

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

13 mars 2015 / March The 13th, 2015

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

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

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

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

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

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

Produced by the Irdes documentation centre, Doc Veille, a bimonthly publication, presents with a thematic classification the results of the documentary monitoring in health economics: articles, grey literature, reports...

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

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

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

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

Contacts

Espace documentation : documentation@irdes.fr

Marie-Odile Safon : safon@irdes.fr

Véronique Suhard : suhard@irdes.fr

Sommaire

Sommaire	2
Assurance maladie / Health Insurance	6
Wherry L.R. Miller S., Kaestner R.,et al (2015). Childhood Medicaid Coverage and Later Life Health Care Utilization	6
Huckfeldt P.J., Haviland A., Mehrotra (A) (2015). Patient Responses to Incentives in Consumer-directed Health Plans: Evidence from Pharmaceuticals.	6
Economie de la santé / Health Economics	6
Corso P., Ingles J.B., Taylor N) ,et al. (2014). Linking Costs to Health Outcomes for Allocating Scarce Public Health Resources	6
(2015). Les perspectives financières des régimes de base de la sécurité sociale associées à la loi de financement pour 2015.	7
Dutton D.J., Emery H, Mullie T., et a (2015). Bending the Medicare Cost Curve in 12 Months or Less: How Preventative Health Care can Yield Significant Near-Term Savings for Acute Care in Alberta.	7
Etat de santé / Health Status	8
(2015). L'état de santé de la population en France - Édition 2015	8
Asgeirsdottir T.L. ,Corman H. ,Noonan K., et al.. (2015). Lifecycle Effects of a Recession on Health Behaviors: Boom, Bust, and Recovery in Iceland	8
Prince M.J. , Wu F.,Guo Y.,et al. (2015). Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.	8
Géographie de la santé / Geography of Health	9
(2014). Territoires, incubateurs de santé ?	9
Hôpital / Hospital	9
Held B. (2014). Comparison of Public, Non-Profit and Private Hospitals	9
Melberg H.O., Pedersen K. (2015). Do changes in reimbursement fees affect hospital prioritization?	9
Bert T., Autume C. d', Hausswalt P., Weill M., et al. (2014). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France	10
(2015). Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée d'octobre 2014.....	10

Vanlerenberghe J.M. (2015). Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités.	10
Inégalités / Health Inequalities	11
Thomas N., Trugeon A., Michelot F. ,et al. (2014). Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer. Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national	11
Crosemarie P. (2015). Inégalités environnementales et sociales : identifier les urgences, créer des dynamiques.	11
Médicaments / Pharmaceuticals.....	11
Monegat M., Sermet C. (2014). La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure	12
Sanwald A., Theurl E. (2015). Out-of-pocket expenditures for pharmaceuticals: Lessons from the Austrian household budget survey.....	12
Kaiser U., Mendez S.J. (2015). How Do Drug Prices Respond to a Change from External to Internal Reference Pricing? Evidence from a Danish Regulatory Reform	12
Beudet T., Couty E. (2015). La place des dispositifs médicaux dans la stratégie nationale de santé.	13
Méthodologie- Statistiques / Methodology – Statistics	13
(2015). Dementia Research and Care: Can Big Data Help.....	13
Decicca P., Kenkel D.S. (2015). Synthesizing Econometric Evidence: The Case of Demand Elasticity Estimates	14
Politique de santé / Health Policy.....	14
Lerais F., Concialdi P., Math A., et al. (2014). Santé, éducation : services publics dans la tourmente.	14
(2014). Assessing chronic disease management in European health systems : concepts and approaches	14
Ardwison P., Moret-Bailly J., Gallopel Morvan K., et al. (2015). Publicité en santé	15
Mcdaid D., Oliver A., Merkur S. (2015). What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to influence health behaviour in the population	15
(2015). Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète.,	15
Politique sociale / Social Policy	16
Turquet P. / dir. (2015). La crise de la protection sociale en Europe : Adaptation ou refondation.	16
Drulhe M. (2015). Protection sociale et inégalités sociales de santé	16

Soins de santé primaires / Primary Health Care	16
(2015). Livre blanc : De la e-santé à la santé connectée. Paris	16
(2014). Healthy Communities: GP care for patients with chronic conditions in 2009–2013	17
Sacks D. (2014). Patient medication adherence and physician agency problems.	17
Kane L. (2014). US vs European Physicians: Their Ethical Differences. Medscape Ethics. Report 2014.....	17
(2015). Rapport 2013-2014 de l'ONDPS.	17
Tourette-Turgis C. (2015). L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion d'apprentissage	18
Systèmes de santé / Health Systems	18
(2015). International Profiles of Health Care Systems, 2014.	18
Bishop S.R. (2015). Accélérer la transformation du système de santé en Saskatchewan : Leçons tirées de l'Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan (SkSI.....	18
Travail et santé / Occupational Health	18
Kieffer C. (2015). Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens	19
Kleibrink J. (2014). Sick of your Job? – Negative Health Effects from Non-Optimal Employment.	19
Moscone F., Tosetti E., Vittadini G. (2014). The Impact of Precarious Employment on Mental Health: the Case of Italy.....	19
(2014). Point statistique AT-MP France. Données 2013. Paris.....	19
Torsvik G. (2014). Gatekeeping versus monitoring : evidence from a case with extended self-reporting of sickness absence.	20
Vieillesse / Aging	20
Pilny A. , Strolka M.A. (2014). Choice of Received Long-term Care – Individual Responses to Regional Nursing Home Provisions.....	20
(2014). Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles	20
Carrillon-Couvreur M. (2015). Rapport d'information en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	21
Coile C. (2015). Disability Insurance Incentives and the Retirement Decision: Evidence from the U.S.	21

(2015). Actions collectives « Bien vieillir ». Repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Santé en action.....21

Assurance maladie / Health Insurance

Wherry L.R. Miller S., Kaestner R., et al (2015). Childhood Medicaid Coverage and Later Life Health Care Utilization. Cambridge : NBER

Abstract: Policy-makers have argued that providing public health insurance coverage to the uninsured lowers long-run costs by reducing the need for expensive hospitalizations and emergency department visits later in life. In this paper, we provide evidence for such a phenomenon by exploiting a legislated discontinuity in the cumulative number of years a child is eligible for Medicaid based on date of birth. We find that having more years of Medicaid eligibility in childhood is associated with fewer hospitalizations and emergency department visits in adulthood for blacks. Our effects are particularly pronounced for hospitalizations and emergency department visits related to chronic illnesses and those of patients living in low-income neighborhoods. Furthermore, we find suggestive evidence that these effects are larger in states where the difference in the number of Medicaid-eligible years across the cutoff birth date is greater. We do not find effects on hospitalizations related to appendicitis or injury, two conditions that are unlikely to be affected by medical intervention in childhood. Our calculations suggest that lower rates of hospitalizations and emergency department visits during one year in adulthood offset between 3 and 5 percent of the initial costs of expanding Medicaid. This implies substantial savings if the decline in utilization spans multiple years or grows with age.

<http://papers.nber.org/papers/w20929>

Huckfeldt P.J., Haviland A., Mehrotra (A) (2015). Patient Responses to Incentives in Consumer-directed Health Plans: Evidence from Pharmaceuticals. Cambridge : NBER

Abstract: Prior studies suggest that consumer-directed health plans (CDHPs) -characterized by high deductibles and health care accounts- reduce health costs, but there is concern that enrollees indiscriminately reduce use of low-value services (e.g., unnecessary emergency department use) and high-value services (e.g., preventive care). We investigate how CDHP enrollees change use of pharmaceuticals for chronic diseases. We compare two large firms where nearly all employees were switched to CDHPs to firms with conventional health insurance plans. In the first firm's CDHP, pharmaceuticals were subject to the deductible, while in the second firm pharmaceuticals were exempt. Employees in the first firm shifted the timing of drug purchases to periods with lower cost sharing and were more likely to use lower-cost drugs, but the largest effect of the CDHP was to reduce utilization. Employees in the second firm also reduced utilization, but did not shift the timing or use of low cost drugs.

<http://papers.nber.org/papers/w20927>

Economie de la santé / Health Economics

Corso P., Ingles J.B., Taylor N) ,et al. (2014). Linking Costs to Health Outcomes for Allocating Scarce Public Health Resources. *eGEMS - Generating Evidence & Methods to improve patient outcomes*, 2 (4) :

Abstract: Introduction: Resources for public health (PH) are scarce and policymakers face tough decisions in determining their funding priorities. The difficulty of making these decisions is compounded by current PH accounting systems, which are ill-equipped to link fiscal resources to PH outcomes. This paper examines the types of revenues and expenditures, health services, and health

outcomes that are being tracked at the local and state PH levels. The authors provide recommendations for strengthening the ability of local and state governments to link expenditures to PH outcomes, both within and across jurisdictions. Framework and Next Steps: The source of revenue data for most local jurisdictions is the accounting systems used for the budgeting and auditing of fiscal activities, and these are primarily linked to specific PH programs. In contrast, expenditure data are mostly generic and typically span multiple PH programs with no link to specific PH activities. Many challenges exist to then link PH activities to health outcomes data, which are often collected through separate reporting systems at the local, state, and national levels. Policy change at the state level and implementation strategies that are standardized across local health departments are required to assess the costs and health outcomes of PH activities. Conclusion: Information linking PH expenditures to health outcomes of PH services could greatly inform the decisionmaking process. This information will allow investments in PH to be better understood and will provide a strong foundation for the PH services and systems research community to understand variation and drive improvement. Ultimately, these data could be used to improve accountability at the local and state PH department levels.

<http://repository.academyhealth.org/egems/vol2/iss4/2/>

(2015). Les perspectives financières des régimes de base de la sécurité sociale associées à la loi de financement pour 2015. *Notes du Secrétariat Général de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale*, (28) :

Abstract: Ce document détaille les prévisions financières pour 2015 des quatre branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui résultent de l'intégration de l'impact financier des mesures adoptées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015, de la loi de finances (LF) pour 2015 et de mesures adoptées par voie réglementaire¹. Il prolonge également cet exercice au-delà de 2015, en présentant les perspectives financières à moyen terme conformément à ce qui figure dans l'annexe B de la LFSS.

<http://www.securite-sociale.fr/Les-perspectives-financieres-des-regimes-de-base-de-la-securite-sociale-associees-a-la-loi-de,4425>

Dutton D.J., Emery H, Mullie T., et al (2015). Bending the Medicare Cost Curve in 12 Months or Less: How Preventative Health Care can Yield Significant Near-Term Savings for Acute Care in Alberta. Calgary : University of Calgary

Abstract: Over the course of more than 30 years, a series of Canadian government commissions and health policy researchers have repeatedly identified the importance of "bending the cost curve" to sustain publicly funded health care, and the potential to do so through upstream investment in health promotion and disease prevention. So far, however, the level of public investment in prevention represents only a slight portion of total public health care expenditure, largely consisting of traditional public health initiatives such as vaccinations, disease screening and information campaigns. This study of the Pure North S'Energy Foundation's preventative health care program — wherein health care usage by program participants was measured against age- and sex-matched control samples — finds that the sort of preventative health care services offered by Pure North can lead to genuine and significant near-term cost savings for Canada's single-payer health care system. Participants in the first year of the program required 25 per cent fewer hospital visits and 17 per cent fewer emergency room visits compared to the control group. Among those who persisted in the program for a year or longer, the effects were even more significant: 45 per cent fewer hospital visits in the year after joining, and 28 per cent fewer visits to emergency departments, compared to the control group.

<http://policyschool.ucalgary.ca/>

Etat de santé / Health Status

(2015). L'état de santé de la population en France - Édition 2015. Etudes et Statistiques. Paris : DREES .

Abstract: La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie la 6e édition du rapport sur l'État de santé de la population en France, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données. À travers plus de 200 indicateurs, ce panorama détaillé de la santé conjugue approches par population, par déterminants et par pathologies, illustrant l'état de santé globalement favorable des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontées les politiques publiques, dont les inégalités sociales de santé. Mortalité, espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, mortalité cardio-vasculaire : au regard de ces grands indicateurs, l'état de santé en France se révèle globalement favorable, comparé aux autres pays développés. Les Français vivent toujours plus longtemps, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences de ce vieillissement de la population. Mais ce bon diagnostic est à nuancer par l'existence de disparités persistantes, notamment entre les femmes et les hommes, entre les régions et entre les différentes catégories sociales.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015,11406.html>

Asgeirsdottir T.L. ,Corman H. ,Noonan K., et al.. (2015). Lifecycle Effects of a Recession on Health Behaviors: Boom, Bust, and Recovery in Iceland. Cambridge : NBER

Abstract: This study uses individual-level longitudinal data from Iceland, a country that experienced a severe economic crisis in 2008 and substantial recovery by 2012, to investigate the extent to which the effects of a recession on health behaviors are lingering or short-lived and to explore trajectories in health behaviors from pre-crisis boom, to crisis, to recovery. Health-compromising behaviors (smoking, heavy drinking, sugared soft drinks, sweets, fast food, and tanning) declined during the crisis, and all but sweets continued to decline during the recovery. Health-promoting behaviors (consumption of fruit, fish oil, and vitamin/minerals and getting recommended sleep) followed more idiosyncratic paths. Overall, most behaviors reverted back to their pre-crisis levels or trends during the recovery, and these short-term deviations in trajectories were probably too short-lived in this recession to have major impacts on health or mortality. A notable exception is for alcohol consumption, which declined dramatically during the crisis years, continued to fall (at a slower rate) during the recovery, and did not revert back to the pre-crisis upward trend during our observation period. These lingering effects, which directionally run counter to the pre-crisis upward trend, suggest that alcohol is a potential pathway by which recessions improve health and/or reduce mortality.

<http://www.nber.org/papers/w20950>

Prince M.J. , Wu F.,Guo Y.,et al. (2015). Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* , 385 (9963)

Abstract: Up-to-date evidence on levels and trends for age-sex-specific all-cause and cause-specific mortality is essential for the formation of global, regional, and national health policies. In the Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013) we estimated yearly deaths for 188 countries between 1990, and 2013. We used the results to assess whether there is epidemiological convergence across countries

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2961682-2/fulltext>

Géographie de la santé / Geography of Health

(2014). Territoires, incubateurs de santé ? Cahiers (Les), (2014)

Abstract: A l'occasion de ses 40 ans, l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France coproduit avec l'Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) un numéro spécial des Cahiers sur les liens entre santé et urbanisme. Ce numéro double fait le point sur les conditions d'un urbanisme favorable à la santé, par le croisement des regards et des perspectives de différents acteurs (institutionnels, chercheurs, élus).

<http://www.ors-idf.org/index.php/component/content/article/755>

Hôpital / Hospital

Held B. (2014). Comparison of Public, Non-Profit and Private Hospitals. Berlin : Institute of Economics

Abstract: The health care system in Germany is undergoing a phase of transformation. The resulting challenges and fields of action for the hospitals were described as one outcome of a scenario analysis conducted by the author. These include, for example, setting up new organisation structures, professionalising management competence or also developing a comprehensive quality management system. In the following analysis, the hospitals are to be described and compared to one another in terms of their initial conditions regarding these fields of action. The question at the focus is which different prerequisites and options the clinics have subject to their organisational structure.

Melberg H.O., Pedersen K. (2015). Do changes in reimbursement fees affect hospital prioritization? Oslo : HERO

Abstract: It has been argued that activity based payment systems make hospitals focus on the diagnostic groups that are most profitable given costs and reimbursement rates. This article tests the hypothesis by exploring the relationship between changes in the DRG reimbursement rates and changes in the number of registered treatment episodes for all DRG-codes and hospitals in Norway between 2006 and 2013. The results show that hospitals increase the number of admissions in a diagnostic group when the reimbursement rate is increased, and decrease it (or increase it less) when DRG-rates are reduced. Across all treatments, during all years included in our primary analysis, the increase in volume is about four times as large for DRG-categories with increased reimbursement compared to DRGs with decreased reimbursement rates. However, the results also show that the number of treatment episodes in a diagnostic category is affected by many other factors in addition to the economic incentives.

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2015/2015-1.pdf>

Bert T., Autume C. d', Hausswalt P., Weill M., et al. (2014). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Rapport Igas ; 2014-039R, Rapport IGR ; 2014-M-034-02. Paris : IGAS; Paris : IGF .

Abstract: Dans le cadre de la démarche de « Modernisation de l'action publique » (MAP), l'IGAS et l'IGF ont été chargées d'une mission relative au développement de la chirurgie ambulatoire, qui correspond à une hospitalisation sans hébergement de nuit. La mission s'est intéressée aux points suivants : la situation actuelle de la chirurgie ambulatoire ; les freins à son développement et les leviers à actionner pour la développer ; le potentiel d'actes de chirurgie conventionnelle transférables à la pratique ambulatoire. Elle a fourni une évaluation des économies attendues d'une telle transformation pour l'assurance maladie et les établissements. Et elle a défini plusieurs scénarios envisageables dans la mise en oeuvre de ce processus, en termes de rythme d'évolution et de conditions à remplir.

[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039R - Rapport.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039R_-_Rapport.pdf)

(2015). Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée d'octobre 2014. Paris : OEHPP .

Abstract: Conformément à ses attributions, l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a analysé les données d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes aux établissements de santé sur la période des six premiers mois 2014 qui ont été produites par l'ATIH et la CNAMTS. Les résultats présentés au sein de ce rapport sont issus de traitements statistiques basés sur les données recueillies notamment dans le cadre du PMSI et du SNIIRAM. Ces données ne portent que sur le seul champ régulé des établissements de santé. L'un des faits marquants de ces six premiers mois réside dans la poursuite du fort dynamisme des dépenses du poste « médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) » facturés en sus des tarifs de prestation d'hospitalisation. Les six premiers mois de l'année 2014 sont marqués par la poursuite du dynamisme des dépenses de la liste en sus et notamment pour le secteur MCO ex-DG (+ 7,6 %) mais également pour l'OQN SSR et l'OQN PSY.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/observatoire_economique_hospitalisation_privée - rapport octobre 2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/observatoire_economique_hospitalisation_privée_-_rapport_octobre_2014.pdf)

Vanlerenberghe J.M. (2015). Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités. Paris : Sénat

Abstract: La commission des affaires sociales du Sénat a demandé à la Cour des comptes en décembre 2012 d'enquêter sur la situation des maternités en France. A la suite d'une réorganisation profonde de l'offre de soins, le nombre de maternités a diminué de 20 % entre 2002 et 2012, sous l'effet notamment de nouvelles normes définies pour améliorer la sécurité des naissances. Cette recomposition, sans équivalent en matière sanitaire, n'a pas dégradé la couverture du territoire, malgré des difficultés dans certaines zones rurales. La France continue pourtant de connaître des résultats médiocres en matière de périnatalité. Elle occupe ainsi le 17e rang européen pour la mortalité néonatale. En outre, la durée moyenne de séjour demeure sensiblement plus élevée que chez la plupart de ses voisins, et le taux d'occupation des lits reste inférieur à 60 % dans un tiers des maternités, ce qui contribue aux difficultés financières des établissements. La fragilité de la démographie médicale entraîne par ailleurs des problèmes de sécurité parfois aigus dans les zones géographiques ou les établissements, les moins attractifs ou les plus isolés. Ces difficultés sont atténuées par la présence de médecins diplômés à l'étranger ou par la contribution des sages-femmes, mais sont porteuses de risques en termes de qualité des soins, en particulier dans les plus petites structures où les normes de fonctionnement ne sont pas toujours respectées. La Cour considère que la cohérence et la sécurité des prises en charge doit être assurée avec plus de rigueur. Le suivi des populations précaires doit être renforcé. La situation en outre-mer doit également faire

l'objet d'une attention vigilante. La fragilisation des maternités rend inévitable et nécessaire une nouvelle phase de réorganisation, qui doit être anticipée et activement pilotée par les pouvoirs publics afin de mettre en place une offre de soins pérenne, ajustée aux besoins et efficiente, mais aussi pour améliorer les indicateurs de périnatalité. La Cour formule neuf recommandations pour améliorer la sécurité et les indicateurs de périnatalité (résumé auteur).

<http://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>

Inégalités / Health Inequalities

Thomas N., Trugeon A., Michelot F. ,et al. (2014). Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer. Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national. Paris : FNORS .

Abstract: Offrir une vision synthétique de la situation socio-sanitaire des départements ultramarins à partir du croisement d'indicateurs de ces deux domaines, tel est l'objet du travail engagé par la Fnors et plusieurs ORS, notamment ceux d'outre-mer, à la demande de la Cour des comptes. En effet, si la connaissance des inégalités entre territoires constitue un outil indispensable pour la priorisation des choix en termes d'actions, notamment de prévention, un tel travail de synthèse s'est avéré un complément précieux, tant dans la phase des entretiens que les conseillers de la Cour des comptes ont pu mener avec les acteurs locaux, que dans la production de leur rapport. Centré autour de trois grandes thématiques (population et conditions de vie, professionnels de santé et état de santé), l'ouvrage offre, dans sa dernière partie, une vue d'ensemble de ces trois thématiques regroupées. Ainsi, à travers l'analyse sur deux unités géographiques infra-régionales (bassin de vie et canton), ressortent les similitudes et les différences, à partir de ces deux territoires, entre les quatre départements ultramarins comparés en parallèle avec le niveau national (résumé de l'éditeur).

<http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/InegalitesDom2014.pdf>

Crosemarie P. (2015). Inégalités environnementales et sociales : identifier les urgences, créer des dynamiques. Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental. Paris : CESE ; Paris : les Journaux Officiels.

Abstract: Les relations et interactions entre inégalités environnementales et inégalités sociales ne font que depuis peu l'objet de travaux en France. L'importance des enjeux, notamment en matière de santé, nécessite pourtant de changer de paradigme, estime le CESE. Ce changement demande la construction d'une vision globale et intégrée des inégalités d'exposition permettant d'agir en prévention. Il doit s'accompagner d'une réduction des inégalités d'accès aux ressources et aux aménités environnementales. Les conséquences économiques et sociales des mesures prises en vue de faire évoluer le modèle économique français doivent être mieux évaluées et anticipées. Les évolutions souhaitées dépendront en partie du renforcement de la participation et de la responsabilité environnementale. Les préconisations de l'avis ont pour objectif de faciliter une évolution de notre modèle de développement où la réduction des inégalités constitue un élément de réponse à la crise et de la transition écologique (résumé d'auteur).

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000054/0000.pdf>

Médicaments / Pharmaceuticals

Monegat M., Sermet C. (2014). La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (204)

Abstract: La polymédication, définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments », est fréquente chez les personnes âgées. Celles-ci sont en effet souvent polyopathologiques et atteintes de maladies chroniques. Mais si la polymédication peut être légitime, elle peut également être inappropriée et, dans tous les cas, comporter des risques d'effets indésirables ou des interactions médicamenteuses. Dans une société vieillissante comme la nôtre, la polymédication est un enjeu majeur de santé publique tant en termes de qualité que d'efficacité des soins et de dépenses de santé. S'intéresser aux définitions et mesures de la polymédication s'avère ainsi nécessaire. A partir d'une revue de littérature, différentes définitions de la polymédication ont été inventoriées (polymédication simultanée, cumulative et continue) et sa mesure a été explorée selon divers seuils. Cinq outils de mesure de la polymédication, parmi les plus souvent utilisés selon la littérature, sont ensuite testés sur la base de données Disease Analyzer d'IMS-Health sur 69 324 patients et 687 médecins. L'objectif est de comparer la capacité des indicateurs à repérer la polymédication et d'évaluer la faisabilité technique de leur calcul.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>

Sanwald A., Theurl E. (2015). Out-of-pocket expenditures for pharmaceuticals: Lessons from the Austrian household budget survey. Innsbruck : University of Innsbruck

Abstract: BACKGROUND: Paying pharmaceuticals out-of-pocket is an important source of financing pharmaceutical consumption. Only limited empirical knowledge is available on the determinants of these expenditures. OBJECTIVES: In this paper we analyze which characteristics of private households influence out-of-pocket pharmaceutical expenditure (OOPPE) in Austria. DESIGN & METHODS: We use cross-sectional information on OOPPE and on household characteristics provided by the Austrian household budget survey 2009/10. We split pharmaceutical expenditures into the two components prescription fees and over-the-counter (OTC) expenditures. To adjust for the specific characteristics of the data we compare different econometric approaches: two-part model, hurdle model, generalized linear model, zero-inflated negative binomial regression model. FINDINGS: The finally selected econometric approaches give a quite consistent picture. The probability of expenditures of both types is strongly influenced by the household structure. It increases with age, doctoral visits and the presence of a female householder. The education level and income only increase the probability of OTC-pharmaceuticals. The level of OTC-expenditures remains widely unexplained while the household structure and age influences the expenditures for prescription fees. Insurance characteristics of private households either private or public play a minor role in explaining the expenditure levels in all specifications. This refers to a homogenous and comprehensive provision of pharmaceuticals in the public part of the Austrian health care system. CONCLUSIONS: The paper gives useful insights into the determinants of pharmaceutical expenditures of private households and supplements the previous research which focuses on the individual level.

<http://eeecon.uibk.ac.at/wopec2/repec/inn/wpaper/2015-01.pdf>

Kaiser U., Mendez S.J. (2015). How Do Drug Prices Respond to a Change from External to Internal Reference Pricing? Evidence from a Danish Regulatory Reform.

Bonn : IZA

Abstract: We study the effects of a change in the way patient reimbursements are calculated on the prices of pharmaceuticals using quasi-experimental data for Denmark which switched from external (where reimbursements are based on prices of similar products in foreign countries) to internal reference pricing (where they are based on the cheapest domestic substitute). We analyze three

Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre - Safon M.-O., Suhard V.

Page 12 sur 22

www.irdes.fr/documentation/actualites.html

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

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

therapeutic classes with different treatment durations and show that the reform led to substantial price decreases for our lifelong treatment and to less substantial price reductions for our medium duration treatment while we do not find significant effects on our acute treatment. Moreover, the reform did only affect generics and did not impact original products or parallel imports.

<http://ftp.iza.org/dp8759.pdf>

Beaudet T., Couty E. (2015). La place des dispositifs médicaux dans la stratégie nationale de santé. Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris : La Documentation française.

Abstract: Selon cet avis du Conseil économique, social et environnemental paru le 6 février 2015., le secteur des dispositifs médicaux est un secteur en forte croissance pouvant présenter une double opportunité pour : son potentiel de contribution à la qualité de vie des patients et de développement économique. À ce titre, le CESE souhaite que ce domaine important trouve sa juste place dans la stratégie nationale de santé et dans le projet de loi de santé. En effet, il estime que garantir un meilleur accès pour tous à des produits efficaces est un facteur de croissance pour l'ensemble de l'industriel. Aux conditions d'améliorer les passerelles entre recherche et industrie et de soutenir l'investissement, le lien entre politique de santé et excellence économique est possible. Le CESE appelle l'attention des pouvoirs publics et de l'ensemble des parties prenantes de ce secteur sur l'importance des questions relatives aux classifications, à l'innovation et aux méthodes d'élaboration des tarifs. Il préconise une meilleure prise en compte du service médical attendu, une actualisation de la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et une négociation plus étroite avec les professionnels du secteur. La prise en charge financière des dispositifs médicaux utiles par l'assurance maladie reste une priorité afin de donner à toutes et tous un égal accès à ces dispositifs garants d'une meilleure santé et de bien-être. La révision des directives européennes représente un fort enjeu. Pour le CESE, il apparaît nécessaire de mieux organiser et contrôler la mise sur le marché européen des dispositifs médicaux. Les compétences de l'agence européenne du médicament pourraient être élargies aux dispositifs médicaux. Pour une innovation véritablement porteuse de progrès et de bien-être pour le patient, il est nécessaire de l'écouter, de l'informer, de l'accompagner dans l'usage de dispositifs souvent complexes d'utilisation. Au-delà de ses préconisations, le CESE souligne la dimension éthique des dispositifs médicaux qui lorsqu'ils sont implantables ou connectés touchent les personnes dans leur intégrité ou leur intimité et doivent donner lieu à un débat public.

<http://www.lecese.fr/travaux-publies/la-place-des-dispositifs-medicaux-dans-la-strategie-nationale-de-sante>

Méthodologie- Statistiques / Methodology – Statistics

(2015). Dementia Research and Care: Can Big Data Help? Paris : OCDE .

Abstract: OECD countries are developing strategies to improve the quality of life of those affected by dementia and to support long-term efforts for a disease-modifying therapy or cure. The OECD jointly hosted an international workshop in Toronto with the Ontario Brain Institute (OBI) and the Institute of Health Policy, Management and Evaluation (IHPE), University of Toronto on 14-15 September 2014. The aim of the workshop was to advance international discussion of the opportunities and challenges, as well as successful strategies, for sharing and linking the massive amounts of population-based health and health care data that are routinely collected (broad data) with detailed clinical and biological data (deep data) to create an international resource for research, planning, policy development, and performance improvement. The workshop brought together leading researchers and academics, industry and non-government experts to provide new insights into the

opportunities and challenges in making "broad and deep" data a reality – from funding to data standards, to data sharing, to new analytics, to protecting privacy, and to engaging with stakeholders and the public. Government leadership and public-private partnership will be needed to create and sustain big data resources, including financing for data infrastructure and incentives for data sharing
<http://www.oecd.org/health/dementia-research-and-care-9789264228429-en.htm>

Decicca P., Kenkel D.S. (2015). Synthesizing Econometric Evidence: The Case of Demand Elasticity Estimates. Cambridge : NBER

Abstract: Econometric estimates of the responsiveness of health-related consumer demand to higher prices are often key ingredients for policy analysis. Drawing on several examples, especially that of cigarette demand, we review the potential advantages and challenges of synthesizing econometric evidence on the price-responsiveness of consumer demand. We argue that the overarching goal of research synthesis in this context is to provide policy-relevant evidence for broad brush conclusions and propose three main criteria to select among research synthesis methods. We also contribute a new empirical exercise that puts the results of previous research synthesis to the test. In particular, we ask whether the "best" consensus estimates of the price-elasticity of smoking help predict trends in smoking from 1995 to 2010. The demographics of the smoking population in our baseline year predict a downward trend in smoking even if cigarette prices remained constant. Average cigarette prices, however, more than doubled in real terms by 2010. We find that the observed declines in smoking over this period are considerably smaller than smoking demographics combined with prior consensus elasticity estimates would predict. Our results suggest that these consensus estimates may have systematically overestimated the price responsiveness of cigarette demand.

<http://www.nber.org/papers/w20906>

Politique de santé / Health Policy

Lerais F., Concialdi P., Math A., et al. (2014). Santé, éducation : services publics dans la tourmente. *Chronique Internationale de L'Ires*, (148) :

Abstract: Dans ce numéro spécial, l'objectif n'est pas seulement de revenir sur les politiques d'austérité budgétaire dans la crise mais aussi de comprendre dans quelle mesure elles s'inscrivent dans des projets de réformes structurelles affectant les services publics, en particulier dans la santé et l'éducation dans plusieurs pays d'Europe.

(2014). Assessing chronic disease management in European health systems : concepts and approaches. Observatory Studies Series ; 37. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: The rising burden of chronic illness, in particular the rapid increase in the number of people with multiple health problems, is a challenge to health systems globally. Associated premature mortality and reduced physical functioning, along with higher use of health services and related costs, are among the key concerns faced by policy-makers and practitioners. There is a clear need to redesign delivery systems in order to better meet the needs created by chronic conditions, moving from the traditional, acute and episodic model of care to one that better coordinates professionals

and institutions and actively engages service users and their carers. Many countries have begun this process but it has been difficult to reach conclusions about the best approach to take: care models are highly context-dependent and scientifically rigorous evaluations have been lacking. Assessing chronic disease management in European health systems explores some of the key issues, ranging from interpreting the evidence base to assessing the policy context for, and approaches to, chronic disease management across Europe. Drawing on 12 detailed country reports (available in a second, online volume), the study provides insights into the range of care models and the people involved in delivering these; payment mechanisms and service user access; and challenges faced by countries in the implementation and evaluation of these novel approaches. This book builds on the findings of the DISMEVAL project (Developing and validating DISease Management EVALuation methods for European health care systems), led by RAND Europe and funded under the European Union's (EU) Seventh Framework Programme (FP7) (Agreement no. 223277).

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/assessing-chronic-disease-management-in-european-health-systems-concepts-and-approaches>

Ardwison P., Moret-Bailly J., Gallopel Morvan K., et al. (2015). Publicité en santé. Sève : les Tribunes de la Santé, (45) :

Abstract: A travers les différents points de vue exprimés, ce numéro s'intéresse aux enjeux de la communication et de l'information sanitaire au prisme de la publicité, dont la double nature, procédé d'information du public et démarche commerciale, ne peut manquer d'intriguer, d'intéresser et d'inquiéter (d'après la 4ème de couv.).

<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-4.htm>

Mcdaid D., Oliver A., Merkur S. (2015). What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to influence health behaviour in the population? Copenhagen : OMS - Bureau Régional de l'Europe .

Abstract: With health care systems under increasing pressure the development of a well-defined and effective public health strategy has never been more important. Many health problems are potentially avoidable and governments have long had tools at their disposal to influence population health and change individual behaviours, directed both 'upstream' at some of the underlying causes of poor health, as well as at 'downstream' challenges when poor health behaviours are already manifest. But how effective are these different actions? This policy summary briefly maps out what is known about some of these mechanisms, including approaches that have come to recent prominence from behavioural economics and psychology. Combinations of taxation, legislation and health information remain the core components of any strategy to influence behavioural change. There remain many unanswered questions on how best to design new innovative interventions that can complement, and in some instances augment, these well-established mechanisms.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/what-do-we-know-about-the-strengths-and-weakness-of-different-policy-mechanisms-to-influence-health-behaviour-in-the-population>

(2015). Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète., Rapport public annuel 2015 de la Cour des Comptes : Paris : Cour des comptes

Abstract: La Cour avait constaté en 2007 le retard et la lenteur avec lesquels les soins palliatifs s'étaient développés en France à partir surtout du milieu des années 1980 et les limites persistantes que rencontrait leur essor. Elle avait appelé à la poursuite d'une politique active en ce domaine. Or elle constate que les retards sont loin d'être comblés. L'accès aux soins palliatifs demeure globalement limité, et nettement moins répandu que dans certains pays étrangers (I). Le développement d'une offre de soins graduée en milieu hospitalier n'a pas permis de résorber les

inégalités territoriales (II). La prise en charge extra-hospitalière est demeurée le parent pauvre et reste toujours à construire, que ce soit à domicile ou en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (III).

<http://www.ccomptes.fr/content/download/79180/1980827/version/1/file/212-RPA2015-soins-palliatifs.pdf>

Politique sociale / Social Policy

Turquet P. / dir. (2015). La crise de la protection sociale en Europe : Adaptation ou refondation. Collection Economie et société. Rennes : Presses Universitaires de Rennes

Abstract: Chercheurs et syndicalistes montrent dans cet ouvrage les multiples formes du « détricotage du social » qui sont à l'œuvre dans l'Union européenne. L'étude est fondée sur une approche historique et juridique, une analyse de la crise économique et sociale actuelle et l'exposition des défis que doivent affronter les syndicats. Les contributions suggèrent également des pistes à suivre pour refonder une Europe sociale et démocratique.

<http://www.pur-editions.fr/detail.php?idOuv=3726>

Drulhe M. (2015). Protection sociale et inégalités sociales de santé. Hypothèses, (3468) :

Abstract: La santé fait l'objet d'une double régulation : la régulation thérapeutique d'organismes individuels affectés par des troubles et une régulation sociale visant le bien-être de populations. A partir du moment où l'on perçoit la maladie d'abord et surtout comme un trouble individuel, on tend à considérer que la régulation sociale relève de la « prévoyance des individus ». L'intervention de l'État est-elle nécessaire pour protéger et promouvoir la santé des citoyens ? Lorsque la réponse a été affirmative (loi sur les accidents du travail en 1898, obligation de la vaccination antivariolique en 1902...), le nouveau problème à résoudre a été de déterminer de quels risques majeurs l'État devait protéger ses citoyens. Dans les sociétés occidentales, la réponse a donné lieu à une variété de systèmes de protection sociale.

<http://sms.hypotheses.org/3468>

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2015). Livre blanc : De la e-santé à la santé connectée. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins .

Abstract: Le CNOM observe avec intérêt que le débat sur la santé connectée s'est ouvert à la CNIL, dans des cercles de réflexion consacrés au numérique, dans les institutions du monde de la santé et au sein même de la Commission européenne. Ce livre blanc a vocation à enrichir le débat public. Il n'apporte pas des réponses péremptoires. Il pose des interrogations éthiques et déontologiques dans l'accompagnement des évolutions de nos sociétés et y apporte des éléments de réflexion. Il propose six recommandations, pour une " régulation adaptée, graduée et européenne " du traitement des données issues des objets ou " applis " de santé. et une évaluation scientifique " neutre " d'experts " sans lien d'intérêt avec les fournisseurs " spécifique à la télémédecine. (d'après résumé de l'éditeur).

<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1558>

(2014). Healthy Communities: GP care for patients with chronic conditions in 2009–2013. Sydney : National Health Performance Authority .

Abstract: The aim of this report is to deepen understanding of how management of chronic conditions differs across local areas, and to support health professionals and primary health networks, particularly GP-led Clinical Councils, target improvements in services to maintain people's health and keep people out of hospital. The report presents information on patients with one or multiple diagnosed chronic conditions, and focuses on patients with some of the most common conditions managed in general practice, including selected cardiovascular risk conditions, depression, anxiety, arthritis and chronic back pain. This is the first report to give a local-level breakdown of the care of patients with chronic conditions by determining how many of these patients there are, how often and in what ways their GP manages these conditions.

<http://www.nhpa.gov.au/internet/nhpa/publishing.nsf/Content/report-download-BEACH-2014>

Sacks D. (2014). Patient medication adherence and physician agency problems. Bloomington : Indiana University

Abstract: Patient medication adherence is important for health, but its causes are not well-understood. I study an under-explored cause of non-adherence: physician agency problems. Because adherence rates differ across therapeutically similar products, physician prescribing decisions, and agency problems, can influence adherence rates. Using insurance claims data on the initial prescriptions and subsequent adherence choices of half a million patients taking statins, I develop and estimate a dynamic model of physician-patient interactions. Imperfectly altruistic physicians trade-off patient utility against other concerns. Agency problems reduce adherence because they imply that physicians do not prescribe their patients' preferred drug, and patients are more likely to adhere to drugs they prefer. Using the estimated model, I find that eliminating agency problems would raise adherence and reduce drug spending as physicians substitute towards cheaper, higher quality drugs. Relying on stronger assumptions, I also quantify the impact of agency problems on patient welfare and health.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2548823

Kane L. (2014). US vs European Physicians: Their Ethical Differences. Medscape Ethics. Report 2014. New York : Medscape .

Abstract: Cette étude réalisée par Medscape porte sur les différences dans l'éthique des soins médicaux prodigués par les médecins de part et d'autre de l'Atlantique. Cette enquête a porté sur 21 000 médecins, dont 4 000 en Europe (Royaume Unis, Italie, France, Allemagne, Espagne notamment). Ainsi, par exemple, les médecins européens sont plus susceptibles que les médecins américains de minimiser les risques d'un traitement s'ils estiment que cela aidera le patient. . Par ailleurs, les médecins européens seraient beaucoup plus enclins que les médecins américains à s'opposer à la famille d'un patient et de continuer à traiter ce patient se ils estimaient qu'il ou elle avait une chance de récupérer. La majorité des médecins, que ce soit en Europe ou aux Etats-Unis, disent ne pas être sensibles aux approches directes des laboratoires pharmaceutiques.

http://www.medscape.com/features/slideshow/us-european-ethics?nlid=75964_2843&src=wnl_edit_dail#1

(2015). Rapport 2013-2014 de l'ONDPS. Paris : ONDPS .

Abstract: Dans ce rapport, l'ONDPS présente trois études dont l'objet commun est d'apporter un éclairage concret à la question, souvent évoquée de façon théorique et politique, de la régulation démographique des professionnels de santé en France : sont en effet abordés successivement le

numerus clausus de quatre professions de santé, la situation démographique des chirurgiens-dentistes, enfin le bilan de la filiarisation des épreuves classantes nationales.

<http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-2014>

Tourette-Turgis C. (2015). L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion d'apprentissage. Collection : Education thérapeutique, soin et formation. Bruxelles : De Boeck

Abstract: Cet ouvrage porte un regard nouveau sur les malades chroniques et l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'auteure décrit les compétences qu'un être humain déploie tout au long de la trajectoire de la maladie et de ses soins.

<http://superieur.deboeck.com/titres/132536/9782804190811-l-education-therapeutique-du-patient.html>

Systèmes de santé / Health Systems

(2015). International Profiles of Health Care Systems, 2014. New York : The Commonwealth Fund .

Abstract: This publication presents overviews of the health care systems of Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States. Each overview covers health insurance, public and private financing, health system organization and governance, health care quality and coordination, disparities, efficiency and integration, use of information technology and evidence-based practice, cost containment, and recent reforms and innovations. In addition, summary tables provide data on a number of key health system characteristics and performance indicators, including overall health care spending, hospital spending and utilization, health care access, patient safety, care coordination, chronic care management, disease prevention, capacity for quality improvement, and public views.

http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v3.pdf

Bishop S.R. (2015). Accélérer la transformation du système de santé en Saskatchewan : Leçons tirées de l'Initiative pour les soins chirurgicaux de la Saskatchewan (SkSI).

Ottawa : Fondation Canadienne pour l'Amélioration des Services de Santé

Abstract: En 2010, le gouvernement de la Saskatchewan a entrepris de mettre en œuvre une stratégie pluriannuelle agressive à l'échelle du système afin de « transformer l'expérience chirurgicale des patients ». Bien que l'Initiative pour des soins chirurgicaux de la Saskatchewan (SkSI) ait fortement mis l'accent sur la réduction des temps d'attente pour une chirurgie électorale, elle vise également, par son ampleur, la qualité, la sécurité et la viabilité des soins, ainsi que l'expérience du patient. La présente recherche, publiée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, étudie de façon systématique une seule politique – la SkSI – et détermine les facteurs critiques qui facilitent ou freinent des changements d'envergure du système de santé.

<http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/reports/sask-report-f.pdf>

Travail et santé / Occupational Health

Kieffer C. (2015). Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens. Paris : Eurogip .

Abstract: Ce rapport d'enquête détaille les initiatives développées par l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, la France et l'Italie, pays représentatifs de modèles d'assurance "accidents du travail / maladies professionnelles" divers, mais matures. Il s'articule autour de deux grands axes : un état des lieux sur la déclaration des maladies professionnelles dans les cinq pays sélectionnés et un focus sur la problématique de sous-déclaration dans quatre d'entre eux (excepté l'Allemagne). Elle offre en première partie une description des procédures de déclaration, puis en deuxième partie des données chiffrées (2011) comparées concernant les maladies professionnelles déclarées et reconnues. La dernière partie est consacrée à l'analyse que chaque pays fait des défaillances de son propre système et aux solutions expérimentées avec succès pour y remédier (résumé du site securite-sociale.fr).

www.eurogip.fr/images/publications/2015/Rapport_DeclarationMP_EUROGIP_102F.pdf

Kleibrink J. (2014). Sick of your Job? – Negative Health Effects from Non-Optimal Employment. Bonn : IZA

Abstract: In an empirical study based on data from the German Socio-Economic Panel, the effect of job quality on individual health is analyzed. Extending previous studies methodologically to estimate unbiased effects of job satisfaction on individual health, it can be shown that low job satisfaction affects individual health negatively. In a second step, the underlying forces of this broad effect are disentangled. The analysis shows that the effects of job satisfaction on health run over the channels of job security and working hours above the individual limit. Job quality not only has a strong impact on mental health but physical health is affected as well. At the same time, health-damaging behavior including smoking and being overweight is not affected.

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.492656.de/diw_sp0718.pdf

Moscone F., Tosetti E., Vittadini G. (2014). The Impact of Precarious Employment on Mental Health: the Case of Italy. München : MRPA

Abstract: In this paper, we investigate the impact of precarious employment on mental health using a unique dataset that matches information on mental health with labour characteristics for a set of employees in Italy. We examine the causal effect of temporary contracts, their duration and the number of contract changes during the year on psychotropic medication prescription. To this end, we estimate a dynamic probit model, and deal with the potential endogeneity of regressors by adopting a control function approach, recently advanced by Wooldridge (2014). Our results show that the probability of psychotropic medication prescription is higher for workers under temporary job contracts. More days of work under temporary contract as well as more changes in temporary contracts significantly increase the probability of being depressed. We also find that moving from permanent to temporary contracts increases depression; symmetrically, although with a smaller effect in absolute value, moving from temporary to permanent contracts tends to reduce it. An exploratory data analysis corroborates the hypothesis that depression developed after a movement to precarious employment may permanently affect future job trajectories. One lesson to learn from our empirical work is that policies aimed at enhancing the flexibility of the labour market to boost firms' competitiveness, if increasing the precariousness of employment, may also produce side effects on the wellbeing and mental health of employees, ultimately having consequences on firms productivity and health care costs.

<http://mpra.ub.uni-muenchen.de/61405/>

(2014). Point statistique AT-MP France. Données 2013. Paris : Eurogip .

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.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/3888-point-statistique-at-mp-france-donnees-2014>

Torsvik G. (2014). Gatekeeping versus monitoring : evidence from a case with extended self-reporting of sickness absence. Bergen : University of Bergen

Abstract: We examine the impact of a policy reform that gave employees in a municipality extended rights to self-declare sickness absence. To identify the effect of bypassing the physician as an absence certifier we contrast the development of absence in the reform municipality with absence in similar municipalities. We use a standard difference-in-difference comparison and the synthetic control method to quantify the effect of the reform. Using these methods we find that the reform reduced sickness absence by more than 20%. It is the incidence of absence spells that declines, not their length. To explain this result, we emphasize that the reform not only removed the physician from the picture, it also put the employer more firmly into it by prescribing a detailed follow up scheme (phone calls, meetings, flowers) for the employer (the first line-leader) and the employee calling in sick. The combination of extended self-certification and employer involvement can be taken as a sign of trust and concern for the employees' well-being or as enhanced monitoring. Both interpretations can explain the drop in absence we observe.

http://www.cesifo-group.de/ifoHome/publications/working-papers/CESifoWP/CESifoWPdetails?wp_id=19147990

Vieillessement / Aging

Pilny A. , Strolka M.A. (2014). Choice of Received Long-term Care – Individual Responses to Regional Nursing Home Provisions. Bochum : Ruhr-Universität Bochum

Abstract: Existing literature analyzing the choice of received long-term care by frail elderly (65+ years) predominantly focuses on physical and psychological conditions of elderly people as factors that influence the decision for a particular type of care. Until now, however, the regional in-patient long-term care supply has been neglected as influential factor in the individual's decision-making process. In this study, we analyze the choice of received long-term care by explicitly taking the regional supply of nursing homes into account. When estimating a discrete choice model, we distinguish between four different types of formal and informal care provision. We find that the decision for long-term in-patient care is significantly correlated with the regional supply of nursing home places, while controlling for physical and psychological conditions of the individual.

http://repec.rwi-essen.de/files/REP_14_525.pdf

(2014). Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis : ANESM

Abstract: La recommandation propose des orientations et des pistes d'action aux professionnels de structures sociales et médico-sociales pour accompagner ou soutenir les aidants non professionnels des personnes âgées dépendantes, des personnes adultes handicapées et/ou des personnes adultes atteintes de maladies chroniques vivant à domicile. Quatre catégories de structures sont ainsi visées : les services d'aide et de soins à domicile (Saad, Ssiad, Spasad, SAVS, Samsah) ; les accueils temporaires (accueil de jour, de nuit ou hébergement temporaire) ; les unités d'évaluation, de

réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (Ueros) ; les dispositifs d'informations (Clic, centres ressources). Cette recommandation se structurera autour des thématiques suivantes : La place et le rôle d'aidant non professionnel dans l'accompagnement de la personne aidée (repérage des aidants, différenciation entre l'aidant représentant légal et l'aidant non représentant légal, place dans le projet personnalisé, valorisation de leur investissement, analyse et accompagnement des résistances, etc.), la cohérence et la coordination de l'accompagnement de la personne aidée (organisation des responsabilités de chacun, organisation des informations transmises, place de l'aidant dans la coordination, etc.), les situations complexes (conflits entre les aidants, entre l'aidant et l'aidé, entre l'aidant et les professionnels, etc.), l'adaptation, le changement ou la fin d'un dispositif (identification des facteurs de fragilité, avancée en âge, fin de vie, etc.), la promotion des projets de soutien et de répit pour les aidants (mise en place d'une plateforme de répit, partenariat, information sur les dispositifs de répit existant, etc.), le soutien aux professionnels dans leur relation avec les aidants (projet de service/établissement, renforcement des compétences, stratégies de soutien et de formations, etc).

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article863&var_mode=calcul

Carrillon-Couvreur M. (2015). Rapport d'information en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Rapport d'information ; 2507. Paris : Assemblée Nationale .

Abstract: Après six mois d'auditions et l'aide de la Cour des comptes, la mission d'information et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale présente son rapport d'information le 21 janvier 2015. Ce rapport retrace le bilan de l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et fait état de son fonctionnement. Le rapport comporte 24 préconisations. Il recommande notamment la généralisation d'un "guichet unique" destiné aux publics en perte d'autonomie - personnes âgées et handicapées (Maisons départementales de l'autonomie) et un pilotage renforcé de la caisse en associant la CNAMTS et la CNAV. Il suggère le renforcement des moyens de fonctionnement de la CNSA pour faire face aux nouvelles missions confiées par le premier volet de la réforme de la dépendance, avec le projet de loi "sur l'adaptation de la société au vieillissement". Ce texte, adopté en première lecture à l'Assemblée nationale en septembre dernier, est centré sur les aides au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Le rapport appelle également à la mise en œuvre rapide du deuxième volet de la réforme de la dépendance, celui qui porte sur la tarification des EPHAD.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i2507.pdf>

Coile C. (2015). Disability Insurance Incentives and the Retirement Decision: Evidence from the U.S. Cambridge : NBER

Abstract: A rising share of older workers in the U.S. make use of the Disability Insurance (DI) program in their transition to retirement, with about one in seven men and one in nine women ages 60 to 64 now enrolled in the program. This study explores how financial incentives from Social Security and DI affect retirement decisions, using an option value approach. We find that financial incentives have a significant effect on retirement, particularly for those in poor health or with low education, who may be more actively considering retirement at younger ages. Simulations suggest that increasing the stringency of the screening process for DI would increase the expected working life of DI applicants.

<http://www.nber.org/papers/w20916>

(2015). Actions collectives « Bien vieillir ». Repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Santé en action. St-Denis : INPES

Abstract: Les actions collectives de prévention constituent un axe majeur du Bien vieillir, car elles renforcent les comportements protecteurs de santé. Ce guide d'aide à l'action, issu d'un partenariat avec les régimes de retraite, s'appuie sur une approche globale et positive de la santé et livre des éclairages relatifs aux concepts de promotion de la santé appliqués au « Bien vieillir ». Il réunit des repères méthodologiques sur le cycle d'une action et livre, en six modules, des outils pratiques pour organiser, mettre en œuvre et évaluer le processus et les résultats des actions collectives.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1548>