 29 des 30 tableaux de bord souhaités par les partenaires de l'Institut, constituant le service d'aide à la décision ; la poursuite des travaux sur la qualité et la cohérence des bases, par exemple l'accroissement de la profondeur de l'historique des données ambulatoires et hospitalières, fondamental pour la santé publique ; l'accès désormais en routine des organismes de recherche aux systèmes d'information publics ; des travaux de fond pour réunir les conditions de mise en commun de données tout en assurant l'anonymat des personnes. Ces progrès ont conduit ses membres à souhaiter la reconduction de l'Institut des données de santé (tiré de l'éditorial)

http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/telechargements/RA_IDS_2012.pdf

(2013). Le rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes. 3 tomes : Paris : Cour des comptes.

Abstract: La Cour des comptes a rendu, le 12 février 2013, son rapport public annuel (RPA). Le premier tome comporte les observations et recommandations de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC) sur des sujets traités en 2012. Dans le domaine de la santé, on retiendra la réforme qualifiée d'inaboutie du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés, les restructurations hospitalières, avec trois illustrations des difficultés rencontrées, la lutte contre la maladie d'Alzheimer, une politique de santé publique à consolider, et enfin le RSA « activité », une prestation peu sollicitée à l'impact restreint, et dont les lacunes sont déjà bien identifiées. Le deuxième tome est consacré aux suites données par les institutions et organismes contrôlés aux observations et recommandations formulées les années précédentes. Dix ans après un précédent rapport portant sur la gestion du risque AT-MP, la Haute juridiction financière est revenue sur ce thème, analysant le rôle spécifique de la branche dans la prévention des risques professionnels. Autre sujet, les téléservices publics de santé. La Cour déplore une nouvelle fois des problèmes de gouvernance, l'absence particulièrement anormale de stratégie dans le déploiement du dossier médical personnel (DMP) et souligne qu'il est à ce stade impossible d'évaluer l'efficacité du DMP, faute d'un volume suffisant de documents saisis dans les dossiers. Alors qu'elle constate "une forte dynamique" des téléservices, la Cour critique la complexité du pilotage assuré par l'Etat (pas moins de trois maîtrises d'ouvrage stratégiques), et un manque de concertation de la CNAMTS avec les autres régimes dans la mise en oeuvre d'une plateforme de téléservices

<http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/Le-rapport-public-annuel-2013>

Prévision – Evaluation / Prevision – Evaluation

Silva M.L.Späth H.M.Perrier L (2013). Le rôle des évaluations économiques dans la prise de décision en santé au niveau macro : une revue de la littérature. *Journal d'Economie médicale*, 30 (4) : 231-251.

Buckley D.I., Ansari M., Butler M. (2013). The Refinement of Topics for Systematic Reviews: Lessons and Recommendations From the Effective Health Care Program. *Methods Research Report.* Rockville : AHRQ.

Abstract: Les Evidence-based Practice Centers (EPCs) ont été mis en place par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) aux États-Unis dans le but d'effectuer des examens systématiques sur des sujets de santé qui ont fait l'objet d'un processus de raffinement afin d'assurer leur pertinence et leur utilité. Ce rapport produit par un groupe de travail de l'AHRQ évalue les pratiques actuelles de raffinement de sujet et offre des recommandations sur les pratiques exemplaires

http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/456/1188/TopicRefinementMethods_DraftReport_20120713.pdf

Psychiatrie / Psychiatry

(2013). Santé mentale et emploi : Belgique : Paris : OCDE.

Abstract: Les pays de la zone OCDE sont de plus en plus nombreux à reconnaître que la mauvaise santé mentale constitue un problème pour les politiques sociales et du marché du travail : elle génère en effet des coûts importants pour les personnes concernées, les employeurs et l'économie tout entière en se répercutant négativement sur l'emploi, en aggravant le chômage et en induisant des pertes de productivité. Face au défi que représente la mauvaise santé mentale au travail, le dispositif institutionnel de la Belgique possède des atouts importants, et ce pour trois raisons principales. En premier lieu, la législation du travail, très progressiste, met fortement l'accent sur la prévention des troubles mentaux ; deuxièmement, les personnes souffrant de ce type de troubles perçoivent généralement des indemnités de chômage plutôt qu'une pension d'invalidité lorsqu'elles perdent leur emploi, ce qui maintient un lien étroit avec le marché du travail et facilite leur réintégration ; enfin, le régime intégré de prestations de maladie et d'invalidité est idéal pour assurer le suivi des maladies, la rapidité des interventions et l'efficacité des mécanismes de retour au travail. Il n'en reste pas moins que le système actuel pêche au niveau de la mise en oeuvre, et qu'il reste à la fois passif et réactif ; par ailleurs, il n'est pas exploité de manière à éviter que les personnes atteintes de troubles mentaux se coupent du marché de l'emploi. Très prometteuse, la récente tentative de rapprochement effectuée par les services publics de l'emploi (surtout en Flandre) vis-à-vis du secteur de la santé mentale et d'autres systèmes de prestations, afin de mieux (ré-)intégrer les personnes qui présentent des troubles mentaux, devrait permettre d'améliorer la situation de ces personnes en matière d'emploi et de bien-être social. Il faudra que les employeurs, la médecine du travail et les sociétés d'assurance maladie (les mutualités) adoptent une approche plus proactive, et que se mettent en place des mécanismes de cofinancement systématique entre les différents secteurs, afin de concevoir des modèles de coopération et d'intégration des services. La réforme en cours dans le secteur de la santé mentale fournit l'occasion idéale d'intégrer les services de la santé et de l'emploi

Soins de santé primaires / Primary health care

Vallee J.P. (2013). Paiement à la performance au Royaume-Uni. Annals of Family Medicine, 2012 : impact sur la qualité et les résultats sanitaires. *Médecine : Revue de L'Unafomec*, 9 (1) : 33-35.

Abstract: Le UK Quality and Outcomes Framework (QOF) mis en oeuvre en avril 2004 est sans doute l'approche nationale la plus exhaustive au monde de rémunération à la performance (P4P). C'est une intervention complexe intriquant incitations financières et large utilisation des nouvelles technologies de l'information. Il vise à promouvoir des soins structurés, appuyés sur un travail d'équipe, avec pour objectif l'atteinte de « cibles » définies

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon et Véronique Suhard

Page 1 sur 19

www.irdes.fr/EspaceDoc

www.irdes.fr/EspaceDoc/Veille.html

sur des données factuelles, comptabilisée en points (maximum 1 000/an, en majorité indicateurs cliniques dans 20 pathologies chroniques), chacun valant en 2011-2012 130 £ (environ 156 e). En 2009-2010, chacun des 152 Primary Care Trusts du Royaume-Uni, équivalent approximatif (la réalité est beaucoup plus complexe) de pôles ou autres maisons de santé dans le système français, a obtenu entre 878 et 972 points, ce qui a représenté une augmentation de revenu conséquente - et discutée - pour les professionnels travaillant dans ces structures

(2013). Projets pilotes de parcours : Paerpa au 1er septembre 2013. *Réseaux Santé & Territoire*, (48) : 9-11.

Abstract: Cet article revient sur la proposition de projets pilotes par les ARS (agences régionales de santé) sur les parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) qui pourra être lancée après la diffusion du cahier des charges prévu à l'article 48 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. Tout devra être prêt pour un démarrage effectif des nouvelles expérimentations à partir du 1er septembre 2013

Vaysette P. (2013). 400 maisons de santé. *Réseaux Santé & Territoire*, (48) : 14-19.

(2013). Filière gériatrique, réseau et Clic lié par un contrat de territoire. *Réseaux Santé & Territoire*, (48) : 30-31.

Abstract: Sur un morceau de la Capitale (3 arrondissements sur 20), un contrat de territoire a été signé le 21 janvier 2013 entre trois institutions : ARS, département-ville de Paris, assurance maladie, et trois structures où des acteurs de terrain sont déjà engagés dans une meilleure coordination : une filière gériatrique, un réseau et un Clic. L'objectif est d'expérimenter un parcours de soins des personnes âgées en vue d'une meilleure qualité des soins et d'une plus grande efficacité. Le contrat a été signé pour trois ans

(2013). Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2013 : Paris : CNOM.

Abstract: Pour la 10ème année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins assurée par les médecins généralistes et sur les modalités de son organisation. L'année 2012 aura été marquée par la publication de la quasi-totalité des cahiers des charges régionaux de la permanence des soins en métropole comme en Outre-mer. Désormais, la permanence des soins est organisée sur des territoires plus larges et par définition moins nombreux. Après minuit, elle n'est plus assurée par les médecins généralistes dans plus de la moitié des territoires et les établissements de santé prennent le relais. Il est également prévu de développer le modèle de grands effecteurs mobiles sillonnant le département après minuit. Les consultations médicales sur point fixe sont définies comme le mode normal d'accès à la permanence des soins et le renforcement de la régulation médicale libérale est prévu. Si l'enquête portant sur l'année 2012 démontre une nouvelle fois que les médecins ont assumé, vis-à-vis de la population, leur responsabilité professionnelle sur l'ensemble du territoire national, on doit s'alarmer d'une situation qui s'est globalement dégradée. Les Conseils départementaux nous alertent, à nouveau, sur les effets délétères de la pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court, sur le vieillissement des médecins assurant la permanence des soins et le déclin du volontariat. On ne peut, à ce jour, apprécier les effets des mesures prises par les directeurs généraux d'ARS dans le cadre des cahiers des charges régionaux qui viennent d'entrer en vigueur même si l'on doit regretter que leurs marges de manœuvre aient été faibles en raison d'enveloppes financières fermées. D'ores et déjà, il est évident que ces mesures auront un effet bénéfique ou stabilisateur partout où elles ont été prises de façon consensuelle avec les médecins qui sont les acteurs de la permanence des soins et leurs représentants. Lorsque ce n'est pas le cas, la situation ne pourra qu'empirer

Berenson R.A. (2013). SGR [Sustainable Growth Rate]: Data, Measures and Models; Building a Future Medicare Physician Payment System : Washington : Urban Institute.

Abstract: On February 14, 2013, Urban Institute Fellow Robert Berenson testified before the House of Representatives Committee on Energy and Commerce on ways to improve the Medicare physician payment system. While everyone agrees that paying for value and not volume is important, Dr. Berenson argues value should be derived from how well particular services are performed as well as the mix of services beneficiaries receive. The current Medicare Fee Schedule reimburses too many technically oriented services and procedures, and not enough patient-clinician interactions to diagnose, and develop treatment approaches consistent with a patient's values and preferences. Nor does it encourage care coordination and other patient-centered activities that could improve patient outcomes

http://www.urban.org/UploadedPDF/901556-SGR-Data-Measures-and-Models.pdf?RS-SFeed=UI_Health/Healthcare.xml

(2013). Building European reference networks in health care. Exploring concepts and national practices in the European Union. Observatory Studies Series ; 28. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: Conformément à la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, le développement de réseaux européens de référence a été promu comme l'un des principaux domaines de la coopération transfrontalière entre les États membres. Ces réseaux visent à améliorer l'accès aux soins de santé spécialisés et de qualité élevée et la prestation de tels soins à tous les patients qui en ont besoin, et à constituer des points focaux en matière de formation et de recherche médicales ainsi que de diffusion de l'information et d'évaluation, en particulier pour les maladies rares. L'idée de mutualiser les ressources de cette manière s'apparente aux efforts visant à concentrer les services spécialisés de soins de santé en raison des contraintes financières, des pénuries de main-d'œuvre et de l'attention croissante portée à la qualité et à la sécurité. Cet ouvrage examine le mode de développement des réseaux de référence dans les pays européens, le type de pathologies ou d'interventions concerné, les motivations derrière leur mise en place, les processus réglementaires et administratifs en cause, ainsi que les dispositions financières nécessaires. Cette étude met en évidence les principaux défis et implications politiques liés à l'instauration du concept des réseaux de référence aux niveaux national et européen, et aidera les responsables politiques, les professionnels de la santé, les administrateurs et d'autres personnes concernées à la mise en œuvre de la directive

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/building-european-reference-networks-in-health-care.-exploring-concepts-and-national-practices-in-the-european-union>

Travail et santé / Health at work**(2012). Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail ? Étude sur dix pays européens** : Paris : Eurogip.

Abstract: Ce rapport fait le point sur les pratiques actuelles dans dix pays européens - Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse - en matière de reconnaissance des maladies psychiques (possibilité de reconnaissance ou non, système de liste ou complémentaire, critères en vigueur), de méthodes d'évaluation de ces maladies, d'indemnisation des préjudices et enfin de quantification du phénomène (statistiques, typologie de cas reconnus). La reconnaissance des suicides au travail comme accidents du travail est également traitée

http://www.eurogip.fr/fr/docs/Eurogip_81FR_Reco_patho_psy_travail_Europe.pdf

(2012). Point statistique AT-MP France. Données 2011 : Paris : Euroqip.

Abstract: Ce document présente une synthèse descriptive des principales données statistiques disponibles sur les accidents du travail (AT) les accidents de trajet et les maladies professionnelles (MP) en France

http://www.euroqip.fr/fr/docs/Euroqip_Point_stat_Fr11_79FR.pdf

Vieillesse / Ageing

Collombet C., Gimbert V. (2013). Vieillesse et espace urbain. Comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ? *Note d'Analyse (La)*, (323) : -11p.

Abstract: En 2035, les personnes ayant 60 ans ou plus devraient représenter 31 % de la population française et celles âgées de plus de 75 ans, 13,6 % (contre respectivement 21 % et 8,5 % en 2007). Que les aînés soient en bonne santé ou dépendants, ils préfèrent rester à leur domicile, ce qui nécessite des politiques de prévention et de soutien. L'adaptation de l'espace urbain, au-delà de celle du logement, est indispensable pour répondre à cet objectif. Alors que les actions des municipalités sont nombreuses au niveau international, notamment dans le cadre de l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) "Villes-amies des aînés", l'analyse des bonnes pratiques en France et à l'international permet d'identifier les principales caractéristiques d'une ville adaptée à une population vieillissante. C'est idéalement une ville dense, qui réalise de multiples "microadaptations" pour assurer une libre circulation des usagers, qui incite les aînés à être en activité, à rester en bonne santé et à participer aux projets de transformation des villes. Cette note propose quelques pistes concrètes pour encourager les villes françaises à s'inscrire dans la démarche OMS et à relever le défi du vieillissement, participant ainsi au bien-être de tous

<http://www.strategie.gouv.fr/content/vieillesse-espace-urbain-na-323>

Bloch M.A., Hosking A.S., Barreyre J.Y. (2012). Les aidants informels. *Vie Sociale*, (4) : -216p.

Abstract: Environ 7 % de la population française répondent aux critères de définition d'un « aidant principal », c'est-à-dire qui consacre une part importante de son temps personnel à aider un proche rendu dépendant par la maladie, le handicap ou le grand âge ; deux millions de personnes sont « aidant principal » selon l'Union nationale des associations familiales (Unaf). Par ailleurs, si pour une personne âgée sur cinq vivant à domicile, l'aide est uniquement formelle, c'est-à-dire émanant de professionnels exclusivement rémunérés à cet effet, pour les quatre autres, l'aide est le fait de proches parents ou consiste en un mélange des deux formules. Cela explique la diversité de la terminologie, en lien avec des statuts, des formes d'indemnisation, des dispositions législatives. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour décrire cette nouvelle catégorie d'acteur social : tiers digne de confiance, aidant familial, aidant naturel, accompagnant, (étymologiquement « celui qui partage le pain... »), aidant informel, expression retenue par le Conseil de l'Europe... Cette définition a été choisie dans cette étude de *Vie sociale*, en privilégiant l'idée d'une modalité d'action certes inscrite dans le paysage de l'action sociale et médico-sociale, mais ne relevant pas de formes d'organisation structurées par des normes juridiques, ni même de conventions sociales assurant une standardisation quelconque. Les aidants sont dits informels parce qu'ils épousent des formes dans des espaces privés, dans des contextes relationnels singuliers qui échappent pour une grande part à la visibilité de ces autres aidants que sont les professionnels du soin et de l'accompagnement social. Ce thème appelle un nombre considérable d'interrogations qui expliquent la multiplication récente de publications de toute nature sur les aidants. Le vieillissement de la population, la crise du système de protection sociale, la difficulté à traiter politiquement de la question de la dépendance au-

delà de plans (Alzheimer, cancer...), la pression sociale visant la reconnaissance de l'aide informelle, la demande de formation et de professionnalisation constituent des éléments qui justifient la présente tentative d'y voir un peu plus clair dans ce numéro de Vie Sociale (4e de couverture).

<http://www.cedias.org/revue/aidants-informels>

Miolinier P. (2013). Le travail du care. Le genre du monde. Paris : La Dispute

Abstract: Le care, ou le souci des autres, est une zone de conflits, de tiraillements et de dominations. Celle, notamment, du travail salarié des professionnels du soin et de l'assistance, constitué essentiellement d'un salariat féminin subalterne, surexploité et stigmatisé par son "manque de qualification" et parfois sa couleur de peau ; celle, aussi du travail domestique, toujours inégalement distribué. Or, si on ne pourra jamais évacuer complètement le "sale boulot", il est urgent de penser une transformation politique du travail et de la société en plaçant le care au centre de la réflexion sur le travail. Pascale Molinier renouvelle ses recherches sur les enjeux psychiques du travail et sur les théories et pratiques du care en s'appuyant sur une enquête approfondie de l'activité des pourvoyeuses du care dans une maison de retraite de la région parisienne. Elle analyse notamment les conflits et tensions entre les cadres et les salariées, et montre que l'empathie pour les vieillards ne peut jamais être comprise en dehors de ces conflits pratiques et hiérarchiques. Le livre fait entendre, dans une écriture fluide, accessible et vivante, la voix des travailleuses du care et les fait dialoguer avec le meilleur de la philosophie morale. Cet ouvrage défend une position singulière, sensible et forte au sein des débats contemporains autour du care et propose de changer regard sur le travail, sur le soin et sur la société (4e de couverture)

<http://www.decitre.fr/livres/le-travail-du-care-9782843032400.html>

Libault D. (2013). Paerpa : Permettre la mobilisation. *Réseaux Santé & Territoire*, (48) : 12-13.

Abstract: Dominique Libault préside le Comité national de pilotage sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) depuis son installation en avril 2012. Ce comité a eu mission initiale de préparer le cahier des charges de la nouvelle expérimentation inscrite dans la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. Cet article rapporte ses propos sur les objectifs du Paerpa

(2013). Observatoire des EHPAD 2013 : Paris : KPMG.

Abstract: L'objectif de l'observatoire EHPAD 2013 est de restituer et d'analyser les principaux ratios économiques et financiers caractéristiques de la gestion de ces structures : taux d'occupation, coût par résident, coût moyen du personnel par fonction, coût des locaux, coût de la restauration, etc. L'observatoire EHPAD 2013 a été conçu à partir de données portant sur l'exercice 2011, auprès de 323 établissements publics et Privés Non Lucratifs (PNL)

<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2013-KPMG.pdf>

Carretero S., Stewart J., Enteno C.e.A. (2012). Can Technology-based Services support Long-term Care Challenges in Home Care? Analysis of Evidence from Social Innovation Good Practices across the EU: CARICT Project Summary Report :

Luxembourg : Office des Publications de l'Union européenne

Abstract: The main results show that there is a wide range of successful, not very costly and beneficial examples of ICT-based support for carers across Europe. The cross-analysis indicated that these services had positive impacts on the quality of life of elderly people and informal carers, the quality of care and the financial sustainability of the health and social systems

<http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC77709.pdf>

Corsi M., Samek L.M. (2013). Active Ageing and Gender Equality : Bruxelles : ULB/CEB

Abstract: Ageing is a distinctly gendered phenomenon, women being increasingly represented in the older cohorts of the European population, due to their longer life expectancy than men. Furthermore, gender differences and inequalities are a fundamental feature of social exclusion and poverty in old age. The twofold discrimination against older women workers based on gender and age stereotypes, combined with their greater vulnerability in the labour market caused by women-specific work trajectories (i.e. career breaks, part-time employment and the gender pay gap) compound with institutional arrangements in producing higher risks of poverty in old age for women than for men. While inadequate or obsolete skills remain the main barriers for older workers to remain in or re-enter the labour market, for women also unpaid work responsibilities (in particular care burdens) constitute severe constraints. Indeed crucial gender issues in old age relate to the role of older women as both major providers and users of care services. This paper discusses gender inequalities in old age and analyses measures implemented in the main policy areas of active ageing (employment; training and life-long learning; volunteer/community work; age-friendly environment and supportive services)- , in order to identify effective strategies in a gender equality perspective

<https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/137877/1/wp13004.pdf>

Bakx P., De Meijer.C., Schut E. (2013). Going Formal or Informal, Who Cares? The Influence of Public Long-Term Care Insurance : Rotterdam : Erasmus University

Rotterdam

Abstract: International differences in long-term care (LTC) use are well documented, but not well understood. Using comparable data from two countries with universal public LTC insurance, the Netherlands and Germany, we examine how institutional differences relate to differences in the choice for informal and formal LTC. While the overall LTC utilization rate is similar in both countries, use of formal care is more prevalent in the Netherlands and informal care use in Germany. Decomposition of the between-country differences in formal and informal LTC use reveals that these differences are not chiefly the result of differences in population characteristics but mainly derive from differences in the effects of these characteristics that are associated with between-country institutional differences. These findings demonstrate that system features like eligibility rules and coverage generosity and, indirectly, social preferences can influence the choice between formal and informal care. Less comprehensive coverage also has equity implications: for the poor, access to formal LTC is more difficult in Germany than in the Netherlands

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2211670

Bloom D.E., Sousa-Poza A. (2013). Ageing and Productivity: Introduction : Bonn : IZA

Abstract: Population ageing will be the dominant feature of the world's demographic landscape in the coming decades, raising concerns about labor productivity and about economic outcomes at both the individual, enterprise, and macro levels. The articles in this special issue of Labour Economics define and address key issues with respect to the interplay of ageing, workforce productivity, and economic performance. Taken as a whole, the articles dispel some of the concerns, sharpen our understanding of others, and highlight behavioural changes, business practice adaptations- , and public policy reforms that can offset the economic effects of population ageing

<http://ftp.iza.org/dp7205.pdf>