

**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

**17 mai 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, ouvrages...

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). Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

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

## Sommaire

|   |          |
|---|----------|
| <b>Sommaire</b> .....   | <b>2</b> |
| <b>Assurance maladie</b> .....  | <b>5</b> |
| Dormont B., Geoffard P.Y., Lamiraud K. (2012). Assurance maladie en Suisse : l'assurance supplémentaire nuit-elle à la concurrence sur l'assurance de base ?..... | 5        |
| (2013). Les métamorphoses de la Sécurité sociale. ....  | 5        |
| <b>Démographie</b> .....  | <b>5</b> |
| Prioux F., Barbieri M. (2012). L'évolution démographique récente en France : une mortalité relativement faible aux grands âges.....                               | 5        |
| Toulemon L. (2012). Evolution des situations familiales à travers les recensements français de 1962 à 2009. ....  | 6        |
| <b>Economie de la santé</b> .....   | <b>6</b> |
| Mornex R. (2013). Améliorer la pertinence des stratégies médicales .....  | 6        |
| <b>Etat de santé</b> .....  | <b>6</b> |
| Robine J.M., Cambois E. (2013). Les espérances de vie en bonne santé des Européens.....   | 6        |
| (2013). Mieux prendre en compte la santé des femmes .....   | 6        |
| Graff Z.J., Neidell M. (2013). Environment, Health, and Human Capital : .....   | 7        |
| (2013). Le bien-être des enfants dans les pays riches. Vue d'ensemble comparative ....  | 7        |
| Mackenbach J., Karanikolos M., Greer S.L. (2013). Health in Europe .....  | 7        |
| <b>Géographie de la santé</b> .....   | <b>7</b> |
| Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. (2012). Santé en milieu rural : réalités et controverses.....  | 7        |
| Muller C. (2012). Psychiatrie et territorialité, le triomphe de la géographie ou. "le bonheur est dans le prés.....   | 8        |
| <b>Hôpital</b> .....  | <b>8</b> |
| Galy M., Delatour A. (2012). Réflexion. La recherche des gains de productivité à l'hôpital .....  | 8        |
| Bartoli F., Destais N., Yeni I., Beauchamp H., et al. (2012). Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins. ....                 | 8        |
| (2013). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works.....   | 8        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Médicaments</b> .....   | <b>9</b>  |
| Oreskes N., Conway E. (2013). Les marchands de doute .....   | 9         |
| Clausener M. (2013). "Il ya des marges pour faire baisser les prix des génériques" :<br>entretien avec D. Giorgi, président du Ceps .....  | 9         |
| Fusi C. (2013). Les biosimilaires dans les moindres détails.....   | 9         |
| (2013). Agence mondiale du médicament : révolution historique !.....   | 9         |
| Caulin C. (2013). Année 2012 du médicament : c'est la crise ! La période des trente<br>glorieuses du médicament est derrière nous. ....  | 9         |
| Giezen TJ, Strauss S. (2012). Pharmacovigilance of biosimilars: challenges and<br>possible solutions .....   | 10        |
| Dyslt P. (2012). Reference pricing systems in Europe: characteristics and<br>consequences. ....  | 10        |
| Haustein R (2012). Saving money in the European healthcare systems with biosimilars<br>.....   | 10        |
| <b>Méthodologie – Statistique</b> .....  | <b>10</b> |
| Decourt O. (2011). SAS l'essentiel .....   | 10        |
| O'Neill D., Sweetman A. (2013). Estimating Obesity Rates in the Presence of<br>Measurement Error .....   | 10        |
| <b>Psychiatrie</b> .....   | <b>11</b> |
| Milleret G., Plantard M. (2012). Place de la santé mentale en médecine générale :<br>résultats de la région Bourgogne à partir d'une enquête nationale. In : Psychiatrie, santé<br>mentale et territoires..... | 11        |
| <b>Recherche</b> .....   | <b>11</b> |
| Lallement R. (2013). Valorisation de la recherche publique : quels critères de succès en<br>comparaison internationale ? .....   | 11        |
| <b>Réglementation</b> .....  | <b>12</b> |
| Laude A. / dir., Paubel P. / dir., Peigne J. / dir. (2012). Le droit des produits de santé<br>après la loi du 29 décembre 2011 .....   | 12        |
| <b>Soins de santé primaires</b> .....  | <b>12</b> |
| Peneff J. (2005). La France malade de ses médecins.....  | 12        |
| (2012). Matrices de maturité en soins primaires .....  | 13        |
| (2013). L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la<br>Loire. Panel 2010 2012 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en<br>médecine générale.....               | 13        |

|  |           |
|--|-----------|
| (2013). Groupe de travail « Conditions de travail étudiants internes et assistants .....   | 13        |
| (2013). Principaux motifs de recours et/ou diagnostics pour 100 séances de médecins selon l'âge en 2011 .....  | 14        |
| (2013). Rating providers for quality: a policy worth pursuing ?.....   | 14        |
| <b>Systemes de santé .....</b>   | <b>14</b> |
| Grimaldi A. (2013). La santé écartelée : entre santé publique et business .....  | 14        |
| (2013). Understanding the German Health Care System.....   | 14        |
| Miller G., Singer B.K. (2013). Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health.....  | 15        |
| Hall J., Kenny P., Power P. (2013). Can we get there from here? Implementing health reform in Australia. ....  | 15        |
| (2013). Healthcare reform in the NHS England : more lessons for Ontario.....   | 15        |
| <b>Travail et santé .....</b>  | <b>16</b> |
| (2013). Les salariés déclarant avoir interrompu ou refusé une tâche pour préserver leur santé ou leur sécurité : les enseignements de l'enquête Sumer .....                        | 16        |
| Mortelmans D., Vannieuwenhuyze J.T. (2013). The age-dependent influence of self-reported health and job characteristics on retirement. ....  | 16        |
| Harding S., Languerrand E., Costa G. (2013). Trends in mortality by labour market position around retirement ages in three European countries with different welfare regimes. .... | 16        |
| <b>Vieillessement .....</b>  | <b>17</b> |
| (2013). Parcours de personnes âgées : l'animation territoriale .....   | 17        |
| Hauw J.J., Vayre P. (2012). Handicap intellectuel et perte d'autonomie du vieillissement : risque individuel, menace sociétale. ....   | 17        |
| (2012). Les relations intergénérationnelles en dehors de la famille .....  | 17        |
| Lefebvre S. (2012). Relations intergénérationnelles et vieillissement : nouvelles questions.....   | 17        |
| Banens M., Marcellini A. (2012). La relation entre aidé et aidant dans le couple adulte et entre parents aidants et enfants aidés : .....  | 18        |
| Norton E.C., Hersh N.L., Sheng-Hsiu H.U.A.N. (2013). Informal Care and Inter-vivos Transfers: Results from the National Longitudinal Survey of Mature Women .....                  | 18        |
| Scheil-Adlung X., Bonan J. (2013). Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: Are the elderly faced with financial ruin? .....                        | 18        |

## Assurance maladie

**Dormont B., Geoffard P.Y., Lamiraud K. (2012). Assurance maladie en Suisse : l'assurance supplémentaire nuit-elle à la concurrence sur l'assurance de base ?** Cergy Pontoise : ESSEC Business School

Abstract: De nombreux pays ont introduit des mécanismes concurrentiels en assurance maladie, tout en instaurant une régulation pour éviter la sélection des risques et garantir une solidarité entre malades et bien portants. Le modèle de la « concurrence régulée » est ainsi appliqué pour l'assurance maladie de base en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Israël. Il inspire la réforme de l'assurance maladie aux Etats-Unis. Pour analyser le fonctionnement d'un tel système, on considère le cas de la Suisse, en s'intéressant aux interférences potentielles entre le marché des assurances supplémentaires et la concurrence sur le marché de l'assurance de base. L'organisation actuelle de l'assurance maladie en France diffère de celle du système Suisse. Mais la question d'une régulation du marché des assurances complémentaires pourrait être posée à terme. Douze ans après l'introduction de la concurrence régulée, les résultats observés en Suisse sont décevants. Alors que pour un même contrat les écarts de primes constatés entre les compagnies d'assurance peuvent être très importants, la proportion d'assurés qui changent de caisse reste faible. Tout se passe comme si les assurés ne faisaient pas jouer la concurrence. L'analyse montre que la faible mobilité des assurés résulte de la co-existence de deux marchés d'assurance maladie soumis à des règles différentes : le marché de l'assurance de base, où la sélection des risques est interdite, et celui de l'assurance supplémentaire, où elle est autorisée. Les estimations montrent que la propension à changer de caisse est beaucoup plus faible chez les détenteurs d'une assurance supplémentaire qui estiment que leur santé n'est pas excellente. Le droit de sélectionner les candidats à la souscription pour l'assurance supplémentaire nuit à la concurrence sur l'assurance de base  
<http://hal-essec.archives-ouvertes.fr/docs/00/79/55/44/PDF/WP1303.pdf>

**(2013). Les métamorphoses de la Sécurité sociale.** Dossier. *Regards.Rencontres Enseignement Gestion Actions Recherches Dossiers Sécurité Sociale*, (43) : 9-160.

Abstract: Au sommaire de ce numéro : un nouvel environnement pour la Protection sociale; les métamorphoses des politiques de Protection sociale; la transversalité au service de nouveaux droits de simplification; les métamorphoses de la gestion de la Protection sociale  
<http://www.en3s.fr/No43-Revue-REGARDS.html>

## Démographie

**Prioux F., Barbieri M. (2012). L'évolution démographique récente en France : une mortalité relativement faible aux grands âges.** *Population*, 67 (4) : 597-656.

Abstract: La France compte 65,3 millions d'habitants au 1er janvier 2012, dont 1,9 million dans les départements d'outre-mer. La pyramide des âges est un peu plus jeune que celle de l'ensemble de l'Union européenne. L'augmentation de la population se poursuit au même rythme, surtout par l'accroissement naturel. Les immigrés originaires d'Afrique installés en France sont désormais plus nombreux que ceux qui proviennent d'Europe. La fécondité est presque stable en 2011 (2,01 enfants par femme) mais la descendance finale des générations 1971-1972 atteint son minimum historique en France métropolitaine (1,99 enfant par femme). Malgré tout, c'est encore une des plus élevée en Europe. Les avortements sont stables et les taux n'augmentent plus chez les plus jeunes. Les mariages sont en baisse et les divorces se sont stabilisés (46,2 divorces pour 100 mariages en 2011). Les risques de divorce diminuent avec l'âge, mais ont beaucoup augmenté avant 70 ans au cours de la dernière décennie. L'espérance de vie à la naissance (78,4 pour les hommes, 85,0 pour les femmes) continue à augmenter au même rythme, principalement grâce au progrès réalisés aux grands âges. Par rapport aux autres pays européens, la France a la plus faible mortalité au-delà de 65 ans; elle est moins bien classée pour le niveau de mortalité prématurée (résumé de l'éditeur)

## **Toulemon L. (2012). Evolution des situations familiales à travers les recensements français de 1962 à 2009.** *Population*, 67 (4) : 657-682.

Abstract: Les recensements permettent de compter la population et d'en décrire les principales caractéristiques à tous les niveaux géographiques. Grâce à la mise à disposition des données des recensements français, de 1962 à 2006 par le programme IPUMS-I du Minnesota, et de 2006 à 2009 sur le site de l'INSEE, on peut décrire l'évolution des situations familiales depuis 50 ans de manière très précise. La proportion d'enfants a diminué avec la baisse de la fécondité et le vieillissement de la population. Les autres changements majeurs (augmentation de la part des personnes vivant seules ou en famille monoparentale, raréfaction des situations de coresidence avec des enfants adultes ou des proches) se déclinent de façon différentes selon le sexe et l'âge. Les disparités entre groupes sociaux (repérés par la profession, le niveau de diplôme ou le lieu de résidence) et leurs évolutions sont elles aussi en fonction du sexe et de l'âge. Le passage à des enquêtes annuelles de recensement offre de nouvelles possibilités d'exploitation des données annuelles, au moins à l'échelle nationale ou régionale, bien que le recensement soit conçu comme le regroupement de cinq vagues annuelles (résumé de l'éditeur)

## **Economie de la santé**

### **Mornex R. (2013). Améliorer la pertinence des stratégies médicales** : Paris : Académie nationale de médecine.

Abstract: La pertinence des stratégies médicales est une caractéristique essentielle du bon exercice de la médecine. Or ce rapport constate que trop d'échographies, d'exams biologiques, de bilans de santé, d'ordonnances de médicaments, de recours à l'imagerie lourde, voire à des interventions chirurgicales, sont réalisés de façon abusive et sans discernement. Pour lutter contre ses dérives, il propose des pistes d'amélioration

<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2452>

## **Etat de santé**

### **Robine J.M., Cambois E. (2013). Les espérances de vie en bonne santé des Européens.** *Population et Sociétés*, (499) : -4p.

Abstract: Depuis 2005 Eurostat calcule chaque année l'espérance de vie sans limitation d'activité sous le nom d'« années de vie en bonne santé ». Si l'espérance de vie à 65 ans s'est allongée d'un an dans l'Union européenne entre 2005 et 2010, le temps vécu en mauvaise santé perçue a diminué (de 0,5 à 1,1 an selon le sexe), et ce en dépit de l'augmentation des années de vie s'accompagnant de maladies chroniques (de 1,6 à 1,3 an selon le sexe), le temps vécu sans limitation d'activité restant inchangé. Ce paradoxe peut s'expliquer en partie par un repérage plus systématique et par une meilleure prise en charge des problèmes de santé, dont la fréquence a pu augmenter sans pour autant que les déclarations de limitations d'activité ou la perception négative de sa santé aient augmenté (résumé de l'éditeur)

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1639/publi\\_pdf1\\_population\\_societes\\_2013\\_499\\_esperances\\_vie.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1639/publi_pdf1_population_societes_2013_499_esperances_vie.pdf)

### **(2013). Mieux prendre en compte la santé des femmes.** Collection Séminaires. Paris : Editions de Santé ; Paris : Presses de Sciences Po

Abstract: Ce séminaire a été l'occasion d'aborder un grand nombre de thématiques liées à la santé des femmes : les comportements de santé différenciés selon les sexes, en matière de consommation de tabac, d'alcool ou de nutrition ont été présentés ; la pertinence des programmes de dépistage des cancers féminins - cancers du sein et du col de l'utérus - a été discuté ; les différents moments de la vie sexuelle, et parfois aussi reproductive, des femmes ont été examinés pour interroger les structures

d'éducation, de prévention et de prise en charge des femmes autant que des hommes ; les conditions de vie socio-économiques et les inégalités de genre ont enfin fait l'objet d'un examen spécifique, à travers la prise en compte de la précarité et des violences faites aux femmes

**Graff Z.J., Neidell M. (2013). Environment, Health, and Human Capital** : Cambridge : NBER

Abstract: In this review, we discuss three major contributions economists have made to our understanding of the relationship between the environment and individual well-being. First, in explicitly recognizing how optimizing behavior, particularly in the form of residential sorting, can lead to non-random assignment of pollution, economists have employed a wide range of quasi-experimental techniques to develop causal estimates of the effect of pollution. Second, economic research has placed a considerable focus on the role of avoidance behavior, which is an important component for understanding the difference between biological and behavioral effects of pollution and for proper welfare calculations. Lastly, economic research has expanded the focus of analysis beyond traditional health outcomes to include measures of human capital, including labor supply, productivity, and cognition. Our review of the quasi-experimental evidence on this topic suggests that pollution does indeed have a wide range of effects on individual well-being, even at levels well below current regulatory standards. Given the importance of health and human capital as an engine for economic growth, these findings underscore the role of environmental conditions as an important factor of production

<http://papers.nber.org/papers/w18935>

**(2013). Le bien-être des enfants dans les pays riches. Vue d'ensemble comparative** : Florence : Centre de recherche Innocenti de L'UNICEF.

Abstract: Ce rapport dresse un état des lieux du bien-être des enfants dans les pays riches. La première partie présente un classement du bien-être des enfants dans 29 des économies avancées du monde. La deuxième partie s'intéresse à ce que les enfants disent à propos de leur bien-être personnel (et présente un classement du niveau de satisfaction des enfants à l'égard de la vie). La troisième partie se penche sur les changements survenus dans le bien-être des enfants au sein des économies avancées au cours des années 2000 à 2010, passant en revue les progrès accomplis par chacun des pays en termes de réussite scolaire, de taux de natalité chez les adolescentes, de niveaux de l'obésité infantile, de prévalence des brimades et de consommation de tabac, d'alcool et de drogues

[http://www.unicef.org/french/policyanalysis/files/Bilan\\_Innocenti\\_11.pdf](http://www.unicef.org/french/policyanalysis/files/Bilan_Innocenti_11.pdf)

**Mackenbach J., Karanikolos M., Greer S.L. (2013). Health in Europe**. *The Lancet*, 381 (9872) : 1071-1156.

Abstract: The Lancet Series on Europe provides a comprehensive examination of some of the most important issues affecting the health of people in Europe today. Seven Series papers, led by Professor Martin McKee of the London School of Hygiene & Tropical Medicine, cover a diverse range of subjects, from how the financial crisis is affecting health in Europe, to whether children's health services are keeping pace with the changing landscape of child health. In recent years, the 53 countries that make up WHO's European Region have undergone turbulent political changes that have left an indelible mark on the health of their populations, including a striking east-west divide

<http://www.thelancet.com/series/health-in-europe>

## Géographie de la santé

**Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. (2012). Santé en milieu rural : réalités et controverses**. Dossier. *Pour*, (214) : 85-171.

Abstract: Réalisé par le Groupe de recherche pour l'éducation et la prospective (Grep) avec le concours des acteurs de terrain (élus locaux, professions de santé...), ce numéro de la revue POUR, paru en juillet 2012, propose d'abord un état des lieux, où il n'est pas seulement question de l'accessibilité des médecins généralistes, mais aussi des difficultés rencontrées par les pharmacies



rurales ou des mesures prises pour équilibrer l'offre de soins infirmiers sur le territoire. Il est ensuite question des mesures prises ou à prendre pour améliorer l'offre de soins mais surtout en améliorant l'accès pour les habitants des zones rurales. Ce dossier invite à ne pas se focaliser sur la notion de distance ou de temps de trajet pour se rendre à l'hôpital ou chez le médecin, mais à considérer l'état de santé de la population (proportion de personnes âgées et d'enfants, plus vulnérables), sa mobilité et sa situation sociale. Ainsi, pour l'association Médecins du Monde, "l'enjeu majeur de la santé en milieu rural n'est pas celui du désert médical mais celui de l'accès aux soins de populations précaires". Il présente aussi des arguments pour ou contre les mesures d'incitation à l'installation de jeunes médecins à la campagne. Si les contrats (incitatifs) d'engagement de service public semblent faire leurs preuves en Bourgogne, la régulation (coercitive) de l'offre de soins infirmiers aussi. Et quand certains fustigent de simples "effets d'aubaine", d'autres dénoncent la complexité de dispositifs mal connus des principaux concernés : 95% des internes interrogés au niveau national semblent ne pas connaître ce type de mesures... Plus largement, ce dossier invite à adopter une démarche qualitative, pour évaluer correctement les besoins mais surtout apporter une réponse adaptée. En effet les élus, professionnels de santé et autres acteurs de terrain s'accordent tous pour souligner : l'importance et l'intérêt de toutes les initiatives de coordination entre acteurs sanitaires et sociaux, via des maisons de santé, des rencontres régulières, des dispositifs de transmission d'information... ; le poids de facteurs non économiques dans le choix d'installation des médecins : attractivité du cadre de vie et présence de services, possibilité de travailler en relation avec d'autres professionnels, poids des tâches administratives et de gestion dans l'activité... Quelques retours d'expériences illustrent ce point de vue

**Muller C. (2012). Psychiatrie et territorialité, le triomphe de la géographie ou. "le bonheur est dans le prés"**. In : Psychiatrie, santé mentale et territoires. *Revue Hospitalière de France*, (547) : 38-43.

Abstract: S'il est un domaine où la psychiatrie s'est révélée particulièrement avant-gardiste, c'est bien celui de la territorialité. L'inscription de son activité dans une dimension d'emblée géographique a été précocement prise en compte dans son histoire. Que modifie dans ce contexte la loi HPST ?

## Hôpital

**Galy M., Delatour A. (2012). Réflexion. La recherche des gains de productivité à l'hôpital**. In : Performance. Dossier. *Gestions Hospitalières*, (521) : 616-618.

Abstract: Depuis plus de vingt ans, l'hôpital se transforme sous les effets combinés des restructurations, des regroupements, des accréditations, de l'informatisation, de la tarification à l'activité (T2A) et des objectifs d'équilibre financier. Si les établissements hospitaliers peuvent être considérés comme des entreprises "productrices de soins", ils ne doivent pas être comparés, voire assimilés, à une entreprise fabriquant des automobiles, de l'informatique ou tout autre produit : le financement est spécifique, avec comme interlocuteur l'Assurance Maladie. Si la T2A est là pour mettre en équation activité de soin/rémunération, elle ne peut se résoudre à la simple formule activité productive/chiffre d'affaires. Néanmoins, la recherche de gains de productivité mérite encore une adaptation des structures que les progrès informatiques et médicaux autorisent. (intr.)

**Bartoli F., Destais N., Yeni I., Beauchamp H., et al. (2012). Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins**. Rapport IGAS ; 2012 112. Paris : IGAS

Abstract : L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme d'activité 2011-2012, une mission d'évaluation relative aux cliniques privées commerciales. Le présent rapport s'organise autour de quatre parties : le rôle de ce secteur dans l'offre de soins et sa situation financière ; l'évolution de sa structure capitalistique et des stratégies immobilières ; les stratégies mises en œuvre dans l'exploitation des établissements ; les enjeux pour le régulateur

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000582/index.shtml>

**(2013). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?** OECD Health Policy Studies. Paris : OCDE



Abstract: The book first provides a framework to understand the role of waiting times in health systems. It then discusses variation and best practice in defining and measuring waiting times across OECD countries. The book summarises and discusses the effectiveness of the most common policies to address long waiting times in 13 OECD countries; It also provides detailed country case studies respectively in Australia, Canada, Denmark, Finland, Ireland, Italy, Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Spain, Sweden, and the United Kingdom. It describes current policy developments and assesses the effectiveness of policies in the last ten years  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

## Médicaments

**Oreskes N., Conway E. (2013). Les marchands de doute.** Essais Le Pommier. Paris : Le Pommier

Abstract: Les lobbys industriels (industrie du tabac, de l'énergie, du pétrole...) ont, à coup de milliards de dollars, élaboré une stratégie destinée à éviter toute réglementation de santé publique ou environnementale qui aurait pu nuire à leurs intérêts. Une stratégie toute simple, qui a consisté à nier en bloc les preuves scientifiques de la dangerosité du tabac, du DDT, de la réalité du trou de la couche d'ozone, des atteintes environnementales des pluies acides... Discréditer la science et les scientifiques, semer la confusion : grâce à l'aide d'un petit groupe d'« experts indépendants » et de médias naïfs ou complaisants, cette stratégie a fonctionné et fonctionne toujours. Pour preuve : le réchauffement climatique – l'enjeu le plus important pour la planète et ses habitants – continue, en dépit des innombrables travaux menés à son sujet, en dépit de ses effets qui commencent à se faire sentir, d'être taxé de... gigantesque supercherie. Enquête aussi implacable qu'incroyable, l'ouvrage témoigne de l'importance des faits scientifiques dans le débat public, et conduit à une réflexion profonde sur la vulnérabilité de la société mondiale – la tactique, mise au point outre-Atlantique, s'exportant bien – face aux « marchands de doute »

**Clausener M. (2013). "Il ya des marges pour faire baisser les prix des génériques" : entretien avec D. Giorgi, président du Ceps.** *Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires (Le)*, (2975/2976) : 10-12.

**Fusi C. (2013). Les biosimilaires dans les moindres détails.** *Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires (Le)*, (2974) : 26-33.

Abstract: Les brevets d'une dizaine de biomédicaments arrivent bientôt à expiration en France. De ce fait, la substitution des biomédicaments par des biosimilaires évoquée lors du Projet de loi de financement 2013 est actuellement soumise à réflexion pour une future autorisation en France, à l'instar d'autres pays européens. Cet article fait le point sur ces molécules complexes

**(2013). Agence mondiale du médicament : révolution historique !** *Revue Prescrire*, (354) : 293.

Abstract: Pour harmoniser les règles d'accès au marché des nouveaux médicaments, les agences du médicament des pays les plus riches et trios syndicats de firmes pharmaceutiques réunis au sein de la Conférence internationale sur l'harmonisation (ICH) ont imposé leurs critères d'évaluation des médicaments au monde entier. Contre toute attente, ces guidelines ne favorisent pas les intérêts des firmes

**Caulin C. (2013). Année 2012 du médicament : c'est la crise ! La période des trente glorieuses du médicament est derrière nous.** Deuxième partie : médicaments des soins secondaires et tertiaires et données de pharmacovigilance. *Médecine : Revue de L'Unafarmec*, 9 (3) : 107-113.

Abstract: Les nouveaux médicaments destinés aux soins secondaires et tertiaires sont plus nombreux que ceux destinés aux soins primaires. Par ailleurs, le renouveau de la pharmacovigilance a mis en lumière certains événements antérieurement évoqués ou méconnus

**Giezen TJ, Strauss S. (2012). Pharmacovigilance of biosimilars: challenges and possible solutions.** *Generics and Biosimilars Initiative Journal (GaBI Journal)*, 1 (3-4) : 118-119.  
Abstract: Post-marketing surveillance is essential to detect, assess and prevent adverse reactions of chemically synthesized small molecule drugs as well as biologicals, as the full safety profile can only be known after they have been placed on the market. Biologicals have specific characteristics, which pose additional challenges in pharmacovigilance.

**Dyslt P. (2012). Reference pricing systems in Europe: characteristics and consequences.** *Generics and Biosimilars Initiative Journal (GaBI Journal)*, 1 (3-4) : 127-131.  
A reference pricing system is a system that establishes a common reimbursement level or reference price for a group of interchangeable medicines, i.e. the reference group. This article provides an overview of the different characteristics of the different reference pricing systems in Europe. Additionally, the impact of reference pricing on price competition, generic medicine use, pharmaceutical expenditure and health outcome will be discussed. Studies relevant for this article were found by means of a literature review. A survey was carried out to document the current status of reference pricing systems in Europe. Survey data were collected from member associations of the European Generic medicines Association in the context of their 2011 survey of European drug retail markets. Many European governments have introduced reference pricing systems. Reference pricing systems reduce medicine prices but not always below the reference price, increase the use of medicines priced at or below the reference price, generate savings in pharmaceutical expenditure that tend to be limited to the short term, and do not seem to adversely affect health outcomes.  
**Conclusion:** Reference pricing is a popular policy for governments to contain pharmaceutical expenditures and seems to be effective in the different European countries.

**Haustein R (2012). Saving money in the European healthcare systems with biosimilars.** *Generics and Biosimilars Initiative Journal (GaBI Journal)*, 1 (3-4) :  
Abstract: The use of biotechnological manufactured drugs, or biologicals, has increased massively over the past few years. Used especially in the treatment of cancer and other severe diseases, biologicals incur high annual therapy costs and represent an additional burden for healthcare systems. Expenditure can be decreased by using cheaper biosimilars, produced following the patent expiration of the reference product. Here we present a model calculation that demonstrates the potential savings from using biosimilars for erythropoietins, granulocyte colony-stimulating factors, and monoclonal antibodies in EU national markets between 2007 and 2020. Using a sequential approach, we calculated the savings through the use of biosimilars for France, Germany, Italy, Poland, Romania, Spain, Sweden and UK. First, either a 'top-down' or a 'bottom-up' approach was chosen to forecast the expected quantity of consumed drugs. We then calculated average reimbursement prices using additional information about the healthcare systems in each country. Finally, we estimated the potential savings for the above molecule groups using developed

## Méthodologie – Statistique

**Decourt O. (2011). SAS l'essentiel** : Paris : Dunod  
Abstract: Ce livre a été conçu pour maîtriser les usages les plus courants de SAS (Statistical Analysis System) que sont l'extraction de données, les requêtes, les jointures, les statistiques descriptives ou le paramétrage. Plus de 90% des informations contenues dans ce livre sont valables pour toutes les versions de SAS car elles se rapportent à des besoins que l'éditeur du logiciel a pris en compte depuis de nombreuses années. L'ouvrage comporte une introduction au code (en langage SAS, en requêtes SQL ou en langage macro) pour ceux qui veulent s'initier à ce type de programmation

**O'Neill D., Sweetman A. (2013). Estimating Obesity Rates in the Presence of Measurement Error** : Bonn : IZA

Abstract: Reliable measures of obesity are essential in order to develop effective policies to tackle the costs of obesity. In this paper we examine what, if anything, we can learn about obesity rates using self-reported BMI once we allow for possible measurement error. We combine self-reported data on

BMI with estimated misclassification rates obtained from auxiliary data to derive upper and lower bounds for the population obesity rate for ten European countries. For men it is possible to obtain meaningful comparisons across countries even after accounting for measurement error. In particular the self-reported data identifies a set of low obesity countries consisting of Denmark, Ireland, Italy, Greece and Portugal and a set of high obesity countries consisting of Spain and Finland. However, it is more difficult to rank countries by female obesity rates. Meaningful rankings only emerge when the misclassification rate is bounded at a level that is much lower than that observed in auxiliary data. A similar limit on misclassification rates is also needed before we can begin to observe meaningful gender differences in obesity rates within countries

<http://ftp.iza.org/dp7288.pdf>

## Psychiatrie

**Milleret G., Plantard M. (2012). Place de la santé mentale en médecine générale : résultats de la région Bourgogne à partir d'une enquête nationale. In : Psychiatrie, santé mentale et territoires. Revue Hospitalière de France, (547) : 31-32.**

Abstract: En 2000, une enquête intitulée "Image de la santé mentale, population générale" révélait l'importance du médecin généraliste dans le dispositif de santé mentale. 42% des personnes répondant à la question : "Vous êtes mal dans votre peau, qui allez-vous voir en première intention ?" l'identifiaient comme premier recours. Parallèlement à cette enquête, le département de la Côte-d'Or en a menée une autre sur la coordination entre les pratiques de médecine générale et de psychiatrie. Les résultats et analyse de cette enquête sont présentés ici

## Recherche

**Lallement R. (2013). Valorisation de la recherche publique : quels critères de succès en comparaison internationale ? Note d'Analyse (La), (325) : -15p.**

Abstract: Dans un contexte de restrictions budgétaires et de concurrence internationale accrue, les universités et autres organismes publics de recherche s'efforcent de valoriser au mieux leurs travaux, c'est-à-dire d'en tirer le plus possible de retombées économiques. Ces tendances concernent en particulier la France, où le gouvernement vient d'engager une série de mesures visant à renforcer la valorisation de la recherche publique et les transferts de savoir technologique entre le monde académique et le tissu industriel. Sur ce thème, une analyse approfondie des expériences menées dans les principaux pays industriels permet de clarifier tant les finalités que les modalités et les résultats de cette valorisation-. Tout d'abord, les écarts de performance observés entre les pays et en leur sein s'expliquent très largement par des facteurs institutionnels et structurels, en particulier concernant les missions et le profil scientifique et technologique des organismes considérés. Ensuite, le rôle joué par les brevets et les licences se révèle très variable selon le domaine technologique concerné. De façon liée, la valeur globale des redevances perçues est fort inégalement répartie et instable dans le temps. Par suite, la grande majorité des bureaux en charge de la valorisation ne couvre pas ses frais et, même aux États-Unis ou au Royaume-Uni, il est en général illusoire de considérer cette activité comme une source de profit net. En outre, la taille et l'expérience des équipes chargées de la valorisation sont parmi les principaux facteurs de succès. Partant de ce constat, des pays comme la France et l'Allemagne ont récemment créé des agences régionales de valorisation pour mutualiser les ressources disponibles. Toutefois, le rythme de développement de ces agences est nécessairement lent – effet d'apprentissage oblige – et l'idée qu'elles puissent s'autofinancer – même à terme – semble peu réaliste

<http://www.strategie.gouv.fr/content/valorisation-recherche-publique-na-325>

## Réglementation

### **Laude A. / dir., Paubel P. / dir., Peigne J. / dir. (2012). Le droit des produits de santé après la loi du 29 décembre 2011.** Hyg a. Paris : Editions de santé

Abstract: Conséquence directe du scandale du Mediator, la loi du 29 décembre 2011 relative au - renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a modifié certains aspects de la vie des produits de santé : Sunshine Act «   la française », création de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM, en remplacement de l'Afssaps, etc.). En suivant les titres successifs de la loi (transparence des liens d'intérêts, gouvernance des produits de santé, médicament à usage humain, dispositifs médicaux, dispositions complémentaires relatives aux médicaments génériques ou aux lanceurs d'alerte), cet ouvrage en analyse les apports essentiels et prend la mesure de ce qu'elle va changer comme des limites qu'elle s'est fixées . Il est complété par le texte intégral de la loi et une liste des décrets et circulaires arrêtée à fin mai 2012. Rédigé par une équipe de juristes et de personnalités du monde de la santé (entreprises, associations de patients, etc.), l'ouvrage a été coordonné par Anne Laude, Pascal Paubel et Jérôme Peigné, tous trois professeurs à l'université Paris Descartes et membres de l'Institut Droit et Santé, Sorbonne Paris Cité. il apporte un précieux éclairage sur un monde, celui du médicament et des produits de santé, en pleine mutation et attentif à corriger ses dysfonctionnements (D'après le 4e de couverture)

### **(2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks :**

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

Abstract: Si la législation et les déclarations sur les droits des patients ne rendent pas automatiquement les soins de santé plus sûrs, elles peuvent cependant aider à autonomiser et à responsabiliser les patients. Ainsi peuvent-ils mieux gérer leur propre santé et leurs propres soins de santé, et participer aux efforts visant à améliorer la sécurité. Ce rapport présente un aperçu des influences juridiques sur la sécurité des patients, et analyse la relation existant entre les droits des patients, leur participation et leur sécurité. Il présente une synthèse des études sur la participation des patients, accompagnée d'exemples précis provenant de Bulgarie, de France, des Pays-Bas, de Pologne et du Portugal. Le rapport met en évidence la nécessité de renforcer le flux continu d'informations entre les différents niveaux de soins, notamment l'expérience des patients, leur instruction en santé et leur participation. Il présente des recommandations sur les niveaux macro, micro et intermédiaire de la prestation des services de santé. En contribuant au processus plus général de la collecte des données, il permettra de recenser des moyens efficaces en vue de créer des attentes réalistes et réfléchies en matière de soins de santé, tout en encourageant les patients à être vigilants et bien informés, en vue de garantir des normes de sécurité maximales (résumé de l'éditeur)

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/185779/e96814.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf)

## Soins de santé primaires

### **Peneff J. (2005). La France malade de ses médecins :** Paris : Les Empêcheurs de tourner en rond

Abstract: L'Assurance maladie est le plus gros budget de la nation. Mais derrière les slogans ("la meilleure médecine au monde") se cache une réalité bien différente: le désordre des régulations internes, l'absence d'harmonisation entre les différents objectifs, le laxisme des contrôles, la dispersion des pratiques. Tout contribue à ce que l'on dépense toujours davantage pour des résultats contestables. Les réformes de la Sécurité sociale se succèdent mais elles ont un point commun: leur échec. Loin de combler le fameux trou, chacune le creuse un peu plus. L'Assurance maladie est même devenue un système de redistribution à l'envers: plus on est pauvre et plus on contribue à un système qui bénéficie aux classes les plus favorisées. La profession médicale a su retourner à son profit les tentatives de réforme. Elle bénéficie d'un statut extravagant: c'est la seule profession libérale dont les revenus soient socialisés. Malgré son activisme syndical et politique, la profession est

pourtant divisée et n'est efficace que pour bloquer l'institution. Le secret médical est ainsi devenu un moyen pour empêcher toute enquête approfondie et toute remise en cause

**(2012). Matrices de maturité en soins primaires.** Note de synthèse : Saint-Denis : HAS  
Abstract: Les maisons, pôles et centres de santé se développent en France autour de la notion d'équipe de soins de premier recours, notamment depuis ces 5 dernières années. Dans ce cadre, les réseaux de santé se repositionnent comme appui à ces initiatives. L'enjeu est de créer les conditions favorables, sur un territoire de santé, pour assurer aux patients une prise en charge coordonnée, globale, continue et conforme aux données de la science. Toutefois, la structuration de ces initiatives est encore hétérogène comme l'illustrent les expérimentations dites « article 70 » dont la HAS est responsable de l'évaluation. Elle se heurte en effet à plusieurs difficultés : le manque de temps et d'expertise des promoteurs, l'absence de cahier des charges opérationnel... Pour y faire face, les ARS et les professionnels, à travers les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) ou encore l'Union Nationale des Réseaux de santé (UNR.santé), multiplient les démarches d'accompagnement et d'analyse sur le terrain. Dans ce cadre, certains d'entre eux développent des supports, notamment des matrices de maturité (FFMPS, URPS). À leur demande et à celle du ministère de la Santé, la HAS envisage d'élaborer plusieurs supports validés : un tableau de bord de suivi des interventions envisagées dans le cadre de réseaux de santé à partir du travail réalisé pour l'évaluation des expérimentations « article 70 » ; une matrice de maturité ; des indicateurs de pratique clinique. La présente note de travail a vocation à servir de base à l'élaboration d'une matrice de maturité. Elle propose pour cela : un état des lieux des matrices de maturité relatives aux regroupements pluridisciplinaires en soins primaires ; une méthode d'élaboration ; des données de cadrage (dimensions et éléments de caractérisation des niveaux de progrès) issues d'une analyse de la littérature et des matrices de maturité existantes (résumé de l'éditeur)  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices\\_de\\_maturite\\_en\\_soins\\_primaires\\_note\\_de\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf)

**(2013). L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel 2010 2012 d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale :** Nantes : ORS.

Abstract: Dans les Pays de la Loire, 67 % des médecins généralistes sont installés en groupe, taux qui atteint 88 % chez les moins de 45 ans. L'enquête menée début 2011 auprès de 400 praticiens de la région permet d'estimer à 700 le nombre de cabinets de groupe de médecine générale. 80 % d'entre eux rassemblent deux à trois praticiens, et entre 150 et 180 sont des cabinets pluriprofessionnels. Le fait d'exercer en groupe influence les conditions d'exercice. La majorité des médecins en groupe partagent les dossiers patients avec leurs confrères du cabinet, disposent d'un secrétariat, exercent exclusivement sur rendez-vous. Ils organisent différemment leur temps de travail hebdomadaire, avec moins de jours de consultations que les médecins en cabinet individuel, pour un volume d'activité équivalent. L'exercice en groupe favorise l'accueil d'étudiants en médecine, le recours aux remplaçants et facilite les congés. Le regroupement ne diminue pas le temps consacré aux tâches de gestion et de comptabilité. Il n'influence pas non plus l'implication des médecins généralistes dans la permanence des soins, ni leur pratique d'autres activités médicales  
[http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/panelMG/2013\\_4\\_exercicegroupe\\_Panel2MGpdl.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2013_4_exercicegroupe_Panel2MGpdl.pdf)

**(2013). Groupe de travail « Conditions de travail étudiants internes et assistants ».** Rapport final : Paris : DGOS.

Abstract: Ce rapport est le fruit d'un groupe de travail installé par le ministre en novembre dernier et piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il a été réalisé, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, représentants des médecins en formation, des jeunes médecins et des partenaires institutionnels... Il expose la méthodologie employée, propose un diagnostic et un programme d'actions détaillé, assorti d'un calendrier. Ce programme comporte 3 objectifs et 9 actions : objectif n°1 : améliorer les conditions de travail des médecins en formation et jeunes médecins et prendre en compte les contraintes de sujétions liées à leur exercice ; objectif n°2 : réaffirmer et renforcer les aspects formation et recherche de l'exercice des professionnels concernés ; objectif n°3 :



garantir la protection des médecins en formation et jeunes médecins et la qualité du dialogue social. Les travaux autour de ces thématiques se poursuivront au sein d'un comité de suivi qui se réunira pour la première fois en mai puis en novembre afin de donner aux acteurs une lisibilité sur l'état d'avancement, la concrétisation des mesures attendues et une première évaluation de leurs impacts <http://www.sante.gouv.fr/conditions-de-travail-etudiants-internes-et-assist-ants.html>

**(2013). Principaux motifs de recours et/ou diagnostics pour 100 séances de médecins selon l'âge en 2011** : Paris : INSEE

Abstract: Cette étude démontre notamment que les maladies de l'appareil respiratoire constituent l'un des principaux motifs de recours et/ou diagnostics pour les hommes et femmes de moins de 25 ans (42,9 et 35,9 sur 100 séances de médecins) et que les maladies de l'appareil circulatoire représentent 65,7 pour les hommes et 58,1 pour les femmes [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&id=352](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=352)

**(2013). Rating providers for quality: a policy worth pursuing ?** Londres : The Nuffield Trust.

Abstract: This report outlines the findings and recommendations from an independent review conducted by the Nuffield Trust into whether the Government should introduce 'Ofsted-style' performance ratings for hospitals, general practices, care homes and other adult social care providers. Two main methods were employed to inform the review: engagement with policy-makers, professionals, the public and other key stakeholders; and reviews of relevant literature. The engagement process involved: a set of meetings with groups of stakeholders; an eight-week online consultation process; a series of three focus groups with the public, conducted by Ipsos MORI; and bilateral meetings with key individuals. More than 200 organisations and individuals contributed to the online consultation. These contributions have informed the conclusions and recommendations of the final report [http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/130322\\_rating\\_providers\\_for\\_quality\\_full\\_report-final.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/130322_rating_providers_for_quality_full_report-final.pdf)

## Systemes de santé

**Grimaldi A. (2013). La santé écartelée : entre santé publique et business.** Ce que je pense. Paris : Editions dialogues

Abstract: Cet homme-là a voué sa vie à l'idée de soigner, de bien soigner. Et, précisément, c'est la manière dont on soigne à présent qui inquiète André Grimaldi. Professeur de médecine, exerçant dans le plus grand hôpital européen, il pose sur la situation actuelle un regard inquiet. A travers sa propre expérience, le professeur Grimaldi met en avant les questions récurrentes autour du thème de la santé qui, gouvernement après gouvernement, ne parviennent pas à se régler : les déserts médicaux, les dépassements d'honoraires des spécialistes, la formation des étudiants, la gestion des hôpitaux, leurs modes d'organisation et de financement, les conflits d'intérêts... A partir d'une réflexion sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, il oppose au concept de "médecine industrielle" celui de "médecine intégrée" biomédicale, psychosociale, pédagogique et coordonnée. Dans La santé écartelée, il évoque son propre chemin, et l'évolution de la médecine depuis que, jeune étudiant, il était à la merci de ses chefs de service, véritables seigneurs féodaux, jusqu'à la révolution étudiante de Mai 68, qui bouleversa les codes. Il décrit l'hôpital d'aujourd'hui, et regrette la confusion des genres entre médecins et gestionnaires, entre "répondre à des besoins" et "gagner des parts de marché", entre "être dévoué" et "travailler à flux tendu", entre hôpital et entreprise. Non que cette dernière soit l'ennemie, mais ses méthodes sont autres. Porte-parole inlassable face aux gouvernements de droite et de gauche, il se bat pour qu'un jour la carte Bleue ne remplace pas la carte Vitale

**(2013). Understanding the German Health Care System** : Mannheim : Mannheim Institute of Public Health.

Abstract: This booklet provides graphical presentations that would give a quick overview and pointed towards major distinguishing elements of the German health system

[http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/nl\\_03/SpecialDE\\_EN\\_Understanding\\_the\\_German.pdf](http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/nl_03/SpecialDE_EN_Understanding_the_German.pdf)

**Miller G., Singer B.K. (2013). Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health** : Cambridge : NBER

Abstract: This chapter surveys experience with performance pay in developing country health programs. In doing so, it focuses on four key conceptual issues: (1) What to reward, (2) Who to reward, (3) How to reward, and (4) What unintended consequences might performance incentives create. It highlights that the use of performance pay has outpaced growth in corresponding empirical evidence. Moreover, very little research on performance incentives studies the underlying conceptual issues that it outlines. It considers these to be important constraints in the design of better performance incentives

<http://papers.nber.org/papers/w18932>

**Hall J., Kenny P., Power P. (2013). Can we get there from here? Implementing health reform in Australia.** CHERE Working Paper; 2013/02. Sydney : Centre for Health Economics Research and Evaluation

Abstract: The Australian Health Reform Agreement has provided the basis for major change in the delivery of health care services. While the components of reform have undergone extensive negotiation between Commonwealth and State governments, and have been subject to academic and other commentary, little is known about the views of those charged with their implementation. This paper reports the opinions of key informants working in public health care during the early implementation period. It seeks to ascertain their views on the health system and the direction of the reforms, the likely effects and barriers to successful implementation. An anonymous online survey of 138 members of the Australian Healthcare and Hospitals Association (AHHA) was conducted in late 2011. The survey covered opinions about what was happening in the health system and the need for reform, access to information about the reforms, how changes were being effected and the perceived barriers to implementing activity based funding, and public performance reporting, and their perceptions of Medicare Locals and Super Clinics. Seventy-eight percent of respondents thought that fundamental reform of the system was needed but only 5% thought the current reforms would deliver the required improvements. Only 9% expected the new arrangements to remove the 'blame game' between the Commonwealth and States/Territories. Potential barriers to the implementation of the reforms included agreement among the Commonwealth and States, availability of alternatives to acute hospital care, valid measures of activity and performance and establishing appropriate funding models for Medicare Locals. The survey provides evidence that, among those involved in implementing the changes, there are perceptions of barriers to be overcome in implementing the reform agenda and there is an expectation that further reform will be needed

[http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2013\\_02.pdf](http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2013_02.pdf)

**(2013). Strategic Review of Health and Medical Research (HMR) in Australia** : Canberra : Commonwealth of Australia.

Abstract: The purpose of health and medical research (HMR) is to achieve better health for all Australians. Better health encompasses increased life expectancy, as well as social goals such as equity, affordability and quality of life. Health and Medical Research HMR investment supports innovation in Australia's \$135bn p.a. health sector and is vital for delivering health outcomes, creating national wealth and ensuring the efficiency and sustainability of the health system. Implementing the following recommendations to embed Health and Medical Research HMR in the health system over the next 10 years will help deliver a wealthy and prosperous Australia that boasts the world's best and most efficient health system

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D66FEE14F736A789CA2574E3001783C0/\\$File/DiscussionPaper.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D66FEE14F736A789CA2574E3001783C0/$File/DiscussionPaper.pdf)

**(2013). Healthcare reform in the NHS England : more lessons for Ontario** : Toronto : The Change Foundation.

Abstract: Ce rapport décrit comment l'Ontario peut apprendre de l'expérience britannique, notamment en matière de participation des patients, de mesure de la performance, de prestation des services et de qualité des soins

<http://www.changefoundation.ca/library/healthcare-reform-nhs-england-lessons-ontario/>



## Travail et santé

**(2013). Les salariés déclarant avoir interrompu ou refusé une tâche pour préserver leur santé ou leur sécurité : les enseignements de l'enquête Sumer.** *Dares Analyses*, (023) : -12p.

Abstract: Plus d'un salarié sur dix a déjà exercé son droit de retrait en interrompant ou refusant une tâche pour préserver sa santé ou sa sécurité, révèle une étude de la DARES publiée le 3 avril. En 2010, 12 % des salariés ont ainsi rapporté avoir pris une telle décision au cours des douze derniers mois. La moitié dit l'avoir fait dans le cadre d'une démarche collective. Les droits de retrait concernent tous les secteurs d'activité, le secteur de la banque et de l'assurance étant le moins concerné (6 %), et celui de la production et distribution d'eau, d'énergie et l'assainissement le plus touché (17 %). Le phénomène se produit dans toutes les catégories professionnelles, même si les ouvriers ont exercé deux fois plus souvent ce droit de retrait (16 %) que les cadres (8 %). Les salariés ayant exercé un droit de retrait ont eu plus souvent un accident au cours de l'année écoulée (17 %) que les autres (7 %). Ils font un travail plus dangereux, 46 % étant par exemple exposés à un ou plusieurs produits chimiques contre 31 % des autres salariés. Ces résultats sont issus de la dernière enquête Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) menée en 2009-2010  
<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-023.pdf>

**Mortelmans D., Vannieuwenhuyze J.T. (2013). The age-dependent influence of self-reported health and job characteristics on retirement.** *International Journal of Public Health*, 58 (1) : 13-22.

Abstract: Objectives Social scientists and economists doubt the usefulness of self-reported health status as an indicator of overall health status. Self-reported health acts as a justification for retirement when this decision is in reality driven by other reasons. In this study, we looked at income, job satisfaction, and job status. Methods We introduce a survival model (Cox model) that simultaneously includes both health and job characteristics as independent variables. We also take the age-dependent character of these effects into account. Results An analysis of the European Community Household Panel data did not validate the justification bias with respect to these variables. The addition of job characteristics had no influence on the effect estimates of self-reported health. Conclusions : We found significant effects for self-reported health as well as for objective health measures. The addition of job characteristics did not contribute to the explanation of the effect of self-reported health falsifying the justification bias hypothesis

**Harding S., Languerrand E., Costa G. (2013). Trends in mortality by labour market position around retirement ages in three European countries with different welfare regimes.** *International Journal of Public Health*, 58 (1) : 99-108.

Abstract: In the face of economic downturn and increasing life expectancy, many industrial nations are adopting a policy of postponing the retirement age. However, questions still remain around the consequence of working longer into old age. We examine mortality by work status around retirement ages in countries with different welfare regimes; Finland (social democratic), Turin (Italy; conservative), and England and Wales (liberal). Methods Death rates and rate ratios (RRs) (reference rates = 'in-work'), 1970 s–2000 s, were estimated for those aged 45–64 years using the England and Wales longitudinal study, Turin longitudinal study, and the Finnish linked register study. Results : Mortality of the not-in-work was consistently higher than the in-work. Death rates for the not-in-work were lowest in Turin and highest in Finland. Rate ratios were smallest in Turin (RR men 1972–76 1.73; 2002–06 1.63; women 1.22; 1.68) and largest in Finland (RR men 1991–95 3.03; 2001–05 3.80; women 3.62; 4.11). Unlike RRs for men, RRs for women increased in every country (greatest in Finland). Conclusions These findings signal that overall, employment in later life is associated with lower mortality, regardless of welfare regime

## Vieillesse

### **(2013). Parcours de personnes âgées : l'animation territoriale** : Paris : ANAP.

Abstract: Les enjeux liés à la démographie et au vieillissement de la population ont conduit l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) à engager un travail visant à améliorer la prise en charge de la population âgée. Trois publications à forte visibilité du HCAAM, de la DREES, et de la Cour des Comptes ont renforcé ce choix. Elles ont mis en avant l'insuffisante transversalité de notre système de santé. Précurseur, l'ANAP a conduit une démarche en deux étapes : en 2011, la réalisation d'un diagnostic territorial et la formalisation d'une feuille de route d'actions d'amélioration avec les Agences régionales de santé (ARS) Île-de-France, Pays de la Loire et Languedoc Roussillon ; en 2012, l'accompagnement de la mise en œuvre et le pilotage d'actions d'amélioration avec les ARS Île-de-France et Pays de la Loire. Cette démarche vise à assurer la coordination des acteurs sur un territoire pour répondre aux besoins sociaux, sanitaires et médico-sociaux de sa population et permettre à chacun d'avoir accès à un service correspondant à ses besoins au moment opportun. (résumé de l'éditeur)

[http://www.anap.fr/uploads/tx\\_sabasedocu/ANAP\\_Essentiel\\_ParcoursPersonnesAgees.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Essentiel_ParcoursPersonnesAgees.pdf)

### **Hauw J.J., Vayre P. (2012). Handicap intellectuel et perte d'autonomie du vieillissement : risque individuel, menace sociétale.** *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 196 (6) : 1197-1207.

Abstract: Le handicap intellectuel acquis est une cause majeure de la perte d'autonomie contemporaine du vieillissement. Contrepartie des gains d'espérance de vie, il constitue un défi majeur croissant pour la société. En 2008-2009, il existait 1 530 000 personnes dépendantes âgées de plus de 65 ans en France. Les prévisions démographiques conduisent à estimer de 16 à 24 % l'augmentation de ce chiffre entre 2010 et 2025 ; Cette évolution inéluctable impose un nouveau pacte social concernant l'évolution et l'adaptation du temps de travail autorisant un temps de retraite en bonne santé équivalent pour tous. La meilleure adaptation de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées, qu'elle soit administrative ou humaniste, est impérative. Parallèlement, il faut développer l'important effort de recherche déjà entrepris pour mieux comprendre et prévenir les mécanismes, souvent intriqués, à l'origine de la perte cognitive et des démences des personnes âgées

### **(2012). Les relations intergénérationnelles en dehors de la famille.** *Retraite et Société*, (64) : -229p.

Abstract: La transition démographique et la révolution épidémiologique ont contribué, depuis des décennies, à transformer profondément les structures par âge des populations occidentales et, par conséquent, les relations entre les générations qui n'ont jamais été aussi nombreuses et différentes les unes des autres. Cette diversité générationnelle a créé des problèmes nouveaux d'organisation auxquels sont confrontés tous les États, garants du maintien de la cohésion sociale. Ce sont donc ces relations intergénérationnelles en dehors de la famille, ou du moins certaines d'entre-elles, qui font l'objet de ce fascicule consacré à la présentation de plusieurs expériences ou observations internationales, en Belgique, au Portugal, au Canada et en France.

### **Lefebvre S. (2012). Relations intergénérationnelles et vieillissement : nouvelles questions.** In : Les relations intergénérationnelles en dehors de la famille. *Retraite et Société*, (64) : 53-68.

Abstract: Les âges et générations n'ont pas la même audience que les classes sociales ou les genres, lorsqu'il s'agit de réfléchir sur les rapports, les contributions des uns et des autres, les similitudes et les différences, les solidarités et les injustices. Au fil des ans, l'auteur a mis à l'épreuve plusieurs questions sur le sujet, qui furent grandement enrichies par la confrontation à des perspectives selon les âges. L'auteur s'intéresse ainsi à la difficile distinction entre effets d'âge, de génération ou de période et traite aussi des apports différenciés selon les âges. Elle décrit ensuite les travaux d'un groupe de réflexion intergénérationnel, à la fin des années 1990, qui a permis d'attirer l'attention sur des problèmes de déséquilibre entre les âges. Elle s'est intéressée à la question de la transmission entre groupes d'âge différents au travail. L'étude souligne enfin l'importance du rôle des générations futures en ce qui concerne la gestion des ressources de la planète. (R.A.)

**Banens M., Marcellini A. (2012). La relation entre aidé et aidant dans le couple adulte et entre parents aidants et enfants aidés : recherche effectuée dans le cadre des Post-enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels, Enquête "Handicap et santé en ménages ordinaires" et Enquête "Aidants informels" DREES - CNSA : rapport final.**

Abstract :L'étude a cherché à évaluer la pertinence du questionnaire et de la démarche de l'enquête HSM-HSA pour mesurer la qualité de la relation entre aidant et aidé dans deux situations particulières : celle où l'aidant est le conjoint cohabitant d'une personne aidée de 18 à 59 ans ; celle où l'aidant est le père ou la mère cohabitant d'une personne de 18 à 29 ans. L'étude s'est faite en trois temps. D'abord, une exploitation de l'enquête HSM-HSA décrit les populations concernées selon différentes caractéristiques sociodémographiques et la qualité de la relation déclarée. Ensuite, une analyse qualitative de treize études de cas, basées sur entretiens, visites répétées et observations, décrit la relation entre aidant et aidé, et le contexte familial dans lequel elle s'inscrit. Enfin, une confrontation cas par cas de la situation décrite qualitativement et les réponses données à l'enquête HSM-HSA permet d'en repérer quelques décalages. Comme principaux résultats, l'étude met en évidence : une partialité de l'information recueillie par HSM-HSA auprès des seuls aidants ; une pauvreté des informations permettant de rendre les temporalités qui traversent la relation d'aide ; une difficulté de différencier entre intégration familiale descendante et ascendante qui, sur le terrain, semble s'opposer ; une imprécision sur la détermination du rang d'aidant

**Norton E.C., Hersh N.L., Sheng-Hsiu H.U.A.N. (2013). Informal Care and Inter-vivos Transfers: Results from the National Longitudinal Survey of Mature Women : Cambridge : NBER**

Abstract: Informal care is the largest source of long-term care for elderly, surpassing home health care and nursing home care. By definition, informal care is unpaid. It remains a puzzle why so many adult children give freely of their time. Transfers of time to the older generation may be balanced by financial transfers going to the younger generation. This leads to the question of whether informal care and inter-vivos transfers are causally related. The paper analyzes data from the 1999 and 2003 waves of National Longitudinal Survey of Mature Women. It examines whether the elderly parents give more inter-vivos monetary transfers to adult children who provide informal care, by examining both the extensive and intensive margins of financial transfers and of informal care. It finds statistically significant results that a child who provides informal care is more likely to receive inter-vivos transfers than a sibling who does not. If a child does provide care, there is no statistically significant effect on the amount of the transfer

<http://papers.nber.org/papers/w18948>

**Scheil-Adlung X., Bonan J. (2013). Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: Are the elderly faced with financial ruin? *International Social Security Review*, 66 (1) : 25-48.**

Abstract: While public expenditure on health care and long-term care (LTC) has been monitored for many years in European countries, far less attention has been paid to the financial consequences for older people of private out-of-pocket (OOP) expenditure necessary to access such care. Employing representative cross-sectional data on the elderly populations of 11 European countries in 2004 from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we find that OOP payments for health care and LTC are very common among the elderly across European countries and such expenditures impact significantly on disposable income: up to 95 per cent of the elderly make OOP payments for health care and 5 per cent for LTC, resulting in income reductions of between 5 and 10 per cent, respectively. Failure to prevent financial ruin, as a consequence of excessive OOP payments, is evident in 0.7 per cent of elderly households utilizing health care and 0.5 per cent of elderly households utilizing LTC. Those particularly concerned are the poor, women and the very old