

**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

22 août 2014 / August the 22nd, 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 / Health Insurance ..... 6**

Antwi Y.A. Moriya A.S. ,Simon K. (2014). Access to Health Insurance and the Use of Inpatient Medical Care: Evidence from the Affordable Care Act Young Adult Mandate .. 6

Cardoux J.L., Godefroy J.P. (2014). Rapport d'information sur le régime social des indépendants. Rapport d'information du Sénat ..... 6

Einav L., Finkelstein A., Williams E. (2014). Paying on the Margin for Medical Care: Evidence from Breast Cancer Treatments. .... 6

Pauly M., Harrington S., Leive A. (2014). "Sticker Shock" in Individual Insurance under Health Reform. Cambridge : ..... 7

(2014). Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé (ACS) en 2013..... 7

**Economie de la santé / Health Economics ..... 7**

Errea M., Sirven N., Rochereau T. (2014). Les déterminants du don de sang en France. Une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012..... 7

Geay C., De Lagasnerie G., Largem M. (2014). Evolution of outpatient healthcare expenditure due to ageing in 2030 : a dynamic micro-simulation model for France ..... 8

Clement J.M. (2014). Notions essentielles d'économie de la santé ..... 8

Lorenzoni L., Belloni A., Sassi F. (2014). Health-care expenditure and health policy in the USA versus other high-spending OECD countries..... 8

Mussa R. (2014). Exit from Catastrophic Health Payments: A Method and an Application to Malawi. München..... 8

(2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. .... 9

Celant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C. (2014). L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats ..... 9

(2014). Résultats de l'enquête de coûts EHPAD 2012..... 9

**Etat de santé / Health Status .....10**

(2014). La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer. .... 10

**Hôpital / Hospitals .....10**

(2014). Rapport sur les coûts de prise en charge à l'hôpital en 2012 en médecine, chirurgie et obstétrique ..... 10

(2014). Infections associées aux soins : auditions sur les indicateurs de résultats à visée de diffusion publique ..... 10

Makowsky M.D., Klein E.Y., Korley F., (2014). Shorter Isn't Always Better: Identifying the Relationship between Length of Hospital Stay and the Probability of Readmission ..... 11

## **Inégalités de santé / Health Inequalities ..... 11**

Lengagne P., Penneau A, Pichetti S., Sermet C. (2014). L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages..... 11

(2014). Social determinants of mental health..... 12

Stowasser T., Heiss F., McFadden D. (2014). Understanding the SES gradient in health among the elderly: The role of childhood circumstances. .... 12

Lambert R., St Pierre J., Lemieux L., et al. (2014). Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé. .... 12

Docteur E., Berenson R.A. (2014). In Pursuit of Health Equity: Comparing U.S. and EU Approaches to Eliminating Disparities ..... 13

(2014). Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé. .... 13

## **Médicaments / Pharmaceutical ..... 13**

Lau C. (2014). Encouraging Medical Technology for Unmet Social needs: Evidence and Lessons from..... 14

(2014). Le Dossier Pharmaceutique – Rapport d'activité 2013 de l'Ordre national des pharmaciens..... 14

(2014). Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2014. ... 14

## **Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics ..... 14**

(2013). Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI. Final report..... 14

Gissot C. (2014). Les bases de données de l'assurance-maladie : un potentiel pour l'amélioration du système de santé et pour la recherche ..... 15

Greene W.H. (2014). Inflated Responses in Measures of Self-Assessed Health. .... 15

(2014). Dossier : la statistique européenne. .... 15

Verhulst S., Noveck B.S., Caplan R., et al. (2014). The open data era in health and social care..... 15

Thabalard J.C., Fieschi M. (2014). Données de santé : données sensibles..... 16

## **Politique de santé / Health Policy ..... 16**

Piveteau D., Acef F., Debrabant F.X., et al. (2014). « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. .... 16

Wolfe I. (2014). Health behaviours and incentives.....	16
(2014). Propositions pour une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé.....	17
Da Silva N. (2014). La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale. ....	17
(2014). Les effets d'une crise économique de longue durée. Rapport 2013-2014. ....	17
<b>Prévention / Prevention .....</b>	<b>17</b>
Nguyen-Thanh V., Haroutunian L.....	17
Dreux C. (2014). La prévention en santé chez les adolescents.....	18
<b>Psychiatrie / Psychiatry .....</b>	<b>18</b>
Forti A. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Scotland.....	18
Forti A., Nas C., Van Geldrop A., et al.....	19
Patana P. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland.....	19
Forti A. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Italy.....	19
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care .....</b>	<b>20</b>
Oliver-Baxter J., Brown J.L., Raven M. (2014). Quality improvement financial incentives for general practitioners.....	20
Le Breton-Lerouillois G. (2014). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014.....	20
Nolte E. P., Pichtforth E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? .....	20
Chen A. (2014). Do the Poor Benefit From More Generous Medicaid Physician Payments? .....	20
Rosen R. (2014). Meeting or fuelling patient demand ? Improved access to primary care and supply-induced demand. ....	21
Goodwin N., Dixon A., Anderson G., et al. (2014). Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies.....	21
Lawless A., Freeman T., Bentley M., et al (2014). Developing a good practice model to evaluate the effectiveness of comprehensive primary health care in local communities	21
Nolte E. Pitchforth E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? .....	21
<b>Systèmes de santé / Health Systems .....</b>	<b>22</b>
Davis K., Stremikis K., Squire D., Schoen C. (2014). Mirror, mirror on the wall : how the performance of the US health Care system compares internationally. 2014 update .....	22

Esmail N. (2014). Health care lessons from the Netherlands.....	22
<b>Travail et santé / Occupational Health .....</b>	<b>22</b>
Bockerman P., ,Kanninen O.,Suoniemi I. (2014). A Kink that Makes You Sick: The Incentive Effect of Sick Pay on Absence. ....	22
Amira S. Ast D. (2014). Des risques professionnels contrastés selon les métiers.....	23
Vinck L. (2014). Les risques professionnels par secteurs - Enquête Sumer 2010.....	23
Algava E. (2014). Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés.....	23
Bingley P., Datta-Gupta N., Pederson P.J. (2014). Health, Disability Insurance and Retirement in Denmark .....	24
Le Clainche C., Duguet E. (2014). The Effect of Non-Work Related Health Events on Career Outcomes: An Evaluation in the French Labor Market.....	24
Hber M., Lechner M., Wunch G. (2014). Workplace Health Promotion and Labour Market Performance of Employees. ....	24
<b>Vieillesse / Ageing .....</b>	<b>24</b>
Rostgaard T., . (2011). Livindhome: living independently at home: reforms in home care in 9 European countries. Copenhague .....	24
De La Maisonneuve C., Andre C., Garcia C., et al. (2014). The Economic Consequences of Ageing: The Case of Finland.....	25
(2014). Vieillesse et politiques de l'emploi. France 2014. Mieux travailler avec l'âge. Vieillesse et politique de l'emploi .....	25
Sirven N. (2014). Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE .....	25
Desu L. (2014). On Saving and Caring for Dependents.....	26

## Assurance maladie / Health Insurance

### **Antwi Y.A. Moriya A.S. ,Simon K. (2014). Access to Health Insurance and the Use of Inpatient Medical Care: Evidence from the Affordable Care Act Young Adult Mandate.**

Cambridge : NBER

Abstract: The Affordable Care Act of 2010 expanded coverage to young adults by allowing them to remain on their parent's private health insurance until they turn 26 years old. While there is evidence on insurance effects, we know very little about use of general or specific forms of medical care. We study the implications of the expansion for the use of inpatient hospitalizations. Given the prevalence of mental health needs for young adults, we also specifically study mental health related inpatient care. We find evidence that compared to those aged 27-29 years, treated young adults aged 19-25 years increased their inpatient visits by 3.5 percent. Visits related to mental illness increased 9.0 percent. The prevalence of uninsurance among hospitalized young adults decreased by 12.5 percent; however, it does not appear that the intensity of inpatient treatment changed despite the change in reimbursement composition of patients.

<http://www.nber.org/papers/w20202>

### **Cardoux J.L., Godefroy J.P. (2014). Rapport d'information sur le régime social des indépendants. Rapport d'information du Sénat ; 597. Paris : Sénat**

Abstract: Née de la fusion des différentes caisses maladie et retraites des artisans et commerçants, la création du régime social des indépendants (RSI) et de l'interlocuteur social unique (ISU) devait apporter une simplification bienvenue dans le paysage morcelé des régimes de protection sociale des travailleurs indépendants. A défaut du pilotage et des arbitrages nécessaires, cette réforme, qui aurait pu constituer un bel exemple de volontarisme en politique, a connu une mise en place chaotique et des dysfonctionnements durables, suscitant une perte de confiance des cotisants. Les premières années de la vie du régime ont ainsi donné lieu à un rapport particulièrement sévère de la Cour des comptes en 2012. Deux ans après, les parlementaires sont encore régulièrement saisis des difficultés de commerçants et artisans avec leur régime de protection sociale. C'est dans ce contexte que la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat a décidé de procéder à un nouvel état des lieux du fonctionnement de l'interlocuteur social unique. Historiquement liée aux spécificités de la protection sociale des travailleurs indépendants, l'autonomie des régimes, aujourd'hui alignés et faisant appel tant à la solidarité inter régimes qu'à des ressources affectées, doit désormais trouver sa justification dans une organisation adaptée aux besoins des indépendants et la qualité particulière du service rendu aux cotisants (résumé de l'éditeur).

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-597-notice.html>

### **Einav L., Finkelstein A., Williams E. (2014). Paying on the Margin for Medical Care: Evidence from Breast Cancer Treatments.** Cambridge : NBER

Abstract: We present a simple framework to illustrate the welfare consequences of a "top up" health insurance policy that allows patients to pay the incremental price for more expensive treatment options. We contrast it with common alternative policies that require essentially no incremental payments for more expensive treatments (as in the United States), or require patients to pay the full costs of more expensive treatments (as in the United Kingdom). We provide an empirical illustration of this welfare analysis in the context of treatment choices among breast cancer patients, where lumpectomy with radiation therapy is a more expensive treatment than mastectomy, with similar average health benefits. We use variation in distance to the nearest radiation facility to estimate the relative demand for lumpectomy and mastectomy. Extrapolating the resultant demand curve (grossly) out of sample, our estimates suggest that the "top-up" policy, which achieves the efficient treatment decision, increases total welfare by \$700-2,500 per patient relative to the current US "full coverage" policy, and by \$700-1,800 per patient relative to the UK "no top up" policy. While we caution against putting much weight on our specific estimates, the analysis illustrates the potential welfare gains from more efficient reimbursement policies for medical treatments. We also briefly discuss additional tradeoffs that arise from the top-up and UK-style policies, which both lead to additional (ex-ante) risk exposure.

<http://www.nber.org/papers/w20226>

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

Page 6 sur 26

[www.irdes.fr/documentation/actualites.html](http://www.irdes.fr/documentation/actualites.html)

[www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

[www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

**Pauly M., Harrington S., Leive A. (2014). "Sticker Shock" in Individual Insurance under Health Reform. Cambridge : NBER**

Abstract: This paper provides estimates of the changes in premiums, average or expected out of pocket payments, and the sum of premiums and out of pocket payments (total expected price) for a sample of consumers who bought individual insurance in 2010 to 2012, comparing total expected prices before the Affordable Care Act with estimates of total expected prices if they were to purchase silver or bronze coverage after reform, before the effects of any premium subsidies. We provide comparisons for purchasers of self only coverage in California and in 23 states with minimal prior state premium regulation before the ACA now using federally managed exchanges. Using data from the Current Population Survey, we find that the average prices increased by 14 to 28 percent, with similar changes in California and the federal exchange states; we attribute the increase primarily to higher premiums in exchanges associated with insurer expectations of a higher risk population being enrolled. The increase in total expected price is similar for age-gender population subgroups except for a larger than average increases for older women. A welfare calculation of the change in risk premium associated with moving from coverage that prevailed before reform to bronze or silver coverage finds small changes.

<http://www.nber.org/papers/w20223>

**(2014). Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé (ACS) en 2013. Paris : Fonds CMU**

Abstract: Ce rapport sur les prix et contenu des contrats d'acquisition à une complémentaire santé (ACS) se base sur les résultats d'une enquête, réalisée pour l'année 2013, auprès de 44 organismes complémentaires couvrant 63 % des bénéficiaires utilisateurs de l'aide. Le nombre d'OC répondant a un peu baissé en référence aux années précédentes mais cela s'explique en partie par des fusions entre organismes. La représentativité de l'étude n'est cependant que très peu altérée (66 % des bénéficiaires dans l'enquête 2012) et demeure à un très bon niveau. A fin 2013, le prix moyen du contrat ACS s'établit à 904 € correspondant à la couverture de 1,6 personne (561 € par personne). Ce prix augmente modérément de 2,3 % mais le prix unitaire s'accroît plus sensiblement de 5,3 % du fait d'un nombre moyen de personnes couvertes par contrat un peu plus faible. Grâce à l'aide, le taux d'effort des bénéficiaires pour acquérir leur couverture de complémentaire santé baisse fortement pour atteindre celui constaté au niveau des cadres et des professions intellectuelles. Toutefois, le niveau de couverture proposé par les contrats ACS acquis avec ce taux d'effort est sensiblement plus faible.

[http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_prix\\_contenu\\_2013.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_prix_contenu_2013.pdf)

## Economie de la santé / Health Economics

**Errea M., Sirven N., Rochereau T. (2014). Les déterminants du don de sang en France. Une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012. Paris : Irdes**

Abstract: L'objectif de cette étude est d'analyser les déterminants du don de sang dans la population française en capacité de donner, âgée de 18 à 70 ans. La mise en œuvre d'un questionnaire spécifique dans l'enquête ESPS permet, pour la première fois en France, de croiser des aspects relatifs au don de sang avec des variables économiques, sociales et de santé, en population générale. Des hypothèses issues de la théorie économique et relatives à la dimension normative de l'acte de don (altruisme, mimétisme social, etc.) ont été avancées et le rôle de l'aversion au risque, jusqu'alors absente des études, a été pris en compte. Les résultats montrent que les donateurs actifs sont en général des individus plus altruistes, avec des niveaux plus élevés de participation à des activités sociales, mais aussi, toutes choses égales par ailleurs, des individus qui ont une plus grande propension à prendre des risques que les autres. Les implications de ces résultats pour la conduite de la stratégie de collecte de sang sont discutées (résumé d'auteur).

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/061-les-determinants-du-don-de-sang-en-france-une-analyse-sur-donnees-de-l-enquete-esps-2012.pdf>

**Geay C., De Lagasnerie G., Largem M. (2014). Evolution of outpatient healthcare expenditure due to ageing in 2030 : a dynamic micro-simulation model for France.** Paris : SciencesPo – LIEPP

Population ageing will be a major challenge in Europe in the coming decades. This phenomenon will raise the question of the sustainability of public spending with increasing healthcare provision costs. This paper presents a dynamic micro-simulation model for outpatient healthcare expenditure in France, which projects healthcare costs in the long run. Like all the dynamic micro-simulation models, the model projects the population structure over time. The projections are run using a transition process between three states: two non-absorbing (good-health or ill-health) and one absorbing state (death). The outpatient healthcare expenditure is estimated on data between 2002 and 2008 through a two-part model. While healthcare spending of 25 years old and more represent 3.9% of GDP in 2008, they would reach 4.6% in the baseline scenario in 2032 (+0.7 percentage point of GDP or +17.5%). A difference in the share of expenditure in GDP appears between scenarios with different evolutions of health status during the projection period. Outpatient healthcare spending represents 4.6% of GDP in the central scenario in 2032, against 4.4 % in the most optimistic scenario and 4.7% in a pessimistic scenario.

<http://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/5cg3fnvgpv8u5peaglp6lrkkaq/resources/wp-28-lagasnerie-complet.pdf>

**Clement J.M. (2014). Notions essentielles d'économie de la santé.** Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Abstract: Comme on ne peut s'extraire de la gravité ou de la force magnétique, on ne peut faire l'impasse sur l'économie de la santé. Connaître ses mécanismes, n'est-ce pas essentiel pour tous ceux qui travaillent dans le champ sanitaire, et pour tous ceux qui réfléchissent sur l'augmentation régulière du montant des dépenses de santé ? Près de 12 % du produit intérieur brut sont consacrés aux dépenses de santé et cela va encore croître, puisque les personnes en âge de présenter des pathologies chroniques vont augmenter très sensiblement par rapport à l'ensemble de la population. Nombreux sont les étudiants en médecine et paramédicaux, mais aussi les partenaires sociaux qui demandent de pouvoir accéder aux mécanismes de cette économie de la santé. Nombreux sont les professionnels de santé qui aspirent à disposer d'une initiation fiable et accessible pour connaître les arcanes de cette économie de la santé que, par paresse intellectuelle, on a voulu assimiler à l'économie industrielle. C'est le sens de ce livre, fruit d'un enseignement auprès des étudiants en médecine et paramédicaux (4e de couverture).

<http://www.leh.fr/edition/ouvrages-generaux/notions-essentielles-d-economie-de-la-sante-9782848744698.html>

**Lorenzoni L., Belloni A., Sassi F. (2014). Health-care expenditure and health policy in the USA versus other high-spending OECD countries.** *The Lancet*, 384 (9937) :

Abstract: The USA has exceptional levels of health-care expenditure, but growth has slowed dramatically in recent years, amidst major efforts to close the coverage gap with other countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). We reviewed expenditure trends and key policies since 2000 in the USA and five other high-spending OECD countries. Higher health-sector prices explain much of the difference between the USA and other high-spending countries, and price dynamics are largely responsible for the slowdown in expenditure growth. Other high-spending countries did not face the same coverage challenges, and could draw from a broader set of policies to keep expenditure under control, but expenditure growth was similar to the USA. Tightening Medicare and Medicaid price controls on plans and providers, and leveraging the scale of the public programmes to increase efficiency in financing and care delivery, might prevent a future economic recovery from offsetting the slowdown in health sector prices and expenditure growth.

<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673614605717.pdf>

**Mussa R. (2014). Exit from Catastrophic Health Payments: A Method and an Application to Malawi.** München : MRPA

Abstract: This paper proposes three measures of average exit time from catastrophic health payments; the first measure is non-normative in that the weights placed on catastrophic payments



incurred by poor and nonpoor households are the same. It ignores the fact that the opportunity cost of health spending is different between poor and nonpoor households. The other two measures allow for distribution sensitivity but differ in their conceptualization of inequality; one is based on socioeconomic inequalities in catastrophic health payments, and the other uses pure inequalities in catastrophic health payments. The proposed measures are then applied to Malawian data from the Third Integrated Household Survey. The empirical results show that when the threshold of pre-payment income is increased from 5% to 15%, the average exit time decreases from 2.1 years to 0.2 years; and as the catastrophic threshold rises from 10% to 40% of ability to pay, the average exit time falls from 3.6 years to 0.1 years. It is found that when socioeconomic inequality is adopted, the changes in the exit times are quite small, however, using pure inequality leads to large reductions in the exit time.

[http://mpr.ub.uni-muenchen.de/56618/1/MPRA\\_paper\\_56618.pdf](http://mpr.ub.uni-muenchen.de/56618/1/MPRA_paper_56618.pdf)

### **(2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care.** Paris : OCDE

Abstract: Despite the enormous burden that mental ill-health imposes on individuals, their families, society, health systems and the economy, mental health care remains a neglected area of health policy in too many countries. Mental disorders represent a considerable disease burden, and have a significant impact on the lives of the OECD population, and account for considerable direct and indirect costs. This report argues that even in those OECD countries with a long history of deinstitutionalisation, there is still a long way to go to make community-based mental health care that achieves good outcomes for people with severe mental illness a reality. The disproportionate focus on severe mental illness has meant that mild-to-moderate mental illnesses, which makes up the largest burden of disease, have remained overwhelmingly neglected. This book addresses the high cost of mental illness, weaknesses and innovative developments in the organisation of care, changes and future directions for the mental health workforce, the need to develop better indicators for mental health care and quality, and tools for better governance of the mental health system. The high burden of mental ill health and the accompanying costs in terms of reduced quality of life, loss of productivity, and premature mortality, mean that making mental health count for all OECD countries is a priority.

### **Celant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C. (2014). L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats.** *Questions d'économie de la Santé (Irdes)*, (198) :

Abstract: L'enquête santé et protection sociale, menée par l'Irdes tous les deux ans, existe depuis 1988. En 2012, elle a interrogé plus de 8 000 ménages et 23 000 individus sur leur état de santé, leur accès à la complémentaire santé, leur recours ou renoncement aux soins et, à travers des modules spécifiques, sur la fragilité, l'assurance dépendance et les conditions de travail ainsi que sur la couverture vaccinale, les accidents de la vie quotidienne et le don de sang, notamment. Les spécificités de l'enquête comme sa périodicité courte, sa dimension longitudinale et son enrichissement avec des données de l'Assurance maladie, participent d'en faire un outil tant de suivi des politiques publiques que de recherche en sciences sociales. En 2014, l'enquête ESPS est d'ailleurs le support de l'enquête santé européenne EHIS (European Health Interview Survey). Les résultats de l'enquête 2012 présentés dans cette synthèse sont issus d'un rapport (Célant et al., 2014) dans lequel l'intégralité des données chiffrées est accessible en ligne sous forme de tableaux Excel.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>

### **(2014). Résultats de l'enquête de coûts EHPAD 2012.** Paris ; ATIH

Abstract: Le coût total d'une place d'hébergement permanent en EHPAD (soins de ville inclus) est estimé à 34 707 € par an, soit 2 892 € mensuel en 2012. Un coût supporté par les résidents ou leur famille, les conseils généraux et l'Assurance maladie. Cette estimation provient d'une première enquête réalisée en 2013 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à la demande de la Direction générale de la cohésion sociale et la CNSA. L'étude portant sur les données 2012 a été menée auprès de 50 établissements volontaires représentatifs de la diversité des statuts juridiques et options tarifaires. Elle évalue la facture d'un placement en maison de retraite médicalisée en quatre forfaits : les soins dispensés (34 %), entièrement pris en charge par l'Assurance maladie, la dépendance (25 %), correspondant à l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, en partie financée par l'APA, l'hébergement (33 %) et les dépenses liées au maintien du lien social (8 %).

Ces résultats encore très partiels ne sont que la première étape d'une démarche plus ambitieuse. Tout d'abord, l'ATIH publie début juillet l'intégralité des résultats portant sur les coûts de 2012 et présente différentes analyses du coût notamment selon des caractéristiques d'établissements telles que l'option tarifaire ou la zone d'implantation. Un focus est fait sur les coûts de personnel qui représentent 71 % du coût total. Une seconde enquête conduite entre juin et octobre 2014 portera sur les coûts de 2013 et couvrira un échantillon plus important d'établissements. Enfin, une étude nationale de coûts, portant sur les données 2015, sera lancée dès cette année.

<http://www.atih.sante.fr/resultats-de-l-enquete-de-couts-ehpad-2012>

[http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2565/resultats\\_enquete\\_de\\_couts\\_ehpad\\_2012\\_0.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2565/resultats_enquete_de_couts_ehpad_2012_0.pdf)

[http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2565/atih\\_resultats\\_enquete\\_couts\\_ehpad\\_2012.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2565/atih_resultats_enquete_couts_ehpad_2012.pdf)

## Etat de santé / Health Status

### **(2014). La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer.**

Paris : Inca

Abstract: L'enquête nationale sur les conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer (VICAN2) de l'INCa, a été réalisée en partenariat avec les trois principaux régimes d'Assurance maladie (Cnamts, MSA et RSI) et avec l'Inserm. Elle nous renseigne sur la vie quotidienne des personnes atteintes au moment de l'enquête, mais aussi sur leur parcours depuis le diagnostic. Différentes facettes de la vie de ces personnes y sont explorées: la prise en charge de la maladie et leur relation avec le système de soins; l'état de santé à deux ans du diagnostic; l'impact de la maladie sur les ressources et l'emploi; les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et sociale. Cette enquête s'inscrit dans la continuité de la première enquête réalisée en 2004 sous l'égide de la Drees. La méthodologie a néanmoins été adaptée avec la prise en compte de douze localisations ciblées selon le niveau de pronostic (bon, moyen, mauvais) et la combinaison de trois recueils de données (enquête téléphonique auprès des patients, enquête médicale auprès des soignants, données de consommation de soins).

<http://www.e-cancer.fr/publications/99-recherche/774-la-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-de-lannonce-a-lapres-cancer>

## Hôpital / Hospitals

### **(2014). Rapport sur les coûts de prise en charge à l'hôpital en 2012 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).**

Paris : ATIH

Abstract: L'objectif de ce document est de fournir un panorama des coûts de prise en charge dans les établissements de santé français en 2012 et leur évolution depuis 2010. Les coûts de l'hospitalisation sont décrits pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) dans les établissements de santé publics et privés. Ce rapport vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des coûts des activités MCO et de leur évolution. Plusieurs activités phares sont analysées, notamment la périnatalité, le cancer et la chirurgie ambulatoire. Cette analyse est réalisée à partir des données de l'échelle nationale de coûts (ENC) 2012, dont les référentiels de coûts sont déjà publiés depuis le 23 mai 2014.

[http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2563/rapport\\_couts\\_de\\_prise\\_en\\_charge\\_2012.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2563/rapport_couts_de_prise_en_charge_2012.pdf)

### **(2014). Infections associées aux soins : auditions sur les indicateurs de résultats à visée de diffusion publique.**

Collection Avis et Rapports. Paris : HCSP

Abstract: Afin d'améliorer l'information du public sur la performance des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) avait sélectionné début 2012 dans un rapport précédent cinq indicateurs, ciblés sur les résultats, susceptibles de faire partie d'un tableau de bord annuel des établissements de santé en complément des indicateurs existants. Ces indicateurs, considérés comme les plus appropriés par les experts, étaient les suivants : Chirurgie prothétique de hanche ou de genou pour les patients considérés comme à risque faible (NNIS-0) ; Bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation ; Bactériémies liées aux CVC chez les nouveau-nés ; Bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) ; Proportion de soignants vaccinés contre la grippe. Le travail des experts a été complété par l'audition de différents acteurs et potentiels utilisateurs de ces indicateurs. Le présent rapport, qui fait suite à une saisine de la Direction générale de l'offre de soins du 26 août 2013, établit une synthèse de ces auditions. Aucun des indicateurs n'a été considéré comme ne pouvant pas faire l'objet d'une diffusion publique, cependant des divergences sont apparues entre les différents indicateurs étudiés.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=430>

### **Makowsky M.D., Klein E.Y., Korley F., (2014). Shorter Isn't Always Better: Identifying the Relationship between Length of Hospital Stay and the Probability of Readmission.**

Baltimore : The Johns Hopkins University

Abstract: United States hospitals use both patients' length of stay (LOS) and rate of readmission as quality of care indicators. These indicators may conflict and efforts to characterize the effect of LOS on hospital readmissions have yielded ambiguous results. We analyzed the universe of 577,311 adult patients with a primary diagnosis of heart failure hospitalized in California between 2005 and 2011 to estimate the effect of hospital LOS on probability of 30-day readmission adjusting for demographics, co-morbidities, and complications. Hospital occupancy was used as an instrumental variable to prevent omitted variable bias by accounting for tacit, unrecorded characteristics of patient health. Mean LOS for heart failure patients was 4.8 days and the rate of readmission was 24.9%. We identified a U-shaped relationship between LOS after index admission for heart failure and the probability of hospital readmission. The average probability of readmission initially decreases with LOS, and does not begin to increase until LOS exceeds 9 days. Results contrasted sharply with those generated by a standard regression model that did not account for unobserved patient health characteristics. Our results contrast with prior studies which suggest that reducing length of stay is minimally associated with readmission. Policies emphasizing excessive focus on achieving shorter LOS may result in increases in 30-day readmission rates.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2463856](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2463856)

## **Inégalités de santé / Health Inequalities**

**Lengagne P., Penneau A, Pichetti S., Sermet C. (2014). L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages.** *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (197) :

Abstract: Peu d'études françaises ont jusqu'à présent analysé la question du recours aux soins des personnes en situation de handicap. Les enquêtes Handicap, Santé, Ménages (HSM) et Institutions (HSI) réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009 ont en partie comblé le manque de données sur le handicap. A travers l'enquête HSM, trois soins médicaux courants - les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques - ont été explorés ici au sein d'une population âgée de 20 à 59 ans. L'analyse repose sur deux indicateurs définissant le handicap : les limitations fonctionnelles (limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives) et la reconnaissance administrative du handicap, mesurée par l'accès à des prestations, allocations, emplois ou droits spécifiques. Cette première étude met en évidence un moindre accès aux soins dentaires et gynécologiques des personnes en situation de handicap, quel que soit l'indicateur de handicap utilisé. En revanche, elle ne montre pas de problème d'accès aux soins ophtalmologiques. Ce différentiel d'accès peut s'expliquer

par la situation sociale des personnes handicapées, qui appartiennent plus souvent à des milieux sociaux plus défavorisés. D'autres problèmes d'accessibilité physique aux structures ou aux transports peuvent également exister. Enfin, une concentration des inégalités d'accès aux soins courants est observée chez les personnes relevant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Ces dernières cumulent des revenus plus faibles que les allocataires des pensions et rentes d'invalidité et ne bénéficient pas de la prise en charge à 100 % de leurs soins (résumé d'auteur).

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/197-l-acces-aux-soins-dentaires-ophtalmologiques-et-gynecologiques-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

**(2014). Social determinants of mental health.** Genève : OMS

Abstract: Good mental health is integral to human health and well-being. A person's mental health and many common mental disorders are shaped by various social, economic, and physical environments operating at different stages of life. Risk factors for many common mental disorders are heavily associated with social inequalities, whereby the greater the inequality the higher the inequality in risk. It is of major importance that action is taken to improve the conditions of everyday life, beginning before birth and progressing into early childhood, older childhood and adolescence, during family building and working ages, and through to older age. Action throughout these life stages would provide opportunities for both improving population mental health, and for reducing risk of those mental disorders that are associated with social inequalities. (4ème de couv).

<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/social-determinants-of-mental-health>

**Stowasser T., Heiss F., McFadden D. (2014). Understanding the SES gradient in health among the elderly: The role of childhood circumstances.** Munich : university of Munich

Abstract: Individuals' socioeconomic status (SES) is positively correlated with their health status. While the existence of this gradient may be uncontroversial, the same cannot be said about its explanation. In this paper, we extend the approach of testing for the absence of causal channels developed by Adams et al. (2003), which in a Granger causality sense promises insights on the causal structure of the health-SES nexus. We introduce some methodological refinements and integrate retrospective survey data on early childhood circumstances into this framework. We confirm that childhood health has lasting predictive power for adult health. We also uncover strong gender differences in the intertemporal transmission of SES and health: While the link between SES and functional as well as mental health among men appears to be established rather late in life, the gradient among women seems to originate from childhood circumstances.

[http://epub.ub.uni-muenchen.de/20847/1/Stowasser\\_Heiss\\_McFadden\\_Winter\\_1.pdf](http://epub.ub.uni-muenchen.de/20847/1/Stowasser_Heiss_McFadden_Winter_1.pdf)

**Lambert R., St Pierre J., Lemieux L., et al. (2014). Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé.** Québec : INSPQ

Abstract: Ce document porte sur les inégalités sociales de santé (ISS) et sur les politiques publiques implantées au Québec et ailleurs dans le monde pour réduire ces inégalités. Il vise principalement à recenser les interventions gouvernementales pouvant guider le gouvernement québécois dans l'amélioration ou le développement d'interventions pour réduire les ISS ou pour participer indirectement à leur réduction. Bien que le Québec soit une province dans un régime fédéral, il peut s'inspirer des politiques des pays présentés dans la deuxième section de ce document, pour poursuivre ou renforcer ses interventions à l'égard des ISS. À cette fin, ce document identifie des exemples de politiques, de stratégies, de lois, de plans d'actions et de programmes qui constituent des options ou des avenues inspirantes à considérer. Les principales conditions de mise en oeuvre et l'efficacité ou les retombées de ces interventions sont examinées lorsque les données sont disponibles. La problématique de la lutte aux ISS étant très vaste, la recension se concentre sur les interventions gouvernementales centrales, à quelques exceptions près, même si beaucoup d'interventions prometteuses et pertinentes de réduction des ISS émanent des niveaux régional et local ou encore d'autres secteurs, comme le milieu communautaire et le secteur privé.

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1822\\_Avenues\\_Politiques\\_Reducire\\_ISS.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1822_Avenues_Politiques_Reducire_ISS.pdf)

**Docteur E., Berenson R.A. (2014). In Pursuit of Health Equity: Comparing U.S. and EU Approaches to Eliminating Disparities.** Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues. Washington : The Urban Institute

Abstract: Researchers compare and contrast the U.S. public policy approach to tackling the problem of health disparities with the European approach in this paper. They begin by providing an overview of the ways in which the issue of health disparities has been framed in American and European policy discourse. They next compare how health disparities have been addressed in policy statements produced by the U.S. Department of Health and Human Services and by the European Commission, the executive body of the European Union. In so doing, they seek to illuminate implicit choices that stand to have a bearing on the outcomes of these initiatives.

<http://www.urban.org/UploadedPDF/413171-In-Pursuit-of-Health-Equity-Comparing-U.S.-and-EU-Approaches-to-Eliminating-Disparities.pdf>

**(2014). Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé.** Genève : Editions de l'OMS

Abstract: Dans le monde, la santé n'est pas toujours au-devant des priorités des politiques publiques nationales. Dans le cadre de son projet sur les aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fournit une série de justifications et d'arguments économiques en faveur des interventions sur les déterminants sociaux de la santé. L'OMS a notamment créé une ressource documentaire qui résume et met à disposition des données probantes dans les principaux domaines des politiques publiques. Cette ressource documentaire vise trois objectifs principaux : fournir une évaluation économique justifiant un investissement dans le domaine des déterminants sociaux de la santé ; illustrer comment un argument économique peut être invoqué pour investir dans les trois grands déterminants sociaux de la santé que sont l'éducation, la protection sociale et l'urbanisation ; déterminer les futurs domaines de recherche.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128047/1/9789242505535\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128047/1/9789242505535_fre.pdf)

## Médicaments / Pharmaceutical

**(2014). Analyse des ventes de médicaments en France en 2013.** St Denis : ANSM

Abstract: Chaque année, l'Agence publie un rapport d'analyse des ventes de médicaments, remboursables ou non, réalisées en officines et dans les hôpitaux, à partir des données exhaustives transmises par les laboratoires. Les données pour 2013 font apparaître, comme l'année précédente, un ralentissement de la croissance en valeur du marché pharmaceutique, qui représente environ 26,8 milliards d'euros (20,6 milliards d'euros de ventes destinées aux officines et environ 6,2 milliards d'euros de ventes aux hôpitaux). Ce marché subit un recul global de -1,4 %, même s'il n'a pas la même évolution en ville ou à l'hôpital, puisque les ventes réalisées en officines ont reculé de 2,4 % alors que celles destinées aux établissements hospitaliers ont progressé de 1,8 % en valeur (versus respectivement -2,8% et +3% en 2012). Le marché des génériques a continué de progresser en 2013. Il représente désormais 15,5% du marché en valeur et plus de 30% en quantité. L'amoxicilline reste la substance active la plus utilisée parmi les génériques. Parmi les autres grandes tendances de 2013, on peut noter que : Plus de 11 000 spécialités pharmaceutiques différentes sont disponibles en France, correspondant à 2 800 substances actives ; les formes orales sèches représentent toujours plus des deux tiers du marché de ville alors qu'à l'hôpital cette place est tenue par les médicaments injectables ; la substance active la plus vendue en ville (en chiffre d'affaire et en nombre de boîtes) reste le paracétamol. A l'hôpital, c'est un antinéoplasique (anticancéreux), le bévacizumab (Avastin) qui réalise le chiffre d'affaires le plus important ; au sein du marché officinal (en ville), les spécialités soumises à prescription obligatoire sont les plus vendues et représentent plus de 84% du chiffre d'affaires et 54 % des quantités vendues ; le marché des spécialités non remboursables est en recul en ville et représente dorénavant moins de 9 % des ventes en valeur et près de 15 % en quantités. La progression observée en 2012 s'expliquait en partie par un « effet de champ », résultant du déremboursement de 150 présentations en mars 2012.

[http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf)

**Lau C. (2014). Encouraging Medical Technology for Unmet Social needs: Evidence and Lessons from Past Policy Interventions.** Santa Monica : Rand Corporation

Abstract: Over the past decade, the rapid pace of medical technology development has created a large array of drugs, medical devices and healthcare services, many of which have greatly expanded the scope of treatable diseases. The diffusion of these technologies in the U.S. has helped countless individuals realize substantial improvements in life expectancy and overall quality of life. However, the development and diffusion of new medical technology have also presented several challenges for U.S. policy makers. The three papers that comprise this dissertation examine three policy issues that center on some of these challenges. The first paper examines how markets can fail to incentivize the development of new medical technology that address a public need and explore the lessons learned from the implementation of four different policy solutions. The second paper examines the role of the National Institutes of Health in new medical technology development and the extent to which its research grant program has encouraged the formation of biopharmaceutical commercial alliances. The last paper examines the Centers for Medicare and Medicaid Service's Accountable Care Organization program and whether its participants are changing the way that new medical technologies are used and adopted.

[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/rgs\\_dissertations/RGSD300/RGSD328/RAND\\_RGSD328.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/rgs_dissertations/RGSD300/RGSD328/RAND_RGSD328.pdf)

**(2014). Le Dossier Pharmaceutique – Rapport d'activité 2013 de l'Ordre national des pharmaciens.** Paris : Ordre National des pharmaciens

Abstract: Utilisé par 22 300 officines (98,7 %) et 32,8 millions de Français, le dossier pharmaceutique (DP) aurait permis la modification de 2,5 millions de traitements grâce au partage d'informations entre officines. Il a aussi permis de rappeler des lots de médicaments (58 l'an dernier), de diffuser des alertes sanitaires (24 au cours de l'année) et d'informer sur les ruptures d'approvisionnement. De nouvelles fonctionnalités sont attendues dans la lutte contre les médicaments falsifiés et le suivi des vaccinations. Un décret visant à augmenter la durée de conservation des données dans le DP à 21 ans pour les vaccins est en prévision.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Rapports-d-activite/Le-Dossier-Pharmaceutique-Rapport-d-activite-2013>

**(2014). Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2014.** Boulogne - Billancourt : Editions LEEM Services

Abstract: Cette brochure dresse le bilan économique et statistique du secteur pharmaceutique en France. Elle présente les dernières données chiffrées relatives à l'industrie pharmaceutique (production et entreprises, emploi et localisation, chiffre d'affaires, bénéfices, investissements, recherche et développement, exportations et importations, marché intérieur et mondial), au médicament et au secteur de la santé (prix, consommation, environnement économique, système de santé et remboursements, comparaison internationale des systèmes de santé, données générales sur la santé).

[http://www.leem.org/sites/default/files/LEEM\\_Elements\\_chiffres\\_2014\\_part01+02\\_HD.pdf](http://www.leem.org/sites/default/files/LEEM_Elements_chiffres_2014_part01+02_HD.pdf)

## Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

**(2013). Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI. Final report.** Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes

Abstract: Le travail du groupe ECHI (European Community Health Indicators) de la Commission européenne vise à produire des informations comparables sur la santé et les comportements ayant un

impact sur la santé de la population, sur les maladies et sur les systèmes de santé. Ce rapport présente une évaluation de l'utilisation et de l'impact de ces indicateurs.

[http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi\\_report\\_v20131031.pdf](http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_report_v20131031.pdf)

**Gissot C. (2014). Les bases de données de l'assurance-maladie : un potentiel pour l'amélioration du système de santé et pour la recherche.** *Statistique et Société*, 2 (2) :

Abstract: Les bases de données de l'assurance-maladie sont rassemblées dans un système national qui ouvre des possibilités remarquables en santé publique. Ce système a en effet des utilisations multiples : il permet d'examiner la dépense de soins selon des critères médicaux, d'analyser des parcours de soins, de connaître l'efficacité de traitements en vie réelle, et peut contribuer à surveiller la sécurité des médicaments. Ce système est de plus en plus utilisé, notamment par les chercheurs, et la Caisse nationale d'assurance-maladie s'est organisée pour faciliter ces utilisations. Un débat a été lancé récemment sur l'intérêt et les enjeux d'une ouverture plus large des données, et les modalités d'accès pourraient être amenées à évoluer (tiré de l'intro).

[http://publications-sfds.fr/index.php/stat\\_soc/article/view/317/297](http://publications-sfds.fr/index.php/stat_soc/article/view/317/297)

**Greene W.H. (2014). Inflated Responses in Measures of Self-Assessed Health.**

Rochester : Social Science Electronic Publishing

Abstract: This paper focuses on the self-reported responses given to survey questions of the form In general how would you rate your health? with typical response items being on a scale ranging from poor to excellent. Usually, the overwhelming majority of responses fall in either the middle category or the one immediately to the "right" of this (in the above example, good and very good). However, based on a wide range of other medical indicators, such favourable responses appear to paint an overly rosy picture of true health. The hypothesis here is that these "middle" responses have been, in some sense, inflated. That is, for whatever reason, a significant number of responders inaccurately report into these categories. We find a significant amount of inflation into these categories. Adjusted responses to these questions could lead to significant changes in policy, and should be reflected upon when analysing and interpreting these scales.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2443781](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2443781)

**(2014). Dossier : la statistique européenne.** *Statistique et Société* //, 2 (1) :

Abstract: Ce dossier porte sur les statistiques européennes et principalement sur Eurostat. Constitué de sept interventions, pour les uns des articles pour les autres des entretiens inédits, il s'agit d'un document rare par son importance, tant Eurostat est une étape très injustement négligée par ceux qui s'intéressent à la construction européenne. Là comme dans beaucoup d'autre cas, prévaut l'idée fautive que la statistique n'est qu'un outil transparent, alors que nous savons bien, et montrons ici encore une fois, le rôle d'acteur et de moteur qu'elle joue. Ce dossier est complété par trois articles. Le premier porte sur l'histoire de l'harmonisation des statistiques internationales, un sujet qui déborde bien entendu le seul cas de l'Europe, mais qui l'éclaire d'une lumière intéressante. Le second porte sur les tests de médicaments, un article qui s'inscrit dans notre rubrique concernant les problèmes méthodologiques. Enfin, nous retrouvons comme à chaque fois les Cafés de la statistique, qui nous présentent ici l'une de leurs dernières séances sur les façons de mesurer la valeur de la recherche (tiré de l'édito).

**Verhulst S., Noveck B.S., Caplan R., et al. (2014). The open data era in health and social care.** Londres : NHS

Abstract: The central premise of this paper is that as the NHS moves to release data systematically, it needs to put in place a strategy for measuring the value of open data for the various stakeholders involved in the nation's healthcare system-and, indeed, for citizens in general. In today's budgetary climate, it is not enough to assess the value of expensive and complicated government programmes after the fact. We need to enhance our ability to marshal an arsenal of evidence in order to protect investments in innovative and potentially important new programmes. By becoming more agile in how we measure innovations in governance like open data, we can make government more efficient, and more effective. To aid in this goal, this draft whitepaper articulates recommendations for the NHS to

follow as it seeks to measure the impact of open data empirically. By laying out a research agenda to accompany the NHS's open data strategy, our hope is to ensure that public investment in open data is supported by concrete evidence of its value, which, in turn, can be used to guide and evolve the ambitious plan to shift an entire nation's bureaucracy to more evidence-based decision-making. We are releasing this as a draft in order to encourage discussion and additional insights from interested readers. The paper is divided into four parts: Part I explains open data as a driver of innovation. We summarize the open data plans of the NHS, including the data the NHS holds, what it is planning to release and when, and the challenges to implementing a nationwide open data plan. Part II lays out the arguments in favor of using open data in a healthcare setting (six value propositions), such as improving patient choice and strengthening provider accountability, and outlines the empirical evidence we currently have in support of each. Part III presents a series of metrics that can help the NHS measure its performance and improve its use of open data. It establishes a conceptual framework to use for continuously evolving and accelerating the ability to measure the impact of open data in healthcare. Finally Part IV concludes with specific principles and recommendations to establish an Open Data Learning Environment (ODLE)--the practices and platforms by which to operationalize agile assessment and enable programme evolution.

<http://images.thegovlab.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/nhs-full-report.pdf>

**Thabalard J.C., Fieschi M. (2014). Données de santé : données sensibles.** *Statistique et Société*, 2 (2) :

Abstract: Ce numéro s'intéresse à l'accès aux données de santé. Ces dernières, parmi lesquelles beaucoup émanent d'un système de sécurité sociale ancien et très organisé, se démultiplient de façon impressionnante - elles semblent assurément « big » aujourd'hui - et qu'en outre elles deviennent de plus en plus aisément accessibles. Mais quelle est la nature exacte de ces données ? Qui y a accès et qui ne devrait pas avoir accès ? Pour quoi faire ? Telles sont les questions auxquels nos auteurs se sont attachés à fournir des éléments de réponse. Ce dossier est accompagné d'un article méthodologique et d'une présentation des débats tenus aux Cafés de la statistique, qui s'avèrent tous les deux liés au sujet du dossier. La méthode multimodale, en plein essor, oblige à évaluer la qualité des données récoltées selon plusieurs modes de collecte, comme le sont très souvent les « big data ». De son côté, le Café de la statistique a traité, sous deux angles différents, des effets sociaux du vieillissement de la population, assurément une question de santé publique. (tiré de l'édito).

[http://publications-sfds.fr/index.php/stat\\_soc/article/view/317/297](http://publications-sfds.fr/index.php/stat_soc/article/view/317/297)

## Politique de santé / Health Policy

**Piveteau D., Acef F., Debrabant F.X., et al. (2014). « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.** Paris : Ministère de la santé

Abstract: Ce rapport de fin de mission formule des propositions de court et de moyen terme pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Celles-ci visent à faire évoluer tant les processus administratifs d'orientation par les maisons départementales des personnes handicapées que l'organisation de l'accueil et de l'accompagnement, afin que des réponses durables soient offertes à toutes les situations.

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Zero\\_sans\\_solution\\_.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf)

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexes\\_au\\_rapport\\_Zero\\_sans\\_solution\\_.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexes_au_rapport_Zero_sans_solution_.pdf)

**Wolfe I. (2014). Health behaviours and incentives.** *Eurohealth*, 20 (2) :

Abstract: This issue's Eurohealth Observer section looks at health-related behaviours and incentives. The overview article discusses the use of insights from behavioural science to nudge populations towards making positive changes to their health and lifestyle. Four articles follow on inequalities and health behaviours, effectiveness and ethics of health incentives, nudging and solidarity, and the



nudging debate in the Netherlands. Other articles include: Political strategies in public health; Pharmaceutical cost containment in Poland and Hungary; Joint hospital procurement in Croatia; and Eurohealth Monitor.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/252251/EuroHealth\\_v20n2.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/252251/EuroHealth_v20n2.pdf)

### **(2014). Propositions pour une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé.** Laxou : SFSP

Abstract: Devant un système de santé fragmenté en matière d'organisation, de financement et de fourniture des prestations et services, et en l'absence de claire hiérarchisation des niveaux d'intervention qui trouvent leur source notamment dans les dysfonctionnements liés à la structuration du pilotage et de la gouvernance du système, la Société française de santé publique (SFSP) a souhaité apporter son analyse et porter 13 recommandations dans le cadre des travaux de la Stratégie nationale de santé (SNS). Ces propositions sont, pour la SFSP, de nature à améliorer la structuration et le pilotage de notre système de santé, notamment sur les questions de santé publique et de prévention sur lesquelles elle a souhaité particulièrement s'investir. Les propositions réalisées sont structurées autour de trois enjeux qui lui semblent aujourd'hui fondamentaux : l'équité et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ; l'efficacité et l'efficience et la gouvernance des politiques de santé (extrait de la synthèse).

<http://www.sfsp.fr/activites/file/PROPOSITIONSSFSPGOUVERNANCESNS.pdf>

### **Da Silva N. (2014). La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale.** Paris : Université de Paris 10

Abstract: L'une des réponses de la politique publique au défi de l'amélioration de la qualité des soins est la mise en place de mécanismes de paiement à la performance qui incite le médecin à atteindre des objectifs chiffrés de qualité. L'hypothèse implicite est que la qualité des soins est soluble dans la quantité. Les normes quantifiées censées traduire la qualité des soins proviennent des résultats de l'Evidence Based Medicine (EBM) et de sa méthode de recherche principale : l'essai clinique randomisé. Nous développons dans cet exposé deux critiques épistémologiques majeures sur cette utilisation de l'EBM. D'une part, l'épistémologie implicite des objets statistiques qui sous-tend cette méthode est problématique : la maladie n'est pas phénomène indépendant du malade et l'essai clinique randomisé n'est pas une méthode neutre et impartiale. D'autre part, il est également douteux de considérer le soin comme un bien de consommation infiniment reproductible : le service de soin n'est pas un produit.

[http://economix.fr/pdf/dt/2014/WP\\_EcoX\\_2014-31.pdf](http://economix.fr/pdf/dt/2014/WP_EcoX_2014-31.pdf)

### **(2014). Les effets d'une crise économique de longue durée. Rapport 2013-2014.** Paris : ONPES

Abstract: Organisé en deux parties, ce huitième rapport de l'ONPES présente dans une première partie les évolutions et caractéristiques de la pauvreté en France selon les données les plus récentes, celles de 2012. Dans une deuxième partie, c'est la pauvreté et l'exclusion sociale en Europe qui font l'objet d'une analyse approfondie, notamment dans la perspective de la stratégie Europe 2020, dont on sait que les objectifs de réduction de la pauvreté ne seront pas atteints. L'ONPES souhaite que l'Union européenne dans sa nouvelle configuration s'implique davantage dans la lutte contre la pauvreté (résumé de l'éditeur).

[http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONPES\\_2013\\_2014\\_BD.pdf](http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONPES_2013_2014_BD.pdf)

## **Prévention / Prevention**

### **Nguyen-Thanh V., Haroutunian L., Lamboy B., et al. (2014). Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature.** St Denis : INPES

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

Page 17 sur 26

[www.irdes.fr/documentation/actualites.html](http://www.irdes.fr/documentation/actualites.html)

[www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

[www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

Abstract: Ce rapport fait le point sur les connaissances scientifiques concernant les interventions efficaces à distance en prévention et promotion de la santé (dispositifs téléphoniques, internet). Cette synthèse a été réalisée selon une méthode spécifique de sélection, d'analyse de la littérature scientifique et de classification des interventions retenues. Cette synthèse permet d'identifier un grand nombre d'interventions à distances efficaces ou prometteuses dans le champ de la santé, lesquelles se répartissent en plusieurs modalités d'interventions. Les interventions par le biais d'entretiens par téléphone, souvent structurés et dont le contenu est construit sur un modèle théorique, ressortent comme efficaces dans l'aide à l'arrêt du tabac et la nutrition. Les interventions délivrées sur ordinateur, souvent sur internet, peuvent être efficaces dans des champs comme la diminution de la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites, l'augmentation de l'activité physique, la promotion de comportements sexuels favorables à la santé, la réduction de troubles mentaux, l'accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques. On peut enfin souligner le développement assez récent des interventions par le biais de SMS ou d'applications sur téléphones portables ou smartphones, dont l'efficacité fait encore l'objet de peu de travaux à ce stade mais qui semblent prometteuses, notamment dans les domaines de l'arrêt du tabac et de la nutrition. La connaissance de ces interventions efficaces devrait permettre de nourrir la réflexion sur les pratiques des professionnels du champ en France.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1536.pdf>

**Dreux C. (2014). La prévention en santé chez les adolescents.** Paris : Académie nationale de médecine

Abstract: Près de 90% des adolescents de 12 à 18 ans s'estiment en bonne santé, mais on observe chez certains d'entre eux des comportements à risque pouvant entraîner des troubles irréversibles pour leur devenir. Il s'agit en particulier de l'usage des drogues légales et illégales, de troubles psycho-comportementaux pouvant conduire au suicide, d'une sexualité naissante mal contrôlée, d'habitudes alimentaires défavorables associées à la sédentarisation, d'une consommation excessive et peu contrôlée des technologies d'information et de communication (TICS) par ailleurs indispensables aujourd'hui. Pour tenter d'informer objectivement les adolescents, les méthodes de communication ciblées sur les adultes sont impuissantes et il faut mettre en place des actions spécifiques faisant appel, notamment, aux groupes de jeunes, les pairs, ayant suivis une formation adaptée pour éviter la stigmatisation des ados souvent victimes de groupes de pression ou du sectarisme de certains « éducateurs ». Le rôle de la famille, de l'école, de la médecine scolaire (à refondre) est capital surtout dans la préadolescence (6-12ans). L'accent est mis sur l'importance des activités physiques et sportives sur le plan de la santé mais aussi au niveau psycho-comportemental. Une attention particulière doit se porter sur les jeunes issus de milieux défavorisés qui, comme nous l'avons écrit dans le 1er rapport (La culture de prévention : des questions fondamentales adoptée à l'unanimité par l'Académie de médecine le 15/10/2013), sont trop souvent oubliés. La prévention « humaniste » et le développement du lien social doivent constituer la base de nos actions. Aux 10 recommandations prioritaires concluant le premier rapport nous en avons ajouté 8 plus spécifiques aux adolescents (résumé d'auteur).

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/06/DreuxPrévention-rapport-17.6.14final1.pdf>

## Psychiatrie / Psychiatry

**Forti A. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Scotland.** Paris : OCDE

Abstract: As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same

template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. Mental health is a priority area within the Scottish health care agenda. In the Scottish mental health system significant focus is given to recovery, service user involvement, anti-stigma initiatives, and suicide reduction strategies. Amongst the peculiarities, and strengths, of the Scottish mental health system are its focus on data collection, monitoring and evaluation, with a strong focus on improvement and delivery, as data collection and mental health indicators are turned into a management tool for policy makers. However, better indicators could be developed to monitor specialist mental health services delivered in the community.

<http://www.oecd.org/health/workingpapers>

**Forti A., Nas C., Van Geldrop A., et al.. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Netherlands.** Paris : OCDE

Abstract: As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. The Dutch mental health system is highly institutionalised and has a large number of psychiatric beds compared to other OECD countries. Nonetheless, government reforms have aimed at shifting the axis of the system from bed-based hospital services to more integrated mental health services and community based services. Structural changes to the Dutch mental health system, together with recent government policies that aim to improve access to mental health services, have led to decreasing the treatment gap for mental disorders but also to increasing the expenditures associated with mental health care up until 2011.

<http://www.oecd.org/health/workingpapers>

**Patana P. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Finland.** Paris : OCDE

Abstract: As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. Mental health disorders comprise one of the highest burdens of disease in Finland. The share of disability pensions granted due to mental disorders is high and while the rates of suicide have decreased in recent years, they are still above the OECD average. Consequently, tackling mental ill health is a government priority for Finland. The mental health system has undergone a number of reforms in recent years, and several innovative initiatives have been introduced. Whilst a number of challenges remain, the evolution of the mental health system has been promising, and holds lessons for other OECD countries.

<http://www.oecd.org/health/workingpapers>

**Forti A. (2014). Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Italy.** Paris : OCDE

Abstract: As part of a wider project on mental health in OECD countries, a series of descriptive profiles have been prepared, intended to provide descriptive, easily comprehensible, highly informative accounts of the mental health systems of OECD countries. These profiles, entitled 'Mental Health Analysis Profiles' (MHAPs), will be able to inform discussion and reflection and provide an introduction to and a synthesized account of mental health in a given country. Each MHAP follows the same template, and whilst the MHAPs are stand-alone profiles, loose cross-country comparison using the MHAPs is possible and encouraged. The recent history of mental health in Italy has been one of de-institutionalisation. The significant overhaul undertaken with regards to mental health over the last years is an example of this process: as it moved away from the century-long tradition of restrictive mental health asylums (manicomi) from the late 1970s with the recent process of closures of judicial psychiatric hospitals (Ospedali Psichiatrici Giudiziari - OPG), Italy progressively managed to integrate mental health services within community-based facilities. Focus was no longer on security and on

isolating citizens suffering from mental disorders, but rather on patients' needs and moving towards social integration and rehabilitation.

<http://www.oecd.org/health/workingpapers>

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

**Oliver-Baxter J., Brown J.L., Raven M. (2014). Quality improvement financial incentives for general practitioners.** Flinders : Primary Health Care Research & Information Service

Abstract: Cette analyse examine les programmes d'incitation financière implantés en Australie, au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada pour améliorer la qualité des soins de santé primaires. Dans tous les cas, des indicateurs sont utilisés, mais sont accompagnés par des obligations et avantages différents. Les auteurs constatent que la littérature ne reconnaît pas de façon explicite si les résultats mesurés sont des améliorations absolues ou relatives.

[http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=elib/lib/downloaded\\_files/publications/pdfs/phcris\\_pub\\_8426.pdf](http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/phcris_pub_8426.pdf)

**Le Breton-Lerouillois G. (2014). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014.** Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins

Abstract: Ce 8ème Atlas de la Démographie Médicale en France 2014, réalisé le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), permet de mettre en avant plusieurs points : les effectifs des actifs réguliers sont presque stables par rapport à 2013 (-0,3%) ; La baisse des médecins généralistes s'accroît par rapport aux autres spécialités (-6,6% France entière 2007-2014) ; Les remplaçants sont en bonne augmentation sur un an (+3%) correspondant probablement à l'effet de l'augmentation du numerus clausus, il y a 10-15 ans ; La féminisation continue à se confirmer (+ 1% sur un an) ; Le cumul emploi retraite est en pleine progression. Il concerne plus spécifiquement les médecins âgés de 65 ans à 69 ans. Les retraités actifs se concentrent majoritairement dans les territoires bien pourvus en médecins. Un zoom sur les MEP (médecin ayant une formation complémentaire, en plus de la médecine générale) qui correspondent à 25% de l'ensemble des médecins généralistes. Et également les inscrits en chirurgie générale ancien régime pour savoir leur devenir.

[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)

**Nolte E. P., Pichtforth E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care?** Copenhague: OMS - Bureau régional de l'Europe

Abstract: This new policy summary reviews the existing evidence on the economic impact of integrated care approaches. Whereas it is generally accepted that integrated care models have a positive effect on the quality of care, health outcomes and patient satisfaction, it is less clear how cost effective they are. As the evidence-base in this field is rather weak, the authors suggest that we may have to revisit our understanding of the concept and our expectations in terms of its assessment. Integrated care should rather be seen as a complex strategy to innovate and implement long-lasting change in the way services in the health and social-care sectors are delivered.

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf)

**Chen A. (2014). Do the Poor Benefit From More Generous Medicaid Physician Payments?**

Abstract: This paper examines how changes in Medicaid physician payments affect provision of care to both Medicaid patients and the uninsured. I find that payment increases generate an increase in supply of care to Medicaid patients but a more than offsetting decrease in supply to the uninsured. Using survey data, I additionally show that physicians encourage their uninsured patients to enroll in

Medicaid. Finally, I demonstrate that when Medicaid eligibility is high, physicians are less likely to substitute between caring for Medicaid patients and treating the uninsured. Because higher eligibility magnifies the Medicaid supply response to a payment change, my results suggest that payment increases should be coupled with eligibility expansions in order to improve access to care among the poor.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2444286](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2444286)

**Rosen R. (2014). Meeting or fuelling patient demand ? Improved access to primary care and supply-induced demand.** Briefing. Londres : The Nuffield Trust

Abstract: Improving access to primary care services is a key concern for policy-makers and practitioners. This report, commissioned by NHS England, examines how far increased access to general practice and other primary care services will deal with unmet need, or whether it will fuel extra demand.

[http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/140630\\_meeting\\_need\\_or\\_fuelling\\_demand.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/140630_meeting_need_or_fuelling_demand.pdf)

**Goodwin N., Dixon A., Anderson G., et al. (2014). Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies.** Londres : King's Fund Institute

Abstract: Around the world, rapidly ageing populations are resulting in increased demand for health and social care services, which presents significant challenges for national health and care systems. Many have adopted an integrated care approach to meet the needs of older people with chronic or multiple conditions. This approach often involves a single point of entry - designating a care manager to help with assessing needs, sharing information, and co-ordinating care delivery by multiple caregivers (formal and informal). This report synthesises evidence from seven case studies covering Australia, Canada, the Netherlands, New Zealand, Sweden, the United Kingdom and the United States. It considers similarities and differences of programmes that are successfully delivering integrated care, and identifies lessons for policy-makers and service providers to help them address the challenges ahead.

**Lawless A., Freeman T., Bentley M., et al (2014). Developing a good practice model to evaluate the effectiveness of comprehensive primary health care in local communities.** *Bmc Family Practice*, 15

Abstract: Comprehensive primary health care (CPHC) holds promise as an effective model of health system organisation able to improve population health and increase health equity; yet there is little literature that describes and evaluates CPHC as a whole. This paper highlights the development of a model of CPHC applicable to the Australian context. The research was undertaken in partnership with 6 Australian PHC services. The resultant Southgate model of CPHC in Australia articulates the theory of change of how and why CPHC service components and activities, based on the theory, evidence and values which underpin a CPHC approach, are likely to lead to individual and population health outcomes and increased health equity. The model captures the importance of context, the mechanisms of CPHC, and the space for action services have to work with. The development of this theory-based program logic model provides a framework for evaluation that allows the tracking of progress towards desired outcomes and exploration of the particular aspects of context and mechanisms that produce outcomes.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-15-99.pdf>

**Nolte E. Pitchforth E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care?** Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Abstract: Evidence that is available points to a positive impact of integrated care programmes on the quality of patient care and improved health or patient satisfaction outcomes but uncertainty remains about the relative effectiveness of different approaches and their impacts on costs.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf)

## Systèmes de santé / Health Systems

**Davis K., Stremikis K., Squire D., Schoen C. (2014). Mirror, mirror on the wall : how the performance of the US health Care system compares internationally. 2014 update.** New York : The Commonwealth Fund

Abstract: The United States health care system is the most expensive in the world, but comparative analyses consistently show the U.S. underperforms relative to other countries on most dimensions of performance. Among the 11 nations studied in this report-Australia, Canada, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, and the United States-the U.S. ranks last, as it did in prior editions of Mirror, Mirror. The United Kingdom ranks first, followed closely by Switzerland. Since the data in this study were collected, the U.S. has made significant strides adopting health information technology and undertaking payment and delivery system reforms spurred by the Affordable Care Act. Continued implementation of the law could further encourage more affordable access and more efficient organization and delivery of health care, and allow investment in preventive and population health measures that could improve the performance of the U.S. health care system.

[http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755\\_davis\\_mirror\\_mirror\\_2014.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf)

**Esmail N. (2014). Health care lessons from the Netherlands.** Vancouver : The Fraser Institute

Abstract: The Dutch health care system is a high performing, equitable system in which wait times are not considered to be a problem. A careful examination of the Dutch health care system may provide insights to help inform the Canadian debate over the future of Medicare. Health care expenditures in Canada are comparable to those in the Netherlands and are considerably higher than in the average universal access nation. Compared to the Netherlands, Canada has higher ratios of nurses to population and CT scanners to population, but the Dutch health care system has higher ratios of physicians to population, MRI machines to population, and hospital beds to population. The Dutch also wait less time for emergency care, primary care, specialist care, and elective surgery than do Canadians. The Dutch health insurance system is markedly different from Canada's. Rather than relying on a tax-funded monopoly government insurer, the Dutch system provides universal coverage in an insurance premium-funded system characterized by competition between private insurers and competition between providers, alongside personal financial responsibility for patients. Though government plays an important role in terms of funding, regulation, and oversight, the operation of the health care system is largely left to private competing insurers and providers. There is much Canada can learn from the Dutch approach. The Dutch health care system departs from the Canadian model in its cost sharing for non-primary medical services, private provision of acute care hospital and surgical services, permissibility of direct private purchasing of health care, and its system of independent private insurers providing universal services to their insured populations on a largely premium-funded basis. Some Dutch policies would violate the CHA. This said, these reforms have been shown to provide superior access to, and outcomes from, the health care process.

<https://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/health-care-lessons-from-the-netherlands.pdf>

## Travail et santé / Occupational Health

**Bockerman P., Kanninen O., Suoniemi I. (2014). A Kink that Makes You Sick: The Incentive Effect of Sick Pay on Absence.** Bonn : IZA

Abstract: This paper examines the effect of the replacement rule of the Finnish sickness insurance system on the duration of sickness absence. A pre-determined, piecewise linear policy rule in which the replacement rate is determined by past earnings allows identification of the effect using a regression kink design. We find a substantial and robust behavioral response. The statistically significant point estimate of the elasticity of the duration of sickness absence with respect to the replacement rate is on the order of 1.4.

<http://ftp.iza.org/dp8205.pdf>

**Amira S. Ast D. (2014). Des risques professionnels contrastés selon les métiers.** *Dares Analyses*, (039) :

Abstract: Les conditions de travail des salariés sont très variables d'un métier à l'autre. Les résultats de l'enquête Sumer 2010 font notamment apparaître un clivage entre les métiers qui impliquent une forte demande psychologique et beaucoup de marges de manœuvre - tels les métiers de cadres - et ceux qui imposent des contraintes physiques importantes et exposent à des risques chimiques ou biologiques - tels les métiers d'ouvriers non qualifiés des industries de process et de la manutention. Dans l'enquête, qui ne couvre pas les enseignants de la fonction publique, les tensions avec le public sont particulièrement fortes pour les professionnels de l'armée, de la police, les pompiers ainsi que pour les agents de gardiennage et de sécurité. Les ouvriers du BTP ou les coiffeurs et esthéticiens, sont soumis à des contraintes physiques ainsi qu'à des risques chimiques, mais bénéficient de soutien social et font état d'un vécu favorable de leur travail. Des métiers de la santé comme les aides-soignants, les infirmiers et les sages-femmes se déclarent particulièrement « sous pression ». Le travail « isolé » caractérise agriculteurs, viticulteurs et jardiniers mais aussi les aides à domicile, les aides ménagères et les agents d'entretien. Au total, sur le champ de l'enquête Sumer 2010, dix groupes de métiers peuvent être dégagés qui se différencient du point de vue des conditions de travail qui les caractérisent (résumé d'auteur).

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039-2.pdf>

**Vinck L. (2014). Les risques professionnels par secteurs - Enquête Sumer 2010.**

*Synthese Stat' (Dares)*, (06) :

Abstract: Ce numéro de Synthèse Stat' décrit, au travers de fiches, les principales expositions professionnelles des salariés pour chaque secteur d'activité (selon la nomenclature d'activités agrégée - A 38, 2008). Pour chacun d'entre eux sont également fournis des éléments descriptifs du secteur et du profil des salariés. Les expositions aux risques professionnels sont présentées par types de contraintes physiques, organisationnelles, d'expositions aux agents biologiques et aux nuisances chimiques. Les données présentées sont issues de l'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) de 2010, enquête transversale qui permet de cartographier les expositions professionnelles des salariés, la durée de ces expositions et les protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition (résumé d'auteur).

<http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de-76/etudes-et-recherches-77/publications-dares-98/syntheses-2212/06-les-risques-professionnels-par-17743.html>

**Algava E. (2014). Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés.** *Dares Analyses*, (049) :

Abstract: Entre 2005 et 2013, pour les salariés de France métropolitaine, les changements organisationnels ont repris et les contraintes de rythme de travail se sont accrues, après la relative stabilisation enregistrée entre 1998 et 2005. Cette intensification a été plus marquée dans la fonction publique que dans le secteur privé. L'usage de l'informatique dans le travail poursuit sa progression à un rythme rapide. D'ailleurs, le contrôle ou suivi informatisé du travail est la contrainte de rythme qui s'est le plus diffusée. Sur la même période, les marges de manœuvre tendent à se réduire pour toutes les catégories socioprofessionnelles, sauf pour les ouvriers non qualifiés. Les salariés signalent des possibilités de coopération plus importantes avec leurs collègues ou leur hiérarchie, ce qui est susceptible d'atténuer les effets de l'intensification. Néanmoins les tensions sont plus fréquentes avec les collègues ou les clients et usagers. De même, les salariés sont plus nombreux à vivre au travail des situations exigeantes sur le plan émotionnel (être en contact avec des personnes en situation de détresse, devoir calmer des gens) (résumé d'auteur).

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-049.pdf>

**Bingley P., Datta-Gupta N., Pederson P.J. (2014). Health, Disability Insurance and Retirement in Denmark.** Cambridge : NBER

Abstract: There are large differences in labor force participation rates by health status. We examine to what extent these differences are determined by the provisions of Disability Insurance and other pension programs. Using administrative data for Denmark we find that those in worse health and with less schooling are more likely to receive DI. The gradient of DI participation across health quintiles is almost twice as steep as for schooling - moving from having no high school diploma to college completion. Using an option value model that accounts for different pathways to retirement, applied to a period spanning a major pension reform, we find that pension program incentives in general are important determinants of retirement age. Individuals in poor health and with low schooling are significantly more responsive to economic incentives than those who are in better health and with more schooling. Similar gradients in outcomes and behavior by health and schooling partially reflects the less educated having poorer health on average, but also that the less educated have worse job prospects and higher replacement rates due to a progressive formula for DI and other pension benefits.

<http://www.nber.org/papers/w20114>

**Le Clainche C., Duguet E. (2014). The Effect of Non-Work Related Health Events on Career Outcomes: An Evaluation in the French Labor Market.** Paris : TEPP

Abstract: This paper investigates whether chronic illnesses and injuries have a significant impact on individual performance in the labor market. We use the "Santé et Itinéraires Professionnels" (SIP, "Health and Labor Market Histories") survey, conducted in France in the period 2006-2007. We evaluate the impact of chronic illnesses and accidents using propensity score matching. We find that chronic illness and injuries have negative effects on career outcomes and that women are more likely to claim minimum assistance revenue when such events occur. Moreover, while the initial health shock generally has long-lasting effects, it differs across genders and according to the nature of the health event: the results for men reveal a prevalence of short-run effects following accidents and a prevalence of long-run effects following chronic illnesses. We do not observe similar results for women: both chronic illnesses and accidents have long-run effects.

[http://tepp.eu/images/stories/TEPP\\_WP\\_14\\_5.pdf](http://tepp.eu/images/stories/TEPP_WP_14_5.pdf)

**Hber M., Lechner M., Wunch G. (2014). Workplace Health Promotion and Labour Market Performance of Employees.** Bonn : IZA

Abstract: This paper investigates the average effects of (firm-provided) workplace health promotion measures in form of the analysis of sickness absenteeism and health circles/courses on labour market out-comes of the firms' employees. Exploiting linked employer-employee panel data that consist of rich survey-based and administrative information on firms, workers and regions, we apply a flexible propensity score matching approach that controls for selection on observables as well as on time-constant unobserved factors. While the effects of analysing sickness absenteeism appear to be rather limited, our results suggest that health circles/courses increase tenure and decrease the number of job changes across various age groups. A key finding is that health circles/courses strengthen the labour force attachment of elderly employees (51-60), implying potential cost savings for public transfer schemes such as unemployment or early retirement benefits.

<http://ftp.iza.org/dp8297.pdf>

## Vieillessement / Ageing

**Rostgaard T., . (2011). Livindhome: living independently at home: reforms in home care in 9 European countries.** Copenhagen : Danish National Centre for Social Research

Abstract: This report presents findings from the project Living Independently at Home: Reforms in organisation and governance of European home care for older people and people with disabilities

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

Page 24 sur 26

[www.irdes.fr/documentation/actualites.html](http://www.irdes.fr/documentation/actualites.html)

[www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

[www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)



(LIVINDHOME). The study provides an overview of recent and current reforms in the organisation and governance of home care systems in nine European countries, and analyses the intended and unintended results of these reforms, in particular, how the reforms have affected the organisation, supply and quality of care. The focus of the study is home care for older people and for people with disabilities. In countries that have more family-oriented welfare traditions (Austria, Germany, Italy, Ireland), comprehensive approaches to long-term care have started to develop only relatively recently. Despite increases in funding for long-term care, home care provision in Italy and Ireland remains highly fragmented, with major local variations in access to services. The second group of countries (Denmark, England, Finland, Norway, and Sweden) have had more or less comprehensive home care services in place for many years. These have been delivered by local authorities under a legislative framework set by central government. Reforms have here involved the introduction of market- and consumer-related mechanisms into the supply and delivery of home care.

<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf>

### **De La Maisonneuve C., Andre C., Garcia C., et al. (2014). The Economic Consequences of Ageing: The Case of Finland. Paris : OCDE**

Abstract: La population de la Finlande est en passe de vieillir rapidement dans les décennies à venir. Ceci devrait mettre sous tension les finances publiques et réduire les ressources en main-d'œuvre. Toutefois, des solutions existent pour alléger ces tensions. Ajuster l'âge du départ à la retraite pour tenir compte de l'allongement de l'espérance de vie permettrait de réduire les coûts des pensions et d'accroître l'emploi des travailleurs seniors, à condition d'être accompagné d'une suppression des passerelles vers la retraite anticipée. Pour que les individus puissent travailler plus longtemps, le marché du travail devrait être rendu plus flexible et la formation tout au long de la vie encouragée. Les politiques actives du marché du travail devraient être renforcées afin d'accroître le taux d'activité des jeunes, des femmes en âge de procréer et des chômeurs de longue durée. Enfin, le vieillissement de la population ne devrait pas être considéré comme un phénomène uniquement négatif, car il peut aussi est porteur de perspectives d'innovation et d'émergence de nouveaux marchés et de nouveaux secteurs d'activité. Les technologies de l'information et des communications, où la Finlande possède une solide base de connaissance, peuvent aider les personnes âgées à rester aussi autonomes que possible, ce qui permettrait de contenir les coûts des soins à long terme et d'améliorer le bien-être.

### **(2014). Vieillissement et politiques de l'emploi. France 2014. Mieux travailler avec l'âge. Vieillissement et politique de l'emploi. 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.

### **Sirven N. (2014). Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE. Paris : Irdes**

Abstract: Le concept de fragilité de la personne âgée, bien que très populaire dans les études sur la perte d'autonomie, n'est pas univoque et sa mesure ne fait pas consensus. Même si l'on se réfère au modèle de Fried comme un cadre analytique commun, le choix des variables composant l'indice de fragilité n'est pas arrêté. Un des enjeux méthodologiques est de savoir si la mesure de la fragilité en population générale peut s'accommoder d'un certain degré de liberté dans la mise en œuvre du recueil de l'information (choix des variables, modes de passation de l'enquête, etc.) ou si des mesures rigoureuses devraient être réalisées de manière identique dans chaque enquête. L'objectif de cette étude est de comparer les mesures de fragilité en France à partir de deux enquêtes en population générale. Deux questionnaires sont utilisés pour construire une mesure de fragilité, l'un propre à

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) avec des mesures objectives et subjectives de santé, l'autre propre à l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) avec des mesures uniquement déclarées. Les taux de prévalence de fragiles sont comparés entre les deux sources et les déterminants de la fragilité sont analysés. Nos résultats indiquent que la mesure de la fragilité et ses déterminants demeurent relativement stables pour des populations de 65 ans et plus, malgré une méthodologie d'enquête différente ; une certaine liberté dans le choix des variables est donc permise (résumé d'auteur).

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/060-mesurer-la-fragilite-des-personnes-agees-en-population-generale-comparaison-esps-share.pdf>

**Desu L. (2014). On Saving and Caring for Dependents.** Nanjing : University of Nanjing

Abstract: The intergenerational transfer of care is an altruistic but costly behavior. The paper uses a bivariate utility of own wealth and the dependent's health to examine a two-choice problem of saving and care giving in a two-period framework. A caregiver considers the tradeoff not only between present and future wealth but also between present wealth and the dependent's future health. The paper first studies the optimal levels of saving and of care giving and the link between them. For a correlation averse caregiver, it then provides unambiguous comparative statics results for an exogenous shock in the financial return or in the dependent's health situations. In the case of additively separable preferences, the paper also presents necessary and sufficient conditions on preferences for an Nth-order stochastic dominance (NSD) change in financial risk or in health risk about the dependent to have an unequivocal effect on the optimal levels of saving, care giving, and the sum of risk management expenditure. The analysis organizes the existing results as well as generates new ones.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2457293](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2457293)