

**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 février 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 éditées par Elsevier et 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).

Un historique des Doc Veille (parution bi-mensuelle) se trouve sur le web de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/Veille.html>).

## Sommaire

<b>Assurance maladie</b> .....	<b>5</b>
Toulon X. (2012). Complémentaires santé. Il va falloir assurer !.....	5
Peraldi O., Jeger F. (2012). Sauver la Sécurité sociale, question de génération .....	5
(2013). Les principes de solidarité de l'assurance maladie .....	5
<b>Economie de la santé</b> .....	<b>6</b>
Appleby J. (2013). Spending on health and social care over the next 50 years. Why think long term? .....	6
<b>Etat de santé</b> .....	<b>6</b>
(2011). The Oxford Handbook of the social science of obesity .....	6
<b>Géographie de la santé</b> .....	<b>6</b>
Moine A. (2007). Le territoire : comment observer un système complexe.....	6
Vaysette P. (2012). Pôles de ressources en ETP : des pousses régionales .....	7
<b>Hôpital</b> .....	<b>7</b>
(2012). Ageing health workforce. Ageing patients. Multiple challenges for hospitals in Europe .....	7
Naiditch M. (2012). Home care across Europe. Current structure and future challenges	7
Van De Sande D., Swartenbroekx N., Van De V.O.O.R. (2012). Évolution de l'hospitalisation de jour : impact du financement et de la réglementation .....	7
Gravelle H., Santos R., Siciliani L. (2013). Does a hospital's quality depend on the quality of other hospitals? A spatial econometrics approach to investigating hospital quality competition.....	8
<b>Inégalités sociales de santé</b> .....	<b>8</b>
Hamel C., Moisy M. (2013). Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé.....	8
<b>Médicaments</b> .....	<b>9</b>
(2013). Enrichir sa panoplie thérapeutique : bilan de l'année 2012.....	9
Thierry M. (2012). Évaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD.....	9
Imbaud D., Morin A., Picard S., Toujas F. (2012). Évaluation de la politique française des médicaments génériques.....	9
Nutt D.J., Attridge J. (2012). Medicines innovation in severe illness. The next investment desert ? .....	9
<b>Méthodologie –Statistique</b> .....	<b>10</b>

Lecroart A. (2011). Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 : sources, méthode et résultats.....	10
Eghbal-Teherani S., Makdessi Y. (2011). Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 : méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale.....	10
Aballea P., Marie E. (2012). L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque.....	10
Lardellier P., Legal R., Raynaud D., VIDAL G. (2012). Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar .....	11
De Riccardis.N. (2012). Traitements de la non-réponse et calages pour l'enquête santé et itinéraire professionnel (SIP) de 2010.....	11
Mermilliod C. (2012). L'impact de la mise en place d'un suivi d'adresse entre les deux vagues de l'enquête santé et itinéraire professionnel (SIP). .....	11
(2012). Apport des cohortes à la connaissance de la santé.....	11
Montaut A., Calvet L., Bouvier G., Gonzalez L. (2013). L'appariement handicap-santé et données de l'assurance maladie. ....	12
<b>Politique de santé.....</b>	<b>12</b>
(2012). Carnet de santé de la France en 2012 : économie, droit et politiques de santé.	12
<b>Prévention santé .....</b>	<b>12</b>
Mcclanahan S., Leger F. (2012). Des sociétés en bonne santé grâce à la sécurité sociale: vers un nouveau rôle pour la prévention :.....	12
(2012). Changer les comportements à risque de cancer. États des lieux & des connaissances. ....	13
Basset B., Demeulemeester R., Sermet C. (2012). 20 ans de santé publique. Dossier .	13
<b>Réglementation .....</b>	<b>13</b>
(2012). Références juridiques – Biologie médicale .....	13
<b>Soins de santé primaires .....</b>	<b>14</b>
Bournot M.C., Cercier E., Tuffreau F., Herault T. (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire.....	14
Reynaudi M. (2012). La mobilité internationale des professionnels de santé.....	14
Vaysette P. (2012). Centres de santé polyvalents : entre missions et attentes. ....	14
Beaupin A. (2012). Vers un cadre d'exercice moderne pour la médecine de premier recours. ....	14
Caillaud L., Cohen F., Kahn J.V. (2012). Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ? Une contribution des professionnels de santé des centres de santé. ....	14
(2013). Rémunération sur résultats : étendue à l'ensemble des médecins libéraux en France.....	15
Fichet J.L., Maurey H. (2013). Déserts médicaux : agir vraiment :.....	15

De Jaegher K.(2012). The value of private information in the physician-patient relationship: a game theoretic account .....	15
Wright M. (2012). Pay-for-performance programs. Do they improve the quality of primary care? .....	15
<b>Systèmes de santé .....</b>	<b>16</b>
Saint-Paul G. (2012). Réflexions sur l'organisation du système de santé .....	16
Lister J. (2012). Une charte de privatisation du Service national de santé en Angleterre. ....	16
Costa-Font J. (2012). Fiscal Federalism and European Health System Decentralization: A Perspective .....	16
Marchildon G.R. (2013). Health system review : Canada. Health systems in transition .	17
Vrijens F., Renard F., Jonckheer P. (2013). La performance du système de santé belge .....	17
<b>Travail Santé.....</b>	<b>17</b>
Diaye M.A. (2012). Changements au sein des entreprises et risques psychosociaux pour les salariés .....	17
Khayi-Palat N. (2012). La santé au travail : la médecine du travail. ....	18
Petit F. (2013). Les nouveaux contours de l'obligation de sécurité à la lumière des outils de prévention de la pénibilité.....	18
<b>Vieillessement .....</b>	<b>18</b>
Vachey L., Varnier F., Jeannet A., Auburtin A. (2012). Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement : .....	18
Schut E., Sorbe S., Hoj J. (2013). Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands.....	18
O'Shaughnessy C.V. (2013). Family Caregivers: The Primary Providers of Assistance to People with Functional Limitations and Chronic Impairments .....	19

## Assurance maladie

**Toulon X. (2012). Complémentaires santé. Il va falloir assurer !** Paris : Tribune Santé  
Abstract: C'est un fait, les complémentaires santé sont de plus en plus chères, avec à la clé le risque qu'un nombre croissant de Français y renonce. Se poserait alors un grave problème d'accès aux soins et de santé publique. Il est aujourd'hui difficile de croire à un arrêt spontané de cette inflation. Les augmentations successives des taxes sur les complémentaire n'arrangent rien à l'affaire, mais elles sont loin d'être la principale cause de la hausse des prix. Alors, que faire ? Sans doute répondre à quelques questions simples. Où se trouve l'utilité de l'assurance pour un ménage : sur les petites dépenses du quotidien ou sur les problèmes plus importants ? Pourquoi les complémentaires santé privilégient-elles les premières, au risque de mal couvrir les situations les plus graves ? La Cour des comptes considère que les contrats santé relèvent, en grande partie, de l'achat anticipé. Avec des chargements et des taxes qui peuvent atteindre les 40% pour les contrats individuels, cet achat anticipé n'est-il pas un peu trop couteux ? Peut-on encore laisser aux assurés la possibilité d'adapter leur couverture à des sinistres connus à l'avance, ce que les complémentaires santé sont les seules à autoriser, au mépris de toutes les règles de base de l'assurance ? « Couverture immédiate », « deux mois gratuits » semblent constituer l'essentiel du discours. Est-ce bien à la hauteur de l'enjeu ? En explorant ces questions et en se livrant à une analyse rigoureuse, Xavier Toulon démontre que chacun - consommateur, pouvoirs publics et organismes complémentaires - doit revenir aux fondamentaux. Ceux de l'assurance : couvrir des risques, pas des certitudes et se concentrer sur les dépenses que les ménages ne peuvent assumer seuls. Ce retour à l'essentiel permettrait aux Français de moins renoncer aux soins, ce qui est l'objet même des complémentaires santé (4e de couverture)

**Peraldi O., Jeger F. (2012). Sauver la Sécurité sociale, question de génération** : Paris : L'Harmattan

Abstract: Après de 70 ans après sa naissance, faut-il sauver la Sécu ? Le cri du cœur de l'immense majorité des Français trouve en écho celui beaucoup moins enthousiaste que lui renvoie le contribuable. Retraites de plus en plus coûteuses car de plus en plus longues, nouvelles pathologies du grand âge, addiction aux médicaments, mais aussi nouveaux enjeux tels que le renoncement aux soins et la pénurie de médecins, le recul de l'entrée dans la vie active ou encore le déclassement social des familles nombreuses ou monoparentales... Des tentatives de maîtrise de la dépense maladie à une réforme de la dépendance annoncée puis reportée, et surtout, du dogme du tout collectif à celui de l'individualisme, la Sécurité sociale concentre toutes les interrogations sur le modèle de société laissé aux générations suivantes. En posant la question de la Sécurité sociale sous l'angle des générations, les auteurs mettent l'accent sur la pertinence de la couverture de certains risques chers aux anciens et l'absence de prise en compte de nouvelles difficultés échappant à la Sécu tel que le recul de l'accès des jeunes à l'emploi. Avec pour conséquence leur doute en matière de solidarité intergénérationnelle. (4ème de couv)

**(2013). Les principes de solidarité de l'assurance maladie** : Paris : HCAAM.

Abstract: Le HCAAM, dans sa séance du 24 janvier 2013, a rappelé les principes de solidarité entre bien portants et malades de l'assurance maladie obligatoire. Il en a souligné les effets redistributifs qui résultent essentiellement de ses modalités de financement. Il rappelle également les mécanismes de mutualisation assurantielle de l'assurance maladie complémentaire qui contribuent à l'accès aux soins

<http://www.securite-sociale.fr/Les-principes-de-solidarite-de-l-assurance-maladie-Note-du-Haut-conseil-pour-l-avenir-de-l>

## Economie de la santé

### **Appleby J. (2013). Spending on health and social care over the next 50 years. Why think long term?** Londres : King's Fund Institute.

Abstract: In the past 50 years, spending on the NHS in the United Kingdom has increased from 3.4 per cent to 8.2 per cent of gross domestic product (GDP). If the next 50 years follow the same trajectory, the United Kingdom could be spending nearly one-fifth of its entire GDP on the public provision of health and social care. This report considers the drivers of spending on health and long-term care, and asks whether spending must or should consume such large proportions of GDP in the future, and the fiscal feasibility of this. It examines the evidence that spending will inexorably rise, considers projections and high-level modelling of future health spending both in the United Kingdom and internationally, and debates alternative systems of assessing current and future spending. Finally, the report suggests a need for engaged and informed public debate about the choices to be made in future spending on health and social care

[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/Spending%20on%20health%20...%2050%20years%20low%20res%20for%20web.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Spending%20on%20health%20...%2050%20years%20low%20res%20for%20web.pdf)

## Etat de santé

### **(2011). The Oxford Handbook of the social science of obesity** : New York : Oxford University Press

Abstract: There is an urgent need to better understand the causes and consequences of obesity, and to learn what works to prevent or reduce obesity. This volume accurately and conveniently summarizes the findings and insights of obesity-related research from the full range of social sciences including anthropology, economics, government, psychology, and sociology. It is an excellent resource for researchers in these areas, both bringing them up to date on the relevant research in their own discipline and allowing them to quickly and easily understand the cutting-edge research being produced in other disciplines. The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity is a critical reference for obesity researchers and is also valuable for public health officials, policymakers, nutritionists, and medical practitioners. The first section of the book explains how each social science discipline models human behavior (in particular, diet and physical activity), and summarizes the major research literatures on obesity in that discipline. The second section provides important practical information for researchers, including a guide to publicly available social science data on obesity and an overview of the challenges to causal inference in obesity research. The third part of the book synthesizes social science research on specific causes and correlates of obesity, such as food advertising, food prices, and peers. The fourth section summarizes social science research on the consequences of obesity, such as lower wages, job absenteeism, and discrimination. The fifth and final section reviews the social science literature on obesity treatment and prevention, such as food taxes, school-based interventions, and medical treatments such as anti-obesity drugs and bariatric surgery (4e de couverture)

## Géographie de la santé

### **Moine A. (2007). Le territoire : comment observer un système complexe.** Itinéraires géographiques ; 1. Paris : Editions l'Harmattan

Abstract: Ce livre présente une approche simple du concept de territoire, assimilé à un système au sein duquel différents acteurs interagissent en relation avec l'espace

géographique. Il fournit les outils conceptuels et méthodologiques pour appréhender le fonctionnement des territoires, en reformulant leur structuration progressive afin de permettre leur observation. L'objectif de ce livre est de faciliter l'approche et la compréhension des territoires dans une perspective systémique moderne (4e de couverture)

**Vaysette P. (2012). Pôles de ressources en ETP : des pousses régionales.** Réseaux Santé & Territoire, (47) : 16-17.

Abstract: Les projets régionaux de santé (PRS) prévoient en général de développer l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire pour prendre en compte le développement des maladies chroniques et leur suivi par les médecins traitants. Pour accompagner les professionnels de santé, des plates-formes ou des pôles ressources en éducation thérapeutique sont constitués. Cet article donne un aperçu de ce qui se passe en région

## Hôpital

**(2012). Ageing health workforce. Ageing patients. Multiple challenges for hospitals in Europe** : Louvain : Hope.

Abstract: Ce rapport de HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) résume les présentations effectuées lors d'une activité organisée à Berlin en juin 2012, laquelle s'est penchée sur l'incidence du vieillissement de la population sur le milieu hospitalier. Il comporte de l'information sur les développements en cours dans plusieurs pays d'Europe [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/90\\_ageing/90\\_HOPE\\_Publication-Ageing\\_October\\_2012.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/90_ageing/90_HOPE_Publication-Ageing_October_2012.pdf)

**Naiditch M. (2012). Home care across Europe. Current structure and future challenges.**

Observatory Studies Series ; 27. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe  
Abstract: For every person over the age of 65 in today's European Union, there are four people of working age but, by 2050, there will only be two. Demand for long-term care, of which home care forms a significant part, will inevitably increase in the decades to come. Despite the importance of the issue, however, up-to-date and comparative information on home care in Europe is lacking. This book attempts to fill some of that gap by examining current European policy on home care services and strategies. This report probes a wide range of topics including the links between social services and health-care systems, the prevailing funding mechanisms, how service providers are paid, the impact of governmental regulation, and the complex roles played by informal caregivers. Drawing on a set of Europe-wide case studies (available in a second, online volume), the study provides comparable descriptive information on many aspects of the organization, financing and provision of home care across the continent. It is a text that will help frame the coming debate about how best to serve elderly citizens as European populations age  
<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges>

**Van De Sande D., Swartenbroekx N., Van De V.O.O.R. (2012). Évolution de l'hospitalisation de jour : impact du financement et de la réglementation.** KCE Report ; 192B. Bruxelles : KCE.

Abstract: Une admission à l'hôpital est généralement une expérience éprouvante. Lorsque c'est possible, une hospitalisation de jour est préférée à une hospitalisation classique. Ceci est valable non seulement pour le patient, mais également pour les autorités qui financent l'hôpital, ce qui suppose un coût moindre pour une hospitalisation de jour par rapport à une hospitalisation classique. Le choix du lieu où le patient est soigné est toutefois déterminé par différents facteurs. La pratique médicale et la technologie jouent ici un rôle important. Mais le cadre légal et le financement des secteurs ambulatoire et hospitalier jouent également un

rôle qu'il ne faut pas sous-estimer. En outre, d'autres facteurs comme la situation sociale ou la préférence du patient influencent le choix. Tant en Belgique qu'à l'étranger, on constate une croissance de la part des hospitalisations de jour par rapport au nombre total d'hospitalisations. Dans ce rapport, nous examinons l'impact de la réglementation belge et du financement de l'hospitalisation de jour. L'étude tente de répondre aux questions de recherche suivantes : Quelle est l'évolution du nombre d'hospitalisations de jour par rapport au nombre total d'hospitalisations et quel est le montant relatif économisé pour l'assurance maladie ? La croissance du nombre d'hospitalisations de jour correspond-elle à une baisse du nombre d'hospitalisations classiques ? Y a-t-il (également) des substitutions (shifts) entre les soins ambulatoires et l'hospitalisation de jour ? Quel est l'impact de la réglementation et du financement sur les évolutions et les éventuelles substitutions ?

[https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_192B\\_hospitalisation\\_de\\_jour.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_192B_hospitalisation_de_jour.pdf)

**Gravelle H., Santos R., Siciliani L. (2013). Does a hospital's quality depend on the quality of other hospitals? A spatial econometrics approach to investigating hospital quality competition** : York : University of York

Abstract: This paper examines whether a hospital's quality is affected by the quality provided by other hospitals in the same market. It first sets out a theoretical model with regulated prices which specifies conditions on demand and cost functions which determine whether a hospital will have higher quality when its rivals have higher quality. It then applies spatial econometric methods to a sample of English hospitals in 2009-10 and a set of 16 quality measures including mortality rates, readmission, revision and redo rates and three patient reported indicators to examine the relationship between the quality of hospitals. It finds that a hospital's quality is positively associated with the quality of its rivals for seven out of the sixteen quality measures and that in no case is there a negative association. In those cases where there is a positive association, an increase in rivals' quality by 10% increases a hospital's quality by 1.7% to 2.9%

[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP82\\_Hospital\\_competition\\_quality\\_spatial\\_econometrics.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP82_Hospital_competition_quality_spatial_econometrics.pdf)

## Inégalités sociales de santé

**Hamel C., Moisy M. (2013). Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé** : Paris : INED

Abstract: Basée sur les données de l'enquête « Trajectoires et Origines, enquête sur la diversité des populations en France » (TeO), ce rapport est structuré en trois grandes parties qui abordent le rapport des immigrés et des natifs d'un DOM à leur santé et au système de soins avant de s'intéresser à la santé des enfants d'immigrés, nés en France et devenus aujourd'hui adultes. La première partie propose de décrire et d'analyser la perception que les hommes et les femmes enquêtés ont de leur état de santé en fonction de leur origine, de leur âge et de leurs conditions de vie actuelles et passées, mais aussi selon leur âge à l'arrivée sur le territoire métropolitain et la durée de résidence en France. La deuxième partie explore ce qu'il en est du non recours et du renoncement aux soins, particulièrement pour les immigrés qui déclarent un besoin de soins, soit parce qu'ils se sont déclarés en mauvaise santé, soit parce qu'ils évoquent des limitations fonctionnelles et nous examinons ces résultats au regard de leur couverture médicale et en les mettant en perspective avec la déclaration d'un traitement différencié en raison de l'origine par le personnel médical. Dans la dernière partie, il s'agit d'observer si parmi les personnes ayant grandi en France, les filles et fils d'immigrés ainsi que les enfants des descendants des DOM ont un rapport à leur santé et au système de soins comparable à celui des enquêtés de la population majoritaire ou si des différences persistent malgré une socialisation en France et une familiarisation avec le corps médical et les messages de prévention depuis le plus jeune âge

[http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/publications/documents\\_travail/bdd/publication/1625/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/documents_travail/bdd/publication/1625/)

## Médicaments

### **(2013). Enrichir sa panoplie thérapeutique : bilan de l'année 2012**

Revue Prescrire, 33 (351) : 31-60.

Abstract: Cet article fait le point des innovations thérapeutiques de l'année 2012 par spécialité médicale

### **Thierry M. (2012). Évaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD.** Rapport IGAS ; 2012 144. Paris : IGAS

Abstract: La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoyait la conduite d'expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière sur le budget soins des établissements accueillant des personnes âgées, ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur. Il s'agissait ainsi de tester leur intégration dans la dotation globale des établissements, dans le souci d'une meilleure régulation en termes économiques comme en termes de santé publique, au lieu d'un remboursement au coup par coup des ordonnances. Une première mission d'évaluation de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur) réalisée en septembre 2010 concluait à l'interruption de l'expérimentation. L'impossibilité de disposer de données quantitatives comparatives entre les établissements expérimentateurs et les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avait conduit le Parlement à voter la prolongation de l'expérience en reportant le terme de l'expérimentation au 1er janvier 2013 (loi de financement de la sécurité sociale pour 2011). C'est dans ce contexte que les ministres en charge de la cohésion sociale, de la santé et du budget ont demandé à l'IGAS une mission d'appui au pilotage d'une seconde phase de l'expérimentation

### **Imbaud D., Morin A., Picard S., Toujas F. (2012). Évaluation de la politique française des médicaments génériques.** Rapport IGAS ; 2012 115. Paris : IGAS

Abstract: La politique en faveur du développement des médicaments génériques, lancée en France au milieu des années 90, a connu un succès très important dans l'ensemble des pays occidentaux. Elle s'inscrit dans le cadre plus global de la maîtrise de la croissance des dépenses de médicaments au sein des dépenses de santé. Si l'utilisation des médicaments génériques a régulièrement augmenté depuis, elle connaît un ralentissement depuis 2008, en raison notamment de prises de position contradictoires concernant leur qualité. C'est dans ce contexte que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a évalué cette politique

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000668/index.shtml>

### **Nutt D.J., Attridge J. (2012). Medicines innovation in severe illness. The next investment desert ?** Eurohealth, 18 (4) : 24-28.

Abstract: The societal burden of mental illness in Europe exceeds that of either cancers or cardiovascular diseases. Depression, anxiety and schizophrenia seriously impact upon the working age population and labour productivity. Despite past progress in developing effective medicines, many patients still do not respond and there are high levels of unmet need. Emerging basic science and product development technologies suggest that much scope exists for further incremental innovations. However in Europe, the 'new economics' of biopharmaceutical innovation and intense pressure on health budgets are driving a substantial decline in rewards for innovators. Unless more is done to protect funding of

purchases of innovative medicines in this disease sector, the decline in investment will continue, creating another innovation desert analogous to that already seen for antibiotics.  
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol18No4/Eurohealth-v18n4-WEB-181212.pdf>

## Méthodologie – Statistique

**Lecroart A. (2011). Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 : sources, méthode et résultats.** Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees, (23) : -45p.

Abstract: En 2060, d'après les dernières projections de population de l'INSEE (2010), un tiers de la population vivant en France métropolitaine sera âgé de plus de 60 ans, dont la moitié aura 75 ans ou plus (scénario central). C'est dire l'enjeu majeur de la prévention et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Dans ce contexte, le gouvernement a annoncé un projet de réforme et a lancé une concertation nationale sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, de leurs attentes et de leurs besoins. Un groupe de travail a été mis en place début 2011, sur le thème des "Perspectives démographiques et financières de la dépendance". Dans un premier temps, le document présente les trois hypothèses retenues par le groupe en ce qui concerne l'évolution de la part des personnes dépendantes par sexe et âge, et le contexte qui a conduit à ce choix. Puis il détaille les éléments de méthode mis en œuvre pour l'exercice de ces projections, avant de présenter les résultats dans une dernière partie, où figurent également des éléments chiffrés détaillés pour la France métropolitaine (population projetée par sexe, âge quinquennal, tous les 5 ans)

<http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-sources-et-methodes.755.html>

**Eghbal-Teherani S., Makdessi Y. (2011). Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 : méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale.** Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees, (26) : -70p.

Abstract: Depuis la loi du 24 janvier 1997, la grille Autonomie Gérontologie - Groupes Iso-Ressources (AGGIR) est un outil largement partagé par les acteurs institutionnels du champ de la dépendance en France. Elle détermine des groupes iso-ressources (GIR) rassemblant des personnes ayant des niveaux proches de besoins d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Les GIR les plus dépendants (GIR 1 à 4 sur une échelle de 1 à 6) ouvrent droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en place depuis 2002. Ce document présente et commente la démarche de calcul de l'indicateur GIR estimé dans les enquêtes Handicap-Santé (2008-2009, INSEE). L'objectif est d'approcher le nombre de personnes "dépendantes au sens de l'APA" et leurs caractéristiques dans la population âgée de 60 ans et plus (à domicile ou en institution) et ce, indépendamment du fait que les personnes aient demandé ou non à bénéficier de l'APA

<http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-sources-et-methodes.755.html>

**Aballea P., Marie E. (2012). L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque.** Rapport et Annexes. Rapport IGAS ; 2012 059.

Abstract: Par lettre du 8 juin 2011, le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de rédiger un rapport visant à étudier un barème d'attribution des pensions d'invalidité cohérent avec le barème d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et à mieux encadrer la définition de l'inaptitude. Dans un premier temps, le rapport définit un référentiel de l'évaluation de l'invalidité, faisant notamment la synthèse de travaux internationaux sur le sujet. Puis, il présente la situation de la France et analyse la question de l'hétérogénéité des décisions prises en matière

d'attribution d'une pension d'invalidité tant dans le cadre du régime général de la CNAMTS que dans celui des autres régimes. L'impact des deux leviers principaux à disposition des caisses permettant de réduire certains des indicateurs d'hétérogénéité, soit un barème et un pilotage de réseau, est détaillé. Enfin, le rapport propose des réformes visant à harmoniser la définition de l'invalidité quel que soit le régime concerné, à expérimenter le barème de l'allocation adulte handicapé ou celui du droit commun pour l'évaluation des capacités fonctionnelles articulée avec un processus de mesure de l'employabilité et associé à la mise en place d'un pilotage renforcé du risque invalidité

[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P - TOME I Rapport.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_-_TOME_I_Rapport.pdf)

[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P TOME II Annexes.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-059P_TOME_II_Annexes.pdf)

**Lardellier P., Legal R., Raynaud D., VIDAL G. (2012). Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar.** Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees, (34) : -63p.

Abstract: La Drees a construit un Outil de microsimulation pour l'Analyse des restes à charge (Omar). Celui-ci permet de simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre les trois financeurs : la Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'individu. En outre, Omar a désormais été rapproché de l'outil Ines, rendant ainsi possible des études plus larges de la redistribution. Cet article, de nature méthodologique, présente les différentes étapes de construction d'Omar. En fin d'article, une étude de la sensibilité des valeurs simulées à la méthode d'imputation des contrats offre un aperçu des possibilités offertes par ce nouvel outil

<http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-sources-et-methodes.755.html>

**De Riccardis.N. (2012). Traitements de la non-réponse et calages pour l'enquête santé et itinéraire professionnel (SIP) de 2010.** Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees, (36) : -77p.

Abstract : Ce document de travail décrit la mise en place des deux jeux de pondérations construits pour l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) : un premier permettant une exploitation en panel (rassemblant les personnes répondantes aux deux vagues 2006 et 2010) et un second destiné à des analyses transversales sur les facteurs de risques psychosociaux au travail pour la seconde vague de l'enquête (2010). Ces jeux de pondérations sont construits à la suite des processus de traitement de la non-réponse et de calage

<http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-sources-et-methodes.755.html>

**Mermilliod C. (2012). L'impact de la mise en place d'un suivi d'adresse entre les deux vagues de l'enquête santé et itinéraire professionnel (SIP).** Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees, (37) : -29p.

Abstract: [BDSP. Notice produite par MIN-SANTE ps7BR0xo. Diffusion soumise à autorisation]. L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) a pour objet les interactions entre le travail, l'emploi et la construction ou l'altération de la santé, en prenant en compte les décalages temporels. La seconde vague de l'enquête, réalisée en 2010, reposait sur la ré-interrogation des 14 000 personnes interrogées en 2006. Le suivi d'adresse mis en place avait pour vocation de limiter l'attrition entre les deux vagues. Le document décrit le protocole, il rend compte des étapes du suivi et analyse les résultats de collecte de la 2nde vague au regard de ce bilan intermédiaire

<http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-sources-et-methodes.755.html>

**(2012). Apport des cohortes à la connaissance de la santé.** Dossier. Actualité et Dossier en Santé Publique, (78) : 13-52.

Abstract: Aujourd'hui, les cohortes ne sont pas une espèce en voie de disparition même si certaines d'entre elles sont en voie d'extinction du fait de la mortalité naturelle des sujets âgés inclus, comme dans la cohorte Paquid. Par contre elles doivent être protégées, en

particulier dans leurs premières années qui souvent ne sont pas productrices en termes de résultats et de publications scientifiques alors qu'elles nécessitent d'emblée des moyens humains et financiers importants. La stabilité des équipes est aussi bien difficile à maintenir quand on sait qu'une bonne part des travaux est menée avec des crédits au mieux obtenus sur un moyen terme. Le travail des professionnels pour constituer et enrichir les bases de données est encore insuffisamment pris en compte dans nos systèmes d'évaluation et il leur faut beaucoup de ténacité et de patience pour que les projets voient le jour, perdurent et nous apportent des connaissances irremplaçables. Ce dossier nous permet d'avoir une vision globale à la fois des questions de méthodes mais aussi du paysage français et international sur les grandes cohortes en population générale

**Montaut A., Calvet L., Bouvier G., Gonzalez L. (2013). L'appariement handicap-santé et données de l'assurance maladie.** Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees, (39) : -35p.

Abstract: L'enquête Handicap Santé permet de dresser un bilan de l'état de santé de la population. Elle s'intéresse en particulier aux personnes handicapées ou en situation de dépendance. Cette enquête comporte deux volets : en ménage (collecté en 2008) et en institution (collecté en 2009). L'enquête Handicap Santé a été appariée avec les données de l'Assurance Maladie, complétant ainsi l'enquête avec le recours aux soins et les dépenses de santé des personnes enquêtées. Ce document de travail présente l'appariement de ces deux sources : des difficultés juridiques aux traitements statistiques mis en œuvre pour assurer la représentativité de l'échantillon apparié

<http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-sources-et-methodes,755.html>

## Politique de santé

**(2012). Carnet de santé de la France en 2012 : économie, droit et politiques de santé :**

Paris : FNMF, Paris : Economica

Abstract: Ce 7e Carnet de santé est publié à l'occasion du 40e Congrès national de la Mutualité Française. Parmi les sujets récurrents figurent le déficit de l'assurance maladie et son financement ainsi que l'aggravation des inégalités, notamment dans l'accès aux soins (partie 1). Et si les qualités du système français, internationalement reconnues, restent remarquables, son classement recule ! Introduction d'une « règle d'or » en matière de Sécurité sociale, fusion des régimes d'assurance maladie doublée d'une budgétisation des branches maladie et famille, utilisation appropriée des nouvelles technologies de l'information, évolutions possibles de la médecine générale au regard des nouvelles attentes des jeunes praticiens dont les femmes constituent une majorité, constituent les voies d'avenir possibles présentées dans la deuxième partie. Au titre des nouveaux thèmes traités dans ce Carnet 2012, deux politologues analysent la manière dont les idées viennent aux politiques. Le premier, américain, traitera du cas général, quand le second, français, l'illustrera à partir de l'exemple de notre pays (d'après la 4ème de couv.)

## Prévention santé

**Mcclanahan S., Leger F. (2012). Des sociétés en bonne santé grâce à la sécurité sociale: vers un nouveau rôle pour la prévention :** Genève : AISS

Abstract: Ce rapport contient les résultats d'une analyse comparative des réponses à un questionnaire de l'AISS reçues d'institutions de sécurité sociale d'Allemagne, d'Australie, de Belgique, de France, du Maroc, du Pérou, de Tunisie et d'Uruguay. Le projet consistait à

décrire les types et l'ampleur des activités de prévention, en matière de santé, qui peuvent être lancées par des institutions de sécurité sociale, et à étudier trois grands thèmes: la prévention et le dépistage précoce des maladies parmi la population active, y compris sur le lieu du travail; la prévention des maladies chez les groupes les plus fragiles; et la mise en place des conditions propices à un vieillissement plus actif et indépendant. Ces thèmes font ressortir des priorités et défis distincts mais mutuellement liés pour les activités consistant à s'attaquer de façon précoce aux risques pour la santé et ce faisant à réduire les coûts humains, financiers et économiques associés aux mauvais états de santé et aux accidents. C'est sur la base de ces trois thèmes qu'est structurée la dernière partie du rapport <http://www.issa.int/fre/Ressources/Rapports-de-conference/Des-societes-en-bonne-sante-grace-a-la-securite-sociale-vers-un-nouveau-role-pour-la-prevention>

### **(2012). Changer les comportements à risque de cancer. États des lieux & des connaissances.** Boulogne Billancourt : INCA.

Abstract: Ce rapport, issu des travaux d'un groupe pluridisciplinaire examine les changements de comportements à risque de cancer, et leurs déterminants individuels et collectifs. Il dresse un état des lieux des recherches françaises menées s'agissant des changements des comportements liés à la santé, envisageant comment ces recherches peuvent contribuer à la prévention. Le rapport ne propose pas des sujets de recherche précis, mais engage la réflexion autour de pistes de recherches qui pourraient donner lieu au lancement d'appels à projets. Les types de recherches considérés concernent la recherche fondamentale, la métrologie et l'expologie, la recherche translationnelle ou encore la recherche en implémentation des mesures <http://www.e-cancer.fr>

### **Basset B., Demeulemeester R., Sermet C. (2012). 20 ans de santé publique. Dossier.** Actualité et Dossier en Santé Publique, (80) : 5-83.

Abstract: L'Adsp fête ses vingt ans et à cette occasion dresse un bilan de l'évolution de l'état de santé durant cette période et propose des réflexions prospectives sur la santé en 2030. Ce numéro revient sur les grandes réformes qui ont modifié le système de santé. Les acteurs ayant initié ou accompagné ces politiques de santé apportent leur témoignage

## **Réglementation**

### **(2012). Références juridiques – Biologie médicale** - Octobre 2012 : Paris : CNAMTS.

Abstract: Ce guide rassemble et explicite les textes législatifs et réglementaires, ainsi que les instructions émanant du ministère et de la CNAMTS, qui constituent le fondement juridique de la biologie médicale sur le plan de la santé publique comme sur celui de l'admission au remboursement des actes. Les références tiennent compte des textes parus jusqu'au 31 octobre 2012. Cette présentation en neuf chapitres permet de traiter de l'ensemble des dimensions de la discipline : sont abordées les thématiques transversales que sont l'organisation du laboratoire de biologie médicale, l'admission au remboursement d'un examen de biologie médicale, la biologie médicale et la politique de santé publique, les spécificités de la prise en charge de la biologie médicale en ambulatoire, en établissements de santé et en établissements médico-sociaux et enfin deux chapitres spécifiques sur la biologie médicale et la transfusion sanguine ainsi que sur les actes relevant de la loi bioéthique [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Guide-complet\\_V-def-03-01-2013-ameli.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Guide-complet_V-def-03-01-2013-ameli.pdf)

## Soins de santé primaires

### **Bournot M.C., Cercier E., Tuffreau F., Herault T. (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire** : Nantes : ORS.

Abstract: Les médecins généralistes ligériens ont une durée de travail élevée, en moyenne 57 heures par semaine. L'enquête menée début 2011 auprès d'un échantillon de 450 médecins généralistes des Pays de la Loire permet de décrire la diversité des emplois du temps, avec des durées de travail qui varient notamment en fonction de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice (rural ou urbain), mais aussi de la région d'installation, l'enquête étant effectuée en parallèle dans plusieurs régions...

[http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/panelMG/2012\\_2\\_emploiemps\\_Panel2MGpdl.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2012_2_emploiemps_Panel2MGpdl.pdf)

### **Reynaudi M. (2012). La mobilité internationale des professionnels de santé.** Note d'Analyse (La), (308) : -11p.

Abstract: La France, contrairement à d'autres pays, n'a pas opté pour un recrutement actif à l'étranger afin d'alimenter son système de santé en ressources humaines. Ainsi, seuls 7,4 % des médecins exerçant en France sont titulaires d'un diplôme obtenu à l'étranger, contre 30 % au Royaume-Uni. Toutefois, le nombre de professionnels formés à l'étranger et exerçant en France augmente, notamment dans les localités peu attractives, rurales ou en périphérie des villes, ainsi que dans des disciplines ou des professions en manque conjoncturel d'effectif. La mobilité, facilitée dans le cadre de la libre circulation au sein de l'Union européenne (UE), a un impact sur les systèmes de santé des pays receveurs comme des pays d'origine, tant en termes de régulation, de qualité que d'accès aux soins. Il s'agit donc de mieux encadrer la mobilité d'emploi des professionnels de santé. Parallèlement, faciliter des temps de formation à l'étranger pour les étudiants et les professionnels pourrait bénéficier à la France et à ses partenaires, et participer à l'édification d'un espace européen de la santé

<http://www.strategie.gouv.fr/content/mobilite-internationale-professionnels-sante-na-308>

### **Vaysette P. (2012). Centres de santé polyvalents : entre missions et attentes.** Réseaux Santé & Territoire, (47) : 29-34.

Abstract: Dans son rapport de 2007, Dominique Acker mentionnait 1 439 centres de santé, hors de centres du régime minier. Dans cet ensemble, les centres polyvalents étaient fortement minoritaires et le sont toujours. Aujourd'hui, on doit avoisiner les 450 centres polyvalents gérés par des collectivités, des mutuelles ou le régime minier

### **Beaupin A. (2012). Vers un cadre d'exercice moderne pour la médecine de premier recours.** Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les), 61-64.

Abstract: La réforme du cadre d'exercice de la médecine de premier recours a été annoncée par la Ministre chargée de la santé, Marisol Touraine. Le présent article vise à attirer l'attention sur quelques points de vigilance à prendre en compte impérativement comme une attitude de bien-traitance à l'égard des professionnels de santé, l'importance du cadre juridique des nouvelles structures, l'importance du statut des professionnels de santé et du financement en intégrant la prévention santé

### **Caillaud L., Cohen F., Kahn J.V. (2012). Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé ? Une contribution des professionnels de santé des centres de santé.** Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les), 68-78.

Abstract: L'offre de soins ambulatoire, dite de premier recours, médicale et bucco-dentaire est amenée à connaître une profonde mutation dans les prochaines années. Elle doit face, en effet, aux nouveaux besoins de santé des populations, aux maladies chroniques et aux polyopathologies chez des patients toujours plus âgés. Ces maladies posent la question d'une politique de santé qui met en lien soins et prévention. Elles justifient aussi le développement

de nouvelles pratiques médicales, pluri professionnelles et coordonnées. Cet article dresse un état des lieux des centres de santé et prône l'instauration de nouveaux modèles économiques pour que ces structures puissent répondre aux nouveaux besoins de santé

**(2013). Rémunération sur résultats : étendue à l'ensemble des médecins libéraux en France.** *Revue Prescrire*, 33 (351) : 63-67.

**Fichet J.L., Maurey H. (2013). Déserts médicaux : agir vraiment :** Paris : Sénat.

Abstract: Réalisé dans le cadre de la commission du développement durable, qui a notamment en charge les questions d'aménagement du territoire, ce rapport d'information du Sénat sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire fait le constat d'une situation inacceptable et qui ne va pas en s'améliorant - difficultés dans l'accès aux soins, inégalités dans la répartition territoriale de l'offre de soins et baisse significative de la démographie médicale. Les sénateurs proposent plusieurs mesures radicales pour lutter contre le fléau des déserts médicaux. Ils évoquent notamment une extension aux médecins du conventionnement sélectif en fonction de la nature des zones d'installation ainsi que l'obligation pour les spécialistes, à la fin de leurs études, d'exercer pendant deux ans dans les hôpitaux sous-dotés. Ils ne croient plus aux mesures incitatives, qu'ils jugent opaques, complexes et inefficaces. Ils souhaitent flécher l'installation des professionnels de santé vers des territoires délaissés, procédé qui a déjà été appliqué aux infirmiers en 2008 avec de bons résultats (un bond des installations de 33 % dans les déserts médicaux en trois ans). Mais tous les gouvernements ont reculé devant le poids électoral des médecins et les grèves des internes. Parmi les autres recommandations retenues : la nécessité d'intervenir dès à présent auprès des étudiants, afin de les prévenir que ce système pourrait être généralisé si les déserts médicaux s'étendent d'ici à la fin de la législature ; régionaliser le numerus clausus en fonction des besoins des territoires, alors qu'à l'heure actuelle ce mécanisme ne définit les effectifs d'étudiants en médecine qu'au niveau national. Les autres propositions du groupe de travail sont plus consensuelles. Elles consistent notamment à encourager le travail en équipe et la coopération entre professionnels de santé, les nouvelles formes d'exercice, les transferts d'actes entre professions de santé, la télémédecine, l'allongement de la durée d'activité des médecins en exonérant les retraités actifs du paiement des cotisations d'assurance vieillesse, ou encore à réformer les études de médecine et à créer au niveau départemental une commission de la démographie médicale. Inutile de dire que le "brûlot du Sénat" a déclenché les foudres des syndicats de médecins libéraux, des étudiants et des internes

[http://www.senat.fr/espace\\_presse/actualites/201302/un\\_rapport\\_du\\_senat\\_formule\\_des\\_recommandations\\_pour\\_mettre\\_fin\\_aux\\_deserts\\_medicaux.html](http://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201302/un_rapport_du_senat_formule_des_recommandations_pour_mettre_fin_aux_deserts_medicaux.html)

**De Jaegher K.(2012). The value of private information in the physician-patient relationship: a game theoretic account :** Utrecht : Tjalling C. Koopmans Research Institute.

Abstract: This paper presents a game-theoretical model of the physician-patient relationship. There is a conflict of interest between physician and patient, in that the physician prefers the patient to always obtain a particular treatment, even if the patient would not consider this treatment in his interest. The patient obtains imperfect cues of whether or not he needs the treatment. The effect is studied of an increase in the quality of the patient's private information, in the form of an improvement in the quality of his cues. It is shown that when the patient's information improves in this sense, he may either become better off or worse off. The precise circumstances under which either result is obtained, are derived

[http://www.uu.nl/SiteCollectionDocuments/REBO/REBO\\_USE/REBO\\_USE\\_OZZ/11-10.pdf](http://www.uu.nl/SiteCollectionDocuments/REBO/REBO_USE/REBO_USE_OZZ/11-10.pdf)

**Wright M. (2012). Pay-for-performance programs. Do they improve the quality of primary care?** *Australian Family Physician*, 41 (12) : 989-991.

Abstract: The recent release of The Royal Australian College of General Practitioners clinical quality indicators has sparked renewed debate about the role of pay-for-performance (P4P)

programs and their potential usefulness in Australian general practice. This article seeks to update recent evidence about the impact of P4P programs on the quality of primary care and presents the evidence based viewpoint that there are potential problems with P4P, which may limit its usefulness. P4P programs are attractive to funders as they suggest a theoretical link between provider performance and improvements in healthcare quality – and potentially improved control over costs. Although P4P programs in primary care appear to have an effect on the behaviour of general practitioners, there is little evidence that these programs in their current form improve health outcomes or healthcare system quality. Further research is needed into the effect of these programs on healthcare quality before they are introduced into Australian general practice

<http://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2012/December/201212wright.pdf>

## Systèmes de santé

**Saint-Paul G. (2012). Réflexions sur l'organisation du système de santé.** Les Rapports du Conseil d'analyse économique ; 103. Paris : La documentation française.

Abstract: Ce rapport sur l'organisation du système de santé français aborde plus particulièrement les deux questions suivantes : quelles sont les justifications économiques de l'intervention de l'Etat dans le secteur de la santé ? Que penser des systèmes en vigueur de tarification des actes médicaux (avec notamment la mise en place de la tarification à l'activité - T2A - en 2005) et comment les améliorer ? Suite à ce rapport, on trouvera les commentaires de Brigitte Dormont, Professeur à l'Université Paris Dauphine, et de Franck von Lenep, Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère des affaires sociales et de la santé. Trois contributions extérieures sont également indexées à ce rapport. Elles abordent successivement les thèmes suivants : analyse de la littérature concernant la régulation de la demande de soins ; évaluation de modifications du système de remboursement des soins; fondements théoriques, mesures empiriques et implications en matière de choix fiscal de l'évaluation économique de la vie humaine

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000014/index.shtml>

**Lister J. (2012). Une charte de privatisation du Service national de santé en Angleterre.** Cahiers de Sante Publique et de Protection Sociale (Les), 9-13.

Abstract: Cet article analyse la loi très controversée : "Health and Social Care Act" adoptée par la coalition gouvernementale conservatrice de David Cameron, qui doit réformer le système de santé anglais en avril 2013. Il s'agit d'un mouvement qui vise consciemment à briser le NHS en Angleterre

**Costa-Font J. (2012). Fiscal Federalism and European Health System Decentralization: A Perspective** : London : London School of Economics and Political Science

Abstract: How does fiscal decentralisation affect the development of a health system? Evidence from health care decentralisation in Europe can offer some insights to the question above. This paper addresses the effects of health care decentralisation in Europe, and reviews some of the key questions on the design of a health system. We argue that contrary to old mobility argument, the effects of health care decentralisation result from tighter political agency, which generally stands as an alternative to health care privatisation. However, whether efficiency improves after a process of decentralisation depends heavily on the incentives fiscal design exerts on cost –containment, inter-jurisdictional competition, policy innovation and diffusion. Experiences of health care decentralisation highlight important concerns associated with vertical imbalances and limited horizontal imbalances. Finally, health care decentralisation can give rise to a new regional political cycle where citizens can reward or penalise the performance of health policy

<http://eprints.lse.ac.uk/47881/1/Fiscal%20federalism%20and%20European%20health%20system%20decentralization.pdf>

**Marchildon G.R. (2013). Health system review : Canada. Health systems in transition ;** vol. 15, n°1. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: In Canada there has been a major reinvestment in public health since the cuts of the early to mid-1990s. The last two decades have produced a dense network of intergovernmental agencies, and while collaboration has succeeded in some areas (e.g. ensuring universal accessibility to hospital and physician services), it has been less effective in other areas (e.g. more effective use of IT). The Canadian government has focused on improving the timeliness, quality and safety of health care, and this has resulted in more doctors and nurses as well as an increase in the proportion of both, relative to the general population. In addition, governments have invested heavily in capital infrastructure including medical equipment, and recently, there have been improvements in quality outcomes as well as reductions in waiting times, although primary care performance remains weak in Canada  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/181955/e96759.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf)

**Vrijens F., Renard F., Jonckheer P. (2013). La performance du système de santé belge.** Rapport 2012. KCE Report ; 196B. Bruxelles : KCE.

Abstract: L'évaluation de la performance du système de santé (Health System Performance Assessment - HSPA) est un processus qui permet d'offrir un bilan global, une évaluation holistique du système de santé. En se basant sur des indicateurs mesurables, cet outil établit un lien entre les résultats relatifs à la santé et les stratégies et fonctions du système de santé. Ce rapport HSPA 2012 vise à examiner l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la durabilité et l'équité du système de santé belge. Il propose une photographie de cette performance au travers de 74 indicateurs. Les résultats ont été comparés avec ceux de 14 autres pays européens

<https://kce.fgov.be/fr/publication/report/la-performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-rapport-2012>

## Travail Santé

**Diaye M.A. (2012). Changements au sein des entreprises et risques psychosociaux pour les salariés** : Paris : CAS

Abstract: Si la problématique de la santé au travail est ancienne dans le débat public, celle du risque psychosocial est plus récente. L'une des questions est comment mieux appréhender les conditions dans lesquelles ce risque peut apparaître et quels sont les outils disponibles pour en effectuer une mesure. Le rapport Nasse et Légeron et, à sa suite, le collègue Gollac ont fourni des indications sur la manière de construire de tels outils. Ce document de travail a pour objet d'élaborer des indices de risque psychosocial à partir de données d'enquête et d'analyser dans quelle mesure un changement organisationnel (ou technologique) dans une entreprise induit un risque psychosocial pour les salariés. Si notre étude conclut à la réalité du lien entre changements organisationnels ou technologiques et risques psychosociaux, elle note que ce lien est d'autant plus fort que le changement est perçu par les salariés. Ainsi, lorsque les changements organisationnels sont mesurés au niveau des entreprises (c'est-à-dire à partir des changements déclarés par les entreprises), le lien avec les risques psychosociaux est quasi-inexistant, sauf pour la dimension « Exigences du travail » (qui décrit la quantité de travail, la pression temporelle, la complexité du travail et la difficulté de conciliation entre travail et hors travail). Cette différence de point de vue entre les effets des changements déclarés par les entreprises et par les salariés, peut se comprendre si l'on considère que les salariés ne déclarent que les changements qui jouent sur eux. Si l'on estime que ce sont les changements déclarés par les entreprises qui

doivent être pris en compte, alors notre étude conclut qu'à court terme les changements organisationnels ne jouent que sur la dimension « Exigences du travail » et qu'à moyen terme, ils ne jouent plus du tout. Cependant des changements organisationnels permanents ont un effet cumulatif qui joue plus fortement sur les risques psychosociaux des salariés <http://www.strategie.gouv.fr/risques-psychosociaux-salari%C3%A9s-DT11>

**Khayi-Palat N. (2012). La santé au travail : la médecine du travail.** Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les), 32-38.

Abstract: La première partie de cet article dresse un état des lieux de la médecine du travail en France (origine, évolution...). La deuxième partie traite de la place de la santé au travail dans les organisations politiques de gauche et les organisations syndicales

**Petit F. (2013). Les nouveaux contours de l'obligation de sécurité à la lumière des outils de prévention de la pénibilité.** Droit Social, (1) : 42-50.

Abstract: La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 a largement innové en mettant à la charge des employeurs l'obligation de mettre en place une politique de prévention de la pénibilité au travail. Il faut notamment compter aujourd'hui sur l'établissement d'une fiche individuelle de suivi pour chaque salarié exposé à un ou plusieurs facteurs contribuant à la pénibilité de son activité. Ce nouvel outil est mis au service de ce que l'on dénomme la traçabilité de la pénibilité. Il conviendra dans cette étude de déterminer les éléments qu'il faudra inscrire.

## Vieillesse

**Vachey L., Varnier F., Jeannet A., Auburtin A. (2012). Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement :** Paris : IGAS.

Abstract: Les ministres en charge du budget et de la solidarité ont confié à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances une mission portant sur les établissements et services pour personnes handicapées, plus particulièrement sous l'angle de deux thèmes : l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes d'une part, les voies et moyens pour entreprendre une réforme du financement du secteur d'autre part. Le rapport revient sur le contexte dans lequel s'inscrit cette mission, marqué par de profondes réformes en faveur des personnes handicapées au cours des dix dernières années : loi du 2 janvier 2002 qui, tout en redéfinissant les relations entre les établissements et les pouvoirs publics, a renforcé le droit des personnes accueillies ; loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui a modifié la vision de la place des personnes en situation de handicap dans la société ; mesures visant à augmenter la capacité d'accueil des personnes handicapées dans le cadre du "programme pluriannuel de création des places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008 - 2012". Le rapport propose une série de mesures, notamment la création d'un outil partagé d'évaluation des lourdeurs des prises en charge afin de mieux adapter l'offre aux besoins des personnes, ainsi que des propositions de méthode pour conduire une réforme du financement des établissements et services. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000638/0000.pdf>

**Schut E., Sorbe S., Hoj J. (2013). Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands :** Paris : OCDE

Abstract: The Netherlands, as other OECD countries, faces the challenge of providing high quality health and long-term care services to an ageing population in a cost-efficient manner. In the health care sector, reforms have aimed at introducing more competition. Despite major changes and some positive effects, the reforms run the risk of getting stuck in the middle between a centralised system of state-controlled supply and prices and a decentralised

system based on regulated competition, providing insufficient incentives for provision of quality services and expenditure control. The main challenges are to complete the transition to regulated competition in health care provision, to strengthen the role of health insurers as purchasing agents and to secure cost containment in an increasingly demand-driven health care sector. In 2012, reforms expanded the role of the market in the hospital sector and reinforced budget controls. Both measures are not consistent and may jeopardize both objectives. More competitive markets require, at least, provision of good quality information, appropriate financing and better efficiency incentives. In view of population ageing, current policies mean that the cost of long-term care is set to more than double over the coming decades. Insufficient incentives for cost-efficient purchasing of long-term care should be addressed. However, the government's plan to transfer long-term care purchasing to health insurers is unpromising unless additional measures ensure that insurers bear the associated financial risks. In addition, home care should be further encouraged at the expense of institutional care, while screening and targeting should be improved

<http://dx.doi.org/10.1787/5k4dlw04vx0n-en>

**O'Shaughnessy C.V. (2013). Family Caregivers: The Primary Providers of Assistance to People with Functional Limitations and Chronic Impairments** : Washington : National Health Policy Forum

Abstract: An extensive body of research conducted over the past several decades has documented that family or other unpaid caregivers provide the majority of care to people who need assistance because of functional limitations or multiple and complex chronic conditions. Families play a central role not only in assisting impaired family members with personal care needs, but also in helping them coordinate health care and supportive services, and, increasingly, providing and/or supervising home-based medical care. This paper presents background information on family caregiving, briefly describes federal programs that provide direct assistance to caregivers, and discusses possible future policy and practice directions

<http://www.nhpf.org/library/details.cfm/2900>