

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

10 janvier 2014 / January the 10th, 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>

Contenu

Assurance maladie / Health Insurance 8

- Decharriere C.,Toublanc J.M, Rousselon J. (2013). Intégration dans le droit commun de l'assurance maladie des frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse..... 8
- Fourcade N. (2013). Redistribution des revenus opérée par l'assurance maladie entre groupes d'âge et groupes sociaux..... 8
- Le Palud., V (2013). Comment les organismes complémentaires fixent leur tarif..... 8
- Hall A.E. (2013). Calculating Disease-Based Medical Care Expenditure Indexes for Medicare Beneficiaries: A Comparison of Method and Data Choices 8

Economie de la santé / Health Economics 9

- Chevreur K. (2013). Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie. 9
- Legal R. Pilorge.C. (2013). Coût de l'ordonnance des médecins généralistes..... 9
- Le Garrec M-A., Bouvet M. (2013). Les Comptes nationaux de la santé en 2012..... 9
- Detournay B. (2013). Le reste à charge des patients diabétiques en France en 2007. ...10
- Chandra A. (2013). Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending..... 10
- Costa D. (2013). Health and the Economy in the United States, from 1750 to the Present 10
- Niza C. (2013). Incentivizing Blood Donation: Systematic Review and Meta-Analysis to Test Titmuss' Hypotheses 11
- Shigeoka H. (2013). The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection : 11
- (2013). World in Your Pocket 2014. A Handbook of International Health Economic Statistics : 11
- Dakin H. (2013). The Influence of Cost-Effectiveness and Other Factors on NICE Decisions 12

Etat de santé / Health Status 12

- Duport N. (2013). Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD, de patients 12
- Komajda M. (2013). Parcours de soins : Insuffisance cardiaque. Encore trop d'hospitalisations pourtant évitables. 13
- Rey G. Lamarche-Vadel A., Jouglu E. (2013). Comment mesure-t-on les causes de décès en France 13

Janssen E. B. (2013). Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011. Estimations locales et extrapolations nationales. Focus - Consommateurs et conséquences.....	13
Appouey B. (2013). Child Health and Use of Health Care Services in France: Evidence on the Role of Family Income :	14
Cubi-Molla P. (2013). Adaptation to Health States: A Micro-Econometric Approach.....	14
Godin Blandeau E. D. (2013). La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature.	14
Dossou Y. (2013). Diabète de type 1 en France métropolitaine : caractéristiques, risque vasculaire, fréquence des complications et qualité des soins. Entred 2001 et Entred 2007	15
(2013). Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009.....	15
Géographie de la santé / Geography of Health	15
Philibert M.D. (2013). Associations between disability prevalence and local-area characteristics in a general community-living population	15
Touati N., Turgeon J. (2013). Répartition géographique des médecins de famille : quelles solutions à un problème complexe	16
Hôpital / Hospitals	16
Kumar A. (2013). Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries : Paris.....	16
Contreras J. (2013). Production Factors, Productivity Dynamics and Quality Gains as Determinants of Healthcare Spending Growth in U.S. Hospitals.....	17
Evain F. (2013). Hospitalisation de court séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2010.	17
El Oualidi Moulay-Ali S.J. (2013). Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux.	17
Chauveau P., Mazet-Guillaume B., Baron C. (2013). Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences	17
Kranklader E., Minodier C., Fourcade.N. (2013). Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé.....	18
(2013). Absentéisme et rotation du personnel des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2011	18
Thuaud E. (2013). La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011.....	18
Mouquet M.C., Oberlin.P. (2013). L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 : résultats détaillés.....	19
(2013). Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2012 :.....	19

Inégalités de santé / Health Inequalities	19
Calvet L. Moisy M., Fourcade N. (2013). Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge.....	19
Marmot M. (2013). Action on the social determinants of health.	20
Charles M.A. (2013). Importance de la théorie des origines développementales de la santé (DOHaD) pour les inégalités sociales de santé.....	20
Dray-Spira R. (2013). Maladies chroniques et emploi : impact en termes d'inégalités sociales de santé.....	20
Peretti W.P. (2013). La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ?.....	21
Clark A.E. (2013). Social comparisons, health and well-being.....	21
Kivits J. (2013). Social determinants of health-related quality of life.	21
O'Donnel O. (2013). Health and Inequality	21
Wilkinson R. (2013). Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous	22
(2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.....	22
(2013). Governance for health equity in the WHO European Region.....	22
O'Mara-Eves A. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis.....	23
Médicaments / Pharmaceuticals.....	23
(2013). Avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville	23
(2013). Caractérisation des antibiotiques considérés comme « critiques». Rapport d'expertise.....	23
Verger P. (2013). La politique du médicament en EHPAD : Paris : Ministère chargé de la santé	23
Banerjee T. (2013). Pharmaceutical regulation and innovative performance: a decision-theoretic model.....	24
Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics.....	24
Barr T. (2013). A Detailed Decomposition of Synthetic Cohort Analysis :	24
Politique de santé / Health Policy.....	24
Le Luong.T. (2013). De la stratégie dans toutes les politiques à la stratégie nationale de santé	24
(2013). Éléments pour une stratégie nationale de santé et pour une nouvelle loi de santé publique.	24

Morlat P., Kalmergan D., Tran B. (2013). L'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et	25
(2013). Plan d'actions pour la santé mentale 2013-2020	25
Grazzini L. (2013). Health and education : challenges and financial constraints	25
Politique sociale	25
Sirugue C. (2013). Réforme des dispositifs de soutien aux revenus d'activité modestes : rapport à M. le Premier ministre	26
(2013). Panorama statistique : Jeunesse, Sports, Cohésion sociale : les régions françaises 2012.....	26
Prévention / Prevention	26
Salamon R. / coor, Peretti-Watel P. /coor., Lombrail P. /coor. (2013). Prévention et santé publique. Dossier.....	26
Peretti-Watel P. Ardwisson P., Jourdan D., et al. (2013). Principes et mise en oeuvre de la prévention.....	26
Sassi F. (2013). The Role of Fiscal Policies in Health Promotion	26
(2013). Action Assurance Maladie 2013. Éducation à la santé et prévention primaire, une culture pour l'Assurance maladie.....	27
(2013). Risking Your Health: Causes, Consequences, and Interventions To Prevent Risky Behaviors :.....	27
Prévision – Evaluation / Prevision – Evaluation.....	27
Ami D. (2013). Comment les individus valorisent-ils les décès associés à la pollution atmosphérique ? Une comparaison de trois scénarios hypothétiques	27
Geay C. (2013). Projections des dépenses de santé à l'horizon 2060 : le modèle PROMEDE.....	28
Pirus C. (2013). Réflexions sur les apports et les limites de la cohorte pluridisciplinaire Elfe dans la connaissance des lieux de vie des enfants	28
Psychiatrie / Psychiatry	28
Coldefy M., Nestrigue C. (2013). La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé.....	28
Coldefy M., Ehrenberg A. (2013). Psychiatrie : mutations et perspectives : Dossier. Actualité et Dossier en Sante Publique,.....	29
Pirus C. (2013). Réflexions sur les apports et les limites de la cohorte pluridisciplinaire Elfe dans la connaissance des lieux de vie des enfants. In : Difficultés vécues dans l'enfance, conséquences à l'âge adulte.	29
Soins de santé primaires / Primary Health Care	29

Michot P., Catala O., Supper I., et al. (2013). Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature	29
Sicart D. (2013). Les professions de santé au 1er janvier 2013.....	29
Green E.P. (2013). Payment Systems in the Healthcare Industry: An Experimental Study Of Physician Incentives	30
Blomqvist A. (2013). Accountability and Access to Medical Care: Lessons from the Use of Capitation Payments in Ontario	30
Keser C. (2013). Money Talks - Paying Physicians for Performance :	30
Sinnott C. (2013). GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research	30
Jackson G.L. (2013). The Patient-Centered Medical Home. A Systematic Review.....	31
Lubensky D. (2013). Physician Overtreatment and Undertreatment with Partial Delegation. Bloomington : Indiana University	31
Systèmes de santé / Health Systems	31
Beland D. (2013). La présidence Obama et l'avenir de la protection sociale aux États Unis.....	31
Bjornberg A. (2013). Euro Health consumer index 2013.....	32
(2013). Multiple Chronic Health Conditions in Older People. Implications for Health Policy Planning, Practitioners and Patients :	32
Ringard A. (2013). Health system review :Norway.....	32
(2013). OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: Raising Standards	33
Garcia G.P. (2013). Financial incentives, health and retirement in Spain	33
Technologies médicales / Medical Technologies	33
Clemens J. (2013). The Effect of U.S. Health Insurance Expansions on Medical Innovation :	33
Travail et santé / Occupational Health	34
Ha-Vinh P., Randelli P., Regnard .P. (2013). Pathologie respiratoire et profession chez les travailleurs indépendants	34
Jousten A. (2013). Health Status, Disability and Retirement Incentives in Belgium :	34
Duncan A. (2013). The Influence of Psychological Well-being, Ill Health and Health Shocks on Single Parents' Labour Supply	34
Vieillesse / Aging	35
Blanchet D. (2013). Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ?	35

Blake H. (2013). Kill me softly : work and mortality among French seniors	35
Andrieux V., Chantel C. (2013). Espérance de vie, durée passée à la retraite.....	35
Legrain S. Aquino J.P. (2013). Parcours de soins : Personne âgée en risque de perte d'autonomie. Du repérage précoce au plan personnalisé de santé.....	36
Lecroart A. MarbotC., Froment O, et al (2013). Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation.....	36
Marquier R. (2013). Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000.	36
(2013). Vieillissement et espaces ruraux.	36
Calvet L., Montaut A. (2013). Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes.	36
(2013). Vous avez dit dépendance ? État actuel d'un débat	37
Dartigues J.F. (2013). Relation entre facteur social et maladie chronique liée à l'âge : l'exemple du niveau d'études et des démences.....	37
(2013). Pensions at a Glance 2013 : OECD and G20 indicators.....	37
Ei Mekkaoui de Freitas I. (2013). Health, Pension Benefits and Longevity How They Affect Household Savings	37
Vernay M. (2013). Maigreur, obésité et perte d'autonomie chez les personnes âgées à domicile en France. L'enquête nationale Handicap-Santé volet "ménages", 2008.	38
(2013). Une loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement.....	38

Assurance maladie / Health Insurance

Decharriere C., Toubanc J.M, Rousselon J. (2013). Intégration dans le droit commun de l'assurance maladie des frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse.

Rapport IGAS ; 2013 079. , Rapport IGF ; 2013-M-054-03. Paris : IGAS

Abstract: Les frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse bénéficient actuellement, en matière d'assurance maladie, de dispositions doublement dérogatoires. D'une part, ils peuvent choisir d'être assurés en France, du fait d'un accord UE-Suisse sur la libre circulation des personnes. D'autre part, s'ils s'assurent en France, ils peuvent, jusqu'au 1er juin 2014, recourir à l'assurance privée, ce qui déroge au monopole de la Sécurité sociale. Cette dérogation n'ayant été octroyée qu'à titre transitoire, les ministres de l'économie et des finances, des affaires sociales et de la santé, et le ministre délégué au budget ont ainsi demandé à l'IGAS et à l'IGF de déterminer les conditions souhaitables d'intégration de ces frontaliers dans le droit commun. Conformément à cette demande, la mission diligentée de mai à juillet 2013 s'est intéressée à la fois à l'équité de traitement des assurés, aux enjeux d'opportunité de gestion et d'accès aux soins, et aux aspects économiques et budgétaires. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000644-integration-dans-le-droit-commun-de-l-assurance-maladie-des-frontaliers-residant-en>

Fourcade N. (2013). Redistribution des revenus opérée par l'assurance maladie entre groupes d'âge et groupes sociaux. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3) :

Abstract: Ces travaux, reposant sur des modèles de microsimulation, visent à mesurer les impacts redistributifs des financements et prestations des assurances maladie obligatoire et complémentaire (AMO/C). Ils contribuent à éclairer les débats sur les rôles respectifs des organismes complémentaires et de l'AMO dans la prise en charge des dépenses de santé, rappelant les effets différenciés de leurs interventions. L'analyse montre que les logiques de l'AMO permettent notamment aux plus modestes et aux retraités un meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient dans un système d'assurances privées fonctionnant selon une logique de tarification au risque. Les ménages modestes ont des contributions financières à l'AMO plus faibles (progressivité des prélèvements) et une prise en charge de leurs dépenses de santé légèrement plus élevée du fait d'un état de santé moyen plus dégradé et d'une structure de consommation tournée vers les soins mieux remboursés. Les retraités, à faibles contributions, ont aussi en moyenne les dépenses de soins les plus élevées. (Résumé d'auteur).

Le Palud., V (2013). Comment les organismes complémentaires fixent leur tarif. *Etudes et Résultats (Drees)*, (850) :

Abstract: La majorité des Français est couverte par une assurance complémentaire santé privée. L'encadrement des critères de tarification de ces contrats conduit à des pratiques tarifaires différentes selon les types d'organismes et de contrats. Ainsi, par rapport aux contrats individuels offerts par les mutuelles, les contrats individuels des sociétés d'assurance ont plus souvent un tarif accélérant avec l'âge. Sur ce type de contrats, les mutuelles opèrent donc davantage de transferts entre classes d'âges que les sociétés d'assurance. La prise en compte des enfants dans le tarif des contrats collectifs est plus favorable aux familles que celle dans les contrats individuels. <http://www.drees.sante.gouv.fr/comment-les-organismes-complementaires-fixent-leurs-tarifs,11184.html>

Hall A.E. (2013). Calculating Disease-Based Medical Care Expenditure Indexes for Medicare Beneficiaries: A Comparison of Method and Data Choices. Cambridge : NBER

Abstract: Disease-based medical care expenditure indexes are currently of interest to measurement economists. In this paper, using two data sources and two different methods for calculating disease-based expenditure indexes for the Medicare population, we establish some results that will help guide policymakers in choosing indexes for this population. First, we find that the two methods we examine (primary diagnosis and a regression-based method) produce the same results for the aggregate index and have a moderate level of agreement in which diseases contribute the most to growth in per capita health-care spending. Since the primary diagnosis method is preferable because of its transparency,

this result implies that we may use the regression-based method when the data is not suitable for the primary diagnosis method without a great loss of accuracy. Second, we find that the two data sources, the Medicare Current Beneficiary Survey and the Medical Expenditure Panel Survey, produce very similar results in the aggregate but there is some evidence that they treat chronic illnesses differently. As the MCBS has a larger sample and more comprehensive coverage of Medicare beneficiaries than the MEPS, it seems that a regression-based expenditure index based on the MCBS is overall preferable for fee-for-service Medicare beneficiaries.

<http://papers.nber.org/papers/w19720>

Economie de la santé / Health Economics

Chevreul K. (2013). Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie. In : Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)*, (20-21)

Abstract: Contexte et objectif. Parmi les nombreuses actions développées en France depuis la loi Evin de 1991 pour lutter contre le tabagisme, l'assurance maladie a proposé le remboursement partiel des médicaments de sevrage à hauteur de 50 EUR par bénéficiaire et par an. L'absence d'effet de cette mesure sur la prévalence du tabagisme interroge sur sa capacité à lever les barrières financières d'accès au sevrage médical et sur l'intérêt d'une prise en charge à 100%. Afin d'éclairer le décideur public, cette étude a pour objectif d'estimer le rapport coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique comparé au forfait annuel de 50 EUR et ce du point de vue de l'assurance maladie. Méthode. Un modèle de Markov a été utilisé pour estimer les coûts et la survie de deux cohortes de 1 000 fumeurs représentatives des fumeurs quotidiens français âgés de 15 à 75 ans, l'une bénéficiant de la prise en charge à 100% et l'autre du forfait actuel de 50 EUR. Le rapport coût-efficacité de la prise en charge à 100% a été estimé par le ratio coût-efficacité incrémental (ICER), exprimé en euros par année de vie gagnée (EUR/AVG), à l'horizon temporel de l'espérance de vie de chaque cohorte. Enfin, une analyse de sensibilité probabiliste de type Monte-Carlo a été menée pour tenir compte de l'incertitude liée aux paramètres du modèle. Résultats. L'ICER de la stratégie de prise en charge à 100% dans le scénario de référence, comparé au forfait actuel de 50 EUR, était de 1 786 EUR/AVG. L'analyse de sensibilité a montré que, dans 99% des cas, l'ICER était inférieur à 2 725 EUR/AVG. Conclusion. Comparée aux autres mesures de prévention des maladies cardiovasculaires remboursées par l'assurance maladie, la prise en charge à 100% du sevrage tabagique apparaît comme la mesure la plus coût-efficace, ce qui est en faveur de sa mise en oeuvre. (R.A.). <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Legal R. Pilorge.C. (2013). Coût de l'ordonnance des médecins généralistes. *Dossiers Solidarité et Santé (Drees)*, (44) :

Abstract: Cette étude examine la possibilité de cibler les médecins en fonction du coût de leurs prescriptions : on compare des ciblage avec et sans ajustement au risque, c'est-à-dire avec et sans prise en compte de l'état de santé de la patientèle. La sensibilité de l'indicateur à la méthode retenue d'ajustement au risque est analysée à partir de données sur les prescriptions des médecins. Les résultats indiquent que l'ajustement au risque permet de mieux expliquer les différences de prescription entre médecins. Toutefois, cet ajustement ne modifie pas sensiblement le ciblage des "gros prescripteurs".

<http://www.drees.sante.gouv.fr/cout-de-l-ordonnance-des-medecins-generalistes,11194.html>

Le Garrec M-A., Bouvet M. (2013). Les Comptes nationaux de la santé en 2012. *Etudes et Résultats (Drees)*, (851) :

Abstract: Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 243 milliards d'euros en 2012, soit 12% du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 183,6 milliards d'euros. Sa progression en valeur est sensiblement inférieure à 3% pour la troisième année consécutive : sa part dans le PIB est de 9%,

comme en 2011. En volume, la CSBM a augmenté de 2,7% en 2012, comme en 2011, tandis que son prix moyen recule légèrement pour la troisième année consécutive. La diminution du prix des soins hospitaliers et de celui des médicaments a en effet compensé la hausse du prix des soins de ville. En 2012 comme en 2011, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5%, celle prise en charge par les organismes complémentaires de 13,7%. Le reste à charge des ménages est stable depuis 2009.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2012,11186.html>

Detournay B. (2013). Le reste à charge des patients diabétiques en France en 2007. In : Numéro thématique. Numéro thématique. Journée mondiale du diabète, 14 novembre 2013. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (37-38) :

Abstract: [BDSP. Notice produite par InVS r1R0xCJJ. Diffusion soumise à autorisation]. Introduction : le reste à charge (RAC) des patients diabétiques demeure mal estimé en France. Méthode : une analyse des données de l'étude Entred 2007 a été réalisée pour 263 patients diabétiques de type 1 et 3 467 de type 2. Résultats : En 2007, 54% des patients déclaraient rencontrer des difficultés financières. Plus de 90% bénéficiaient d'une inscription en affection de longue durée (ALD) et 88% d'une couverture complémentaire. Leur RAC, au sens de l'assurance maladie obligatoire, s'élevait en moyenne à 660 EUR (médiane : 434 EUR), soit 12% des dépenses présentées au remboursement dans le diabète de type 2 (pour 486 EUR (médiane : 296 EUR) et 6,3% dans le type 1). Il était plus élevé chez les patients hors ALD. Trois postes étaient surtout concernés : médicaments, dispositifs et soins dentaires. D'autres formes de RAC étaient observées : diététicienne, podologue, psychologue, dispositifs non remboursés. Parmi les patients, 23% des diabétiques de type 1 et 17% des diabétiques de type 2 déclaraient avoir renoncé à un service de santé du fait de son prix sur 12 mois. Discussion : la couverture maladie des patients diabétiques, bien qu'apparemment complète, reste imparfaite en France. Les renoncements aux soins s'expliquent non seulement par des raisons financières, mais également par d'autres motifs liés à la complexité de la protection sociale ou aux choix assurantiels. (R.A.).

<http://www.invs.sante.fr/beh/2013/37-38/index.html>

Chandra A. (2013). Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending. Cambridge : NBER

Abstract: Why have health care costs moderated in the last decade? Some have suggested the Great Recession alone was the cause, but health expenditure growth in the depths of the recession was nearly identical to growth prior to the recession. Nor can the Affordable Care Act (ACA) can take credit, since the slowdown began prior to its implementation. Instead, we identify three primary causes of the slowdown: the rise in high-deductible insurance plans, state-level efforts to control Medicaid costs, and a general slowdown in the diffusion of new technology, particularly in the Medicare population. A more difficult question is: Will this slowdown continue? Here we are more pessimistic, and not entirely because a similar (and temporary) slowdown occurred in the early 1990s. The primary determinant of long-term growth is the continued development of expensive technology, and there is little evidence of a permanent slowdown in the technology pipeline. Proton beam accelerators are on target to double between 2010 and 2014, while the market for heart-assist devices (costing more than \$300,000) is projected to grow rapidly. Accountable care organizations (ACOs) and emboldened insurance companies may yet stifle health care cost growth, but our best estimate over the next two decades is that health care costs will grow at GDP plus 1.2 percent; lower than previous estimates but still on track to cause serious fiscal pain for taxpayers and workers who bear the costs of higher premiums.

<http://papers.nber.org/papers/w19700>

Costa D. (2013). Health and the Economy in the United States, from 1750 to the Present : Cambridge : NBER

Abstract: This review discusses theories of the health transition and examines how the health transition occurred in the United States, including changes in the distribution of health by socioeconomic status. I bring new data to bear on an extensive array of health indicators -- mortality, height, BMI, birth weight, and chronic conditions. I investigate the role in the health transition played by rising incomes and by scientific advances and their application and I will argue that the preponderance

of the evidence shows that scientific advances have played an outsize role in the United States. I will examine how these scientific advances, which during the health transition took the form of expensive sanitation projects, were implemented. Fear of infection provided the political support for the financing of these projects, even when the poor were the primary beneficiaries. Because more recent scientific advances have taken the form of therapies targeted to chronic disease and because the importance of behavioral factors has grown, political support for expenditures aimed at the poor is likely to be lower. I will argue that while improvements in health raise productivity, these improvements are not necessarily a precondition for modern economic growth. The nature of the economy in which these improvements occur also matters. The gains to early life health are largest when the economy has moved from "brawn" to "brains" because this is when the wage returns to education are high, leading the healthy to obtain more education. Although the causal effect of education on health is still unclear, those who obtain more education may be better able to take advantage of new medical knowledge and therapies as they age. Analyses and theories of health therefore need to treat health as a dynamic variable. The review also suggests that future health can continue to improve provided that innovation continues. How to finance this innovation remains an issue, but in a rich society the value of even marginal improvements in health is higher than the value of the dramatic mortality declines of the health transition.

<http://papers.nber.org/papers/w19685>

Niza C. (2013). Incentivizing Blood Donation: Systematic Review and Meta-Analysis to Test Titmuss' Hypotheses. *Health Psychology*, 32 (9)

Abstract: Objectives: Titmuss hypothesized that paying blood donors would reduce the quality of the blood donated and would be economically inefficient. We report here the first systematic review to test these hypotheses, reporting on both financial and nonfinancial incentives. Method: Studies deemed eligible for inclusion were peer-reviewed, experimental studies that presented data on the quantity (as a proxy for efficiency) and quality of blood donated in at least two groups: those donating blood when offered an incentive, and those donating blood with no offer of an incentive. The following were searched: MEDLINE, EMBASE and PsycINFO using OVID SP, CINAHL via EBSCO And CENTRAL, the Cochrane Library, Econlit via EBSCO, JSTOR Health and General Science Collection, and Google. Results: The initial search yielded 1100 abstracts, which resulted in 89 full papers being assessed for eligibility, of which seven studies, reported in six papers, met the inclusion criteria. The included studies involved 93,328 participants. Incentives had no impact on the likelihood of donation (OR= 1.22 CI 95% 0.91–1.63; p=.19). There was no difference between financial and nonfinancial incentives in the quantity of blood donated. Of the two studies that assessed quality of blood, one found no effect and the other found an adverse effect from the offer of a free cholesterol test ($\beta=0.011$ p= .05). Conclusion: The limited evidence suggests that Titmuss' hypothesis of the economic inefficiency of incentives is correct. There is insufficient evidence to assess their likely impact on the quality of the blood provided.

<http://psycnet.apa.org/journals/hea/32/9/941.pdf>

Shigeoka H. (2013). The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection : Cambridge : NBER

Abstract: This paper exploits a sharp reduction in patient cost sharing at age 70 in Japan, using a regression discontinuity design to examine its effect on utilization, health, and financial risk arising from out-of-pocket expenditures. Due to the national policy, cost sharing is 60-80 percent lower at age 70 than at age 69. I find that both outpatient and inpatient care are price sensitive among the elderly. While I find little impact on mortality and other health outcomes, the results show that reduced cost sharing is associated with lower out-of-pocket expenditures, especially at the right tail of the distribution.

<http://papers.nber.org/papers/w19726>

(2013). World in Your Pocket 2014. A Handbook of International Health Economic Statistics : Edmonton : Institute of Health Economics .

Abstract: Designed by Alberta's Institute of Health Economics (IHE), this handbook provides a compact, comprehensive, and comparative overview of the economic aspects health systems in Canada and other countries. The handbook provides provincial and national data on health spending,

and compares Canada to other countries on indicators such as length of hospital stay, physician and nurse workforce, pharmaceuticals and health behaviours. It divided data on the health care system into components. For each component, it provides the most important economic indicators which reflect capacity, investment, utilization, prices and costs, total expenditures and finance, on the supply side; and population characteristics, population behaviour, finance and indirect costs on the demand side.

<http://www.ihe.ca/publications/library/2013/ihe-in-your-pocket-2013>

Dakin H. (2013). The Influence of Cost-Effectiveness and Other Factors on NICE Decisions : York : University of York

Abstract: Background: The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) emphasises that cost-effectiveness is not the only consideration in health technology appraisal and is increasingly explicit about other factors considered relevant. Observing NICE decisions and the evidence considered in each appraisal allows us to 'reveal' its implicit weights. Objectives: This study aims to investigate the influence of cost-effectiveness and other factors on NICE decisions and to investigate whether NICE's decision-making has changed through time. Methods: We build on and extend the modelling approaches in Devlin and Parkin (2004) and Dakin et al (2006). We model NICE's decisions as binary choices: i.e. recommendations for or against use of a healthcare technology in a specific patient group. Independent variables comprised: the clinical and economic evidence regarding that technology; the characteristics of the patients, disease or treatment; and contextual factors affecting the conduct of health technology appraisal. Data on all NICE decisions published by December 2011 were obtained from HTAinSite [www.htainsite.com]. Results: Cost-effectiveness alone correctly predicted 82% of decisions; few other variables were significant and alternative model specifications led to very small variations in model performance. The odds of a positive NICE recommendation differed significantly between musculoskeletal disease, respiratory disease, cancer and other conditions. The accuracy with which the model predicted NICE recommendations was slightly improved by allowing for end of life criteria, uncertainty, publication date, clinical evidence, only treatment, paediatric population, patient group evidence, appraisal process, orphan status, innovation and use of probabilistic sensitivity analysis, although these variables were not statistically significant. Although there was a non-significant trend towards more recent decisions having a higher chance of a positive recommendation, there is currently no evidence that the threshold has changed over time. The model with highest prediction accuracy suggested that a technology costing £40,000 per quality-adjusted life-year (QALY) would have a 50% chance of NICE rejection (75% at £52,000/QALY; 25% at £27,000/QALY). Discussion: Past NICE decisions appear to have been based on a higher threshold than the £20,000- £30,000/QALY range that is explicitly stated. However, this finding may reflect consideration of other factors that drive a small number of NICE decisions or cannot be easily quantified.

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP93_cost-effectiveness_NICE_decisions.pdf

Etat de santé / Health Status

Duport N. (2013). Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD, de patients hospitalisés et de mortalité en France métropolitaine, 2007 et 2010. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (30)

Abstract: Objectifs. Ce travail dresse un état des lieux de la maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD) en France métropolitaine, à travers les bases de données existantes, et ouvre la discussion sur les modalités de surveillance à mettre en place à partir des bases médico-administratives et des causes médicales de décès. Méthodes. Les données portent sur deux années (2007 et 2010) et sont issues des bases des affections de longue durée (ALD) de l'assurance-maladie, des hospitalisations (séjours et patients) et des certificats de décès. L'algorithme de sélection correspond aux codes CIM-10 relatifs aux MAAD (G30, F00, F01, F03). Résultats. En 2010, 316 115 personnes étaient en ALD15 ; 228 190 ont été hospitalisées avec une MAAD et 54 291 sont décédées avec une MAAD. Entre 2007

et 2010, malgré la courte période d'étude, le nombre de patients en ALD15 a augmenté de 14,6%, le nombre de personnes hospitalisées avec une MAAD a augmenté de 23,6% et le nombre de décès avec une MAAD a augmenté de 13,9%. Conclusion. Ces résultats mettent en lumière le poids considérable, et en augmentation, de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées pour la société. Ils confirment de plus l'intérêt de l'analyse des bases médico-administratives, si possible en les croisant, et des causes médicales de décès dans la surveillance de ces pathologies, en complément des cohortes (Résumé d'auteur).

http://www.invs.sante.fr/beh/2013/30/2013_30_1.html

Komajda M. (2013). Parcours de soins : Insuffisance cardiaque. Encore trop d'hospitalisations pourtant évitables. *Concours Médical*, 135 (6) :

Abstract: On a écrit à propos de l'insuffisance cardiaque qu'elle constituait une épidémie pour le XXI^e siècle. En effet, en raison de l'amélioration de la prise en charge d'autres pathologies cardiaques telles que les cardiopathies ischémiques, des patients qui autrefois décédaient d'un infarctus du myocarde survivent désormais grâce aux techniques de revascularisation précoce et développent quelques années plus tard une insuffisance cardiaque. Par ailleurs, l'allongement de l'espérance de vie contribue également de façon notable à l'augmentation de cette pathologie dont la prévalence s'accroît fortement au-delà de 60 ans. C'est dire que consacrer un dossier thématique à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est d'actualité compte tenu de son importance en termes de prévalence, de coûts et de sévérité des handicaps.

Rey G. Lamarche-Vadel A., Jouglu E. (2013). Comment mesure-t-on les causes de décès en France ? *Questions de Santé Publique*, (21)

Abstract: L'Inserm est en charge de la production des données sur les causes de décès depuis 1968. La base de données alimentée par les 540000 décès annuels, et gérée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), inclut pour chaque décès des données médicales, sociodémographiques et géographiques. Ces données sont diffusées par différents biais (site internet, requêtes spécifiques, publications.), et des travaux réguliers sont effectués par le CépiDc pour évaluer et améliorer leur qualité. Les analyses réalisées à partir de cette base de données ont permis de mettre en évidence certaines spécificités importantes de la mortalité en France comparée à celle d'autres pays : niveau très élevé des causes de décès liées aux conduites à risque et évitables grâce à la prévention primaire, et fortes inégalités spatiales, sociales et par sexe de la mortalité.

<http://www.iresp.net/communication/publication-dun-bulletin-trimestriel-de-4-pages>

Janssen E. B. (2013). Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011. Estimations locales et extrapolations nationales. Focus - Consommateurs et conséquences. Saint-Denis : OFDT .

Abstract: Ce rapport présente les résultats du troisième exercice de NEMO, la nouvelle enquête multicentrique de l'OFDT, visant à estimer le nombre d'usagers problématiques de drogues, tels que définis par l'OEDT, en France métropolitaine en 2011. Afin de garantir la comparabilité des résultats, ces estimations ont été réalisées à partir des informations fournies par les mêmes sites et en appliquant un cadre méthodologique identique à celui de l'exercice 2006. Les estimations obtenues laissent envisager une augmentation du nombre d'usagers problématiques de drogues - et des prévalences associées, tant au niveau local que national. Cependant, le raffinement statistique des méthodes employées et leur robustesse avérée ne sauraient oblitérer les aléas inhérents à la démarche. Les intervalles de confiance, illustrant le degré d'incertitude des méthodes retenues au moment d'appréhender d'une population difficilement atteignable, sont tels qu'on ne peut avancer une conclusion définitive d'un strict point de vue statistique. En conséquence, les données avancées sont à interpréter comme de simples ordres de grandeur, nécessitant d'être confirmées et précisées. En plus des limites des méthodes statistiques précédemment soulignées, trois autres points méritent une attention particulière : premièrement, la définition retenue est arbitraire puisqu'elle écarte de facto les usages de certaines substances. Elle fait l'objet à ce titre d'une réévaluation au sein de l'OEDT. Deuxièmement, la notion d'usagers de drogue tend à renvoyer une image uniforme de cette population, sans rendre compte de l'hétérogénéité avérée de leurs profils et pratiques. Troisièmement, le coût de l'enquête et la mobilisation des intervenants sur une période relativement longue rappellent

la nécessité d'envisager d'autres moyens d'estimation. Les rapports d'activité annuels transmis par les CSAPA et les CAARUD offrent une alternative qui mériterait d'être approfondie.

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi.html>

Appouey B. (2013). Child Health and Use of Health Care Services in France: Evidence on the Role of Family Income : Paris : Paris School of economics

Abstract: Our paper investigates the relationship between family income and child health in France. We first examine whether there is a significant correlation between family income and child general health, and the evolution of this relationship across childhood years. We then study the role of specific health problems, the use of health care services, and supplemental health insurance coverage, in the income gradient in general health. We also quantify the role of income in child anthropometric measurements. Whenever possible, we compare our results for France with those obtained for other developed countries. Using data on up to approximately 24,000 French children from the Health, Health Care and Insurance Surveys, we apply econometric techniques to quantify the correlation between household income, child general health, specific health problems, anthropometric characteristics, use of health care services, and supplemental insurance coverage. There is a positive and significant correlation between family income and child general health in France. The income gradient in child general health is possibly smaller in France than in other developed countries. The gradient in general health is explained by the greater prevalence of specific health problems for low-income children. In addition, income is strongly correlated with anthropometric characteristics. The use of health care services and supplemental health insurance coverage are probably not major determinants of the gradient in general health. The relationship between income and health in adulthood has antecedents in childhood. Improving access to health care services for children from low-income families may not be enough to decrease social health inequalities in childhood.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2361456

Cubi-Molla P. (2013). Adaptation to Health States: A Micro-Econometric Approach : Londres : City University London Departement of Economics

Abstract: Health care funding decisions in the UK are based on valuations of the general public. However, it has been shown that there is a disparity between a hypothetical valuation of the impact of a specific condition on health and the effect of that health state by someone who experiences it. This paper examines the issue of adaptation to health states, which partially may explain the discrepancy between hypothetical and experienced health state valuations. We use the British Cohort Study (BCS70) which is a longitudinal dataset that tracks a sample of British individuals since their birth in 1970. We use four BCS70 waves containing information on self-assessed health (SAH), morbidity as well as a number of socio-economic characteristics. To estimate the issue of adaptation, we implement a dynamic ordered probit model that controls for (health) state dependence. The empirical specification controls for morbidity and also includes a variable for the duration of the illness. We find that, for most chronic conditions, duration has a positive impact on self-assessed health, while for some conditions-such as diabetes- this does not occur. We interpret our results as evidence in support of the hypothesis that adaptation to chronic diseases exists and may explain at least in part the differences between general public and patients' health state valuations.

http://openaccess.city.ac.uk/2915/1/13_02_VctSoct2013wp.pdf

Godin Blandeau E. D. (2013). La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (35-36)

Abstract: Bien que la vulnérabilité des personnes détenues soit aujourd'hui reconnue (en matière d'emploi, de santé, de logement.), il n'existe que peu de systèmes de surveillance de leur santé. L'objectif de cette revue de la littérature était de décrire les données épidémiologiques concernant les principales pathologies rencontrées en milieu carcéral. Les recherches bibliographiques ont été effectuées dans la base de données Scopus et dans la Banque de données en santé publique, afin d'identifier les études traitant de 14 problématiques de santé présélectionnées. Sur les 5 000 références obtenues, 120 ont été retenues. Les travaux concernaient majoritairement trois thématiques : pathologies mentales, addictions et maladies infectieuses, avec des résultats convergents en France et à l'étranger et des prévalences plus élevées qu'en population générale (1,7 à 2,1% pour l'infection par le VIH ; 74% de fumeurs ; 3,6 à 6% de personnes souffrant de troubles

psychotiques). Les maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète, restent moins étudiées. Quant aux autres problématiques, notamment les maladies dermatologiques ou les traumatismes, les données provenaient d'études présentant d'importantes limites méthodologiques. Devant la morbidité de ces populations et les premiers résultats obtenus sur les maladies chroniques, il paraît nécessaire de développer les études épidémiologiques en milieu carcéral, afin d'adapter la prise en charge (Résumé d'auteur).

<http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/index.html>

Dossou Y. (2013). Diabète de type 1 en France métropolitaine : caractéristiques, risque vasculaire, fréquence des complications et qualité des soins. Entred 2001 et Entred 2007. In : Numéro thématique. Journée mondiale du diabète, 14 novembre 2013. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (37-38)

Abstract: Objectifs : décrire les caractéristiques, le risque vasculaire, les complications et la qualité des soins des personnes diabétiques de type 1 (DT1) en France métropolitaine, ainsi que leur évolution à partir de deux échantillons différents, sélectionnés en 2001 et 2007. Méthodes : au total, 234 et 275 adultes DT1 ont participé, respectivement, à Entred 2001 et Entred 2007 en métropole. Les données de remboursements de soins médicaux et de questionnaires adressés par voie postale aux patients et à leur médecin ont été collectées. Résultats : en 2007, l'âge moyen des adultes DT1 était de 42 ans. L'obésité avait progressé (14% ; 4 points depuis 2001), le tabagisme était rapporté par 39% des personnes. Le taux d'HbA1c moyen était de 7,9% (+0,2%) et la pression artérielle de 125/77 mmHg (-3/-1 mmHg). Un angor ou infarctus du myocarde était rapporté par 7% (stable), un traitement ophtalmologique par laser par 24% (-1 point) et un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé par 12% (+6 points) des personnes. Au total, 28% étaient suivis par un spécialiste (+7 points) ; 35% (+8 points) avaient bénéficié de 3 dosages d'HbA1c, 61% (+3 points) d'un dosage de la créatinine, 42% (+7 points) d'un dosage de la protéinurie ou de l'albuminurie, et 54% (+6 points) d'une consultation d'ophtalmologie en secteur libéral dans l'année. Discussion : en 2007, le risque vasculaire restait élevé chez les personnes DT1, avec en particulier un tabagisme fréquent, une obésité en augmentation et un contrôle glycémique insuffisant. La fréquence des complications n'avait pas diminué. Quant au dépistage des complications, il s'était bien amélioré en six ans, même si des progrès restent encore à faire dans ce domaine. (R.A.).

<http://www.invs.sante.fr/beh/2013/37-38/index.html>

(2013). Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle 2007-2009 : Paris : Inserm .

Abstract: Le nouveau rapport « Mortalité maternelle en France », coordonné par l'unité Inserm U953 « Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants », annonce une baisse du taux de mortalité par hémorragie du postpartum – première cause de mortalité maternelle en France – sur les données de 2007-2009 par rapport à 2004-2006. Vingt recommandations ont été formulées par le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle dans le but de sensibiliser les professionnels de santé et les futurs parents en concertation avec le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français et la Société Française des Anesthésistes-Réanimateurs/Club d'Anesthésie-Réanimation en obstétrique.

<http://www.inserm.fr/content/download/75445/595436/file/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>

Géographie de la santé / Geography of Health

Philibert M.D. (2013). Associations between disability prevalence and local-area characteristics in a general community-living population. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (5) :

Abstract: Le handicap est déterminé par des interactions entre les caractéristiques des personnes et celles de l'environnement. Ainsi, les caractéristiques des milieux locaux devraient être associées à la prévalence de handicap à l'échelle locale. Cette étude avait trois objectifs : évaluer les associations entre, d'une part, la prévalence de handicap et, d'autre part, la composition socioéconomique et les caractéristiques contextuelles des milieux locaux ; estimer la part des différences de la prévalence de handicap entre les catégories urbaines/rurales qui est attribuable à la composition socioéconomique et aux caractéristiques contextuelles ; évaluer si l'association entre la prévalence de handicap et la composition varie selon le type de contexte. Méthodes : La prévalence de handicap au Québec a été estimée à l'échelle des aires de diffusion (617 individus en moyenne) d'après les réponses de 20% de la population au recensement canadien de 2001. Les milieux locaux étaient décrits par une catégorisation urbaine/rurale, la défavorisation matérielle et sociale de la population, le transport actif et collectif, la stabilité résidentielle et la qualité des habitations. Les associations entre la prévalence de handicap et les caractéristiques des milieux locaux ont été estimées à l'aide de régressions logistiques multiniveaux. Résultats : Le handicap était associé à la composition socioéconomique des milieux locaux ainsi qu'aux caractéristiques contextuelles. Ces associations expliquaient notamment les différences de la prévalence de handicap entre les catégories urbaines/rurales. La composition socioéconomique des milieux locaux était un facteur de confusion dans les associations observées entre les caractéristiques contextuelles et la prévalence de handicap. Certaines associations entre la prévalence de handicap et la composition socioéconomique des milieux locaux variaient également en fonction des caractéristiques contextuelles. L'importance de telles interactions entre composition et contexte était plus grande lorsqu'elle était exprimée en nombre de personnes en situation de handicap (mesure absolue) qu'en termes de prévalence (mesure relative). Conclusion : Les variations de la prévalence de handicap entre les catégories urbaines/rurales des milieux locaux du Québec sont attribuables à la composition socioéconomique de la population et à des caractéristiques contextuelles spécifiques à ces milieux. Ce résultat est cohérent avec une représentation des distinctions urbaines/rurales des milieux fondée sur des différences observées simultanément sur plusieurs facteurs. Bien que la composition socioéconomique des milieux locaux explique une grande part de la variabilité de la prévalence de handicap, cette étude montre que les caractéristiques contextuelles sont pertinentes dans l'analyse de la distribution spatiale du handicap car elles prédisent les variations spatiales du handicap, parfois en interaction avec la composition socioéconomique. Cette étude montre aussi que les perspectives absolues et relatives sur ces questions peuvent mener à des conclusions différentes. (résumé d'auteur)

Touati N., Turgeon J. (2013). Répartition géographique des médecins de famille : quelles solutions à un problème complexe ? *Santé Publique*, 25 (4)

Abstract: Dans cet article, les auteurs s'intéressent à la question de la répartition géographique des médecins omnipraticiens, en focalisant sur les enjeux d'attraction. L'analyse repose sur une approche configurationnelle. Définie simplement, cette approche stipule que les impacts d'une intervention sont liés d'une part, à la cohérence interne entre les caractéristiques d'une intervention et d'autre part, à la cohérence qui existe entre cette intervention et son contexte. Une étude de cas longitudinale a été menée, correspondant à l'expérience du Québec sur 35 ans. Les mesures mobilisées ont surtout porté sur la formation, les incitatifs (positifs et négatifs), le support, et depuis 2004 une certaine forme de coercition. La sélection des candidatures à l'entrée en médecine en fonction de certaines variables individuelles susceptibles d'influencer le lieu de pratique, a été peu mise en oeuvre. La combinaison des mesures gagne en efficacité à travers le temps : ces gains en efficacité sont interprétés en se référant à la cohérence interne des mesures et à la cohérence par rapport à l'environnement externe. Les interventions favorables à une répartition équitable des effectifs ne serait se limiter à l'activation d'un levier donné et doivent être pensées comme des interventions complexes.

Hôpital / Hospitals

Kumar A. (2013). Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries : Paris : OCDE

Abstract: Afin d'apporter des informations à l'appui de la conférence organisée le 11 avril 2013 par le ministère allemand de la Santé (BMG) et l'OCDE sur le thème de la « Gestion des volumes d'activité des hôpitaux », le Secrétariat de l'OCDE a élaboré ce document, qui permet d'aborder la situation de l'Allemagne et le débat en cours selon une perspective internationale. Ce texte livre un certain nombre d'observations concernant la structure et le financement des hôpitaux allemands. Il montre dans un premier temps que l'Allemagne a du financement des services hospitaliers une approche plus ouverte que de nombreux autres pays de l'OCDE, et que le budget des hôpitaux y est plus faiblement contrôlé. Cela tient en grande partie au fait que la tarification des services hospitaliers repose en Allemagne presque exclusivement sur les groupes homogènes de malades (GHM), alors que d'autres pays s'en servent plutôt – avec un grand nombre d'autres outils – pour contrôler le budget des hôpitaux. Cette situation est renforcée par le fait que les autorités des Länder ne sont pas incitées à rationaliser la capacité du secteur hospitalier, alors que cela pourrait être souhaitable. Enfin, le document fait valoir que les nombreuses informations disponibles en Allemagne sur la qualité des soins devraient contribuer à une meilleure affectation des financements.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/managinghospitalvolumes.htm>

Contreras J. (2013). Production Factors, Productivity Dynamics and Quality Gains as Determinants of Healthcare Spending Growth in U.S. Hospitals. Mexico : Bank of Mexico

Abstract: We analyze the contribution of production factors to revenue growth in almost the complete universe of U.S. hospitals, accounting for quality and productivity. Production factors (capital, labor, energy, materials and drugs) contributed 70% (drugs alone contributed 52 %), better health outcomes (higher quality) contributed 5 %, and better use of resources (productivity) contributed 25 %. We find increasing returns to scale, a markup of between 15% and 36% and a much larger productivity dispersion in the hospital sector than the one found in manufacturing, with gains coming mainly from within-hospital productivity growth and almost zero coming from net entry.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2344549

Evain F. (2013). Hospitalisation de court séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2010. *Etudes et Résultats (Drees)*, (854) :

Abstract: Sur la période 2003-2011 étudiée ici, l'activité globale a logiquement augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population. Ainsi, la déformation de la structure de la population est responsable de 80% de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Si l'effet démographique apparaît donc prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour certains segments d'activité. Par ailleurs, la part de marché des hôpitaux publics en nombre de séjours - valorisés ou non par les tarifs - s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées.

http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats_678.html?publication=2011

El Oualidi Moulay-Ali S.J. (2013). Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux. *Santé Publique*, 25 (4) :

Abstract: La croissance exponentielle des activités des services des urgences des hôpitaux allonge le temps d'attente des patients et impacte l'usage optimal des ressources destinées au traitement des urgences vitales. La présente étude avait pour objectif de tester et valider différentes stratégies de pilotage, pour minimiser le délai moyen de séjour au service d'accueil des urgences du Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca. Nous nous sommes intéressés, dans cette étude, à la modélisation et à la simulation pour décrire le flux de patients au service en question. En termes d'analyse de l'existant, nous avons identifié des goulots d'étranglements au niveau de la consultation de médecine et de la radiologie. Ceux-ci ont engendré un délai moyen de séjour de six heures. Face à cette situation, une réorganisation de ce service a été proposée et expérimentée par simulation. Les résultats ainsi obtenus ont révélés une réduction de 30% de ce délai. L'étude a montré que le mode organisationnel de travail au service des urgences a un impact significatif sur le délai moyen de séjour.

Chauveau P., Mazet-Guillaume B., Baron C. (2013). Impact du contenu du courrier médical sur la qualité du triage initial des patients adultes admis aux urgences. *Santé Publique*, 25 (4)

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

Page 17 sur 38

www.irdes.fr/documentation/actualites.html

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

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

Abstract: Les auteurs ont réalisé une étude prospective pendant 2 mois (8 171 admissions) au service des urgences de l'hôpital universitaire d'Angers afin d'analyser l'influence du courrier médical sur la priorisation par l'infirmière d'accueil et d'orientation des patients admis aux urgences (phase initiale de triage). 1 516 patients porteurs d'un courrier médical (18,5% des admissions) ont été inclus dont 756 avec des données exploitables. Après lecture de la lettre d'admission, les infirmières ont modifié le niveau de priorité CIMU pour 34 patients (4,5%), le motif de recours pour 50 patients (6,6%) et ont supprimé la nécessité d'un geste urgent pour 70 patients (9,3%). Il n'existe pas de différence significative concernant le choix du niveau de priorité CIMU ($p=0,908$). Cependant, les modifications du niveau de priorité se font significativement plus souvent dans le sens d'une majoration du caractère urgent ($p=0,005$). L'analyse des commentaires montre que la mention de signes de gravité rapportés dans le courrier peut expliquer ces résultats. Certains antécédents et/ou hypothèses diagnostiques semblent avoir conduit les infirmières à supprimer la nécessité d'un geste urgent. Dans cette étude la lettre du médecin a peu d'influence sur le choix du niveau de priorité fixé à l'admission aux urgences par l'infirmière à l'exception de patients pour lesquels la mention de signes de gravité dans le courrier, non retrouvés à l'accueil, a conduit l'infirmière à modifier son niveau de priorité dans le sens plus urgent. La connaissance des informations contenues dans le courrier médical, utiles à la priorisation des patients admis aux urgences, paraît intéressante à étudier afin d'améliorer son influence sur la qualité du tri.

Kranklader E., Minodier C., Fourcade.N. (2013). Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé. *Etudes et Résultats (Drees)*, (846)

Abstract: Le personnel non médical des établissements de santé en France est relativement âgé, en particulier le personnel non soignant, parmi lequel les 50 ans et plus sont davantage représentés. Les structures d'âge des sages-femmes et professions non médicales soignantes sont plutôt diversifiées avec un personnel d'encadrement âgé, des sages-femmes et infirmiers jeunes et des aides-soignants vieillissants. Les professionnels soignants âgés de moins de 30 ans travaillent davantage dans les centres hospitaliers universitaires et régionaux et dans les cliniques privées. Ils exercent également plus fréquemment dans les régions du nord de la France, au contraire des professionnels plus expérimentés, âgés de 50 ans et plus, plus présents dans le sud de la France. Dans la moitié des régions françaises, les professionnels soignants âgés de 50 à 60 ans représentent plus du quart des salariés âgés de 20 à 60 ans. Cette situation va entraîner, dans les années à venir, de nombreux départs en retraite.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/etablissements-de-sante-le-personnel-soignant-de-plus-en,11161.html>

(2013). Absentéisme et rotation du personnel des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2011 : Lyon : ATIH .

Abstract: Selon ce rapport d'enquête, le taux d'absentéisme global pour motifs médicaux, maternité, paternité et adoption s'élevait à 6,9% en 2011 dans les établissements de santé auparavant sous dotation globale. Ce taux est presque trois fois plus important pour les non-médicaux (7,2%) que les médecins (2,6%). En outre, il grimpe à 8% chez le personnel opérant en services de soins, dont 9,3% pour les aides-soignants et 7,4% pour les infirmiers. Ce travail porte sur 595 établissements. Là où le public affiche un taux global à 6,9%, le privé non lucratif culmine à 8,2% et affiche un taux supérieur pour chaque catégorie de personnel. L'analyse a été réalisée sur la base des données des 595 établissements ayant répondu à l'enquête Absentéisme et rotation du personnel 2011, représentant 72% des établissements publics de plus de 300 agents enquêtés (établissements pour lesquels la participation est obligatoire) et 78% des produits globaux des établissements publics de santé de plus de 300 agents ayant remonté leur compte financier 2011.

Thuaud E. (2013). La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011. *Etudes et Résultats (Drees)*, (859)

Abstract: En 2011, l'amélioration de la rentabilité nette des cliniques privées à but lucratif (+2% par rapport à 2010) est la conséquence d'une hausse du résultat exceptionnel, lié à des opérations de cessions immobilières. Elle pourrait donc ne pas être pérenne. Le secteur le plus important reste celui de la médecine, chirurgie et obstétrique ou odontologique : les cliniques privées y réalisent 50% des venues en hospitalisation partielle et 25% des séjours en hospitalisation complète. Leur part de

marché tend à diminuer, au profit des hôpitaux publics et leur situation économique, satisfaisante en moyenne, présente une grande hétérogénéité : plus d'1/4 subissent des pertes alors qu'1/10 a une rentabilité supérieure à 12,2%.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-economique-et-financiere-des-cliniques-privées,11219.html>

Mouquet M.C., Oberlin.P. (2013). L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 : résultats détaillés. *Série Etudes et Recherches - Document de Travail - Drees*, (128)

Abstract: Environ un résident français sur six a été hospitalisé en 2008 dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO). Entre 1998 et 2008, le nombre de séjours en MCO, hors accouchement unique et spontané, a augmenté de 11%, et le nombre total d'équivalents-journées a diminué de 7%. On note des différences selon les groupes d'âges conduisant à une fréquentation de plus en plus âgée en lien avec le vieillissement de la population. Pour les 75 ans ou plus, le nombre de séjours a augmenté de 42% entre 1998 et 2008 et celui des équivalent-journées de 14%. La part des séjours de 75 ans ou plus est ainsi passée de 16% en 1998 à 21% en 2008. La variabilité des taux d'hospitalisation régionaux dépend en grande partie des différences de structures démographiques. L'amplitude des écarts entre les valeurs régionales et la valeur nationale diffère sensiblement selon la pathologie étudiée, ainsi que le classement des régions.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/l-evolution-des-motifs-de-recours-a-l-hospitalisation-de,11221.html>

(2013). Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2012 : Paris : ATIH .

Abstract: A la suite de la publication de l'analyse nationale de l'activité hospitalière 2012, ce rapport présente une étude comparative de l'activité hospitalière 2012 entre les régions. Il répond à l'analyse attendue par le Parlement en application de la loi modifiant la loi HPST (Article 27 de la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011). Cette étude est composée de deux tomes :Le tome 1 compare l'activité hospitalière régionale selon différents critères : âge des patients, type d'hospitalisation, catégories d'activité de soins, etc. L'approche régionale pouvant masquer de fortes disparités intra régionales, cette année l'étude va plus loin avec la mise en exergue de disparités départementales. La mise en relation de la structure d'activité hospitalière et les caractéristiques sociodémographiques est réalisée à ce niveau géographique. Le tome 2 est composé d'une fiche par région qui décrit l'activité hospitalière en distinguant les établissements de santé selon leur secteur de financement. Cette approche souligne les différentes dynamiques d'activité au sein même d'une région. De plus, des informations d'analyse qualitative issues des Agences régionales de santé (ARS) apportent un éclairage complémentaire notamment sur les problématiques de démographie médicale et de restructuration de l'offre de soins (résumé de l'éditeur).

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0009500003FF>

Inégalités de santé / Health Inequalities

Calvet L. Moisy M., Fourcade N. (2013). Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. *Etudes et Résultats (Drees)*, (847)

Abstract : La santé bucco-dentaire des enfants s'est nettement améliorée ces vingt dernières années. Cependant, des inégalités sociales de recours aux soins et de santé demeurent : 9 enfants de cadres âgés de 6 ans sur 10 n'ont jamais eu de caries contre 7 enfants d'ouvriers sur 10 en 2006. La Haute Autorité de santé préconise une visite annuelle chez le dentiste dès l'apparition des dents de lait. Or, le recours aux soins dentaires des enfants est inférieur à cette recommandation : selon l'enquête Handicap-Santé de 2008, seuls 70% des 5-15 ans avaient consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois. Ce pourcentage masque à la fois des inégalités sociales et territoriales,

puisque ce sont 8 enfants de cadres sur 10 qui ont consulté un dentiste dans l'année contre 6 enfants d'ouvriers.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/sante-bucco-dentaire-des-enfants-des-inegalites-des-le-plus,11172.html>

Marmot M. (2013). Action on the social determinants of health. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3) :

Abstract: Le rapport intitulé "Comblers le fossé en une génération" de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS suggère que les inégalités de pouvoir, d'argent et de ressources sont responsables d'une grande partie des inégalités de santé, que ce soit au sein d'un même pays ou entre différents pays. Un ensemble de politiques et de programmes insuffisants, de dispositions économiques inéquitables et de mauvaise gouvernance a conduit à des inégalités dans les conditions de vie quotidienne, à savoir les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Le message que nous faisons passer est qu'il y a un réel besoin d'engagement intergouvernemental pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les éléments du rapport suggèrent que, par cet engagement, beaucoup de choses peuvent être mises en place de manière concrète. (résumé d'auteur)

Charles M.A. (2013). Importance de la théorie des origines développementales de la santé (DOHaD) pour les inégalités sociales de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Abstract: L'exposition à des produits chimiques (environnementaux ou médicamenteux), à des agents infectieux, une nutrition déséquilibrée, ou bien un stress psychosocial en période prénatale ou dans les premiers mois ou années de vie sont autant de facteurs pour lesquels on a montré des conséquences à long terme sur la santé des individus. Les conséquences ne sont cependant pas limitées à la santé. Un exemple démonstratif a été apporté par l'étude de l'épidémie de grippe de 1918 à 1919 aux États-Unis. À l'échelle du pays, on estime que la perte de revenus sur la vie entière pour les individus susceptibles d'avoir été exposés pendant la vie foetale à cette épidémie s'élève à 14 milliards de dollars. Cet exemple permet de démontrer qu'une exposition pendant la vie foetale non socialement différenciée peut avoir des conséquences affectant la situation sociale des individus à l'âge adulte. Dans beaucoup de situations, il est bien plus difficile de séparer un effet propre d'une exposition, de l'effet global du milieu social. En effet, il a bien été montré que la situation socioéconomique dans l'enfance est associée à un risque de surmortalité à l'âge adulte, même si l'on tient compte de la situation socioéconomique et de comportements à risque à l'âge adulte. Parmi les explications avancées, la théorie des origines développementales de la santé est venue créditer le modèle postulant l'existence de périodes critiques précoces au cours desquelles l'individu est particulièrement vulnérable à certaines expositions d'une plausibilité biologique. Ainsi, assurer les meilleures conditions du développement biologique, physique, émotionnel et cognitif précoce des enfants doit leur permettre d'atteindre leur potentiel en termes de santé sur le long terme et un retour socioéconomique pour la société. Investir sur cette période apporte aussi l'espoir de réduire la perpétuation des inégalités sociales et de santé, de génération en génération. (résumé d'auteur)

Dray-Spira R. (2013). Maladies chroniques et emploi : impact en termes d'inégalités sociales de santé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Abstract: Le fait que les problèmes de santé n'aient pas les mêmes conséquences pour les individus selon leur position sur l'échelle sociale constitue un mécanisme important de production des inégalités sociales de santé. Dans le contexte actuel, les maladies chroniques pourraient avoir des conséquences majeures sur l'emploi et avoir ainsi un rôle important en termes d'inégalités sociales de santé. La compréhension des processus permettant d'expliquer les inégalités sociales dans les conséquences des maladies chroniques constitue aujourd'hui un domaine de recherche crucial non seulement dans le champ de l'épidémiologie sociale, mais également pour la santé publique. Des travaux menés dans différents pays ont permis de mettre en évidence une moindre participation à l'emploi et une fréquence plus élevée des départs à la retraite anticipés, des limitations dans l'emploi, ou encore de l'absentéisme au travail pour raisons de santé parmi les personnes atteintes de diverses pathologies chroniques, par rapport à celles qui en étaient indemnes. Cependant, les données publiées laissent ouvertes des questions de recherche importantes sur la nature causale et les mécanismes de cette association entre maladie chronique et emploi. Par ailleurs, très peu d'études se

sont intéressées de façon ciblée aux inégalités observées dans les conséquences des maladies chroniques sur l'emploi, en se focalisant sur des populations atteintes d'une maladie chronique donnée. Pourtant, de telles études pourraient permettre de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans ces inégalités, en fournissant des mesures plus précises de l'état de santé et de ses déterminants. Aujourd'hui, de nombreuses questions restent posées sur ces mécanismes, questions qui mériteraient d'être investiguées dans de futurs travaux. En mettant en évidence des inégalités dans les conséquences des maladies chroniques sur l'emploi et en permettant la compréhension des mécanismes qui les sous-tendent, de tels travaux permettraient de fournir des éléments utiles pour tenter de pallier ces inégalités. De plus, ils contribueraient de façon plus large à améliorer la compréhension des processus qui sont à l'origine des inégalités sociales de santé. (résumé d'auteur)

Peretti W.P. (2013). La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Abstract: En France, comme dans beaucoup d'autres pays, la lutte contre les inégalités sociales de santé est une priorité des politiques publiques. Pourtant, dans certains cas, la prévention primaire peut contribuer à accroître ces inégalités. C'est ce qu'illustre cet article, en s'appuyant sur les cas du tabagisme et de l'obésité, et en considérant en particulier les hypothèses implicites que fait la prévention sur ceux à qui elle s'adresse, ainsi que ses effets de stigmatisation. D'une part, la prévention peut accroître la différenciation sociale des conduites à risque, parce que son efficacité est elle-même socialement différenciée (son efficacité n'est pas la même, selon la catégorie sociale). D'autre part, la prévention augmente les coûts financiers ou symboliques d'une conduite à risque et tend de ce fait à accroître également les inégalités sociales. La prévention primaire devrait donc plus souvent s'interroger sur les effets parfois inattendus et délétères de ses actions. (résumé d'auteur)

Clark A.E. (2013). Social comparisons, health and well-being. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Abstract: La santé et le bien-être sont déterminés socialement : une des raisons de cette détermination est l'existence des comparaisons sociales avec les autres individus appartenant au même groupe familial, géographique ou social, soit par rapport au revenu, soit par rapport à d'autres aspects de la vie économique et sociale. L'hypothèse présentée dans cet article est que ce phénomène de comparaison peut aider à comprendre le gradient social de santé. (résumé d'auteur)

Kivits J. (2013). Social determinants of health-related quality of life. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3)

Abstract: Le concept de qualité de vie liée à la santé (QVLS) place la perspective du patient au centre de la relation de soins. La QVLS est souvent associée à des outils mesurant la perspective du patient, plus spécifiquement les conséquences de problèmes de santé sur la vie quotidienne. Les façons dont les patients font état de leur santé sont diverses et influencées par des facteurs sociaux tels que l'âge, le genre, la situation professionnelle. Les déterminants sociaux de la QVLS sont cependant peu étudiés. Cet article présente une analyse secondaire de données de QVLS, issues de deux enquêtes nationales françaises (Baromètre Santé 2005 ; Enquête Décennale Santé 2002-2003). L'analyse des données montre l'existence de déterminants sociaux. Quatre indicateurs sociaux émergent plus particulièrement comme déterminant la QVLS : vivre en couple, le niveau d'éducation, l'occupation professionnelle et le revenu du ménage. Les mécanismes sociaux à l'origine de la détermination sociale de la QVLS mériteraient d'être davantage explorés en privilégiant des approches de recherche pluridisciplinaire, intégrant les niveaux individuels et structurels de compréhension de la QVLS, ainsi qu'en considérant les compétences et les ressources sociales des individus qu'ils mobilisent pour faire face aux problèmes de santé. (résumé d'auteur)

O'Donnell O. (2013). Health and Inequality : Tilburg : Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

Abstract: We examine the relationship between income and health with the purpose of establishing the extent to which the distribution of health in a population contributes to income inequality and is itself a product of that inequality. The evidence supports a significant and substantial impact of ill-health on income mainly operating through employment, although it is difficult to gauge the magnitude of the

contribution this makes to income inequality. Variation in exposure to health risks early in life is a potentially important mechanism through which health may generate, and possibly sustain, economic inequality. If material advantage can be exercised within the domain of health, then economic inequality will generate health inequality. In high income countries, the evidence that income (wealth) does have a causal impact on health in adulthood is weak. But this may simply reflect the difficulty of identifying a relationship that, should it exist, is likely to emerge over the lifetime as poor material living conditions slowly take their toll on health. There is little credible evidence to support the claim that the economic inequality in society threatens the health of all its members, or that relative income is a determinant of health.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2357511

Wilkinson R. (2013). Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous : Paris : Les petits matins

Abstract: Pourquoi les Japonais vivent-ils plus longtemps que les Américains ? Pourquoi y a-t-il plus de grossesses chez les adolescentes aux États-Unis qu'en France ? Pourquoi les Suédois ont-ils la taille plus fine que les Grecs ? La réponse est chaque fois : l'inégalité. État de santé, espérance de vie, obésité, santé mentale, taux d'incarcération ou d'homicide, toxicomanie, grossesses précoces, succès ou échecs scolaires, bilan carbone et recyclage des déchets, tous les chiffres vont dans le même sens : l'inégalité des revenus nuit de manière flagrante au bien-être de tous. Conclusion des auteurs : « Ce n'est pas la richesse qui fait le bonheur des sociétés, mais l'égalité des conditions. » (4e de couverture.)

(2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhague : OMS .

Abstract: La Région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a vu sa situation sanitaire s'améliorer considérablement, bien qu'un manque d'équité persiste tant entre les pays qu'au sein d'un même pays. Désormais, on en sait beaucoup plus sur l'ampleur et les causes sociales de ce manque d'équité, en particulier depuis le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé, en 2008. Cette analyse des iniquités sur le plan sanitaire dans les 53 États membres de la Région a été commandée afin de contribuer à l'élaboration du nouveau cadre politique européen pour la santé et le bien-être, Santé 2020. Elle s'appuie sur les bases factuelles obtenues à l'échelle mondiale et recommande des politiques visant à lutter contre le manque d'équité en santé et la fracture sanitaire dans tous les pays, y compris les pays à faible revenu. Le rapport est présenté en quatre parties. La partie I replace l'analyse dans son contexte, et énonce les principes clés qui sous-tendent les recommandations et les raisons pour lesquelles elles sont regroupées en quatre grands thèmes : les différentes étapes de la vie, la société au sens large, le contexte macro-économique, et les systèmes de gouvernance, de prestation et de suivi. La partie II résume les bases factuelles existantes sur l'ampleur de la fracture sanitaire entre pays de la Région européenne, et décrit les iniquités sur le plan sanitaire et leurs déterminants sociaux. La partie III se concentre sur les quatre thèmes, en faisant des recommandations fondées sur des bases factuelles. La partie IV décrit les obstacles à la mise en œuvre, résume le cadre de l'action, évoque les raisons des échecs, fournit des conseils sur les bonnes pratiques et résume les conclusions et recommandations de l'analyse. Cette analyse est un coup de semonce pour les dirigeants politiques comme pour les responsables professionnels. Elle est une occasion pour eux de faciliter le travail de ceux qui se consacrent à l'amélioration des bilans sanitaires et de réduire les écarts entre et dans les pays de la Région en matière de santé.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>

(2013). Governance for health equity in the WHO European Region. Copenhague : OMS .

Abstract: Ce rapport analyse les modes de gouvernance produisant de l'équité en Europe. Le rapport examine les politiques menées dans la zone Europe et analyse quelles sont celles qui parviennent - ou échouent - à intervenir sur les déterminants de santé et à promouvoir l'équité en santé. Le rapport se structure en six grandes parties, qui décrivent les inégalités de santé en Europe, les tendances s'agissant de la gouvernance, les progrès réalisés et les échecs constatés. Il établit un ensemble de recommandations : promouvoir la responsabilité partagée en termes d'équité, renforcer la cohérence

des instruments récompensant les actions communes à l'encontre des injustices sociales, considérer l'équité et l'équité en santé comme indicateurs d'une société juste, impliquer les populations locales dans la réduction des injustices sociales et enfin, favoriser l'échange d'information dans toute l'Europe.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf

O'Mara-Eves A. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*, 1 (4) :

Abstract: Bien que l'engagement communautaire est perçu comme un moyen de réduire les inégalités de santé, cette approche n'est pas encore soutenue par des données probantes solides. Ce rapport britannique présente une revue systématique et une méta-analyse de 131 études précédentes pour identifier des modèles d'engagement communautaire et des méthodes pratiques qui sont efficaces dans la réduction des inégalités de santé. Les auteurs examinent les processus et les coûts associés à leur mise en œuvre.

http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0006/94281/FullReport-phr01040.pdf

Médicaments / Pharmaceuticals

(2013). Avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville
: Paris : Autorité de la Concurrence .

Abstract: En février 2013, l'Autorité de la concurrence a pris l'initiative de lancer une vaste enquête sectorielle afin d'examiner la distribution en ville du médicament à usage humain. Après avoir interrogé les acteurs du secteur et avoir analysé en profondeur son fonctionnement, l'Autorité de la concurrence rend public son avis. Elle appelle de ses vœux une animation de la concurrence sur l'ensemble de la chaîne de distribution et soutient notamment une ouverture encadrée de la distribution au détail des médicaments non remboursables.

<http://www.autoritedelaconcurrence.fr/pdf/avis/13a24.pdf>

(2013). Caractérisation des antibiotiques considérés comme « critiques ». Rapport d'expertise. St Denis : ANSM .

Abstract: L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), partenaire institutionnel du « plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques », y intervient plus particulièrement au travers de ses missions de suivi des consommations, d'évaluation des antibiotiques et des tests rapides d'orientation diagnostique. Dans le cadre des actions à mener pour optimiser le bon usage des antibiotiques, la DGS qui coordonne le « Plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques », a saisi l'ANSM sur les actions suivantes : - Identifier et lister les classes d'antibiotiques particulièrement génératrices de résistances bactériennes; - Etablir la liste des antibiotiques définis comme étant de « dernier recours » ; - Etablir un socle national minimal d'antibiotiques à dispensation contrôlée. Un groupe pluridisciplinaire d'experts en microbiologie, pharmacologie, infectiologie, pneumologie, réanimation, pédiatrie, médecine générale, d'exercice libéral et hospitalier, répartis sur le territoire national, ainsi que de partenaires institutionnels, a été constitué par l'ANSM pour répondre à cette saisine de la Direction Générale de la Santé (tiré de l'intro).

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/f26feefbd544911eb24fe45324c361b5.pdf

Verger P. (2013). La politique du médicament en EHPAD : Paris : Ministère chargé de la santé .

Abstract: La France en 2009 compte 12 millions de personnes de plus de 60 ans, soit 20 % de la population et 6 % des personnes âgées vivent en institution. En France, la consommation de médicaments est importante et augmente avec l'âge. L'arrivée en institution est associée le plus souvent à une situation de dépendance, de rupture d'autonomie et de poly pathologie. De facto, les résidents d'EHPAD bénéficient d'une prise en soins avec un suivi médical qui nécessite la mise en

œuvre d'une thérapeutique médicamenteuse. Après un état des lieux sur les EHPAD et leur population, cinq pistes de réflexions ont été retenues en matière d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse : un regard est porté sur l'usage du médicament chez le sujet âgé ; la démarche de sécurisation du circuit du médicament ; la nécessité des actions de prévention ; l'optimisation du système d'information des EHPAD ; le développement de la recherche relative au médicament chez le sujet âgé.

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf

Banerjee T. (2013). Pharmaceutical regulation and innovative performance: a decision-theoretic model : Auburn : Auburn University

Abstract: In this paper we develop a model of the impact of the drug approval process on the terms of a contract between a pharmaceutical company that requires the services of a contract research organization (CRO) to carry out testing of new drug molecules. Results show that if the equilibrium contract includes a variable payment (royalty), the CRO gives more effort to create a more accurate result, the more strict the FDA approval process. We also find that given the royalty shares in the contract if the FDA demands more accuracy in results as a condition of approval, then the CRO will generate more accurate results from late stage tests. However, greater FDA stringency in the approval process benefits pharmaceutical companies because the greater is FDA stringency, the less is the risk of a drug recall. We also find that in order to employ a CRO in the testing process, the pharmaceutical company's prior probability that the drug is of high quality must be very high.

<http://cla.auburn.edu/econwp/Archives/2013/2013-21.pdf>

Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics

Barr T. (2013). A Detailed Decomposition of Synthetic Cohort Analysis : Bonn : IZA

Abstract: Social scientists are often interested in assessing relative changes between two groups over time, for example, the convergence of black-white wages from 1940 to 1990. In such situations, we need a control group for both treatment groups to remove biases resulting from time trends and unobserved factors. Smith and Welch (1989) propose a decomposition technique that handles this situation using a difference-in-differences like method, attributing relative changes to four different effects. However, a method for specifying the contribution of every variable in the equation, referred to as the detailed decomposition, has not been developed. We present a detailed decomposition and provide a Stata estimator for practitioners to implement our method. Using the convergence of black-white wage between 1960 and 1970 as an example, our detailed decomposition result shows that education accounts for 73 percent of the value of change in characteristics while experience explains only 3 percent.

<http://ftp.iza.org/dp7743.pdf>

Politique de santé / Health Policy

Le Luong.T. (2013). De la stratégie dans toutes les politiques à la stratégie nationale de santé. *Actualité et Dossier en Santé Publique* , (83) :

Abstract: La future stratégie nationale de santé, qui s'annonce structurelle et inscrite dans la durée, suscite une forte attente et une effervescence de propositions stimulantes des acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé. Elle devra mieux articuler l'ensemble des acteurs et échelons intervenant dans ce champ.

(2013). Éléments pour une stratégie nationale de santé et pour une nouvelle loi de santé publique. *Actualité et Dossier en Santé Publique* , (83) :

Abstract: Après avoir énuméré les grandes principes généraux sur lesquels doivent s'appuyer aussi bien la stratégie nationale de santé 2013 que la loi de santé publique prévue pour 2014, cet article énumère les recommandations méthodologiques du HCSP pour la conception et la mise en oeuvre des politiques de santé.

Morlat P., Kalmergan D., Tran B. (2013). L'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (83)

Abstract : Pour évaluer le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2013, le HCSP a analysé les conditions de réalisation et de déploiement de ce plan ainsi que ses effets quantitatifs et qualitatifs. Il propose un ensemble de recommandations.

(2013). Plan d'actions pour la santé mentale 2013-2020 : Genève : OMS

Abstract: Le bien-être mental est une composante essentielle de la définition de la santé que donne l'OMS. Une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté. La santé mentale est importante mais il nous reste à l'échelle mondiale un long chemin à parcourir pour lui donner toute sa place. Il convient d'inverser de nombreuses tendances fâcheuses - les services et les soins de santé mentale trop souvent négligés, les violations des droits humains ou la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux ou de handicaps psychosociaux. Ce plan d'action global reconnaît le rôle essentiel de la santé mentale dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Il repose sur une approche portant sur toute la durée de la vie, vise à parvenir à l'équité moyennant la couverture sanitaire universelle et souligne l'importance de la prévention. Il définit quatre objectifs principaux : parvenir à un leadership et à une gouvernance plus efficaces dans le domaine de la santé mentale; fournir des services de santé mentale et des services de protection sociale complets, intégrés et répondant aux besoins dans un cadre communautaire ; mettre en oeuvre des stratégies de promotion et de prévention ; et renforcer les systèmes d'information, réunir davantage de données factuelles et développer la recherche.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf

Grazzini L. (2013). Health and education : challenges and financial constraints : Firenze : Università degli Studi di Firenze

Abstract: Even if both the health and the educational sector are under the state supervision in basically all countries, there are wide differences in the mix of their public/private provision and financing across them. The debate on the proper mix between the private and the public involvement has also been re-enlightened by the recent financial crisis which has stressed many countries' public finances. The aim of this paper is twofold. On the one hand, it aims at presenting the incentive mechanisms both for the public and the private sector behind different types of mix between private and public involvement according to the industrial organization design of the health and the educational sector. On the other hand, the paper aims at presenting some recent case studies on Public Private Partnerships in both the health and the educational sector in countries such as the U.K., the U.S.A., and the Netherlands.

http://www.disei.unifi.it/upload/sub/pubblicazioni/repec/pdf/wp19_2013.pdf

Politique sociale

(2013). Minima sociaux et prestations sociales, édition 2013 : ménages aux revenus modestes et redistribution. Collection études et statistiques. Paris : DREES

Abstract: Cette édition s'intéresse plus particulièrement aux dépenses de logement qui restent à la charge des ménages locataires non-étudiants bénéficiant d'une aide au logement. Pour ces 4 millions de ménages, ce reste à charge, d'en moyenne 298 euros par mois en 2006, varie fortement selon que le logement relève du parc social ou du parc privé, selon le niveau de revenu et la composition familiale. L'ouvrage intègre cette année les résultats de l'enquête barométrique de la DREES sur l'opinion des Français sur la pauvreté et le revenu de solidarité active.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/minima-sociaux-et-prestations-sociales-edition-2013-menages,11164.html>

Sirugue C. (2013). Réforme des dispositifs de soutien aux revenus d'activité modestes : rapport à M. le Premier ministre : Paris : Premier ministre, Paris : La documentation française

Abstract : Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté lors du Conseil interministériel de lutte contre les exclusions le 21 janvier 2013, a prévu de travailler à "une réforme des dispositifs de soutien financier aux revenus d'activité des travailleurs modestes". Les deux dispositifs en question sont le Revenu de Solidarité Active (RSA) dans sa composante "activité" d'une part, et la Prime Pour l'Emploi (PPE) d'autre part. Le plan pluriannuel reprend à son compte les constats dressés par le rapport de M. Fragonard (Groupe de travail "Accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux" remis en décembre 2012 à l'occasion de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale). Ce rapport fait deux constats : le RSA activité est marqué par un non-recours massif (68%) et, du fait de son manque de ciblage et du gel de son barème depuis 2008, la PPE perd rapidement en efficacité. Alors que ces deux dispositifs ont déjà fait l'objet de critiques et de propositions d'amélioration dans de précédents rapports, le Premier ministre a chargé M. Christophe Sirugue d'une mission portant sur la réforme du RSA "activité" et de la PPE dans le sens d'une simplification et d'une plus grande lisibilité pour les bénéficiaires.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000431/>

(2013). Panorama statistique : Jeunesse, Sports, Cohésion sociale : les régions françaises 2012. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris : Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Paris : Ministère de l'éducation nationale, Paris : Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

Abstract: Présente des données régionales homogènes sur la démographie, la politique de la ville, la pauvreté, la précarité et l'exclusion, le handicap et la dépendance, le logement et l'hébergement, la jeunesse, l'enfance et la protection de l'enfance, le sport, la délivrance de certains diplômes (professions sociales, professions de santé, animation socioculturelle et métiers du sport), enfin, l'emploi dans les domaines associatif et sportif. La version Web présente des données départementales et régionales.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/panorama/index.htm>

Prévention / Prevention

Salamon R. / coor, Peretti-Watel P. /coor., Lombrail P. /coor. (2013). Prévention et santé publique. Dossier. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (83) :

Abstract: La prévention est aujourd'hui porteuse de beaucoup d'espoirs. En termes d'amélioration de la durée comme de la qualité de la vie ; mais aussi en termes de réduction des moyens alloués au soin. Pourtant, si les programmes et actions de prévention sont nombreux, en en connaît mal l'efficacité. ce dossier présente les recommandations émises par les institutions d'évaluation et de consultation. Il aborde les principes et les moyens de politiques de prévention efficaces tout comme leurs limites.

Peretti-Watel P. Ardvison P., Jourdan D., et al. (2013). Principes et mise en oeuvre de la prévention. In : Prévention et santé publique. Dossier. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (83)

Abstract: Améliorer la prévention nécessite de bien connaître les cibles auxquelles elle s'adresse. Il faut aussi développer les interventions dont l'efficacité est prouvée. Au niveau régional, un schéma de prévention inclut promotion de la santé, prévention, soin et médico-social.

Sassi F. (2013). The Role of Fiscal Policies in Health Promotion : Paris : OCDE

Abstract: Les taxes et autres mesures fiscales sur les produits liés à la santé sont largement utilisées. Boissons alcoolisées et produits du tabac ont été soumis à la fiscalité depuis longtemps dans la plupart des pays. Plusieurs gouvernements de l'OCDE ont adopté ces dernières années des lois visant à augmenter les taxes existantes ou à en créer de nouvelles sur les aliments à haute teneur en sel, sucre ou matières grasses. Traditionnellement, les taxes à la consommation ont été essentiellement vues comme une source de recettes fiscales et un moyen de résoudre des externalités de consommation. Plus récemment, on a davantage insisté sur les potentiels bienfaits sur la santé des taxes à la consommation, alors qu'il est de plus en plus apparent qu'il y a des conséquences économiques, sociales et de santé publique négatives à consommer une certaine catégorie de produits. Ce document passe en revue les arguments théoriques et les preuves empiriques venant défendre les facteurs clés que les gouvernements doivent prendre en compte lorsqu'il s'agit d'envisager l'adoption de mesures fiscales pour la promotion de la santé, en soulignant les points forts, ainsi que les limites et les pièges, de mesures spécifiques. L'accent est mis dans ce document sur les taxes à la consommation de produits liés à la santé, mais une série d'autres mesures fiscales peut potentiellement être utilisée pour promouvoir la santé. Le document conclut que, sur la base des preuves disponibles des effets sur la consommation et des résultats sur la santé, les taxes sur les produits liés à la santé peuvent être un outil puissant pour la promotion de la santé, bien que la variété et la complexité des effets qu'elles génèrent obligent les pouvoirs publics qui envisagent d'adopter de nouvelles taxes ou d'en revoir certaines à bien réfléchir. Les arguments en faveur des taxes utilisées pour atteindre des objectifs de santé publique sont forts pour le tabac et les boissons alcoolisées, mais ceci est moins évident pour les aliments, auquel cas la valeur de l'utilisation des taxes est fortement liée à leur conception et au contexte dans lequel elles seraient appliquées.

<http://dx.doi.org/10.1787/5k3twr94kvzx-en>

(2013). Action Assurance Maladie 2013. Éducation à la santé et prévention primaire, une culture pour l'Assurance maladie ? Paris : UNAF .

Abstract: Convaincus que l'amélioration de l'état de santé des usagers résidents en France peut être obtenue grâce à un investissement sur l'éducation à la santé et la prévention, l'UNAF, le CISS et la FNATH souhaitent situer le débat sur un champ marginal en termes de dépenses de santé et pourtant crucial pour éviter leur inflation et améliorer notre qualité de vie : la prévention primaire, qui comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. L'UNAF, le CISS et la FNATH ont ainsi enquêté sur les actions menées par l'Assurance maladie, qu'elles résultent de la déclinaison de programmes nationaux ou qu'elles émanent d'initiatives locales.

http://www.unaf.fr/IMG/pdf/dossier_preventionv5.pdf

(2013). Risking Your Health: Causes, Consequences, and Interventions To Prevent Risky Behaviors : Washington : Banque Mondiale .

<http://www->

wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/11/07/000456286_20131107100205/Rendered/PDF/824700PUB0RYH0040Box379860B00OUO090.pdf

Prévision – Evaluation / Prevision – Evaluation

Ami D. (2013). Comment les individus valorisent-ils les décès associés à la pollution atmosphérique ? Une comparaison de trois scénarios hypothétiques. *Economie et Statistique*, (460-461) :

Abstract: La valorisation économique d'une diminution du risque de mortalité recourt de plus en plus fréquemment aux techniques d'évaluation contingente. Celles-ci consistent à interroger un échantillon d'individus sur leur « consentement à payer » (CAP) pour réduire ce risque à partir de scénarios hypothétiques. Les CAP dépendent toutefois de nombreux facteurs et notamment de la nature du risque sous-jacent et du scénario proposé pour le réduire. Cet article s'intéresse à la diminution du risque de mortalité associé à une exposition à la pollution atmosphérique et teste l'effet d'une

modification du contexte d'évaluation hypothétique à travers trois scénarios : un nouveau médicament, un déménagement et de nouvelles réglementations. Pour analyser les CAP déclarés dans les différents scénarios, nous définissons un cadre d'analyse unifié, théorique puis économétrique, qui prend en compte les préférences des participants pour le présent, ainsi que celles des autres membres du ménage (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES460E.pdf

Geay C. (2013). Projections des dépenses de santé à l'horizon 2060 : le modèle PROMEDE : Paris : Direction Générale du Trésor

Abstract: La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) devrait passer de 9% du PIB en 2011 à 11,5% en 2060 et la part de ces dépenses prise en charge par la sphère publique augmenter de 6,8% du PIB à 8,8%, selon une étude du Trésor réalisée pour le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) dans le cadre des travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS). Ces augmentations s'expliquent par les évolutions sanitaires qui jouent sur la demande en matière de soins, le niveau de vie et le vieillissement de la population (9,5% des Français auront 75 ans ou plus en 2020, 12% en 2030, 15% en 2040 et 16% en 2060).

Pirus C. (2013). Réflexions sur les apports et les limites de la cohorte pluridisciplinaire Elfe dans la connaissance des lieux de vie des enfants. In : Difficultés vécues dans l'enfance, conséquences à l'âge adulte. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1-2) :

Abstract : Le démarrage de la cohorte pluridisciplinaire Elfe, étude longitudinale depuis l'enfance, en 2011, suscite beaucoup d'intérêt dans le monde de la recherche. Grâce à la description du parcours biographique des enfants et de leur entrée dans la vie adulte, elle permet d'apporter des réponses aux problématiques liées à l'enfance. La cohorte Elfe est un atout pour étudier les lieux de vie fréquentés au quotidien et leur importance dans la construction sociale de l'enfant. Lorsqu'il y a mobilité résidentielle suite à une rupture du couple parental, l'appropriation et la pratique de nouveaux espaces ne va pas toujours de soi pour l'enfant. La question du lieu de vie des enfants renvoie certes à celle de leur description physique et des conditions d'habitat, mais elle s'inscrit aussi dans celle du rapport à l'espace, dans sa perception et dans sa symbolique. Comprendre la pratique et la représentation des espaces chez l'enfant ne peut se faire sans avoir recours à des méthodes complémentaires ; cet article propose de retracer les possibilités de la cohorte Elfe, mais aussi ses limites dans la construction de la problématique des lieux de vie.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2013-1.htm>

Psychiatrie / Psychiatry

Coldefy M., Nestrigue C. (2013). La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (191)

Abstract: Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées (Inpes, 2007). C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). Et même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre (10 % de personnes consultant - Inpes, 2007), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression. Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>

Coldefy M., Ehrenberg A. (2013). Psychiatrie : mutations et perspectives : Dossier. Actualité et Dossier en Santé Publique, (84) :

Abstract: Jusqu'aux années 1970, être malade psychiatrique c'était souvent vivre à l'hôpital. Les réformes successives ont permis la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. Puis la notion de "handicap psychique" s'est imposée pour organiser les interventions en associant usagers, familles et professionnels.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad841515.pdf>

Pirus C. (2013). Réflexions sur les apports et les limites de la cohorte pluridisciplinaire Elfe dans la connaissance des lieux de vie des enfants. In : Difficultés vécues dans l'enfance, conséquences à l'âge adulte. Revue Française des Affaires Sociales, (1-2) :

Abstract : Le démarrage de la cohorte pluridisciplinaire Elfe, étude longitudinale depuis l'enfance, en 2011, suscite beaucoup d'intérêt dans le monde de la recherche. Grâce à la description du parcours biographique des enfants et de leur entrée dans la vie adulte, elle permet d'apporter des réponses aux problématiques liées à l'enfance. La cohorte Elfe est un atout pour étudier les lieux de vie fréquentés au quotidien et leur importance dans la construction sociale de l'enfant. Lorsqu'il y a mobilité résidentielle suite à une rupture du couple parental, l'appropriation et la pratique de nouveaux espaces ne va pas toujours de soi pour l'enfant. La question du lieu de vie des enfants renvoie certes à celle de leur description physique et des conditions d'habitat, mais elle s'inscrit aussi dans celle du rapport à l'espace, dans sa perception et dans sa symbolique. Comprendre la pratique et la représentation des espaces chez l'enfant ne peut se faire sans avoir recours à des méthodes complémentaires ; cet article propose de retracer les possibilités de la cohorte Elfe, mais aussi ses limites dans la construction de la problématique des lieux de vie.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2013-1.htm>

Soins de santé primaires / Primary Health Care

Michot P., Catala O., Supper I., et al. (2013). Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Santé Publique, 25 (3) :

Abstract: Alors que le développement de coopérations interprofessionnelles entre médecins généralistes et pharmaciens est attendu, l'efficacité des interventions envisageables est peu connue. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité des interventions de coopération entre médecins généralistes et pharmaciens. Une revue systématique de la littérature internationale a été réalisée, à partir des banques de données Medline, Cochrane et Pascal. Les mots-clés et/ou termes de recherche ("family physician (s)" ou "general practitioner (s)") et "pharmacist (s)" ont été croisés. Étaient retenus les essais cliniques randomisés dont les résultats étaient publiés en français ou en anglais et qui testaient l'efficacité de l'intervention complémentaire du pharmacien par rapport à celle du médecin généraliste.

Sicart D. (2013). Les professions de santé au 1er janvier 2013. Série Statistiques - Document de Travail - Drees, (183) :

Abstract: Ce document expose en introduction les différents traitements statistiques effectués à partir du répertoire Adeli (corrections et améliorations de la qualité du fichier). Il présente par la suite pour chaque profession un ensemble de tableaux comportant l'effectif global et sa répartition par situation professionnelle (libérale, salariée), département d'exercice, sexe, tranche d'âge, tranche d'unité urbaine, et secteur d'activité.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2013,11177.html>

Green E.P. (2013). Payment Systems in the Healthcare Industry: An Experimental Study Of Physician Incentives : Newark : University of Delaware

Abstract: Policy makers and the healthcare industry have proposed changes to physician payment structures as a way to improve the quality of health care and reduce costs. Several of these proposals require healthcare providers to employ a valuebased purchasing program (also known as pay-for-performance [P4P]). However, the way in which existing payment structures impact physician behavior is unclear and, therefore, predicting how well P4P will perform is difficult. To understand the impact physician payment structures have on physician behavior, I approximate the physician-patient relationship in a real-effort laboratory experiment. I study several prominent physician payment structures including fee for- service, capitation, salary, and P4P. I find that physicians are intrinsically motivated to provide high quality care and relying exclusively on extrinsic incentives to motivate physicians is detrimental to the quality of care and costly for the healthcare industry.

<http://www.lerner.udel.edu/sites/default/files/ECON/PDFs/RePEc/dlw/WorkingPapers/2013/UDWP13-05.pdf>

Blomqvist A. (2013). Accountability and Access to Medical Care: Lessons from the Use of Capitation Payments in Ontario. *E-Brief*, (168) :

Abstract: Ontario healthcare reforms have made headway in improving access to primary care by implementing the “capitation” model where doctors are paid mainly for a roster of patients rather than fee-for-service – but too many of patients are still using “outside” doctors, according to a report from the C.D. Howe Institute. In “Accountability and Access to Medical Care: Lessons from the Use of Capitation Payments in Ontario,” authors Åke Blomqvist, Boris Kralj and Jasmin Kantarevic suggest an area for further reform would be to encourage patients to stick to their regular doctor.

http://www.cdhowe.org/pdf/e-brief_168.pdf

Keser C. (2013). Money Talks - Paying Physicians for Performance : Göttingen : Center for European Governance and Economic Development Research. (C.E.G.E.).

Abstract: Pay-for-performance has been enjoying a growing popularity among healthcare policy makers. It attempts to tie physician payment to quality of care. In a controlled laboratory experiment, we investigate the effect of pay-for-performance on physician provision behavior and patient benefit. For that purpose, we compare two payment systems, a traditional fee-for-service payment system and a hybrid payment system that blends fee-for-service and pay-for-performance incentives. Physicians are found to respond to pay-for-performance incentives. Approximately 89 percent of the participants qualify for a pay-for-performance bonus payment in the experiment. The physicians’ relative share of optimal treatment decisions is significantly larger under the hybrid payment system than under fee-for-service. A patient treated under the hybrid payment system is significantly more likely to receive optimal treatment than a fee-for-service patient of matching type and illness. Pay-for-performance in many cases alleviates over- and under-provision behavior relative to fee-for-service. We observe unethical treatment behavior (i.e., the provision of medical services with no benefit to the patient), irrespective of the payment system.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2357326

Sinnott C. (2013). GPs’ perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *Bmj Open*, 3 (e003610)

Abstract: Objective: To synthesise the existing published literature on the perceptions of general practitioners (GPs) or their equivalent on the clinical management of multimorbidity and determine targets for future research that aims to improve clinical care in multimorbidity. Design: Systematic review and metaethnographic synthesis of primary studies that used qualitative methods to explore GPs’ experiences of clinical management of multimorbidity or multiple chronic diseases. Data sources: EMBASE, MEDLINE, CINAHL, PsycInfo, Academic Search Complete, SocIndex, Social Science Full Text and digital theses/online libraries (database inception to September 2012) to identify literature using qualitative methods (focus groups or interviews). Review methods: The 7-step metaethnographic approach described by Noblit and Hare, which involves cross-interpretation between studies while preserving the context of the primary data. Results: Of 1805 articles identified,

37 were reviewed in detail and 10 were included, using a total of 275 GPs in 7 different countries. Four areas of difficulty specific to the management of multimorbidity emerged from these papers: disorganisation and fragmentation of healthcare; the inadequacy of guidelines and evidence-based medicine; challenges in delivering patient-centred care; and barriers to shared decision-making. A 'line of argument' was drawn which described GPs' sense of isolation in decision-making for multimorbid patients. Conclusions: This systematic review shows that the problem areas for GPs in the management of multimorbidity may be classified into four domains. There will be no 'one size fits all' intervention for multimorbidity but these domains may be useful targets to guide the development of interventions that will assist and improve the provision of care to multimorbid patients.

<http://bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003610.full.pdf>

Jackson G.L. (2013). The Patient-Centered Medical Home. A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158 (3) :

Abstract: Background: The patient-centered medical home (PCMH) describes mechanisms for organizing primary care to provide highquality care across the full range of individuals' health care needs. It is being widely implemented by provider organizations and thirdparty payers. Purpose: To describe approaches for PCMH implementation and summarize evidence for effects on patient and staff experiences, process of care, and clinical and economic outcomes. Data Sources: PubMed (through 6 December 2011), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, and the Cochrane Database of Systematic Reviews (through 29 June 2012). Study Selection: English-language trials and longitudinal observational studies that met criteria for the PCMH, as defined by the Agency for Healthcare Research and Quality, and included populations with multiple conditions. Data Extraction: Information on study design, populations, interventions, comparators, financial models, implementation methods, outcomes, and risk of bias were abstracted by 1 investigator and verified by another. Data Synthesis: In 19 comparative studies, PCMH interventions had a small positive effect on patient experiences and small to moderate positive effects on the delivery of preventive care services (moderate strength of evidence). Staff experiences were also improved by a small to moderate degree (low strength of evidence). Evidence suggested a reduction in emergency department visits (risk ratio [RR], 0.81 [95% CI, 0.67 to 0.98]) but not in hospital admissions (RR, 0.96 [CI, 0.84 to 1.10]) in older adults (low strength of evidence). There was no evidence for overall cost savings. Limitation: Systematic review is challenging because of a lack of consistent definitions and nomenclature for PCMH. Conclusion: The PCMH holds promise for improving the experiences of patients and staff and potentially for improving care processes, but current evidence is insufficient to determine effects on clinical and most economic outcomes

Lubensky D. (2013). Physician Overtreatment and Undertreatment with Partial Delegation. Bloomington : Indiana University

Abstract: The physician induced demand literature finds that doctors tend to overtreat patients for financial gain. We analyze this phenomenon when patients are rationally skeptical of doctor's motives and can reject a proposed treatment. We find the classic physician induced demand approach understates patient's welfare loss: treatment on average is excessive but also less medically appropriate, and the latter effect may dominate. Inappropriate treatment arises from the doctor's strategic misdiagnosis to forestall rejection, but this problem can be attenuated by insurance which better aligns incentives and improves communication. We resolve an open question in the partial delegation literature by showing that a generalization of the Krishna and Morgan (2001) equilibrium is the most informative equilibrium that survives the intuitive criterion in a setting that nests both our and their model.

<http://www.bus.indiana.edu/riharbau/RePEc/iuk/wpaper/bepp2013-03-lubensky-schmidbauer.pdf>

Systèmes de santé / Health Systems

Beland D. (2013). La présidence Obama et l'avenir de la protection sociale aux États Unis. *Revue Française des Affaires Sociales*, (1-2) :

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

Page 31 sur 38

www.irdes.fr/documentation/actualites.html

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

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

Abstract: Cet article explore les débats sur la protection sociale qui marquèrent le premier mandat présidentiel de Barack Obama (2009-2013) en proposant un bilan social de cette présidence qui se divise en trois sections principales. La première discute la nature du "régime libéral" américain, tout en soulignant le poids des institutions politiques ainsi que d'autres facteurs explicatifs dans le développement de la protection sociale. La deuxième se concentre sur la réforme de l'assurance maladie qui reste, malgré ses limites et son caractère controversé, la réalisation principale du président Obama. La dernière section discute du rôle des enjeux budgétaires et de la question des inégalités dans les débats contemporains sur l'avenir de la protection sociale aux États-Unis. Cette dernière section analyse l'impact de la récente Grande Récession sur ces débats, ainsi que l'exclusion de certains enjeux de protection sociale du discours politique fédéral.

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2013-1.htm>

Bjornberg A. (2013). Euro Health consumer index 2013 : Danderyd : Health Consumer Powerhouse .

Abstract: The Euro Health Consumer Index (EHCI) 2013 is the seventh study made on European healthcare systems. The Index takes a consumer and patient perspective. EHCI, like the 16 other Health Consumer Powerhouse Indexes, offers reality checks for policy makers, empowerment to patients and consumers and an opportunity for stakeholders to highlight weak and strong aspects of healthcare.

<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

(2013). Multiple Chronic Health Conditions in Older People. Implications for Health Policy Planning, Practitioners and Patients : Flinders : Primary Health Care Research & Information Service

Abstract: This report highlights the challenges associated with the care and management of multiple health conditions and the contributing factors, but importantly, identifies potential solutions for this key issue for Australia's health care system.

http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/roaroutput/report_4621.pdf

(2013). Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century : Genève : OMS .

Abstract: In 2012, the WHO Regional Committee for Europe approved Health 2020 in two forms. This publication gives both. The shorter policy framework provides European politicians and policy-makers with Health 2020's main values and principles, and key strategic advice to support action for health and well-being. The longer policy framework and strategy give more detail in terms of evidence and practice. It has two strategic objectives, constructed around equity, gender and human rights and improved governance for health. It is aimed at those committed to improving health, well-being and health equity, in a way that is sensitive to each country's situation and political and organizational circumstances. It is a "living" guide to policies and strategies. Addressing these questions is as much a political as a scientific endeavour and Health 2020 puts strong emphasis on political commitment, as well as professional expertise and the engagement of civil society. Focused on "solutions", it offers practical and achievable, yet flexible, policy options capable politically of being successfully implemented in the individual context of each country.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf

Ringard A. (2013). Health system review :Norway. Health systems in transition ; vol. 15, n°8. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: The Health Systems in Transition (HiT) series provide detailed descriptions of health systems in the countries of the WHO European Region as well as some additional OECD countries. An individual health system review (HiT) examines the specific approach to the organization, financing and delivery of health services in a particular country and the role of the main actors in the health system. It describes the institutional framework, process, content, and implementation of health and health care policies. HiTs also look at reforms in progress or under development and make an

assessment of the health system based on stated objectives and outcomes with respect to various dimensions (health status, equity, quality, efficiency, accountability). Norwegian citizens are fortunate to enjoy one of the highest per capita health expenditure in the world. The level of public health care coverage is high (85%) and the health status of the population is very good. However, the satisfaction of people using health care services seems to be 'only' average compared to other OECD countries that spend less. What can be done to improve it? Poor coordination of hospital care with other health services and long waiting times for elective care are the key reasons for dissatisfaction with the health system. While both of these issues have been on the policy agenda for a long time, the "coordination reform" has recently made a renewed effort to improve these two aspects of the system. The Municipal Health and Care Act and the Public Health Act, enacted in 2011, are the cornerstones of the coordination reform. Their aim is to improve coordination between hospital care and other health services, especially in non-hospital settings. This should reduce pressure on overcrowded hospitals (the average bed occupancy rate in Norway is 93%) by reducing both the average length of stay (ALOS) and waiting times. At the same time, and separately from the coordination reform, increased attention is paid to quality of care and patient safety. The evaluation of the coordination reform is ongoing. Should it lead to improved coordination of care and a reduction in waiting times, it may well succeed in improving the satisfaction of Norwegian patients with the health care system.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf

(2013). OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: Raising Standards : Paris : OCDE .

Abstract: This report reviews the quality of health care in Sweden. It begins by providing an overview of the range of policies and practices aimed at supporting quality of care in Sweden. It then focuses on three key areas particularly relevant to elderly populations: strengthening primary care in Sweden , better assurance for quality in long-term care, and improving care after hip fracture and stroke. In examining these areas, this report seeks to highlight best practices and provides recommendations to improve the quality of care in Sweden.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/newoecdseriesonhealthcarequalityreviews.htm>

Garcia G.P. (2013). Financial incentives, health and retirement in Spain : Madrid : FEDEA

Abstract: In this work we combine wage data from Social Security working histories and health information available in the Survey of Health and Retirement in Europe to explore the link between health, financial incentives and retirement in Spain. Our results show that individuals in worse health quintiles are, indeed, the more responsive to financial incentives as they prove to be less likely to retire when incentives to continue working increase.

<http://documentos.fedea.net/pubs/dt/2013/dt-2013-12.pdf>

Technologies médicales / Medical Technologies

(2013). Toward New Models for Innovative Governance of Biomedicine and Health Technologies. OECD Science, Technology and Industry Policy Papers ; 11. Paris : OCDE .

Abstract: This report examines examples of new and emerging governance models that aim to support the responsible development of diagnostics and treatments based on the latest advances in biomedicine. In particular, it presents programmes and initiatives that aim to manage uncertainty in the development and approval of new medical products and thereby to improve the understanding of the risk/benefit balance. It also identifies some of the main challenges for policy makers, regulators and other communities involved in the translation of biomedical innovation and health technologies from the laboratory bench to point of care.

http://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/toward-new-models-for-innovative-governance-of-biomedicine-and-health-technologies_5k3v0h1jnnlr-en

Clemens J. (2013). The Effect of U.S. Health Insurance Expansions on Medical Innovation : Cambridge : NBER

Abstract: I study the channels through which health insurance influences medical innovation. Following Medicare and Medicaid's passage, I find that U.S.-based medical-equipment patenting rose by 40 to 50 percent relative to both other U.S. patenting and foreign medical-equipment patenting. Within the United States, increases in medical-equipment patenting were most dramatic in states where the Great Society insurance expansions were largest and in which there were large baseline numbers of physicians per resident. Consistent with historical case studies, Medical innovation's determinants extend beyond the potential revenues associated with global market size; a physician driven process of innovation-while-doing appears to play a central role. An extrapolation of the evidence suggests that the last half century's U.S. insurance expansions have driven 25 percent of recent global medical-equipment innovation. In a standard decomposition of health spending growth, this insurance-induced innovation accounts for 15 percent of the long run rise in U.S. health spending in hospitals, physicians' offices, and other clinical settings.

<http://www.nber.org/papers/w19761>

Travail et santé / Occupational Health

Ha-Vinh P., Randelli P., Regnard .P. (2013). Pathologie respiratoire et profession chez les travailleurs indépendants. *Santé Publique* , 25 (3) :

Abstract: Pour un régime d'assurance maladie qui protège des travailleurs, les exonérations du ticket modérateur pour insuffisance respiratoire chronique grave ou les remboursements d'oxygénothérapie à domicile peuvent être utilisés comme marqueurs d'insuffisance respiratoire chronique sévère. Le but de cette étude était de rechercher des différences de prévalence de ces marqueurs selon la profession exercée. Les résultats indiquent que la prévalence des marqueurs d'insuffisance respiratoire chronique sévère varie selon la profession. Les actions de prévention de l'insuffisance respiratoire devraient être renforcées auprès des professions présentant les prévalences les plus fortes.

Jousten A. (2013). Health Status, Disability and Retirement Incentives in Belgium : Tilburg : Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

Abstract: Many Belgian retire well before the statutory retirement age. Numerous exit routes from the labor force can be identified: old-age pensions, conventional early retirement, disability insurance, and unemployment insurance are the most prominent ones. We analyze the retirement decision of Belgian workers adopting an option value framework, and pay special attention to the role of health status. We estimate probit models of retirement using data from SHARE. The results show that health and incentives matter in the decision to exit from the labor market. Based on these results, we simulate the effect of potential reforms on retirement.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2356943

Duncan A. (2013). The Influence of Psychological Well-being, Ill Health and Health Shocks on Single Parents' Labour Supply. Curtin : Curtin University

Abstract: This paper proposes a discrete-choice behavioural model of labour supply to examine the role of ill-health on single parents' employment. The model provides estimates of individual preferences over a given set of labour market states and allows these preferences to be influenced by a measure of mental health, a latent health index purged of reporting bias and various measures of health shocks. Exploiting longitudinal data from the HILDA Survey, we find that psychological well-being, ill-health and health shocks significantly influence single parents' marginal disutility of work and marginal utility of income. Further, we apply behavioural microsimulation methods to estimate the likely labour supply responses among single parents in Australia from restricting eligibility to access disability support via the Australian Disability Support Pension (DSP) scheme. Our simulation exercise reveals that imposing tighter DSP eligibility rules has a moderate but positive effect on single mothers' employment.

<http://ftprepec.drivehq.com/ozl/bcecwp/downloads/WP1307.pdf>

Vieillesse / Aging

Blanchet D. (2013). Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ? *Insee Analyses*, (12) :

Abstract: Identifier les composantes du vieillissement démographique aide à mieux en saisir les conséquences et les façons de s'y adapter. Le maintien d'une fécondité relativement élevée et un flux migratoire de l'ordre de 100 000 entrées annuelles devraient suffire à préserver, à horizon prévisible, la France d'un processus de vieillissement « par le bas », celui qui découlerait d'une baisse de la population d'âge actif. Le vieillissement se fait donc « par le haut », c'est-à-dire par une croissance du nombre de plus de 60 ans. Cette croissance tient à deux facteurs : l'allongement de la durée de vie et l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom. On peut isoler l'effet du premier facteur en reconstituant la trajectoire d'une population fictive sans migrations ni fluctuations annuelles du nombre de naissances mais qui aurait été et serait à l'avenir soumise aux variations constatées ou anticipées de la mortalité. Une telle population aurait déjà connu un vieillissement marqué tout au long des cinquante dernières années et elle aurait dû en gérer progressivement les conséquences. L'effet du baby-boom se superpose à ce mouvement tendanciel. Il s'agit d'un effet « en V ». Les baby-boomers ont d'abord retardé le vieillissement en venant gonfler les tranches d'âge actives. Leur arrivée progressive aux tranches d'âge élevées le fait réaccélérer de 2006 à 2035. Il ralentira ensuite à nouveau, à partir de 2035-2040.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/iana12/iana12.pdf>

Blake H. (2013). Kill me softly : work and mortality among French seniors : Londres : University of York

Abstract: This paper investigates the impact of the retirement age and working life on mortality over 64 years old. In 1993, the French government gradually increased incentives to work for seniors. This exogenous shock on labor supply is an instrument for retirement choices of French pensioners. We use this exogenous shock to measure how work impacts male mortality. We work on the Echantillon Interrégime des Retraités, an administrative panel data set which provides information on past contribution to the pension system and mortality at two points of time. We find that delaying the retirement age by one year increases the chances of dying within four years by 2.45 percentage points which is equivalent to a decrease of life expectancy at age 64 by around 2.6 months. However, this effect is far from homogeneous if we split our sample by income groups.

http://www.york.ac.uk/media/economics/13_25.pdf

Andrieux V., Chantel C. (2013). Espérance de vie, durée passée à la retraite. *Dossiers solidarité et Santé (Drees)*, (40) :

Abstract: À 55 ans, parmi les retraités nés en 1942 et résidant en France, les femmes peuvent espérer vivre 6,4 ans de plus que les hommes. Les hommes anciens cadres ont une espérance de vie majorée de 3,3 ans comparée à celle des anciens ouvriers, et les femmes anciennes cadres de 2,3 ans par rapport aux anciennes ouvrières. Ces inégalités d'espérance de vie génèrent des différences de durée passée en retraite : 5,3 années de retraite séparent hommes et femmes et parmi les hommes, les cadres peuvent espérer percevoir leur retraite 2,8 années de plus que les ouvriers. Pour les femmes, à l'inverse, les différences de durée de retraite sont plus marquées entre cadres et ouvrières que les écarts de durée de vie. Leur amplitude est comparable à celle observée dans la population masculine. Les durées de retraite varient selon le secteur d'activité, elles sont plus élevées pour les retraités du secteur public. Des différences existent aussi selon le type de carrière. Les personnes entrées précocement dans la vie active ont une longévité inférieure au sein d'une même catégorie sociale. Par ailleurs, les durées de carrière proches des durées requises pour le taux plein correspondent aux espérances de vie les plus élevées.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/esperance-de-vie-duree-passee-a-la-retraite,11148.html>

Legrain S. Aquino J.P. (2013). Parcours de soins : Personne âgée en risque de perte d'autonomie. Du repérage précoce au plan personnalisé de santé. *Concours Medical*, 135 (8)

Abstract: Plusieurs articles composent ce dossier sur le parcours de soins de la personne âgée en perte d'autonomie. Ils s'intéressent au plan d'aides et de soins pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), à la prévention (alimentation, activités physiques, lien social, bon usage des médicaments, bilans de prévention, aidants familiaux), au repérage précoce de la fragilité par le médecin généraliste, à l'éducation thérapeutique (ETP) des personnes âgées polypathologiques, la coordination clinique de proximité, l'expertise gériatrique en soutien aux équipes de proximité, au parcours de soins idéal, au plan personnalisé de santé (PPS).

Lecroart A. Marbot C., Froment O, et al (2013). Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation. *Dossiers solidarité et Santé (Drees)*, (43)

Abstract: Début 2012, 1.2 million de personnes âgées sont dépendantes, en référence aux degrés de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) définis pour accéder à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). De nombreuses incertitudes demeurent cependant sur l'évolution future de la dépendance. Deux méthodes de projection des personnes âgées dépendantes sont utilisées dans ce dossier. La juxtaposition des deux articles montre que les hypothèses de projection, comme les méthodes retenues, sont cruciales. Néanmoins le principal fait marquant, commun à ces deux exercices, est l'arrivée des générations du baby-boom à l'âge de 80 ans à partir de 2030.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/projection-des-populations-agees-dependantes-deux-methodes,11192.html>

Marquier R. (2013). Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000. *Dossiers solidarité et Santé (Drees)*, (47) :

Abstract: [L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) intervient en général le plus tard possible, quand l'état de santé ou l'âge le nécessite. Le choix de l'établissement est d'abord motivé par sa situation géographique et sa réputation pour la personne âgée comme pour ses proches. La majorité des personnes âgées reçoivent des visites, peuvent téléphoner librement et nouent des relations avec d'autres résidents. Le moment des repas est aussi particulièrement attendu. En revanche, la possibilité et la fréquence des sorties sont une des principales sources d'insatisfaction exprimée. 86% des résidents en maison de retraite et EHPAD depuis plus de 6 mois déclarent y vivre très bien ou plutôt bien. Sauf en USLD, la majorité des résidents disposent d'une chambre individuelle et peuvent y apporter du mobilier personnel.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/vivre-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-a,11211.html>

(2013). Vieillesse et espaces ruraux. *Gérontologie et Société*, (146)

Abstract: Le vieillissement en milieu rural est un objet d'observation et de publication relativement rare au cours des vingt dernières années. Pourtant, les évolutions sont nombreuses dans ces territoires au niveau géographique, démographique et socio-économique. Coordonné par Catherine Gucher, ce numéro de *Gérontologie et Société* fait le point sur ces évolutions. Ainsi, l'homogénéité de ce que l'on nomme la ruralité, traditionnellement structurée par une culture agricole, a disparu au profit d'une pluralité d'espaces et d'une hétérogénéité des caractéristiques de ses habitants vieillissants. Les modes d'habiter et de vieillir évoqués dans ce numéro témoignent d'une multiplicité de relations d'aide et de solidarités en fonction des parcours de vie et des trajectoires résidentielles. L'offre de services s'adapte à ce nouveau paysage : la MSA reste un acteur incontournable, avec son action sociale en direction des retraités du régime agricole, mais d'autres acteurs viennent également se positionner à ses côtés dans une perspective de développement des territoires. Demeure un point noir, l'accès aux soins, qui pose avec acuité la question de l'égalité de traitement dans les territoires. Autre constat, les politiques publiques tardent à exploiter à sa juste mesure le potentiel économique des espaces ruraux. (4e de couverture.)

Calvet L., Montaut A. (2013). Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. *Dossiers Solidarité et Santé (Drees)*, (42) :

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

Page 36 sur 38

www.irdes.fr/documentation/actualites.html

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

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

Abstract: La France compte 1 320 000 personnes âgées dépendantes en 2008. Elles représentent 10% des personnes de plus de 60 ans et une sur trois vit en institution. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile ont des dépenses de santé jusqu'à trois fois plus élevées que celles qui sont autonomes, en raison des soins infirmiers, de kinésithérapie et de certains matériels médicaux, mais leurs dépenses en soins de spécialistes, dentaire et optique sont plus faibles. Enfin, à niveau de dépendance comparable, les dépenses des personnes hébergées en institution sont proches de celles de leurs homologues à domicile.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/depenses-de-soins-de-ville-des-personnes-agees-dependantes,11180.html>

(2013). Vous avez dit dépendance ? État actuel d'un débat. *Gérontologie et Société*, (145)

Abstract: Le débat autour de la prise en charge de la dépendance est ouvert depuis plus de 20 ans et a donné lieu à une abondante littérature. A l'orée d'une loi prévue pour la fin de l'année 2013, ce numéro de *Gérontologie et Société* tente de remettre en perspective les éléments du débat. Après un cadrage sur la politique en matière de dépendance en France et en Europe, les enjeux politiques et sociaux liés aux mutations d'une société vieillissante sont interrogés. Les enjeux économiques sont aussi au cœur de ce numéro. Enfin, le dernier volet évoque l'expérience vécue autour du corps quand survient la dépendance

Dartigues J.F. (2013). Relation entre facteur social et maladie chronique liée à l'âge : l'exemple du niveau d'études et des démences. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 (3) :

Abstract: La démence est une maladie chronique liée à l'âge, dont la cause la plus fréquente est une maladie neurodégénérative : la maladie d'Alzheimer. En dépit de quelques données controversées, le niveau d'études est maintenant considéré comme un facteur de risque majeur de la maladie. L'effet protecteur du niveau d'études élevé serait lié à un renforcement des capacités de réserve cérébrales et cognitives, et à de meilleurs comportements de prévention vis-à-vis des facteurs de risque vasculaire. Avec l'amélioration générale du niveau d'études, l'incidence de la maladie d'Alzheimer et des démences pourrait donc diminuer, à âge égal, dans le futur (Résumé d'auteur).

(2013). Pensions at a Glance 2013 : OECD and G20 indicators : Paris : OCDE .

Abstract: Cette édition de Panorama des pensions examine l'effet redistributif des récentes réformes des pensions et montre comment le logement, le patrimoine financier et l'accès à des services publics peuvent affecter les niveaux de vie durant la vieillesse. Ce Panorama présente également toute une batterie d'indicateurs des politiques publiques en matière de pensions, couvrant la conception des systèmes de pension ; les droits futurs à pension des hommes et des femmes à différents niveaux de revenu ; le financement des systèmes de retraite ; le contexte démographique et économique dans lequel s'insèrent les systèmes de retraite ; les systèmes de pension privés et les fonds de réserve des régimes publics. La publication intègre aussi une description synthétique des systèmes de pension de tous les pays de l'OCDE et pays du G20.

<http://www.oecd.org/pensions/public-pensions/OECDPensionsAtAGlance2013.pdf>

El Mekkaoui de Freitas I. (2013). Health, Pension Benefits and Longevity How They Affect Household Savings? Tilburg : Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

Abstract: This paper analyses the impact of health, pension systems and longevity on savings. It uses a simple life-cycle model embodying social transfers (health care and pension expenditures) and changes in longevity to determine the level of household savings. From this model, we derived an econometric specification, augmented with the effects of public budget balances. The model is estimated for a panel of 22 OECD countries for the period 1970-2009. Our principal result is that, from the point of view of incentive to save, health transfers have a similar impact as pension replacement rates. Therefore, welfare reforms that reduce replacement rates without reforming health system may not have all the expected impact on household savings. In line with life-cycle theory, we found that longevity increases saving ratios.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2354919

Vernay M. (2013). Maigreur, obésité et perte d'autonomie chez les personnes âgées à domicile en France. L'enquête nationale Handicap-Santé volet "ménages", 2008. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, (33-34)

Abstract: Introduction : l'objectif était de décrire la prévalence de l'obésité et de la maigreur chez les personnes âgées à domicile en France et d'étudier leur association avec la perte d'autonomie. Méthodes : l'enquête nationale Handicap-Santé, volet "ménages", réalisée en 2008, comportait un recueil en face-à-face de données sociodémographiques, anthropométriques et sur les restrictions d'activité de la vie quotidienne. Les relations entre catégories d'indice de masse corporelle (IMC) et perte d'autonomie (au moins une restriction d'activité) ont été analysées par des régressions logistiques multivariées ajustées sur les caractéristiques sociodémographiques. Résultats : les analyses ont porté sur 4 296 personnes âgées de 75 ans et plus. La prévalence de la maigreur (IMC<21) s'élevait à 14,9% [13,3-16,7]. Elle était plus élevée chez les femmes (19,6%) que chez les hommes (7,6%) et augmentait avec l'âge ($p<10^{-3}$). La prévalence de l'obésité (IMC \geq 30) s'élevait à 14,6% [13,1-16,2]. Elle diminuait avec l'âge ($p<10^{-3}$). Chez les hommes, le risque de perte d'autonomie était augmenté en cas de maigreur (ORa=2,7 ; $p=0,007$) ou d'obésité (ORa=1,9 ; $p=0,005$) comparé à la corpulence normale. Chez les femmes, il augmentait en cas de surpoids (ORa=1,7 ; $p=10^{-3}$) ou d'obésité (ORa=2,9 ; $p<10^{-3}$) comparé à la corpulence normale. Conclusion : l'obésité et la maigreur sont fréquentes parmi les personnes âgées à domicile et s'accompagnent d'un risque accru de perte d'autonomie. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation de l'obésité chez les jeunes adultes, la surveillance nutritionnelle des personnes âgées constitue un enjeu de santé publique important (Résumé d'auteur).

http://www.invs.sante.fr/beh/2013/33-34/2013_33-34_1.html

(2013). Une loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Document de concertation : Paris : Premier Ministre

Abstract: Document de concertation du Gouvernement présenté le 29 novembre 2013 en vue de la future loi pour l'adaptation de la société au vieillissement. Il présente les volets du futur texte, dits les « trois A », à savoir : « Anticipation et prévention de la perte d'autonomie », « Adaptation de la société au vieillissement » et « Accompagnement de la perte d'autonomie ». Il souligne également l'importance de « réformer la gouvernance » du secteur des personnes âgées, et présente la création de maisons départementales de l'autonomie (MDA) comme l'une des « pistes » qui « méritent d'être débattues ».

<http://www.gouvernement.fr/presse/concertation-sur-le-projet-de-loi-sur-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement>