

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html>

Any and all reproduction is prohibited but direct link to the document is accepted:
<http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html>

DOC VEILLE

Veille bibliographique en économie de la santé / Watch on Health Economics Literature

7 mars 2014 / March, the 7th, 2014

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sommaire

Assurance maladie.....	6
Del Sol.M. (2014). Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse	6
Marie E. Roger J.. (2013). Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville.....	6
(2013). Review of Measures to Reduce Costs in the Private Health Insurance Market 2013. Independent Report to the Minister for Health and Health Insurance Council	6
Economie de la santé / Health Economics	6
Bec C. (2014). La Sécurité sociale : une institution de la démocratie :.....	6
(2014). Etat des lieux des soins de santé en 2012.	7
Niessen-Ruenzi A. (2014). To Pay or Not to Pay - Evidence from Whole Blood Donations in Germany.....	7
Etat de santé / Health Status	7
Guignard R., Beck F., Richard J.B. (2014). Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010.....	7
(2014). Les cancers en France : éditions 2013.....	7
Von Hinke Kessler Scholder S. W. (2014). Alcohol Exposure In Utero and Child Academic Achievement.....	8
Géographie de la santé / Geography of Health	8
(2013). La loi HPST et l'organisation régionale du système de santé	8
Bhattacharji A. Maiti T., Petrie D. (2014). Spatial structures of health outcomes and health behaviours in Scotland: Evidence from the Scottish Health Survey	8
Inégalités de santé / Health inequalities	9
(2014). L'accès aux soins dans les trois fonctions publiques.....	9
Pickett K. (2014), Melhuish E., Dorling D., et al.. "If you could do one thing..." Nine local actions to reduce health inequalities.....	9
Hôpital / Hospitals	9
Bourdillon F. (2013). Les risques cachés à l'hôpital. In : Santé, enjeux, visions, équilibres : dix ans de débats.	9

Melberg H.O., Sorensen J. (2013). How does end of life costs and increases in life expectancy affect projections of future hospital spending?	9
Gregersen F.A., Godager G. (2013). Hospital expenditures and the red herring hypothesis: Evidence from a complete national registry	10
Kittelsen S.A.C. (2013). Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries.	10
Chen X. (2013). Can Hospital Waiting Times Be Reduced by Being Published.....	10
Frakes M., Jena A.B. (2014). Does Medical Malpractice Law Improve Health Care Quality?	10
Médicaments / Pharmaceuticals.....	11
(2013). Eviter les effets indésirables par les interactions médicamenteuses : comprendre et décider : édition 2013 -Eviter les effets indésirables par les interactions médicamenteuses : comprendre et décider : édition 2014.....	11
(2014). 33 ans de palmarès des médicaments de la revue prescrire : 1981-2013.....	11
(2014). L'année du médicament : peu de progrès en 2013, mais quelques mesures positives des autorités.	11
(2014). Bilan 2013 du conditionnement des médicaments : une situation pourtant facile à améliorer.	11
Kaiser U., Mendez S.J., Ronde T. (2013). Regulation of Pharmaceutical Prices : Evidence from a Reference Price Reform in Denmark	11
Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics.....	12
Gujarati D.N. (2012). Econométrie. Ouvertures économiques	12
Klein G. (2010). The cartoon introduction to economics. Volume 1 : Microeconomics ...	12
Klein G. (2012). The cartoon introduction to economics. Volume 2 : Macroeconomics. .	12
Politique de santé / Health Policy.....	12
Lopez A. (2013). Réguler la santé	12
Tabuteau D. (2013). Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation	13
Laude A. (2013). Le patient entre responsabilité et responsabilisation. In : Santé, enjeux, visions, équilibres : dix ans de débats	13
(2014). Le système de santé en France.	13
Compagnon C. (2014). Pour l'an II de la démocratie sanitaire.....	13
Beraud C. (2013). Trop de médecine, trop peu de.....	13
Politique publique / Public Policy	14

(2014). Le rapport public annuel 2014 de la Cour des Comptes. 3 tomes. Paris : Cour des comptes	14
Oliver A. /éd. (2013). Behavioural Public Policy	14
Réglementation	15
Zacharie C. (2010). La procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles : à propos du décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009	15
(2013). Incitations financières à la prévention des risques professionnels - une étude sur 7 pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas et Royaume-Uni	15
Soins de santé primaires / Primary Health Care	15
Bloch M.A. , Henaut L. (2014). Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social	15
Genisson C., Milon A. (2014). Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers	15
Andriantsehenoharina L. (2014). Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance (P4P): une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus	16
Bardsley M., Steventon A., Smith J. (2013). Evaluating integrated and community-based care. How do we know what works	16
Bardsley M., Steventon A., Smith J. (2013). Evaluation of the first year of the Inner North West London Integrated Care Pilot	16
Nicholson C., Jackson C., Marley J. (2013). A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review	17
Godager G. Henning-Schmid H., Iversen T. (2013). Does performance disclosure influence physicians' medical decisions? An experimental analysis	17
Gocan S. L., Laplante M.A., Woodend A.K. (2014). Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature	18
Goodwin N., Solona L., Thiel V. (2013). Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success	18
Systèmes de santé / Health Care Systems	18
Azzopardi Muscat N., Calleja N., Calleja A., et al. (2014). Health system review :Malta .	18
Schweppenstedde D., Hinrichs S., Ogbu U., et al. (2014). Regulating quality and safety of health and social care	19
Travail et santé / Occupational Health	19

Barnay T., Juin S., Legal R. (2013). Les disparités de prise d'arrêts maladie entre secteurs d'activité en France : une analyse longitudinale sur données administratives : 19

Barnay T., Defebvre E. (2014). L'impact causal de la santé mentale sur le maintien en emploi quatre ans plus tard : 19

Addabbo T., Sarti E. (2013). Access to work and disability: the case of Italy 20

Polidano C., Dang Wu H. (2012). Labour market impacts from disability onset 20

Schaller J. (2014). Short-run Effects of Job Loss on Health Conditions, Health Insurance, and Health Care Utilization 20

Seabury S.A., Scherer E. (2014). Identifying Permanently Disabled Workers with Disproportionate Earnings Losses for Supplemental Payments..... 20

(2013). Santé mentale et emploi : Belgique. Santé mentale et emploi. 20

(2014). Santé mentale et emploi : Suisse. Santé mentale et emploi. Paris 21

(2014). Mental health and work : United Kingdom. 21

Vieillessement 21

Sirven N., Debrand T. (2013). La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du "bien vieillir" ou facteur d'inégalités sociales de santé 21

(2013). Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale..... 21

(2014). Vieillessement et politiques de l'emploi : France 2014 : Mieux travailler avec l'âge 22

(2013). Ageing and Employment Policies: Norway 2013. Working Better with Age..... 22

Aisa R. (2014). Preventive health and active ageing: the elderly are not a burden 22

Bande R. , Lopez-Mourelo E .(2014). The impact of worker's age on the consequences of occupational accidents: empirical evidence using Spanish data 22

Yoshida K., Kahawara K. (2014). Impact of a fixed price system on the supply of institutional long-term care: a comparative study of Japanese and German metropolitan areas 23

Assurance maladie

Del Sol.M. (2014). Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse. *Droit Social*, (2) :

Abstract: A de rares exceptions près, les analyses du processus de généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés sont restées cantonnées au champ de la protection sociale d'entreprise ou d'origine professionnelle et ont salué l'avancée sociale réalisée. Des éléments de controverse existent pourtant, le principal d'entre eux conduisant à s'interroger sur la pertinence de conditionner le droit à une couverture complémentaire santé au statut de l'emploi de la personne.

Marie E. Roger J.. (2013). Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. Paris : IGAS .

Abstract: La généralisation du tiers payant d'ici à 2017 est une des principales mesures de la stratégie nationale de santé mais qui pose de sérieuses difficultés pratiques car les médecins libéraux sont majoritairement hostiles au projet. Hubert Garrigue-Guyonnaud a été nommé par Marisol Touraine directeur de ce projet. Cet inspecteur IGAS aura la lourde tâche de mettre en place la dispense totale d'avance de frais des patients lors des consultations médicales, en concertation avec les complémentaires santé et les patients. Une première étape doit être franchie avant la fin de 2014 avec les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS). L'objectif du rapport ci-contre est d'évaluer les modalités de mise en place d'un dispositif de tiers-payant.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000106/>

(2013). Review of Measures to Reduce Costs in the Private Health Insurance Market 2013. Independent Report to the Minister for Health and Health Insurance Council :

Dublin : Department of Health .

Abstract: L'assurance maladie privée volontaire joue un rôle important dans le système de santé irlandais depuis 1957. Ce rapport du ministère de la Santé se penche sur les augmentations inquiétantes des réclamations (12,6 % entre 2008 et 2012) et des primes. Il propose diverses stratégies en matière de contrôle des coûts.

http://www.dohc.ie/publications/cost_review_report.html

Economie de la santé / Health Economics

Bec C. (2014). La Sécurité sociale : une institution de la démocratie : Paris : Editions Gallimard

Abstract: La question de la Sécurité sociale a des allures de marronnier et donne lieu à des prises de position tranchées, chacun accusant les autres de vouloir la «tuer» et appelant à la «sauver». Il en va ainsi depuis des décennies, en fait depuis que le fameux «trou», que les experts sondent sans relâche, est devenu à lui seul un objet de controverse. Aux antipodes de ces polémiques, l'ouvrage de Colette Bec entend revenir à l'intention de ses pères fondateurs, en 1945, et saisir les principes à l'œuvre dans son évolution, ses réformes, ses problèmes actuels. Dans le projet de l'immédiat après-guerre, la Sécurité sociale était envisagée comme une politique de protection globale. Elle était conçue comme le socle de la solidarité et relevait de choix collectifs engageant le destin commun et l'organisation d'une société juste. En ce sens, elle se distinguait radicalement des assurances sociales limitées à la protection des salariés. Pour ses concepteurs, la Sécurité sociale constituait une institution de la démocratie à venir, une démocratie capable d'aménager un cadre permettant l'émancipation individuelle. En interrogeant ce projet, Colette Bec établit que la crise de la Sécurité sociale est en fait celle d'un mode d'appartenance que le système de protection a contribué à élaborer et qu'il participe désormais à déconstruire. Elle montre à quel point cette ambition vaut toujours dans

le contexte actuel, qu'une approche technique et budgétaire rend en grande partie inintelligible (4e de couverture).

(2014). Etat des lieux des soins de santé en 2012. Décryptages : Etudes et Analyses du Cleiss, (15) :

Abstract: Ce dernier numéro de Décryptage procède à l'état des lieux des dépenses de soins de santé en France des assurés des régimes étrangers et des dépenses à l'étranger des assurés des régimes français, à la lumière des données statistiques de 2012. Cette étude permet de confirmer que le flux des bénéficiaires et celui des remboursements de soins de santé s'opèrent essentiellement entre la France et les pays de la zone UE-EEE-Suisse. L'étude met surtout en évidence qu'en matière de soins de santé, la France entretient un rapport mutuellement étroit avec les pays frontaliers ou francophones.

<http://www.cleiss.fr/docs/decryptage/decryptage15/projet/CLEISS---DECRYPTAGE-15.pdf>

Niessen-Ruenzi A. (2014). To Pay or Not to Pay - Evidence from Whole Blood Donations in Germany : Manheim : University of Manheim.

Abstract: This paper investigates the impact of monetary incentives on whole blood donations. The analysis is based on a uniquely large database containing virtually all voluntary whole blood donations in South-West Germany from 2005 through 2009. The sample comprises several donation sites that offer (do not offer) monetary compensation. We take advantage of a natural experiment caused by the abolishment of monetary compensation at one of the donation sites. We find a sharp decrease in blood donations after the pay drop with several donors switching to a geographically close donation site that still offers monetary compensation. Our results cast doubt on the notion that monetary incentives crowd out intrinsic motivations to donate blood. Rather, they suggest that monetary incentives increase blood supply which can help to meet increasing transfusion demand due to demographic change.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2381901

Etat de santé / Health Status

Guignard R., Beck F., Richard J.B. (2014). Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES

Abstract: L'enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes permet de faire le point sur l'évolution de la prévalence du tabagisme en France métropolitaine depuis 2005, date du précédent Baromètre santé, et, au-delà, sur plusieurs décennies. Cette enquête permet également de suivre d'autres comportements, attitudes et croyances, tels que la motivation à l'arrêt ou les tentatives d'arrêt, mais aussi les représentations que se fait la population de la cigarette et du tabagisme. Par sa grande taille d'échantillon et sa vocation de représentativité, cette enquête permet d'étudier ces évolutions non seulement sur l'ensemble de la population mais aussi sur des tranches d'âge détaillées ou pour des segments de population particuliers. L'objet de ce document est de présenter une analyse approfondie et comparative des données sur le tabagisme issues du Baromètre santé 2010, dont les premiers résultats ont déjà été exposés par ailleurs.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>

(2014). Les cancers en France : éditions 2013. Rapports & synthèses. Boulogne Billancourt : INCa

Abstract: Ce rapport actualise les indicateurs de la cancérologie pour l'année 2013. Premièrement, il fait le point sur l'épidémiologie des cancers, par tranche d'âges et par localisation. En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer, en augmentation depuis plusieurs années, atteint 350 000 cas. L'augmentation du mélanome cutané chez les hommes et du cancer du poumon chez les femmes sont les plus alarmants. Le rapport fait aussi état des données récentes sur la prévention vis-à-vis des

principaux facteurs de risque. Il décrit les résultats des programmes de dépistage, fait le bilan de l'offre de soins, de l'activité hospitalière et des traitements par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. En outre, des chapitres sont consacrés à la vie avec un cancer, aux inégalités de santé et à la recherche. Un ensemble de données qui ont servi de référence pour l'élaboration du plan cancer.

<https://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/758-les-cancers-en-france-edition-2013>

Von Hinke Kessler Scholder S. W. (2014). Alcohol Exposure In Utero and Child Academic Achievement. Cambridge : NBER

Abstract: We examine the effect of alcohol exposure in utero on child academic achievement. As well as studying the effect of any alcohol exposure, we investigate the effect of the dose, pattern, and duration of exposure. We use a genetic variant in the maternal alcohol-metabolism gene ADH1B as an instrument for alcohol exposure, whilst controlling for the child's genotype on the same variant. We show that the instrument is unrelated to an extensive range of maternal and paternal characteristics and behaviours. OLS regressions suggest an ambiguous association between alcohol exposure in utero and children's academic attainment, but there is a strong social gradient in maternal drinking, with mothers in higher socio-economic groups more likely to drink. In stark contrast to the OLS, the IV estimates show negative effects of prenatal alcohol exposure on child educational attainment. These results are very robust to an extensive set of model specifications. In addition, we show that that the effects are solely driven by the maternal genotype, with no impact of the child's genotype.

<http://www.nber.org/papers/w19839>

Géographie de la santé / Geography of Health

(2013). La loi HPST et l'organisation régionale du système de santé : Paris : CISS

Abstract: La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a modifié l'organisation du système de santé, en particulier aux échelons régionaux et territoriaux. Cette fiche présente la nouvelle organisation sanitaire issue de cette loi.

<http://www.leciss.org/sites/default/files/39-ARS%20HPST-fiche-CISS.pdf>

Bhattacharji A. Maiti T., Petrie D. (2014). Spatial structures of health outcomes and health behaviours in Scotland: Evidence from the Scottish Health Survey. Edinburgh : Watt University

Abstract: Socioeconomic characteristics, health behaviours, and the utilisation and quality of healthcare are prime examples of socioeconomic, cultural and demographic phenomena that are inherently spatial in nature. Understanding the spatial structure of these factors is particularly relevant in order to efficiently allocate resources. This paper explores the general equilibrium spatial structure of health outcomes and health behaviours across Scottish health boards using a variant of the spatial Durbin model which allows for an a priori unknown spatial weights matrix. The results suggest that there is substantial spatial dynamics in behaviours across Health Boards and that these spillovers are, as expected, asymmetric. We then demonstrate how the model can be used to estimate the behavioural and health impact of a targeted education policy within each health board taking into account both the direct effect on the particular health board itself and the indirect effect in terms of spillovers. The results illustrate how the dynamic effects play a large role in designing place based policies that maximise the overall effectiveness of health interventions. Taking into account the spatial dynamics allows policy makers to better target resources and interventions on particular clusters where the direct and indirect spillover benefits are likely to be the greatest in terms of improving health.

http://seec.hw.ac.uk/images/discussionpapers/SEEC_DiscussionPaper_No3.pdf

Inégalités de santé / Health inequalities

(2014). L'accès aux soins dans les trois fonctions publiques. Paris : Groupe Moniteur .

Abstract: Cette étude menée conjointement par le Groupe Moniteur et le Groupe Intériale analyse le recours aux soins des fonctionnaires de trois services publiques. Si 98 % des fonctionnaires sont couverts par une mutuelle complémentaire, près de 41 % d'entre eux ont renoncé à des soins ou à des consultations médicales ces douze derniers mois, dont près de la moitié pour des raisons financières. Parmi eux, 40% y ont renoncé au moins 3 fois. Soins optiques, soins dentaires et soins de spécialistes sont les postes les plus touchés.

<http://www.acteurspublics.com/static/uploads/file/2014/02/19/interiale-enquete-accres-aux-soins-fevrier-2014.pdf>

Pickett K. (2014), Melhuish E., Dorling D., et al.. "If you could do one thing..." Nine local actions to reduce health inequalities. Londres : British Academy .

Abstract: The British Academy presents a collection of opinion pieces on health inequalities from leading social scientists. Each of the authors has written an article, drawing on the evidence base for their particular area of expertise, identifying one policy intervention that they think local authorities could introduce to improve the health of the local population and reduce health inequalities. The report seeks to help local policymakers improve the health of their communities by presenting evidence from the social sciences that can help reduce inequalities in health. With a foreword from Sir Michael Marmot, the report further explores what The Marmot Review confirmed: that socio-economic inequalities affect health outcomes and that there is a social gradient in health. In some senses this is a social sciences dialogue companion to The Marmot Review.

http://www.britac.ac.uk/policy/Health_Inequalities.cfm

Hôpital / Hospitals

Bourdillon F. (2013). Les risques cachés à l'hôpital. In : Santé, enjeux, visions, équilibres : dix ans de débats. Sève : *les Tribunes de la Santé* , (41) :

Abstract: Cet article présente les risques les plus couramment rencontrés dans les établissements de santé et les mesures de politique publique qui sont mises en œuvre pour assurer la meilleure qualité des soins possible dans les meilleures conditions de sécurité.

Melberg H.O., Sorensen J. (2013). How does end of life costs and increases in life expectancy affect projections of future hospital spending? Oslo : HERO

Abstract: This article examines the extent to which differences in life-expectancy are associated with shifts in average hospital costs for different age groups. The size of the shift is important because it makes a large difference to the importance of demographic factors when projecting future health expenditures. The effect of increases in life expectancy on the cost curves is identified by comparing two countries with different life expectancies, but which are very similar on other variables like culture, technology and health systems (Norway and Denmark). Using data from the National Patient Registries the paper compares the ratio of average spending on individuals who die and individuals who survive in different age groups in these two countries. After controlling for cohort, the best fit between the age related cost curves is achieved when the cost curve in the country with a two year longer life expectancy is shifted by two years. For instance, seventy year olds in the country with the longest life expectancy have an average cost ratio that is comparable to sixty-eight year olds in the country with the shorter life expectancy. This suggests that increases in life expectancy are associated with shifts in the cost curves and that the shift is proportional to the shift in life expectancy.

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-9.pdf>

Gregersen F.A., Godager G. (2013). Hospital expenditures and the red herring hypothesis: Evidence from a complete national registry. Oslo : HERO

Abstract: The aim of this paper is to contribute to the debate on population aging and growth in health expenditures. The Red Herring hypothesis, i.e., that hospital expenditures are driven by the occurrence of mortal illnesses, and not patients' age, forms the basis of the study. The data applied in the analysis are from a complete registry of in-patient hospital expenditures in Norway from the years 1998-2009. Since data registration is compulsory and all hospital admissions are recorded, there is no self-selection into the data. Mortality related hospital expenditures were identified by creating gender-cohort specific panels for each of the 430 Norwegian municipalities. We separated the impact of mortality on current hospital expenditures from the impact of patients' age and gender. This approach contributes to the literature by applying sensible aggregation methods on a complete registry of inpatient hospital admissions. We apply model estimates to quantify the mortality related hospital expenditures for twenty age groups. The results show that mortality related hospital expenditures are a decreasing function of age. Further the results clearly support that, both age and mortalities should be included when predicting future health care expenditure. The estimation results suggest that 9.2 % of all hospital expenditure is associated with treating individuals in their last year of life.

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-3.pdf>

Kittelsen S.A.C. (2013). Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. Oslo : HERO

Abstract: Previous studies indicate that Finnish hospitals have significantly higher productivity than in the other Nordic countries. We decompose the productivity levels into technical efficiency, scale efficiency and country specific possibility sets (technical frontiers). Data have been collected on operating costs and patient discharges in each DRG group for all hospitals in the Nordic countries. We find that there are small differences in scale and technical efficiency between countries, but large differences in production possibilities (frontier position). The results are robust to the choice of bootstrapped Data Envelopment Analysis (DEA) or Stochastic Frontier Analysis (SFA) as frontier estimation methodology.

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-4.pdf>

Chen X. (2013). Can Hospital Waiting Times Be Reduced by Being Published? Canberra : Australian National University

Abstract: This paper develops a stochastic dynamic general equilibrium overlapping generations (OLG) model with endogenous health capital to study the macroeconomic effects of the Affordable Care Act of March 2010 also known as the Obama health care reform. It finds that the insurance mandate enforced with fines and premium subsidies successfully reduces adverse selection in private health insurance markets and subsequently leads to almost universal coverage of the working age population. On other hand, spending on health care services increases by almost 6 percent due to moral hazard of the newly insured. Notably, this increase in health spending is partly financed by the larger pool of insured individuals and by government spending. In order to finance the subsidies the government needs to either introduce a 2.7 percent payroll tax on individuals with incomes over \$200,000, increase the consumption tax rate by about 1.1 per cent, or cut government spending about 1 percent of GDP. A stable outcome across all simulated policies is that the reform triggers increases in health capital, decreases in labor supply, and decreases in the capital stock due to crowding out effects and tax distortions. As a consequence steady state output decreases by up to 2 percent. Overall, it finds that the reform is socially beneficial as welfare gains are observed for most generations along the transition path to the new long run equilibrium.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2387309

Frakes M., Jena A.B. (2014). Does Medical Malpractice Law Improve Health Care Quality? Cambridge : NBER

Abstract: Despite the fundamental role of deterrence in justifying a system of medical malpractice law, surprisingly little evidence has been put forth to date bearing on the relationship between medical liability forces on the one hand and medical errors and health care quality on the other. In this paper, we estimate this relationship using clinically validated measures of health care treatment quality

constructed with data from the 1979 to 2005 National Hospital Discharge Surveys and the 1987 to 2008 Behavioral Risk Factor Surveillance System records. Drawing upon traditional, remedy-centric tort reforms—e.g., damage caps—we estimate that the current liability system plays at most a modest role in inducing higher levels of health care quality. We contend that this limited independent role for medical liability may be a reflection upon the structural nature of the present system of liability rules, which largely hold physicians to standards determined according to industry customs. We find evidence suggesting, however, that physician practices may respond more significantly upon a substantive alteration of this system altogether—i.e., upon a change in the clinical standards to which physicians are held in the first instance. The literature to date has largely failed to appreciate the substantive nature of liability rules and may thus be drawing limited inferences based solely on our experiences to date with damage-caps and related reforms.

<http://www.nber.org/papers/w19841>

Médicaments / Pharmaceuticals

(2013). Eviter les effets indésirables par les interactions médicamenteuses : comprendre et décider : édition 2013 -Eviter les effets indésirables par les interactions médicamenteuses : comprendre et décider : édition 2014. *Revue Prescrire* , 33 (362) :

(2014). 33 ans de palmarès des médicaments de la revue prescrire : 1981-2013. *Revue Prescrire* , 34 (364) :

Abstract: Cet article fait le point sur 33 ans de palmarès des médicaments de la revue Prescrire : palmarès des médicaments, palmarès du conditionnement, palmarès de l'information.

(2014). L'année du médicament : peu de progrès en 2013, mais quelques mesures positives des autorités. *Revue Prescrire* , 34 (364) :

Abstract: Cet article revient sur la politique du médicament menée en France en 2013. Peu de nouveautés ont apporté un progrès véritable pour les patients, et des autorisations de mise sur le marché (AMM) ont encore été trop souvent octroyées sur la base de données cliniques insuffisantes. Quelques mesures prises par les autorités de santé françaises, telles que les retraits du marché, les restrictions d'utilisation ou les déremboursements justifiés par des risques, vont dans le bon sens pour protéger les patients.

(2014). Bilan 2013 du conditionnement des médicaments : une situation pourtant facile à améliorer. *Revue Prescrire* , 34 (364) :

Abstract: Le conditionnement des médicaments est important pour la protection et l'information des patients. En 2013, des améliorations sont visibles, mais beaucoup de spécialités examinées par Prescrire restent mal voire dangereusement conditionnées.

Kaiser U., Mendez S.J., Ronde T. (2013). Regulation of Pharmaceutical Prices : Evidence from a Reference Price Reform in Denmark., Beiträge zur Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik 2013 : Leibniz : Econstor
<http://ideas.repec.org/p/iza/izadps/dp7248.html>

Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics

Gujarati D.N. (2012). Économétrie. Ouvertures économiques. Bruxelles : De Boeck

Abstract: Très à jour sur le plan théorique, cet ouvrage est plus qu'une simple introduction à l'économétrie. Sont présentés tous les concepts et techniques fondamentaux, y compris ceux qui, considérés à tort comme moins importants, sont trop souvent omis dans la littérature mais se révèlent d'une indéniable utilité pratique. Ouvrage éminemment pédagogique, il ne requiert qu'un niveau de base en mathématique et en statistique. Des annexes à chaque chapitre permettent au lecteur qui le souhaite de trouver, d'une part des démonstrations de théorèmes et formules, et, d'autre part, une présentation de l'approche matricielle de la régression. Ce manuel - et c'est là un atout de poids - est illustré de nombreux exercices, problèmes et exemples tirés de données réelles. Certaines de ces données sont utilisées dans différents modèles, ce qui permet de montrer comment choisir la meilleure spécification. Il s'adresse principalement aux étudiants en sciences économiques et en gestion, mais également aux étudiants de plusieurs autres disciplines : sciences politiques, relations internationales, agriculture et sciences de la santé, ainsi qu'aux praticiens de l'économétrie (chargés d'études et statisticiens en entreprise) (4e de couverture).

Klein G. (2010). The cartoon introduction to economics. Volume 1 : Microeconomics :
New York : Hill and Wang

Abstract: This book integrates in cartoon the cool stuff into an overview of the discipline of microeconomics, from decision trees to game trees to taxes and thinking at the margin. It puts comics into economics. It walks you through an introductory microeconomics course (4e de couverture).
<http://standupeconomist.com/cartoon-intro-microeconomics>

Klein G. (2012). The cartoon introduction to economics. Volume 2 : Macroeconomics.
New York : Hill and Wang

Abstract: This book integrates in cartoon the cool stuff into an overview of the discipline of macroeconomics. The major concepts of macroeconomics are broken down with wit, verve, and clarity in this excellent follow-up to The Cartoon Introduction to Economics: Vol. 1: Microeconomics (4e de couverture).
<http://standupeconomist.com/cartoon-intro-macroeconomics/>

Politique de santé / Health Policy

Lopez A. (2013). Réguler la santé. Rennes : Presses de l'Ehesp

Abstract: Les dépenses de santé en France ne cessent de progresser. Pourtant, les inégalités de santé s'accroissent et la mortalité prématurée demeure élevée. Pour améliorer la santé de la population, il faudrait encore poursuivre l'effort. Mais dans quelles limites ? Et comment ? Fin connaisseur du système de santé, Alain Lopez examine les différents moyens de régulation mis en œuvre pour en améliorer l'efficacité, tout en maîtrisant les dépenses. Il explicite les soubassements idéologiques auxquels ceux-ci obéissent, les choix qu'ils supposent, leurs limites. Pour faire face aux défis auxquels notre système de santé est confronté, seule une stratégie globale portant à la fois sur les domaines d'intervention et sur les moyens de régulation peut être efficace. Les principes, les conditions et les outils d'élaboration de cette stratégie globale sont ici détaillés. Alain Lopez offre ainsi aux étudiants et professionnels une synthèse clairvoyante de notre système de santé, des solutions pratiques, utiles à l'action collective de tous les acteurs impliqués dans la définition et la conduite d'une politique globale de santé (4e de couverture).
<http://www.presses.ehesp.fr/sante-publique/politiques-et-pratiques/Details/343/19/sante-publique/politiques-et-pratiques/reguler-la-sante.html>

Tabuteau D. (2013). Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation. In : Santé, enjeux, visions, équilibres : dix ans de débats. Sève : *les Tribunes de la Santé*, (41) :

Abstract: Malgré sa tradition colbertiste, l'Etat n'a, en France, ni organisé le système de santé ni véritablement assuré sa régulation avant la fin du XXème siècle. La distribution des pouvoirs y est de ce fait particulièrement complexe. Depuis les années 1980, l'affirmation du pouvoir de l'Etat s'est accompagnée de la multiplication d'agences et de structures sanitaires mais également de l'autonomisation de l'assurance maladie obligatoire et de l'institutionnalisation des assurances complémentaires. Les pouvoirs normatifs et budgétaires sont ainsi fragmentés et rendent délicate une approche globale des problématiques sanitaires et médico-sociales. Le système de santé est désormais confronté à une intensification des conflits de légitimité qui pourrait paradoxalement renforcer le rôle du pouvoir politique et conduire l'assurance maladie à se rétracter au profit d'une protection sociale d'entreprise.

Laude A. (2013). Le patient entre responsabilité et responsabilisation. In : Santé, enjeux, visions, équilibres : dix ans de débats. Sève : *les Tribunes de la Santé*, (41) :

Abstract: La loi du 4 mars 2002 a introduit dans le code de la santé publique un article L1111-1 qui de manière ambiguë lie les deux notions de responsabilité et de responsabilisation du patient. Ce texte pose ainsi les fondements de la mise en jeu de la responsabilisation d'un patient qui n'adopterait pas un comportement vertueux pour sa santé. En raison des effets pervers souvent mis en évidence de la responsabilité financière du patient, ne serait-il pas opportun, à l'occasion de la prochaine loi de santé publique, de réécrire ce texte en dissociant ces deux concepts et en affirmant notamment que le patient ne saurait avoir une responsabilité envers lui-même ? (résumé de l'éditeur)

(2014). Le système de santé en France. Paris : GIP SPSI

Abstract: Le GIP Santé Protection Sociale Internationale (GIP SPSI) présente une nouvelle édition, entièrement mise à jour, du livre de présentation du système français de santé. Au sommaire : Historique du système de santé, Grands principes et organisation générale, Médecine de ville et professionnels de santé, Les établissements de soins, Pharmacie et industries de santé, Politique de santé publique, Les agences sanitaires, L'Assurance maladie, Complémentaire santé et accès de tous aux soins, Dépenses de santé et financement de l'offre de soins, Les grands enjeux.

<http://fr.calameo.com/read/001062237a27547753ea8>

Compagnon C. (2014). Pour l'an II de la démocratie sanitaire. Paris : Ministère chargé de la santé .

Abstract: La mission confiée à Claire Compagnon incarne la volonté de refondation qui est au cœur de la stratégie nationale de santé : une nouvelle ère de la démocratie sanitaire doit s'écrire pour renforcer les droits individuels et collectifs des usagers du système de santé. Cette initiative s'inscrit dans le prolongement des travaux d'Edouard Cauty sur le pacte de confiance pour l'hôpital, qui recommande notamment d'accroître la place des usagers dans la gouvernance des établissements de santé. Dans son rapport, Claire Compagnon dresse le bilan de la représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002 et formule des propositions pour l'améliorer. Pointant notamment des missions très chronophages, et partant, les difficultés à recruter des bénévoles autres que des retraités, le document propose la création d'un "statut" pour les représentants des usagers, qui recevraient une formation et une indemnisation, et la création d'un Mouvement des usagers et des associations en santé qui serait l'interlocuteur reconnu des pouvoirs publics.

<http://www.sante.gouv.fr/pour-l-an-ii-de-la-democratie-sanitaire.html>

Beraud C. (2013). Trop de médecine, trop peu de soins : Vergèze : Thierry Souccar Editions

Abstract: La pensée commune dit que l'efficacité de la médecine passe par plus de prescriptions de médicaments, d'analyses de sang, d'examen radiologiques. Que les campagnes de dépistage et de vaccination sont toutes utiles et nécessaires... Mais ce livre démontre aux patients que 30 % des actes médicaux sont inutiles ; que les campagnes de prévention (mammographies, ostéodensitométries, vaccinations contre la grippe, le cancer du col de l'utérus...) n'ont pas l'efficacité que leur prête l'État ;

qu'obtenir des prescriptions médicales dans le but de rester en bonne santé est inutile et dangereux ; que les modes de vie et les comportements bien plus que les soins médicaux conditionnent la santé. Du côté des médecins, ce livre prouve que le volume des soins continue de croître sans que leur qualité s'améliore ; une situation qui a un coût : des décès évitables, des milliards d'euros gaspillés chaque année ; que les facultés forment des techniciens de la médecine, pas des soignants ; qu'une écoute prolongée suivie d'un examen physique attentif sont les ressources d'une médecine clinique douce, efficace, économe. ne pas nuire reste la première règle morale. Ce livre dénonce une situation qui perdure depuis des décennies et se poursuivra aussi longtemps que l'organisation des soins restera artisanale et que le pouvoir politique n'aura pas le courage de s'opposer au conservatisme des institutions médicales et universitaires (4e de couverture).

<http://www.thierrysouccar.com/sante/livre/trop-de-medecine-trop-peu-de-soins-824>

Politique publique / Public Policy

(2014). Le rapport public annuel 2014 de la Cour des Comptes. 3 tomes. Paris : Cour des comptes .

Abstract: Le rapport annuel de la Cour des comptes délivre une analyse de la situation d'ensemble des finances publiques à fin janvier 2014. Le tome I expose une sélection d'observations et de recommandations illustrant les marges possibles d'économie et d'amélioration des services publics rendus, dans : - dix cas de politique publique, concernant l'agriculture, la défense et l'espace, l'éducation et la jeunesse, la santé et la cohésion sociale, et le tourisme (Volume I-1) ; - huit cas de gestion publique, concernant l'État et ses opérateurs, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, un organisme privé subventionné et des partenariats public-privé (Volume I-2). Le tome II traite des suites données aux recommandations formulées antérieurement. Le degré de mise en œuvre constaté y est matérialisé par un jeu de trois couleurs : verte (La cour constate des progrès), orange (La Cour insiste) et rouge (la Cour alerte). Le tome III retrace les activités de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes en 2013, sous trois angles : leurs productions, leurs évolutions et leurs moyens. Ce document prône notamment une poursuite et une amplification des efforts, qui devront porter sur les collectivités territoriales et le secteur de la protection sociale, avec des économies pouvant atteindre 5 milliards d'€ pour la Sécurité sociale grâce notamment au développement des génériques et de la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, la Cour critique le système d'indemnisation des victimes de l'amiante, l'accumulation illisible des dispositifs en faveur des personnes handicapées, le manque de maîtrise des partenariats public-privé (PPP) à l'hôpital, la précarité sanitaire des détenus ou encore le manque de contrôles de l'alimentation. Le rapport annuel de la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF) est annexé au rapport public annuel de la Cour des comptes.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110096173/index.shtml>

Oliver A. /éd. (2013). Behavioural Public Policy. Cambridge : Cambridge University Press

Abstract: How can individuals best be encouraged to take more responsibility for their well-being and their environment or to behave more ethically in their business transactions? Across the world, governments are showing a growing interest in using behavioural economic research to inform the design of nudges which, some suggest, might encourage citizens to adopt beneficial patterns of behaviour. In this fascinating collection, leading academic economists, psychologists and philosophers reflect on how behavioural economic findings can be used to help inform the design of policy initiatives in the areas of health, education, the environment, personal finances and worker remuneration. Each chapter is accompanied by a shorter 'response' that provides critical commentary and an alternative perspective. This accessible book will interest academic researchers, graduate students and policy-makers across a range of disciplinary perspectives(4e de couverture).

<http://www.cambridge.org/it/academic/subjects/economics/public-economics-and-public-policy/behavioural-public-policy>

Réglementation

Zacharie C. (2010). La procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles : à propos du décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009. *Droit Social*, (12) :

Abstract: La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles revêt, au sein de la législation française, une physionomie particulière : si elle s'inscrit depuis 1946 dans le cadre de la Sécurité sociale dont elle constitue l'une des branches, elle tire ses origines de la loi du 9 avril 1989, dont il convient de rappeler qu'elle n'avait d'autre objet que d'écarter les règles du droit commun de la responsabilité civile au profit de règles plus favorables à la victime et d'instituer autrement dit un régime spécial de responsabilité civile. Cet article dresse un historique de la prise en charge des AT-MP en France, et analyse la réforme mise en place par le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009

(2013). Incitations financières à la prévention des risques professionnels - une étude sur 7 pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas et Royaume-Uni : Paris : Eurogip .

Abstract: Majoration de cotisations, subventions, sanctions, outils, aides financières... EUROGIP a étudié ces dispositifs dans sept pays européens : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas et Royaume-Uni. Les dispositifs étudiés tiennent compte de la sinistralité au travail de l'entreprise ou des améliorations que celle-ci pourrait apporter en matière de santé et sécurité au travail. L'objectif de cette étude, réalisée à la demande de la CNAMTS, n'est pas d'analyser les mérites respectifs des différents systèmes, mais de comprendre leurs modalités de fonctionnement (résumé de l'éditeur).

http://www.eurogip.fr/images/documents/3556/Eurogip_89F_incitations_financieres.pdf

Soins de santé primaires / Primary Health Care

Bloch M.A. , Henaut L. (2014). Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social : Paris : Dunod

Abstract: L'accroissement du nombre de personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladies chroniques, rend nécessaire le développement et la diversification des soins et des services, mais demande aussi une meilleure coordination des interventions. Pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide, les pouvoirs publics, les professionnels et les associations de familles et d'usagers sont engagés dans un processus permanent d'innovation et de coopération à l'origine de la dynamique de l'ensemble du monde sanitaire, social et médico-social. Cet ouvrage retrace l'histoire de la structuration de la coordination en France dans plusieurs domaines d'intervention (gériatrie, santé mentale, handicap, cancer, maladies rares, accident cérébral), ainsi que l'apparition récente de la notion de parcours dans l'espace public. Il propose une analyse critique des politiques conduites en matière de coordination, et tente d'expliquer la persistance des dysfonctionnements observés. À partir d'enquêtes réalisées sur plusieurs territoires, les facteurs de succès pour la mise en place de dispositifs de coordination pérennes sont ensuite mis en évidence. L'innovation se révèle être le produit des interactions entre initiatives locales et directives nationales. Enfin, l'ouvrage propose une typologie des nouveaux professionnels de la coordination (gestionnaires de cas, pilotes, référents, médecins coordonnateurs, chargés de mission...) et souligne notamment le rôle clé joué par les cadres intermédiaires des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

<http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/action-sociale-et-medico-sociale/politiques-et-dispositifs/coordination-et-parcours>

Genisson C., Milon A. (2014). Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la

possibilité de définir de nouveaux métiers. Rapport d'information du Sénat ; 318. Paris : Sénat .

Abstract: L'amélioration de la qualité des soins et l'enrichissement des fonctions des professionnels de santé sont des objectifs premiers et concordants pour le système de santé français et une aspiration forte des professionnels du secteur. L'un des ressorts pour atteindre ces objectifs est l'évolution des formes de prises en charge des malades au travers d'une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé. C'est l'objet des coopérations prévues par l'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui permettent de déroger aux règles de compétences qui s'imposent à eux. Les coopérations entre professionnels de santé recouvrent une réalité plus vaste que le cadre de ce seul article 51. D'autres dispositions législatives ou réglementaires sont utilisées par les professionnels de santé et des coopérations anciennes, principalement dans le monde hospitalier, se sont développées en dehors de tout encadrement juridique. Si l'étude des conditions d'application de l'article 51 de la loi HPST a paru essentielle, c'est que celui-ci représente la tentative la plus aboutie pour amorcer la nécessaire évolution des professions et des prises en charge. L'enjeu, cependant, dépasse la simple question de l'application de cet article. Le rapport de la commission des affaires sociales s'articule donc en deux temps. La première partie permet de dresser un bilan de la mise en œuvre de l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires). La seconde, dans une perspective plus large, permet de mesurer le dispositif au regard des attentes en matière d'évolution du système de soins.

<http://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-3181.pdf>

Andriantsehenoharina L. (2014). Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance (P4P): une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus. Thèse de médecine. Montpellier : Université de Montpellier 1 .

Abstract: CONTEXTE :La convention nationale entre médecins généralistes et assurance maladie signée le 26 juillet 2011 et entrée en vigueur le 1er janvier 2012 consacre un nouveau dispositif, la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP), qui fait partie des paiements à la performance (P4P, pay for performance). Un espace est ménagé pour les généralistes souhaitant rester conventionnés, mais refusant cette rémunération. PROBLEMATIQUE : Pourquoi ces généralistes refusent-ils, alors que la majorité de leurs confrères ont accepté, qu'il s'agit d'augmenter leurs revenus et que le dispositif parle de santé publique et de qualité des soins ? OBJECTIFS : Décrire, analyser, comparer les raisons exprimées du refus. METHODE : Etude qualitative avec un questionnaire à but descriptif, administré à 42 médecins, permettant ensuite de choisir n=13 généralistes. Puis étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés de ces 13 médecins et analyse thématique. RESULTATS : Les médecins réfutent les résultats attendus : il n'y aura ni amélioration des pratiques, ni amélioration de la santé individuelle ou de la santé publique, ni d'économies sur les dépenses de santé. D'une part parce que les indicateurs sont incapables de juger de la qualité des soins, de la santé des populations et surtout sont incapables de manifester du « travail invisible ». Egalement à cause des enjeux éthiques, moraux et déontologiques : le conflit d'intérêt, comme la transformation du contrat moral de moyens en résultats, sont au cœur de leurs griefs et à la source des effets pervers du dispositif. D'autre part, les médecins réfutent la légitimité du dispositif, dénoncent l'illusion de volonté d'améliorer les pratiques par les tutelles, leur politique d'empêchement de la qualité et leurs propres conflits d'intérêt industriels ainsi que leur stratégie de pouvoir.

<http://www.atoute.org/images/2014/these%20refus%20ROSP%20-%20ANDRIAN.pdf>

Bardsley M., Steventon A., Smith J. (2013). Evaluating integrated and community-based care. How do we know what works ? Londres : The Nuffield Trust .

Abstract: The Nuffield Trust has undertaken evaluations of over 30 community-based interventions designed to reduce emergency hospital admissions. This report presents the key learning from these studies.

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/evaluation_summary_final.pdf

Bardsley M., Steventon A., Smith J. (2013). Evaluation of the first year of the Inner North West London Integrated Care Pilot : Londres : The Nuffield Trust .

Abstract: The North West London Integrated Care Pilot is a large-scale programme incorporating a range of organisations. In its initial stages work has focused on developing new forms of care coordination and planning for two key groups; people with diabetes, and those who are over 75 years of age. The pilot has undertaken a considerable amount of work in pooling information and using an IT tool which allows for the identification of patients needing intensive case management, while multidisciplinary groups of local care providers meet on a regular basis to review and plan people's care. This evaluation covered the pilot's first year of operation (between September 2011 and July 2012) with a view to assisting its progression beyond its first year, and to inform other integrated care initiatives in the UK and overseas.

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/evaluation_of_the_first_year_of_the_inner_north_west_london_integrated_care_pilot.pdf

Nicholson C., Jackson C., Marley J. (2013). A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review. *Bmc Health Services Research*, 13 (528) :

Abstract: Background : Internationally, key health care reform elements rely on improved integration of care between the primary and secondary sectors. The objective of this systematic review is to synthesise the existing published literature on elements of current integrated primary/secondary health care. These elements and how they have supported integrated healthcare governance are presented. Methods : A systematic review of peer-reviewed literature from PubMed, MEDLINE, CINAHL, the Cochrane Library, Informit Health Collection, the Primary Health Care Research and Information Service, the Canadian Health Services Research Foundation, European Foundation for Primary Care, European Forum for Primary Care, and Europa Sinapse was undertaken for the years 2006-2012. Relevant websites were also searched for grey literature. Papers were assessed by two assessors according to agreed inclusion criteria which were published in English, between 2006-2012, studies describing an integrated primary/secondary care model, and had reported outcomes in care quality, efficiency and/or satisfaction. Results : Twenty-one studies met the inclusion criteria. All studies evaluated the process of integrated governance and service delivery structures, rather than the effectiveness of services. They included case reports and qualitative data analyses addressing policy change, business issues and issues of clinical integration. A thematic synthesis approach organising data according to themes identified ten elements needed for integrated primary/secondary health care governance across a regional setting including: joint planning; integrated information communication technology; change management; shared clinical priorities; incentives; population focus; measurement ? using data as a quality improvement tool; continuing professional development supporting joint working; patient/community engagement; and, innovation. Conclusions : All examples of successful primary/secondary care integration reported in the literature have focused on a combination of some, if not all, of the ten elements described in this paper, and there appears to be agreement that multiple elements are required to ensure successful and sustained integration efforts. Whilst no one model fits all systems these elements provide a focus for setting up integration initiatives which need to be flexible for adapting to local conditions and settings.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/528/abstract>

Godager G. Henning-Schmid H., Iversen T. (2013). Does performance disclosure influence physicians' medical decisions? An experimental analysis. Oslo : HERO

Abstract: Pay-for-performance schemes targeting quality improvements and cost reductions in markets for medical care have become increasingly popular among health policy-makers during the last decade. Typically, such schemes attach financial incentives to a set of indicators which consist of some processed information that is believed to constitute an adequate description of the provider. Due to the asymmetric information inherent in medical markets, changes in the information structure are likely to cause substantial change to the environment in which health care providers operate. Since monitoring of physician treatment decisions is a necessary prerequisite in a pay-for performance scheme, and also an important factor influencing the information structure in the market, disentangling the effect of a change in the information regime from a change in financial incentives is difficult. By means of a laboratory experiment we are able to identify the ceteris-paribus effect of a change in information regime. We find that introducing transparency, and making medical students' treatment decisions known to their peers, have a positive impact on patients' health benefit. The results also suggest that disclosure of physician performance increase social welfare.

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-1.pdf>

Gocan S. L., Laplante M.A., Woodend A.K. (2014). Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3 (3) :

Abstract: Background: In Ontario, 200 interprofessional Family Health Teams (FHTs) have been established since 2005 to improve primary healthcare access, patient outcomes, and costs. High levels of interprofessional collaboration are important for team success; however, effective team functioning is difficult to achieve. FHTs are in their infancy, and little is known about the determinants that have influenced the quality of team collaboration or the outcomes that FHTs have achieved. The objective of this article is to examine current knowledge regarding FHT team functioning. Methods and Findings: A search of the literature resulted in eleven articles for final analysis, which were primarily qualitative in nature. A narrative synthesis of study findings was completed. A number of common challenges to interprofessional collaboration were identified. Nevertheless, patients and providers described improved healthcare access, greater satisfaction, and enhanced quality of healthcare using a FHT approach. Collaboration was fostered by effective leadership, communication, outcome evaluation, and training for both professionals and patients alike. Conclusions: Ontario FHTs have generated improvements in healthcare access and outcomes. Collaborative team functioning, while present, has not reached its full potential. Supportive public policy, education for patients and providers, and evaluation research is needed to advance FHT functioning.

<http://www.jripe.org/index.php/journal/article/view/131/84>

Goodwin N., Solona L., Thiel V. (2013). Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. Londres : King's Fund .

Abstract: The costs of caring for people with age-related chronic and complex medical conditions are high and will continue to rise with population ageing. Yet people with multiple health and social care needs often receive a very fragmented service, resulting in less than optimal care experiences, outcomes and costs. Many countries have developed strategies to improve care co-ordination, but these have often failed to achieve their objectives. There is also a general lack of knowledge about how best to apply (and combine), in practice, the various strategies and approaches to care co-ordination. This report presents the findings from a two-year research project funded by Aetna and the Aetna Foundation, which aimed to understand the key components of effective strategies employed by studying five UK-based programmes to deliver co-ordinated care for people with long-term and complex needs. It elicits some key lessons and markers for success to help identify how care co-ordination might be transferred from the UK to the US context.

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/co-ordinated-care-people-complex-chronic-conditions>

Systèmes de santé / Health Care Systems

Azzopardi Muscat N., Calleja N., Calleja A., et al. (2014). Health system review :Malta. Health systems in transition ; vol. 16, n°1. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: This new HiT health system review on Malta discusses many achievements that have occurred in the health system since the last HiT report was published in 1999. Two key events in the past decade have contributed to the further development of the health system. Malta's accession to the European Union in 2004 played an important role guiding new legislation in public health and health protection. The construction of the new acute general hospital Mater Dei Hospital in 2007 was significant in shaping the flow of capital resources. Important reforms include the use of health technology assessment to define the benefit package, improvements in access to medicines through the Pharmacy of Your Choice scheme, and expansion of prevention and community-based services. While Maltese citizens enjoy one of the highest life expectancies in Europe, the ageing of the population is already putting pressure on public finances. Current policies that are often geared towards hospitalization and institutionalization of older people are costly and contribute towards inefficient utilization of resources. Successfully managing this issue will require strategic investments

and efforts to shift care away from hospitals and into the community. The new National Health Systems Strategy under development will help to provide direction.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/241849/HiT-Malta.pdf

Schweppenstedde D., Hinrichs S., Ogbu U., et al. (2014). Regulating quality and safety of health and social care. Santa-Monica : The Rand .

Abstract: This report is concerned with 'standards of quality and safety' within health and social care systems. Care standards are intended to support efforts in maintaining and improving the quality of care; they have been developed across countries, although the ways in which they are implemented and applied differs between nations. Taking a range of six countries, we review the regulatory mechanisms that have been implemented to ensure that essential standards of care are applied and are being adhered to, and consider the range of policy instruments used to encourage and ensure continuous quality improvement. We report on Australia, England, Finland, Germany, the Netherlands and the USA. The report is intended to inform policy thinking for the Department of Health and others in developing the regulation of safety and quality of health and social care in England. It was prepared as part of the project 'An "On-call" Facility for International Healthcare Comparisons' funded by the Department of Health in England through its Policy Research Programme.

http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR561.html

Travail et santé / Occupational Health

Barnay T., Juin S., Legal R. (2013). Les disparités de prise d'arrêts maladie entre secteurs d'activité en France : une analyse longitudinale sur données administratives : Créteil : ERUDITE

Abstract: The main objective of this study is to analyze the effect of the professional environment on sick leaves. It is important in order to identify the potential policies to implement to control health expenditures (e.g. through the improvement of working conditions). This professional context is approximated by the Business sector. The database used – Hygie (2005-2008) – allows taking into account individual heterogeneity thanks to the longitudinal dimension. Sick leave probability is estimated through an individual fixed effects logit model and the duration (number of sickness absence days) is estimated through a fixed effects Poisson model. The results show that Business sector differ in sick leave duration rather than in the occurrence. Indeed, taking into account differences in health status and wages reduces the variability in sick leave probability between sectors by half. On the other hand, the sector remains decisive in explaining sick leave durations. This residual variability may refer to unobserved differences in working conditions, in the generosity of sick pay benefits or in job insecurity. These results may call into question the financing of sick leaves, which contrary to accidents at work and Professional diseases, only depends on social security contributions.

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00920772/>

Barnay T., Defebvre E. (2014). L'impact causal de la santé mentale sur le maintien en emploi quatre ans plus tard : Créteil : ERUDITE

Abstract: L'objectif de cette étude est de mesurer l'impact causal de la santé mentale autodéclarée en 2006 (troubles anxieux et épisodes dépressifs) sur le maintien en emploi en 2010. Pour ce faire, nous mobilisons les données de l'enquête Santé et Itinéraire Professionnel (Sip). De manière à prendre en compte l'endogénéité potentielle inhérente aux variables de santé mentale, nous utilisons une modélisation en Probit bivarié, modélisant d'une part le statut en emploi des individus en fonction de leur santé mentale, et de l'autre la santé mentale instrumentée. De plus, nous contrôlons nos résultats des caractéristiques socio-économiques, d'emploi, de santé physique, de comportements à risque et d'itinéraire professionnel. Nous montrons que pour les hommes, le fait de déclarer souffrir d'un trouble mental en 2006 diminue le maintien en emploi quatre ans plus tard. Concernant les femmes, aucune relation significative n'a été identifiée. Les tests de robustesse effectués, notamment sur la période 2007-2010, confirment ces résultats.

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00936669/>

Addabbo T., Sarti E. (2013). Access to work and disability: the case of Italy. Modène : C.A.P.P.

Abstract: This paper is an empirical study on the work opportunities of people with disability using the last survey on health conditions 2004-2005, that collects information on the health status and disability condition on the whole Italian population and allows a comparison between disabled and not disabled persons. For this purpose we investigate the probability to be employed by disability status. People with disability show a lower probability of being employed and their employment probability is even lower if with psychic disability. By disaggregating by disability status our analysis can recognize a higher positive effect of investing in education on the probability of employment for people with disabilities.

http://www.capp.unimore.it/pubbl/cappapers/Capp_p111.pdf

Polidano C., Dang Wu H. (2012). Labour market impacts from disability onset : Melbourne : University of Melbourne

Abstract: In this paper we estimate the causal impacts of disability onset on labour market outcomes up to four years after onset using longitudinal data from the Household Income and Labour Dynamics Australia (HILDA) survey and difference-in-difference propensity score matching techniques. We find lasting negative impacts on full-time employment, which is linked more to people foregoing opportunities to move to full-time work rather than downshifting from full-time to part-time work. Impacts are greater for those without post-school qualifications because they face poor prospects once dislocated from work. These results point to the importance of prevention and vocational rehabilitation programs that are targeted at lowskilled.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2166603

Schaller J. (2014). Short-run Effects of Job Loss on Health Conditions, Health Insurance, and Health Care Utilization. Cambridge : NBER

Abstract: Job loss in the United States is associated with long-term reductions in income and long-term increases in mortality rates. This paper examines the short- to medium-term changes in health, health care access, and health care utilization after job loss that lead to these long-term effects. Using a sample with more than 9800 individual job losses and longitudinal data on a wide variety of health-related measures and outcomes, we show that job loss results in worse self-reported health, including mental health, but is not associated with statistically significant increases in a variety of specific chronic conditions. Among the full sample of workers, we see reductions in insurance coverage, but little evidence of reductions in health care utilization after job loss. Among the subset of displaced workers for whom the lost job was their primary source of insurance we do see reductions in doctor's visits and prescription drug usage. These results suggest that access to health insurance and care may be an important part of the health effects of job loss for some workers. The pattern of results is also consistent with a significant role for stress in generating long-term health consequences after job loss.

<http://www.nber.org/papers/w19884>

Seabury S.A., Scherer E. (2014). Identifying Permanently Disabled Workers with Disproportionate Earnings Losses for Supplemental Payments. Santa-Monica : The Rand .

Abstract: California workers with permanently disabling workplace injuries have traditionally had high earnings losses, poor return to work outcomes, and a low percentage of earnings losses replaced by workers' compensation benefits. In September 2012, California adopted legislation that includes changes in the calculation of permanent disability ratings, increases in permanent disability compensation, and a program to provide supplemental payments to injured workers whose permanent disability benefits are disproportionately low in comparison to their earnings loss. However, the language in the statute does not expressly define "disproportionately low." This report makes several recommendations about the design and implementation of this program: Payments can be targeted to workers whose actual measured earnings after the disability award are below what would be expected based on the severity of their disability.

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR400/RR425/RAND_RR425.pdf

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

Abstract: Dans les pays de l'OCDE, la gestion des problèmes de santé mentale dans la population d'âge actif devient un enjeu essentiel pour les politiques sociales et du marché du travail. Les gouvernements de ces pays sont de plus en plus nombreux à reconnaître que les pouvoirs publics ont un rôle important à jouer pour maintenir au travail les personnes souffrant de troubles mentaux ou pour faciliter la réintégration de celles qui sont sorties du marché de l'emploi, ainsi que pour prévenir l'apparition de ce type de troubles. Ce rapport relatif à la Belgique est le premier d'une série de travaux analysant l'approche adoptée par différents pays de l'OCDE face aux défis plus larges, décrits dans la publication *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* (OCDE, 2012), auxquels sont confrontés les pouvoirs publics en matière d'éducation, de santé, de politique sociale et d'emploi. Sa conclusion est que la Belgique dispose déjà d'un système comportant de nombreux atouts structurels, qui ne sont cependant pas encore exploités de manière optimale.

(2014). Santé mentale et emploi : Suisse. Santé mentale et emploi. Paris : OCDE .

Abstract: Dans les pays de l'OCDE, la gestion des problèmes de santé mentale dans la population d'âge actif devient un enjeu essentiel pour les politiques sociales et du marché du travail. Les gouvernements de ces pays sont de plus en plus nombreux à reconnaître que les pouvoirs publics ont un rôle important à jouer pour maintenir au travail les personnes souffrant de troubles mentaux ou pour faciliter la réintégration de celles qui sont sorties du marché de l'emploi, ainsi que pour prévenir l'apparition de ce type de troubles. Ce rapport relatif à la Suisse est le cinquième d'une série de travaux analysant l'approche adoptée par différents pays de l'OCDE face aux défis plus larges, décrits dans la publication *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* (OCDE, 2012), auxquels sont confrontés les pouvoirs publics en matière d'éducation, de santé, de politique sociale et d'emploi.

(2014). Mental health and work : United Kingdom. Santé mentale et emploi. Paris : OCDE .

Abstract: The costs of mental ill-health for individuals, employers and society at large are enormous. Mental illness is responsible for a very significant loss of potential labour supply, high rates of unemployment, and a high incidence of sickness absence and reduced productivity at work. In particular, mental illness causes too many young people to leave the labour market, or never really enter it, through early moves onto disability benefit. Despite these very high costs to the individuals and the economy, there is only little awareness about the connection between mental health and work, and the drivers behind the labour market outcomes and the level of inactivity of people with mental ill-health. This series contributes to filling that knowledge gap. It offers both a general overview of the main challenges and barriers to better integrating people with mental illness in the world of work, as well as a close look at the situation in specific OECD countries.

Vieillesse

Sirven N., Debrand T. (2013). La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du "bien vieillir" ou facteur d'inégalités sociales de santé ? In : *Le vieillissement actif. Retraite et Société*, (65) :

Abstract: Cet article traite des relations de causalité entre santé et participation sociale. Si une mauvaise santé est un obstacle à la participation sociale, être inscrit dans un réseau relationnel peut à l'inverse avoir un effet favorable sur la santé. A l'aide de méthodes économétriques adaptées et à partir de trois vagues de l'enquête Share, l'auteur estime la part de chaque sens de causalité. Si l'effet de la participation sociale sur la santé est avéré, il est moindre que l'effet symétrique de la santé sur la participation. Malgré ses effets individuels bénéfiques, la participation sociale est susceptible d'accroître les inégalités de santé parmi les personnes âgées. (extrait de l'introduction)

(2013). Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale. Paris : ANCREAI

Abstract: Cette étude du réseau des CREALI concerne l'analyse au niveau national des politiques sociales et médico-sociales et de planification en faveur des personnes âgées à partir des SROMS et des schémas départementaux d'organisation médico-sociale (en cours de validité au 31/12/2012). Elle a permis de dresser un état des lieux des priorités retenues dans chaque département et région en faveur de cette population âgée, des problématiques identifiées, des actions retenues pour y répondre, de dégager des particularités territoriales et des actions novatrices.

http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/pol_terr_pa_ancreai_web_0.pdf

(2014). Vieillesse et politiques de l'emploi : France 2014 : Mieux travailler avec l'âge. Paris : OCDE .

Abstract: L'espérance de vie n'a jamais été aussi élevée qu'aujourd'hui tandis que la fécondité est en diminution dans la majorité des pays de l'OCDE. Pour faire face à ces tendances démographiques, il faut adapter les dépenses publiques de protection sociale et assurer leur viabilité à long terme, en particulier en favorisant l'emploi des seniors. Avec le recul de l'âge légal de la retraite, les seniors vont travailler plus longtemps et les entreprises devront les garder en emploi. Mais parmi les seniors, ceux qui perdent leur emploi risquent de rester longtemps au chômage car leurs chances d'en retrouver un sont faibles. Comment les pays peuvent-ils réagir face à cette réalité ? Comment donner aux seniors de meilleurs choix et incitations au travail ? Comment promouvoir la diversité des âges dans les entreprises ? Cette série de rapports s'attache à analyser et évaluer quelles sont les meilleures politiques à mener pour favoriser l'employabilité, la mobilité professionnelle et la demande de travail à un âge plus élevé

(2013). Ageing and Employment Policies: Norway 2013. Working Better with Age. Paris : OCDE .

Abstract: This report provides an overview of the substantial ageing and employment policy initiatives already implemented in Norway over the past decade and identifies areas where more should be done, covering both supply-side and demand-side aspects. To give better incentives to carry on working, the report recommends further reforms in the second-pillar pension schemes, particularly for public sector employees. On the side of employers, it is important to progress towards more age-neutral hiring decisions and to review of age limits for mandatory retirement. To improve the employability of older workers, the focus should be to promote job-related training with a particular focus on mid-career workers and to encourage initiatives based on a full-time culture and good working conditions for all.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/norway-2013_9789264201484-en

Aisa R. (2014). Preventive health and active ageing: the elderly are not a burden. Munich : MRPA

Abstract: Governments concerned with public finance are introducing reforms to push their citizens to remain in the labor market beyond the normal retirement age. We build a stylized theoretical framework in which we show that the labor supply among older workers and preventive health investment go hand in hand. In particular, those workers with the highest levels of productivity are those who remain longer in the labor market and, at the same time, who invest more in preventive health. We also find that a certain level of productivity in the health sector emerges as a prerequisite for active ageing. Furthermore, an increase in such productivity leads to growth in the effective labor supply, leading to an increase in demand for health care, while liberating additional resources for the non-health sectors.

<http://mpra.ub.uni-muenchen.de/52955/>

Bande R. , Lopez-Mourelo E .(2014). The impact of worker's age on the consequences of occupational accidents: empirical evidence using Spanish data. Munich : MRPA

Abstract: This paper examines the impact of worker's age on the consequences of occupational injuries. Using data from the Spanish Statistics on Accidents at Work for 2004-2010, a multinomial model is estimated in order to analyse the impact of the age on the probability of suffering a severe or fatal accident. Further, a duration model is used to assess the effect of worker's age on the length of sick leave caused by occupational injuries. The analysis shows that the probability of suffering a

severe or fatal accident, as well as the duration of the sick leave, increases with the worker's age once personal, job, and accident characteristics are controlled for. From a policy perspective, the results point out that decisions about delaying the retirement age require additional measures, such as the occupational reallocation of these older workers towards tasks with lower incidence rates, in order to minimise these effects.

http://mpra.ub.uni-muenchen.de/53097/1/MPRA_paper_53097.pdf

Yoshida K., Kahawara K. (2014). Impact of a fixed price system on the supply of institutional long-term care: a comparative study of Japanese and German metropolitan areas. *Bmc Health Services Research*, 14 (48) :

Abstract: Background : The need for institutional long-term care is increasing as the population ages and the pool of informal care givers declines. Care services are often limited when funding is controlled publicly. Fees for Japanese institutional care are publicly fixed and supply is short, particularly in expensive metropolitan areas. Those insured by universal long-term care insurance (LTCI) are faced with geographically inequitable access. The aim of this study was to examine the impact of a fixed price system on the supply of institutional care in terms of equity. Methods : The data were derived from official statistics sources in both Japan and Germany, and a self-administered questionnaire was used in Japan in 2011. Cross-sectional multiple regression analyses were used to examine factors affecting bed supply of institutional/residential care in fixed price and free prices systems in Tokyo (Japan), and an individually-bargained price system in North Rhine-Westphalia (Germany). Variables relating to costs and needs were used to test hypotheses of cost-dependency and need-orientation of bed supply in each price system. Analyses were conducted using data both before and after the introduction of LTCI, and the results of each system were qualitatively compared. Results : Total supply of institutional care in Tokyo under fixed pricing was found to be cost-dependent regarding capital costs and scale economies, and negatively related to need. These relationships have however weakened in recent years, possibly caused by political interventions under LTCI. Supply of residential care in Tokyo under free pricing was need-oriented and cost-dependent only regarding scale economies. Supply in North Rhine-Westphalia under individually bargained pricing was cost-independent and not negatively related to need. Conclusions : Findings suggest that publicly funded fixed prices have a negative impact on geographically equitable supply of institutional care. The contrasting results of the non-fixed-price systems for Japanese residential care and German institutional care provide further theoretical supports for this and indicate possible solutions against inequitable supply.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/48/abstract>