

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

17 octobre 2014 / October, the 17th 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>

Contacts

Espace documentation : documentation@irdes.fr

Marie-Odile Safon : safon@irdes.fr

Véronique Suhard : suhard@irdes.fr

Sommaire

Assurance maladie / Health Insurance 6

- Perronnin M. (2013). Effet de l'assurance complémentaire santé sur les consommations médicales : entre risque moral et amélioration de l'accès aux soins 6
- Cabral M., Geruso M., Mahoney N. (2014). Does Privatized Health Insurance Benefit Patients or Producers? Evidence from Medicare Advantage. 6
- Gerritzen B.C., Martinez I.Z., Ramsden A. (2014). Cantonal Differences in Health Care Premium Subsidies in Switzerland. 6
- Banerjee A., Duflo F., Hornbeck J. (2014). (Measured) Profit is Not Welfare: Evidence from an Experiment on Bundling Microcredit and Insurance. 7

Economie de la santé / Health Economics 7

- (2014). Index des 200 premiers numéros de Questions d'économie de la santé. Janvier 1998 - juillet-août 2014 7
- (2014). Sécurité sociale : Rapport 2014 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale 7
- Le Garrec M.A., Bouvet M. (2014). Comptes nationaux de la santé : édition 2013..... 8
- Pinto Prades J.L., Brey Sanchez R. (2014). Age effects in mortality risk valuation..... 8
- Marcellusi A. (2014). Direct and Indirect Cost of Diabetes in Italy: a Prevalence Probabilistic 8
- Ryen L., Svensson M. (2014). The Willingness to Pay for a QALY: a Review of the Empirical Literature 9

Etat de santé / Health Status 9

- Caldera S.A., Tassot C. (2014). An Exploration of the Determinants of the Subjective Well-being of Americans during the Great Recession 9
- (2014). Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union 9
- Chen A., Oster E., Williams H. (2014). Why is Infant Mortality Higher in the US than in Europe? 10

Géographie de la santé / Geography of Health 10

- (2014). Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel 10
- (2014). Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? 10
- Or Z., Verboux D. (2014). France : Geographic variations in health care, 11
- Leca A., Berland-Benhaim C., Agresti P., Ngampio-Obele-Bele U., Maurey H., Nicolas G. (2014). Les déserts médicaux. 11

Hôpital / Hospitals 11

(2014). Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser 11

Chan Chee.C., Jezewski-Serra D (2014). Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 12

Milcent C. (2014). Coût des soins hospitaliers : effet de la concurrence par la qualité..... 12

Buchan J., Kumar A., Schoenstein M. (2014). Wage-setting in the Hospital Sector 13

De voorde (C.),Van Den Heede K., Obyn C.,et al. (2014). Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system 13

Bartel A.P., Chan C.W., Kim S. (2014). Should Hospitals Keep Their Patients Longer? The Role of Inpatient and Outpatient Care in Reducing Readmissions 13

Inégalités de santé / Health Inequalities 14

Kesztenbaum L., Rosenthal J.L. (2014). Income versus Sanitation; Mortality Decline in Paris, 1880-1914 14

Durand M.A, Carpenter L., Dolan H.,et al.. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis 14

(2014). Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland. 14

Médicaments / Pharmaceuticals 15

(2014). La diffusion des médicaments génériques: des résultats trop modestes, des coûts élevés. 15

Ricard P.L. (2014). La politique du médicament générique en France : un environnement en pleine évolution..... 15

Branstetter L., Banerjee C., Higgins M.J. (2014). Starving (or Fattening) the Golden Goose?: Generic Entry and the Incentives for Early-Stage Pharmaceutical Innovation 16

(2014). Principles for application of international reference pricing systems. EFPIA Position Paper 16

Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics..... 16

Politique de santé / Health Policy 16

Polton D. (2014). La santé pour tous ? 16

Prévention / Prevention 17

(2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. 17

(2014). Repérage de l'amiante, mesures d'empoussièremment et révision du seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux contenant de l'amiant - Analyse et recommandations. Paris : HCSP.....	17
Chauvin P. (2014). Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020.....	17
Bjornberg A. (2014). Euro Diabetes Index 2014.....	18
Prévision – Evaluation / Prevision – Evaluation	18
Psychiatrie / Psychiatry	18
Soins de santé primaires / Primary Health Care	18
(2014). Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense	18
Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. (2014). Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR).....	18
Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. (2014). Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR19	
(2014). Assistance au suivi de l'accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique. Rapport de synthèse.....	19
Kroezen M. (2014). Nurse prescribing: A study on task substitution and professional jurisdictions.	19
(2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé.....	20
Cashin C. / éd. , Chi Y-L. / éd.,Smith P / éd.,et al.(2014). Paying for Performance in Health Care : implications for health system performance and accountability	20
Martinez-Gonzalez N.A., Djalali S., Tandjung R., et al (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis.	20
Systèmes de santé / Health Care Systems	21
Mattonetti M.L. (2014). The EU in the world 2014. A statistical portrait. Eurostat Statistical books.	21
Nelson S. T., Turnbull J., Bainbridge L., et al. (2014). Optimisation des champs d'exercice. De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé	21
Travail et santé / Occupational Health	22
Andersson E. Lundborg P., Vikstrom J. (2014). Income Receipt and Mortality: Evidence from Swedish Public Sector Employees.	22

Archimbaud A., Barbier G., Deriot G., Deroche C., Godefroy J.P., Kerdraon R., Vanlerenberghe J.M., Watrin D. (2014). Note sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'amiante. Allemagne – Italie – Pays-Bas – Royaume-Uni. 22

Vieillesse / Ageing 22

Alberola E. Galdemar V., Petit N. (2013). Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées..... 22

Fall A. (2014). Comparing the Robustness of PAYG Pension Schemes 23

Arabi S. (2014). La retraite anticipée pour pénibilité depuis son origine 23

(2014). Les personnes handicapées vieillissantes à domicile et leurs proches aidants / Agirc/Arrco/FNG 23

Assurance maladie / Health Insurance

Perronnin M. (2013). Effet de l'assurance complémentaire santé sur les consommations médicales : entre risque moral et amélioration de l'accès aux soins.

Thèse de doctorat de sciences économiques. Paris : Université Paris Dauphine

Abstract: La théorie économique conduit à supposer que l'assurance sante accroît les consommations médicales en générant du risque moral ex-post, c'est-à-dire l'achat par les individus de soins dont la valeur est faible au regard de leur cout total. Certains économistes soulignent que tout ou partie de ce surplus de consommation peut résulter également d'une solvabilisation de la demande de soins du fait des remboursements, traduisant ainsi un meilleur accès aux soins. Comprendre lequel de ces effets prédomine représente un enjeu important en termes d'équité et d'efficience du système de santé. Cette thèse vise à mesurer l'ampleur de l'effet de l'assurance complémentaire santé sur les consommations médicales en France et à en comprendre la nature en s'appuyant sur trois articles. Le premier article analyse l'effet du fait d'être couvert par une complémentaire santé sur le recours aux médecins, le second évalue l'impact de la CMU-C sur les consommations médicales de ses bénéficiaires, enfin le troisième étudie l'effet d'une surcomplémentaire sante permettant de compléter les remboursements du contrat de base d'une mutuelle de fonctionnaire. En se focalisant sur l'assurance complémentaire et surcomplémentaire, ces articles permettent d'étudier l'effet d'une variation à la marge du niveau de couverture sur différentes catégories de population.

<http://www.irdes.fr/enseignement/theses-et-memoires/these-perronnin-marc-effet-de-l-assurance-complementaire-sante-sur-les-consommations-medicales.pdf>

Cabral M., Geruso M., Mahoney N. (2014). Does Privatized Health Insurance Benefit Patients or Producers? Evidence from Medicare Advantage. Cambridge : NBER

Abstract: The debate over privatizing Medicare stems from a fundamental disagreement about whether privatization would primarily generate consumer surplus for individuals or producer surplus for insurance companies and health care providers. This paper investigates this question by studying an existing form of privatized Medicare called Medicare Advantage (MA). Using difference-in-differences variation brought about by payment floors established by the 2000 Benefits Improvement and Protection Act, we find that for each dollar in increased capitation payments, MA insurers reduced premiums to individuals by 45 cents and increased the actuarial value of benefits by 8 cents. Using administrative data on the near-universe of Medicare beneficiaries, we show that advantageous selection into MA cannot explain this incomplete pass-through. Instead, our evidence suggests that insurer market power is an important determinant of the division of surplus, with premium pass-through rates of 13% in the least competitive markets and 74% in the markets with the most competition.

<http://www.nber.org/papers/w20470>

Gerritzen B.C., Martinez I.Z., Ramsden A. (2014). Cantonal Differences in Health Care Premium Subsidies in Switzerland. Saint Gallen: University of Saint Gallen

Abstract: We study health care premium subsidies in the Swiss cantons in order to understand the reasons behind the substantial cross-cantonal variation in households' premium load, i.e., the share of disposable income that is spent on premiums after the subsidy. Cantons' financial situation is of particular interest in this regard, because the premium subsidies aim at reducing the premium load for lower income groups in order to ensure universal access to health care at affordable costs. Thus, variation in premium load is meant to reflect underlying differences between cantons in health care and overall living costs, or different preferences of the electorate with regards to social policy, but not budgetary considerations of cantons. We develop a premium subsidy calculation model based on cantonal regulations and apply it to households in the Swiss Household Panel to assess the effect of cantonal budget tightness on households' premium load from 2004-2012. Our analysis is based on panel regression methods and a difference-in-differences model in order to take into account unobserved heterogeneity and simultaneity concerns. The results indicate that there is a significant and negative relationship between the budget of a canton and the premium load of households.

<http://www1.vwa.unisg.ch/RePEc/usg/econwp/EWP-1420.pdf>

Banerjee A., Duflo F. Hornbeck J. (2014). (Measured) Profit is Not Welfare: Evidence from an Experiment on Bundling Microcredit and Insurance. Cambridge : NBER

Abstract: We analyze a randomized trial in which microfinance loans were bundled with an unpopular (but cheap) health insurance policy. In randomly assigned treatment villages, purchase of the insurance policy was made mandatory at the time of loan renewal. This requirement led to a 22 percentage point (or 31%) decline in loan renewal in treatment villages, compared to control villages where the insurance policy was not introduced. The insurance policy itself turned out to be useless, partly due to administrative failures in implementation. Therefore, non-renewing clients' valuation of microfinance is approximated by the modest fee to purchase the insurance; in the presence of any expected gains, the fee represents an upper bound. Comparing client businesses in treatment and control villages, however, the decline in loan renewal had negative impacts that were both economically substantial and statistically significant. Clients' decision to incur these losses, rather than pay the modest insurance premium, implies the substantial financial gains from microfinance are mostly dissipated by unmeasured costs of operating the small businesses. This result potentially reconciles the seemingly large returns to capital for microenterprises with the lack of growth and frequent business closure.

<http://www.nber.org/papers/w20477>

Economie de la santé / Health Economics

(2014). Index des 200 premiers numéros de Questions d'économie de la santé. Janvier 1998 - juillet-août 2014. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (Hors série) :

Abstract: À l'occasion de la parution du numéro 200 de Questions d'économie de la santé, un regard porté sur l'intégralité de la collection, créée en 1998, révèle outre la diversité des thématiques traitées et les constantes dessinant le cœur des analyses produites par l'Irdes, l'évolution des travaux de l'Institut sur plus de quinze ans. Ces constantes résultent en partie de la production régulière de données à travers, notamment, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), réalisée par l'Irdes. Parmi les grands thèmes traités, notons : l'accès et le recours aux soins, la couverture complémentaire santé, les dépenses de santé, l'état de santé, la géographie de la santé, les inégalités de santé, l'organisation du système de santé, les pratiques médicales (coopération, regroupement...), les professionnels de santé, etc. Ces dernières années ont par ailleurs vu se développer des thématiques comme la dépendance et le vieillissement, les médicaments, les relations entre la santé et le travail, le renoncement aux soins, les soins primaires, la santé mentale... en écho aux préoccupations actuelles de la société. Ce numéro spécial, hors-série, propose ainsi les résumés en français et en anglais des dix derniers numéros parus de Questions d'économie de la santé ainsi que deux index : l'un chronologique et l'autre thématique sur l'intégralité de la collection (résumé d'auteur).

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/hs-index-des-200-premiers-numeros-de-questions-d-economie-de-la-sante.pdf>

(2014). Sécurité sociale : Rapport 2014 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes.

Abstract : Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. L'édition 2014 souligne que la France s'est engagée tardivement dans une trajectoire de rétablissement de l'équilibre de ses comptes publics, à laquelle l'ensemble des administrations doivent concourir, que le déficit de la sécurité sociale a continué à se réduire, mais à un rythme plus faible qu'attendu. Malgré les efforts, la situation des comptes sociaux reste toujours préoccupante. Le rapport dégage les pistes suivantes : piloter plus efficacement les finances sociales, réguler plus vigoureusement les dépenses de médecine de ville, mobiliser des gains d'efficience à l'hôpital, accroître l'effort contributif des retraités des indépendants et améliorer la gestion de la sécurité sociale.

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2>

Le Garrec M.A., Bouvet M. (2014). Comptes nationaux de la santé : édition 2013.
Collection Etudes et Statistiques. Paris : Ministère chargé de la Santé

Abstract: Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils sont présentés dans la « base 2010 » de la Comptabilité nationale qui se substitue cette année à la précédente « base 2005 ». Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2013, aux données semi-définitives de l'année 2012 et aux données définitives des années 2006 à 2011. Ces comptes fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants, qu'ils relèvent de l'assurance-maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Ces comptes servent de base à l'élaboration des Comptes de la santé présentés dans les instances internationales (OCDE, Eurostat et OMS). Ils permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales. Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2013. Une deuxième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques regroupées en cinq chapitres consacrés respectivement à la consommation de soins et de biens médicaux, à la dépense courante de santé, à la dépense totale de santé en comparaison internationale, au financement de la santé en France et au lien entre les Comptes de la santé et ceux de l'assurance maladie. La troisième partie comprend un dossier sur la régulation des tarifs et les comportements d'offre de soins des médecins généralistes. La quatrième partie comprend sept éclairages : le premier porte sur l'opinion des Français sur les dépenses de santé et l'assurance maladie, les deux suivants présentent des analyses plus ciblées (respectivement sur les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011 et sur l'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013). Les trois suivants sont des études de nature sectorielle sur la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et 2013, sur celle des cliniques privées à but lucratif en 2012 et sur l'évolution du marché des médicaments remboursables entre 2012 et 2013. Le dernier éclairage présente une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012. Des annexes présentent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la santé et les principes méthodologiques retenus pour l'estimation des dépenses de santé, ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 2006 à 2013.

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013.pdf

Pinto Prades J.L., Brey Sanchez R. (2014). Age effects in mortality risk valuation.
Glasgow : Glasgow Caledonian University

Abstract: We provided more evidence on the functional relationship between willingness to pay for risk reductions and age (the senior discount). We overcome many of the limitations of previous literature that has dealt with this problem, namely, the influence of the assumptions used in statistical models on the final results. Given our large sample size (n=6024) we can use models that are very demanding on sample size. We show that all models predict the same inverse U-shaped relationship between WTO for risk reductions and age. We use several models, parametric (linear, quadratic, dummies), semi-nonparametric and non-parametric. Results are consistent under all the different models. We also compare the marginal and the total approach and we show that they provide similar results. However, we also overcome one of the limitations of the total approach, that is, it includes the effects of all socioeconomic characteristics that are correlated with age. Given our sample size, we compare age groups that are similar in education and income. We observe that the seniority effect is only present for low income people.

<http://www.gcu.ac.uk/media/gcalwebv2/repec/AgeEffectsInMortalityRiskValuation.pdf>

Marcellusi A. (2014). Direct and Indirect Cost of Diabetes in Italy: a Prevalence Probabilistic Approach. Rome : Centre For Economic and International Studies

Abstract: Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic-degenerative disease associated with a high risk of chronic complications and co-morbidities. However, very few data are available on the associated cost. The objective of this study is to identify the available information on the epidemiology of the disease and estimate the average annual cost incurred by the National Health Service (NHS) and society for the treatment of diabetes in Italy. Methods: A probabilistic prevalence Cost of Illness

model was developed in order to calculate an aggregate measure of the economic burden associated with the disease, in terms of direct medical costs (drugs, hospitalizations, monitoring and adverse events) and indirect costs (absenteeism and early retirement). A systematic review of the literature was conducted to determine both the epidemiological and economic data. Furthermore, a one-way and probabilistic sensitivity analysis with 5,000 Monte Carlo simulations was performed, in order to test the robustness of the results and define a 95% CI. Results: The model estimated a prevalence of 2.6 million of patients under drug therapies in Italy. The total economic burden of diabetic patients in Italy amounted to € 20.3 billion/year (95% CI 95%: € 18.61 - € 22.29 billion), 54% of which are associated with indirect costs (95% CI :€ 10.10 - € 11.62 billion) and 46% with direct costs only (95% CI: € 8.11 - € 11.06 billion). Conclusions: This is the first study being conducted in Italy aimed at estimating direct and indirect cost of diabetes with a probabilistic prevalence approach. As it might be expected, the lack of information involves that the real burden of Diabetes is partly underestimated, especially with regard to indirect costs. However, this is a useful approach for policy makers, in order to understand the economic implications of the diabetes treatment in Italy.

<ftp://www.ceistorvergata.it/repec/rpaper/RP321.pdf>

Ryen L., Svensson M. (2014). The Willingness to Pay for a QALY: a Review of the Empirical Literature. Karlstad : Karlstad University

Abstract: There has been a rapid increase in the use of cost-effectiveness analysis, with Quality Adjusted Life Years (QALYs) as an outcome measure, in evaluating both medical technologies and public health interventions. Alongside, there is a growing literature on the monetary value of a QALY based on estimates of the willingness to pay (WTP). This paper conducts a review of the literature on the WTP for a QALY. In total 24 studies containing 383 unique estimates of the WTP for a QALY are identified. Trimmed mean and median estimates amount to 74,159 and 24,226 Euros (2010 price level), respectively. In regression analyses the results indicate that the WTP for a QALY is significantly higher if the QALY gain comes from life extension rather than quality of life improvements. The results also show that the WTP for a QALY is dependent on the size of the QALY gain valued.

http://www.kau.se/sites/default/files/Dokument/subpage/2012/02/2014_12_pdf_71606.pdf

Etat de santé / Health Status

Caldera S.A., Tassot C. (2014). An Exploration of the Determinants of the Subjective Well-being of Americans during the Great Recession. Paris : OCDE

Abstract: Le présent document utilise les données de l'enquête American Life Panel afin de comprendre les déterminants du bien-être aux États-Unis pendant la récession, l'objectif étant de déterminer comment les diverses dimensions du bien-être subjectif définies dans le cadre de mesure de l'initiative « Vivre mieux » de l'OCDE influent sur le sentiment subjectif de bien-être. Les résultats montrent que le revenu constitue un facteur important de bien-être subjectif. Les chômeurs et les personnes handicapées sont nettement moins satisfaits de leur vie que les actifs occupés, alors que les retraités et les femmes au foyer affichent des niveaux de satisfaction plus élevés. Les données existantes sont élargies et montrent que les propriétaires, les électeurs inscrits et les personnes pouvant bénéficier d'une assurance-maladie présentent des niveaux plus élevés de bien-être subjectif. Le temps consacré à la marche ou à l'exercice physique est associé à une hausse du niveau de bonheur, tandis que le fait de travailler plus de 50 heures par semaine ou de consacrer du temps à sa santé est associé à une baisse du niveau de bien-être subjectif et à des niveaux plus élevés d'anxiété.

http://www.oecd-ilibrary.org/economics/an-exploration-of-the-determinants-of-the-subjective-well-being-of-americans-during-the-great-recession_5jxc9p57lq3-en

(2014). Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union. Bruxelles : European commission .

Abstract: The purpose of this report is to provide an evidence-based review of literature on Roma health, covering 2008-2013 and the following indicators: Mortality and life expectancy; Prevalence of major infectious diseases; healthy life styles and related behaviours; access and use of health

services and prevention programmes; prevalence of major chronic diseases; health factors related to the role of women in the Roma community; environmental and other socio-economic factors.

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf

Chen A., Oster E., Williams H. (2014). Why is Infant Mortality Higher in the US than in Europe? Cambridge : NBER

Abstract: The US has a substantial – and poorly understood – infant mortality disadvantage relative to peer countries. We combine comprehensive micro-data on births and infant deaths in the US from 2000 to 2005 with comparable data from Austria and Finland to investigate this disadvantage. Differential reporting of births near the threshold of viability can explain up to 40% of the US infant mortality disadvantage. Worse conditions at birth account for 75% of the remaining gap relative to Finland, but only 30% relative to Austria. Most striking, the US has similar neonatal mortality but a substantial disadvantage in postneonatal mortality. This postneonatal mortality disadvantage is driven almost exclusively by excess inequality in the US: infants born to white, college-educated, married US mothers have similar mortality to advantaged women in Europe. Our results suggest that high mortality in less advantaged groups in the postneonatal period is an important contributor to the US infant mortality disadvantage.

<http://www.nber.org/papers/w20525>

Géographie de la santé / Geography of Health

(2014). Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel., In : *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* : Paris : Cour des Comptes

Abstract: La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (dite loi HPST) a entendu inscrire la politique de santé dans la double perspective d'un parcours assurant un continuum de prise en charge depuis la prévention jusqu'aux structures médico-sociales et d'une territorialisation de l'organisation des soins, avec pour objectif d'améliorer l'égalité des chances et la qualité des prises en charge. À cette fin, les agences régionales de santé (ARS) créées par cette même loi se sont vu confier, parmi leurs premières missions, celle de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique dont la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique précise qu'elle a notamment pour objectif « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ». Le cadre de régulation de la politique régionale de santé a été modifié en conséquence. Le projet régional de santé (PRS) unifie dorénavant l'ensemble des démarches des différents acteurs -État et assurance maladie au premier chef - dans les domaines de la prévention, des soins hospitaliers et ambulatoires et de l'action médico-sociale. À l'issue de la phase d'élaboration de ces derniers et au début de leur mise en œuvre, la Cour a cherché à analyser comment cet exercice de programmation avait entendu répondre à ses objectifs : réduire les inégalités en santé, assurer une meilleure coordination des parcours de soins et permettre une plus grande efficacité des politiques de santé publique. Elle a constaté que cette démarche n'est pas parvenue, malgré un travail et une mobilisation considérables, à rendre opérationnelle une approche intégrée au niveau régional, comme l'illustrent les deux exemples de la prévention et de la prise en charge de l'obésité et des accidents vasculaires cérébraux. Les capacités d'action des ARS sont entravées par de nombreuses difficultés, qu'il s'agisse de l'absence de priorités nationales claires, du manque de leviers financiers à la disposition directe des ARS ou du défaut d'affirmation de leur rôle de pilote face à d'autres acteurs au niveau local. L'élaboration de nouveaux projets régionaux de santé en 2016 devra nécessairement s'engager dans un cadre institutionnel à repenser.

<http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/La-securite-sociale>

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2>

(2014). Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance? Paris : OCDE .

Abstract: Geographic variations in health care use across and within countries have been widely documented, for a limited number of countries including the United States, Canada, the United

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

Page 10 sur 24

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

Kingdom and Nordic countries. While some of these variations reflect differences in patient needs and/or preferences, others do not. Instead, they are due to variations in medical practice styles, the ability of providers to generate demand beyond what is clinically necessary, or to unequal access to health care services. These unwarranted variations raise concerns about the equity and the efficiency of health systems. This report presents new information on geographic variations in health care utilisation within and across 13 OECD countries: Australia, Belgium, Canada, the Czech Republic, Finland, France, Germany, Israel, Italy, Portugal, Spain, Switzerland and the United Kingdom (England). The analysis focusses on a selected set of high-volume and high-cost health care activities. Data are reported for the most recent year (often 2011) and sometimes for several years, allowing some analysis of trends. Health care utilisation is recorded at the patient's place of residence. Hence, the level of use in a given area cannot be explained by patients receiving treatment in other geographic areas. Utilisation rates have been standardised by age and sex to remove the effect of differences in population structures. The report considers possible causes of these variations and explores health policies expected to reduce unwarranted variations. (résumé de l'éditeur).

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-variations-in-health-care_9789264216594-en

Or Z., Verboux D. (2014). France : Geographic variations in health care., *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* Paris : OCDE

Abstract: In France, awareness about practice variations has been growing in recent years due to the harsh economic context and changes in regional governance. This chapter provides information on variations in the use of eight specific hospital procedures and activities across departments for 2005 and 2011. It then provides an overview of the major policy instruments used in France for tackling variations in medical practice.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-variations-in-health-care_9789264216594-en

Leca A., Berland-Benhaim C., Agresti P., Ngampio-Obele-Bele U., Maurey H., Nicolas G. (2014). Les déserts médicaux. *Cahiers de Droit de la Sante (Les) : Juridiques, Historiques et Prospectifs*, (19) :

Abstract: Alors que la France ne manque pas de médecins, ayant même une densité médicale supérieure à celle de la plupart de ses voisins, elle fait face à un phénomène destructeur de son système de santé tant revendiqué : les déserts médicaux. Les statistiques, mais surtout l'examen de la démographie médicale viennent enrichir ce bouquet de réflexions pour établir un constat alarmant : les campagnes et les banlieues sont délaissées par les praticiens privés au profit des grands centres-villes de France. Dans un tel contexte, les auteurs mettent en avant une question : la liberté d'installation de ces praticiens ne doit-elle pas être remise en cause quand, souvent, les petites communes ne se retrouvent qu'avec un seul prescripteur dans les meilleurs cas ? Cet ouvrage documenté se veut être le reflet des questions qui se posent aujourd'hui sur le sujet en présentant un modèle de comparaison éloquent : le National Health Service de l'Angleterre qui favorise grandement l'implication des pouvoirs publics dans l'offre de soins (4e de couverture).

http://www.leh.fr/edition/les-cahiers-de-droit-de-la-sante/les-deserts-medicaux-n-19-9771774983004_00019.html

Hôpital / Hospitals

(2014). Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, In : *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* : Paris : Cour des Comptes

Abstract : En 2012, pas moins de 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venues se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Pour les seules « structures des urgences », selon leur dénomination réglementaire, situées dans des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, qui représentent 81 %

du dispositif d'accueil, la charge supportée à ce titre par l'assurance maladie est de près de 2,5 Md€. Cette fréquentation en progression continue met sous tensions persistantes les organisations et les équipes hospitalières en dépit des mesures de renforcement et de soutien successivement décidées par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre du plan urgences 2004-2008 adopté à la suite de la canicule de l'été 2003. Au-delà des situations où le pronostic vital est engagé ou qui nécessitent une intervention rapide compte tenu de leur gravité, les urgences hospitalières jouent de fait un rôle essentiel dans la prise en charge de soins non programmés, à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante. Dans le prolongement de l'enquête qu'elle a précédemment consacrée à la permanence des soins ambulatoires, assurée par les médecins libéraux, où elle avait en particulier souligné le manque d'efficacité des dispositifs de régulation et d'orientation mis en place à compter de 2002, la Cour a cherché à analyser l'évolution de l'activité des services d'urgence et de leur fonctionnement, qu'elle avait déjà examinés en 2007. Elle a observé que la progression forte de la fréquentation des urgences n'avait fait l'objet jusqu'à tout récemment que de peu d'analyses de ses déterminants. Les services d'urgences ont cherché à faire évoluer leurs organisations pour mieux y répondre, dans un cadre financier inchangé qui contrarie toujours la recherche d'une plus grande efficacité. L'amélioration de l'efficacité du dispositif passe cependant avant tout par une articulation plus étroite entre médecine de ville et hôpital.

<http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/La-securite-sociale>

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2>

Chan Chee.C., Jezewski-Serra D (2014). Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice : InVS .

Abstract: En France métropolitaine, le PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information – Médecine, chirurgie et obstétrique) entre 2004 et 2011 a permis de comptabiliser 765 616 hospitalisations pour tentative de suicide (TS) en médecine et chirurgie concernant 556 708 personnes, soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 personnes par an. Au cours des huit années étudiées, 80 % des patients ont été hospitalisés une seule fois pour TS et 20 % l'ont été plusieurs fois. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté 65 % de l'ensemble des séjours pour TS. L'intoxication médicamenteuse volontaire était le mode opératoire le plus fréquent avec 82 % des TS hospitalisées, soit entre 70 000 et 85 000 séjours par an. Le taux de séjours pour TS était de 17,7 pour 10 000 habitants (13,4 pour 10 000 hommes et 21,6 pour 10 000 femmes). Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés, avoisinant 43 pour 10 000. Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire, avaient des taux standardisés supérieurs de 20 % au taux national chez les hommes et chez les femmes. Le taux de ré-hospitalisation pour TS était de 12,8 % à 12 mois et allait jusqu'à 26,6 % à 8 ans sans différence selon le sexe ; il était plus élevé chez les 30-49 ans et chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique. Entre 2007 et 2011, le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) a permis d'estimer que 63 % des personnes passées aux urgences pour TS ont été hospitalisées. Parmi ces dernières, 9 % l'ont été directement en psychiatrie et 54 % dans des unités médicales ou chirurgicales. À partir des données du PMSI-MCO et d'Oscour®, le nombre de passages aux urgences pour TS en France métropolitaine est estimé entre 176 000 et 200 000 par an (entre 66 000 et 78 000 chez les hommes et entre 108 000 et 120 000 chez les femmes) (résumé d'auteur).

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014>

Milcent C. (2014). Coût des soins hospitaliers : effet de la concurrence par la qualité. Paris : Paris School of economics

Abstract: Ce papier vise à étudier l'hétérogénéité des coûts hospitaliers pour des séjours comparables en pathologie et en procédures (Groupe homogène de séjours _ GHS). A l'époque du budget global, une forte hétérogénéité des coûts était observée entre les hôpitaux publics français. Qu'en est-il aujourd'hui ? La tarification à l'activité (T2A) mise en place entre 2004 et 2008, a introduit la concurrence des établissements hospitaliers français qu'ils soient publics, privés, à but non lucratif ou à but lucratif. Avec la T2A, les établissements sont désormais payés au forfait par séjour. Théoriquement, un mode de tarification par forfait devrait conduire les établissements à minimiser leur

coût afin de gagner la différence entre le forfait et le coût. La mise en concurrence des établissements devrait accélérer ce mécanisme de minimisation des coûts. Nous montrons que si les changements majeurs dans les modes de régulation ont en effet conduit à une certaine homogénéisation des coûts et une réelle prise en compte de l'hétérogénéité des individus, les forfaits par GHM ne capturent cependant pas toute l'hétérogénéité entre les établissements ni l'ensemble du case-mix des patients (résumé d'auteur).

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/01/01/03/27/PDF/wp201421.pdf>

Buchan J., Kumar A., Schoenstein M. (2014). Wage-setting in the Hospital Sector. Paris : OCDE

Abstract: Ce document analyse les mécanismes de détermination des salaires des agents hospitaliers dans huit pays de l'OCDE. Il décrit les similitudes et les différences entre ces mécanismes et évalue la capacité d'adaptation dont ils ont fait preuve ces dernières années face aux réformes des systèmes de santé, à la dynamique du marché du travail et aux pressions économiques. Il ressort d'un examen de la documentation parallèle et d'entretiens menés avec des experts des pays concernés que si, avant la crise économique, plusieurs pays de l'OCDE avaient annoncé que la détermination des salaires dans le secteur hospitalier allait être plus locale et flexible, la plupart d'entre eux semblent ne pas avoir complètement atteint ces objectifs dans les hôpitaux du secteur public. Les difficultés budgétaires ont en effet contraint à une « recentralisation », notamment en France, au Portugal et au Royaume-Uni. L'intérêt de la centralisation fait l'objet d'un large débat, mais dans les pays couverts dans ce document, il semblerait que les décideurs mettent généralement en avant les avantages de la centralisation et/ou de l'harmonisation de la détermination des salaires. La base de recherches sur l'efficacité des différentes approches est actuellement limitée et le processus décisionnel gagnerait à meilleure compréhension des effets de la détermination des salaires sur l'amélioration de la performance et de la qualité des hôpitaux.

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/wage-setting-in-the-hospital-sector_5jxx56b8hqhl-en

De voorde (C.), Van Den Heede K., Obyn C., et al. (2014). Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. KCE Reports 229Bs. Bruxelles : KCE .

Abstract: Début 2013, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a annoncé qu'une 'feuille de route' sur un système de financement prospectif des hôpitaux, basé sur les pathologies du patient, serait présentée au Conseil des ministres en octobre 2013. En guise de première étape, la Ministre a demandé au KCE de réaliser, sur une sélection de quelques pays, une analyse comparative des systèmes de financement des hôpitaux, y compris de la rémunération des médecins spécialistes. Ce premier rapport fut publié en octobre 2013. L'accent y était mis sur les enseignements que l'on pouvait tirer de cette analyse, avec une attention particulière pour les incitants financiers liés à la qualité et à l'intégration des soins. Le présent rapport constitue la deuxième étape de la feuille de route. En novembre 2013, le KCE a été chargé par la Ministre de proposer des orientations pour une réforme du système de financement des hôpitaux en Belgique. Les hôpitaux n'étant pas des acteurs isolés, ce rapport analyse cette question dans la perspective plus large du rôle de l'hôpital dans le paysage global des soins. L'élément central du rapport est un cadre conceptuel global pour une réforme du système de financement des hôpitaux aigus, y compris les hôpitaux universitaires. Le financement des hôpitaux psychiatriques, spécialisés ou gériatriques n'entre pas dans le cadre de cette étude. (résumé de l'éditeur).

<https://kce.fgov.be/node/2580>

Bartel A.P., Chan C.W., Kim S. (2014). Should Hospitals Keep Their Patients Longer? The Role of Inpatient and Outpatient Care in Reducing Readmissions. Cambridge : NBER

Abstract: Twenty percent of Medicare patients are readmitted to the hospital within 30 days of discharge, resulting in substantial costs to the U.S. government. As part of the 2010 Affordable Care Act, the Hospital Readmissions Reduction Program financially penalizes hospitals with higher than expected readmissions. Utilizing data on the over 6.6 million Medicare patients treated between 2008 and 2011, we estimate the reductions in readmission and mortality rates of an inpatient intervention (keeping patients in the hospital for an extra day) versus providing outpatient interventions. We find that for heart failure patients, the inpatient and outpatient interventions have practically identical

impact on reducing readmissions. For heart attack and pneumonia patients, keeping patients for one more day can potentially save 5 to 6 times as many lives over outpatient programs. Moreover, we find that even if the outpatient programs were cost-free, incurring the additional costs of an extra day may be a more cost-effective option to save lives. While some outpatient programs can be very effective at reducing hospital readmissions, we find that inpatient interventions can be just as, if not more, effective.

<http://www.nber.org/papers/w20499>

Inégalités de santé / Health Inequalities

Kesztenbaum L., Rosenthal J.L. (2014). Income versus Sanitation; Mortality Decline in Paris, 1880-1914. Paris : Paris School of economics

Abstract: After 1850, mortality began its long-term fall in most industrialized countries, a process that has been linked to rising incomes and improved water infrastructure. The problem, however, is that these contribution are jointly determined and feedback into each other. Here we estimate their impact using a longitudinal data set on mortality and income for each of Paris' 80 neighborhoods. Income and sanitation both contributed to the decrease in mortality, a standard deviation increase in either variable produces a two years gain in life expectancy. These results give insights on the determinants of the health transition but also on the long-term evolution of health inequality.

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/01/01/85/94/PDF/wp201426.pdf>

Durand M.A, Carpenter L., Dolan H.,et al.. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 9 (4) :

Abstract: Background: Increasing patient engagement in healthcare has become a health policy priority. However, there has been concern that promoting supported shared decision-making could increase health inequalities. Objective: To evaluate the impact of SDM interventions on disadvantaged groups and health inequalities. Design: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. Data Sources: CINAHL, the Cochrane Register of Controlled Trials, the Cochrane Database of Systematic Reviews, EMBASE, HMIC, MEDLINE, the NHS Economic Evaluation Database, Open SIGLE, PsycINFO and Web of Knowledge were searched from inception until June 2012. Study Eligibility Criteria: We included all studies, without language restriction, that met the following two criteria: (1) assess the effect of shared decision-making interventions on disadvantaged groups and/or health inequalities, (2) include at least 50% of people from disadvantaged groups, except if a separate analysis was conducted for this group. Results: We included 19 studies and pooled 10 in a meta-analysis. The meta-analyses showed a moderate positive effect of shared decision-making interventions on disadvantaged patients. The narrative synthesis suggested that, overall, SDM interventions increased knowledge, informed choice, participation in decision-making, decision self-efficacy, preference for collaborative decision making and reduced decisional conflict among disadvantaged patients. Further, 7 out of 19 studies compared the intervention's effect between high and low literacy groups. Overall, SDM interventions seemed to benefit disadvantaged groups (e.g. lower literacy) more than those with higher literacy, education and socioeconomic status. Interventions that were tailored to disadvantaged groups' needs appeared most effective. Conclusion: Results indicate that shared decision-making interventions significantly improve outcomes for disadvantaged patients. According to the narrative synthesis, SDM interventions may be more beneficial to disadvantaged groups than higher literacy/socioeconomic status patients. However, given the small sample sizes and variety in the intervention types, study design and quality, those findings should be interpreted with caution.

<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0094670&representation=PDF>

(2014). Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: Despite remarkable health gains, inequities persist between and within countries in the WHO European Region, and Sweden is no exception. Actions to effectively tackle health inequities need to be carried out at all levels of government. Regions have a key role to play because they are close to their populations and have the power and skills to develop efficient public health policies that may help to reduce health disparities by changing the distribution of the social determinants of health. This report describes the process that the Region Västra Götaland, Sweden followed to mainstream health equity in its regional health plan; this resulted in the adoption of the Action Plan for Health Equity in Region Västra Götaland. This publication give an account of not only the factors that made the Action Plan possible but also the obstacles encountered and the measures taken to overcome them. The report illustrates how the whole-of-government and whole-of-society approaches central to the new European health policy, Health 2020, were implemented in a real setting (résumé de l'éditeur).
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/tackling-health-inequities-from-concepts-to-practice.-the-experience-of-vasta-gotaland>

Médicaments / Pharmaceuticals

(2014). La diffusion des médicaments génériques: des résultats trop modestes, des coûts élevés. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* : Paris : Cour des Comptes

Abstract: Les médicaments génériques sont des médicaments équivalents aux médicaments de référence (princeps) dont le brevet a expiré. Ils sont commercialisés à un prix moindre car ils n'ont pas nécessité un investissement initial dans la recherche. Ces médicaments peuvent contribuer à promouvoir la même qualité et la même sécurité de soins, tout en limitant les dépenses d'assurance maladie et constituent ainsi un enjeu majeur pour leur maîtrise. Les médicaments génériques achetés en pharmacie ne représentent, malgré leur développement au cours de la dernière décennie, que 21,5 % des remboursements de médicaments vendus en ville, soit 4,3 Md€ sur 20 Md€271. La consommation de ces médicaments à l'hôpital est faible mais n'est pas précisément connue. Le France connaît de fait en ce domaine un retard considérable par rapport à ses voisins, au détriment de ses finances sociales. En France, moins d'une boîte remboursable sur trois est générique, alors que cette proportion s'élève à plus de trois boîtes sur quatre dans d'autres pays européens, comme l'Allemagne et le Royaume-Uni. Dans la continuité de l'enquête qu'elle a menée en 2011 sur la maîtrise de la dépense de médicaments²⁷⁴ et dans le contexte d'une stagnation préoccupante du marché des génériques ²⁷⁵, la Cour a souhaité dresser un bilan de la politique de diffusion des médicaments génériques conduite par les pouvoirs publics.
<http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/La-securite-sociale>
<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2>

Ricard P.L. (2014). La politique du médicament générique en France : un environnement en pleine évolution. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie ; n° 2014 / TOU3 / 2001. Toulouse : Université Paul Sabatier

Abstract: Cette étude est une analyse de l'environnement actuel du médicament générique en France. Dans une première partie nous définirons la notion de spécialité pharmaceutique, celle du médicament et celle du générique, dont nous verrons l'évolution de la définition depuis l'année 1981. Ce rappel historique de la définition permettra de souligner l'implication des différents acteurs de la santé dans le développement du marché du générique. Nous parlerons également des différentes mesures telles que le tarif forfaitaire de responsabilité ou encore le tiers payant contre générique. Tout ceci nous permettra d'avoir une vision du marché du générique en France actuellement. Afin de se rendre compte de notre retard dans ce domaine, nous ferons une comparaison avec des pays dits « matures » dans ce marché, en mettant en parallèle les différentes politiques mises en place aux Etats-Unis, au Royaume-Uni ainsi qu'en Allemagne. Enfin nous terminerons par l'actualité récente sur le générique (résumé d'auteur).
<http://thesesante.ups-tlse.fr/364/1/2014TOU32001.pdf>

Branstetter L., Banerjee C., Higgins M.J. (2014). Starving (or Fattening) the Golden Goose?: Generic Entry and the Incentives for Early-Stage Pharmaceutical Innovation.
Cambridge : NBER

Abstract: Over the last decade, generic penetration in the U.S. pharmaceutical market has increased substantially, providing significant gains in consumer surplus. What impact has this rise in generic penetration had on the rate and direction of early stage pharmaceutical innovation? We explore this question using novel data sources and an empirical framework that models the flow of early-stage pharmaceutical innovations as a function of generic penetration, scientific opportunity, firm innovative capability, and additional controls. While the aggregate level of early-stage drug development activity has increased, our estimates suggest a sizable, robust, negative relationship between generic penetration and early-stage pharmaceutical research activity within therapeutic markets. A 10% increase in generic penetration is associated with a 7.9% decline in all early-stage innovations in the same therapeutic market. When we restrict our sample to first-in-class pharmaceutical innovations, we find that a 10% increase in generic penetration is associated with a 4.6% decline in early-stage innovations in the same market. Our estimated effects appear to vary across therapeutic classes in sensible ways, reflecting the differing degrees of substitution between generics and branded drugs in treating different diseases. Finally, we are able to document that with increasing generic penetration, firms in our sample are shifting their R&D activity to more biologic-based (large-molecule) products rather than chemical-based (small-molecule) products. We conclude by discussing the potential implications of our results for long-run welfare, policy, and innovation.

<http://www.nber.org/papers/w20532>

(2014). Principles for application of international reference pricing systems. EFPIA Position Paper. Bruxelles : EFPIA .

Abstract: International reference pricing (IRP) is a widely used element of price regulation in the vast majority of EU and EFTA countries. While IRP is inherently problematic as a means of ensuring optimal prices, these negative consequences could be at least reduced if international reference pricing systems were operated according to an established set of principles. Poorly designed pricing systems can have major negative consequences on access and affordability.

http://www.efpia.eu/uploads/Principles_for_application_of_international_reference_pricing_systems_June_2014_Position_Paper.pdf

Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics

Politique de santé / Health Policy

Polton D. (2014). La santé pour tous ? Doc'en poche ; Place au débat. Paris : La Documentation française

Abstract: Tantôt présenté comme le meilleur du monde, tantôt jugé inefficace, inégalitaire, dispendieux et à réformer d'urgence, qu'en est-il exactement du système de santé français ? Sa refonte, prévue par la loi santé, au printemps 2015, devrait en priorité réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins. Quelles sont donc les forces et les faiblesses de ce système de santé ? En quoi est-il différent de ceux des autres pays européens ? Quels enseignements en tirer ? Comment tendre vers davantage d'efficacité et de justice alors que de nombreux défis restent à relever : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques et dégénératives, fortes disparités sociales et régionales. Pour répondre à ces questions, ce nouveau titre de la collection Doc' en poche propose l'analyse d'un spécialiste du secteur et présente les principales pistes de réformes envisagées (4e de couverture).

Prévention / Prevention

(2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève : Editions de l'OMS .

Abstract: C'est la première fois que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie un rapport en la matière. Ce document rassemble les connaissances acquises dans le domaine afin de faciliter l'action immédiate. Il vise à accroître la prise de conscience du véritable enjeu de santé publique que représentent le suicide et les tentatives de suicide et à faire figurer la prévention du suicide en meilleure place dans les priorités mondiales de santé publique. Il a pour objectif d'encourager les pays à développer ou renforcer leurs stratégies globales de prévention du suicide selon une approche multisectorielle de la santé publique.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf

(2014). Repérage de l'amiante, mesures d'empoussièremment et révision du seuil de déclenchement des travaux de retrait ou de confinement de matériaux contenant de l'amiante - Analyse et recommandations. Paris : HCSP

Abstract: En France, les bâtiments font l'objet d'une réglementation relative au risque d'exposition à l'amiante depuis 1996. Un seuil d'empoussièremment a été fixé à 5 fibres d'amiante par litre d'air, à partir duquel doivent être entrepris des travaux de désamiantage ou de confinement des matériaux amiantés. Cette valeur correspond au niveau moyen qui était mesuré dans l'air en milieu urbain dans les années 70. Le dépassement de cette valeur à l'intérieur des locaux doit être interprété comme une pollution liée à la dégradation des matériaux et produits contenant de l'amiante, ou à une contamination provoquée par des travaux qui sont susceptibles de générer un risque d'exposition des occupants du bâtiment. Dans ce rapport, le HCSP a analysé les procédures en place et la cohérence entre les réglementations (codes de la santé, du travail et de l'environnement), les normes et les pratiques concernant le repérage de l'amiante, les mesures d'empoussièremment et la gestion des expositions environnementale à l'amiante (d'origine naturelle, industrielle ou liées aux déchets amiantés). Le HCSP déplore une réglementation trop complexe qui ne s'appuie pas assez sur les normes, un faible contrôle des pratiques qui, dans de nombreux cas, ne sont pas conformes à la réglementation, et une connaissance insuffisante du risque lié à la présence d'amiante dans les bâtiments. Le HCSP formule de nombreuses recommandations pour rendre cohérentes les différentes réglementations sur l'amiante et réduire l'écart entre ces réglementations et la pratique, appelant à leur mise en œuvre dans les plus brefs délais pour améliorer la gestion des risques liés aux expositions à l'amiante. Cette politique de mise en conformité est la priorité préconisée par le HCSP. Ces conditions remplies, le HCSP propose pour le seuil de déclenchement des travaux une valeur de 2 f/L applicable au 1/1/2020. Le HCSP préconise une évaluation de l'évolution des pratiques à cette échéance. En fonction des résultats de cette évaluation, la possibilité d'un abaissement supplémentaire du seuil pourrait être considérée (résumé de l'éditeur).

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=449>

Chauvin P. (2014). Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020. Copenhague : OMS

Abstract: Ce rapport du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présente la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020, à l'heure où les annonces des orientations de la loi de santé en France réaffirment l'enfance et l'adolescence comme des périodes clés. Basée sur l'expérience acquise de la stratégie précédente, elle réaffirme quatre principes directeurs : l'adoption d'approches portant sur toute la durée de la vie, s'inspirant des bases factuelles, et fondées sur les droits ainsi que la promotion des partenariats intersectoriels. Quatre priorités sont énoncées : conférer de la visibilité à la vie des enfants, poursuivre la lutte contre la mortalité évitable et les maladies infectieuses, transformer la gouvernance de la santé des enfants et des adolescents et protéger la santé et limiter les risques. L'OMS propose pour cette nouvelle stratégie que l'accent soit mis sur les mesures visant à entreprendre des démarches intersectorielles, la prévention et la promotion de la santé ainsi que le développement de réponses aux besoins propres aux adolescents. Elle rappelle l'importance de l'action sur les déterminants sociaux de la santé et les

inégalités. Enfin, elle invite les Etats membres à définir des stratégies et politiques nationales, globales et intersectorielles pour la santé des enfants et des adolescents pour que soient développées dans les actions des démarches intégrées pour la santé et le développement des enfants et adolescents.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/254226/64wd12f_InvestCAHstrategy_140440.pdf

Bjornberg A. (2014). Euro Diabetes Index 2014. Danderyd : Health Consumer Powerhouse .

Abstract: The Index – a follow-up of the 2008 Euro Diabetes Index – covers the following areas, using 28 indicators: Prevention, Case finding, Range and reach of services, Access to treatment/care, Procedures and Outcomes. The 30 countries (EU 28 plus Norway and Switzerland) are ranked according to how well they meet the indicator requirements. Sweden comes out top with 936 of a maximum 1000 points, followed by the Netherlands (922), Denmark (863), UK (812) and Switzerland (799).

<http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2014/EDI-2014-report.pdf>

Prévision – Evaluation / Prevision – Evaluation

Psychiatrie / Psychiatry

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2014). Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense. In : *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* : Paris : Cour des Comptes

Abstract: La France a développé un modèle spécifique visant à concilier un exercice libéral des professions de santé avec un accès aux soins de ville généralisé, garanti par une sécurité sociale organisant la solidarité collective. Les conventions nationales passées depuis 1971 entre l'assurance maladie et les différentes catégories de professionnels libéraux en constituent un outil essentiel. L'enjeu financier en est significatif : en 2013, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le sous-objectif des soins de ville s'est élevé en exécution à 79,4 Md€, soit 46 % du total. Les conventions élaborées par profession revêtent un caractère obligatoire une fois approuvées par arrêté ministériel, sauf refus d'adhésion par le praticien concerné. Plus de 99 % des professionnels de santé libéraux sont actuellement conventionnés. Le cadre de leur négociation a été profondément réformé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La Cour a examiné les politiques conventionnelles développées à la suite de cette réforme. Elle a centré son analyse sur cinq professions, qui représentent l'essentiel des dépenses de soins de ville: médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes. Elle a constaté que les résultats de ces politiques sont insuffisants, que ce soit en termes d'accès aux soins ou d'efficience dans leur dispensation.. Le système conventionnel doit être réorienté, pour le recentrer sur les besoins des assurés sociaux et pour faciliter une réorganisation des soins de proximité en développant les approches interprofessionnelles.

<http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/La-securite-sociale>

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2>

Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. (2014). Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Questions d'Economie de la Sante (Irdes)*, (200) :

Abstract: Cette recherche de nature qualitative sur les dynamiques professionnelles, les formes de travail pluriprofessionnel et le rôle des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) porte sur un échantillon de quatre maisons et pôles de santé (MSP) choisis parmi les 114 qui y participent. Cet article, qui s'appuie sur une analyse plus approfondie (Fournier et al., 2014), est le troisième d'une série. Le premier présentait les objectifs et la méthodologie générale de l'évaluation (Afrite et al., 2013). Le deuxième s'intéressait à la répartition géographique des maisons et pôles de santé et à son impact sur la densité des médecins généralistes (Chevillard et al., 2013 a et b). Cette recherche exploratoire poursuit trois objectifs : étudier les conditions d'émergence du travail pluriprofessionnel et la diversité des formes qu'il prend dans l'échantillon enquêté ; formuler des hypothèses concernant la nature des principaux facteurs influençant le regroupement et le travail pluriprofessionnel, en particulier, le rôle joué par les Expérimentations de nouveaux modes des rémunération (ENMR) ; enfin, alimenter le débat sur les éléments à prendre en compte dans l'optique d'une généralisation (résumé d'auteur).

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. (2014). Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Les rapports de l'Irdes ; 557. Paris : IRDES .

Abstract: A partir d'entretiens réalisés avec les professionnels de quatre maisons et pôles de santé, cette recherche qualitative explore les modalités de mise en œuvre de l'exercice pluriprofessionnel au sein de ces structures regroupées et complète l'évaluation quantitative effectuée par l'Irdes dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Trois objectifs ont soutenu cette recherche : observer les conditions d'émergence et les différentes formes du travail pluriprofessionnel au sein des quatre structures, distinguer les facteurs influençant son développement et, en particulier, le rôle joué par les financements collectifs attribués spécifiquement pour faciliter la mise en place d'actions pluriprofessionnelles, réfléchir aux conditions d'une généralisation réussie de cette expérimentation.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

(2014). Assistance au suivi de l'accompagnement des centres de santé dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique. Rapport de synthèse. Paris : ARS Ile de France

Abstract: L'Ile-de-France a la chance de disposer d'une offre importante de centres de santé sur son territoire. Toutefois, face aux difficultés économiques que nombre d'entre eux rencontrent, le risque d'une disparition d'une part importante de ces centres est réel. C'est la raison pour laquelle l'ARS a souhaité qu'un travail d'accompagnement de ces centres soit engagé dans la région afin de rechercher et de mettre en œuvre, en étroite collaboration avec leurs responsables, des pistes d'améliorations de leur organisation et de leur viabilité économique. L'objectif est de maintenir et de développer sur le territoire francilien une offre de centres de santé qui constitue un complément précieux aux professionnels de santé libéraux de la région. La démarche s'est voulue partenariale. Le Comité Interministériel des Villes, la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie des départements 92, 93, 94 et 75, le Conseil Régional d'Ile de France ainsi que la coordination des centres de santé de Paris ont contribué au pilotage de ce projet. Ce travail porte sur un échantillon de centres de santé des départements de la petite couronne parisienne (Hauts-de-Seine, Seine Saint-Denis, Val de Marne) (résumé d'auteur).

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/Centres_de_sante/Accompagnement_CDS_2014.pdf

Kroezen M. (2014). Nurse prescribing: A study on task substitution and professional jurisdictions. Utrecht : NIVEL .

Abstract: Nurses prescribe appropriately and in comparable ways to physicians. Yet the legal, educational and organisational conditions under which nurses prescribe medicines vary considerably across countries, from countries where nurses prescribe independently to countries in which

prescribing by nurses is only allowed under strict conditions and the supervision of physicians. In the Netherlands, categories of specialised registered nurses have limited legal prescribing rights, while nurse specialists have more extensive prescribing rights. On the work floor, there is great diversity in the extent to which and way in which nurse specialists' legal prescriptive authority has been implemented. Because of the prescribing protocols and formal and informal agreements in place, the jurisdiction that Dutch nurse specialists have on the work floor over prescribing is often much more limited than their legal prescriptive authority.

http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/51587/complete_dissertation.pdf

(2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Paris : HCAAM .

Abstract: La question de la coopération entre professionnels de santé est au coeur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de Mme la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé. Cet avis rassemble les éléments de la réflexion. Longtemps envisagé comme une réponse à la diminution annoncée du temps médical disponible, le développement de la coopération doit être aujourd'hui abordé en termes de service rendu à la population, l'argument démographique ne valant, compte tenu des perspectives de la démographie médicale, que de façon localisée et pour certaines spécialités. Pour le HCAAM, le développement de coopérations propres à structurer la prise en charge ambulatoire de la population et particulièrement la ligne de premier recours doit être envisagé comme un élément d'une transformation systémique, requérant la mobilisation simultanée de différents leviers (formation, reconnaissance professionnelle, organisation, modes de rémunération et de financement). Le HCAAM estime aussi que les évolutions envisagées sont nécessairement incrémentales, ce qui suppose qu'une attention particulière soit apportée à l'ordonnancement des étapes au sein du processus de transformation recherché. La question de savoir s'il convient d'identifier un modèle cible de coopération ou d'en admettre plusieurs, voire de concevoir la possibilité de modèles évolutifs est ici essentielle. Il en est de même de la façon d'articuler l'évolution spontanée des exercices des professionnels de santé, des comportements des malades et les besoins qu'ils expriment, d'une part, avec les orientations qui sont retenues et les moyens qui sont mis à leur disposition d'autre part. La contrainte financière globale doit enfin être prise en compte tout au long de la montée en charge.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_cooperation.pdf

Cashin C. / éd. , Chi Y-L. / éd., Smith P / éd., et al.(2014). Paying for Performance in Health Care : implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead : Open University Press

Abstract: Health spending continues to outstrip the economic growth of most member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Pay for performance (P4P) has been identified as an innovative tool to improve the efficiency of health systems but evidence that it increases value for money, boosts quality or improves health outcomes is limited. Using a set of case studies from 12 OECD countries (including Estonia, France, Germany, Turkey and the United Kingdom), this book explores whether the potential power of P4P has been over-sold, or whether the disappointing results to date are more likely to be rooted in problems of design and implementation or inadequate monitoring and evaluation. Each case study analyses the design and implementation of decisions, including the role of stakeholders; critically assesses objectives versus results; and examines the "net" impacts, including positive spillover effects and unintended consequences. With experiences from both high and middle-income countries, in primary and acute care settings, and both national and pilot programmes, these studies provide health finance policy-makers in diverse settings with a nuanced assessment of P4P programmes and their potential impact on the performance of health systems (4e de couverture).

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/paying-for-performance-in-health-care.-implications-for-health-system-performance-and-accountability>

Martinez-Gonzalez N.A., Djalali S., Tandjung R., et al (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Bmc Health Services Research*, 14 (214)

Abstract: Background: In many countries, substitution of physicians by nurses has become common due to the shortage of physicians and the need for high-quality, affordable care, especially for chronic and multi-morbid patients. We examined the evidence on the clinical effectiveness and care costs of physician-nurse substitution in primary care. Methods: We systematically searched OVID Medline and Embase, The Cochrane Library and CINAHL, up to August 2012; selected and critically appraised published randomised controlled trials (RCTs) that compared nurse-led care with care by primary care physicians on patient satisfaction, Quality of Life (QoL), hospital admission, mortality and costs of healthcare. We assessed the individual study risk of bias, calculated the study-specific and pooled relative risks (RR) or standardised mean differences (SMD); and performed fixed-effects meta-analyses. Results: 24 RCTs (38,974 participants) and 2 economic studies met the inclusion criteria. Pooled analyses showed higher overall scores of patient satisfaction with nurse-led care (SMD 0.18, 95% CI 0.13 to 0.23), in RCTs of single contact or urgent care, short (less than 6 months) follow-up episodes and in small trials (N = 200). Nurse-led care was effective at reducing the overall risk of hospital admission (RR 0.76, 95% CI 0.64 to 0.91), mortality (RR 0.89, 95% CI 0.84 to 0.96), in RCTs of on-going or non-urgent care, longer (at least 12 months) follow-up episodes and in larger (N > 200) RCTs. Higher quality RCTs (with better allocation concealment and less attrition) showed higher rates of hospital admissions and mortality with nurse-led care albeit less or not significant. The results seemed more consistent across nurse practitioners than with registered or licensed nurses. The effects of nurse-led care on QoL and costs were difficult to interpret due to heterogeneous outcome reporting, valuation of resources and the small number of studies. Conclusions: The available evidence continues to be limited by the quality of the research considered. Nurse-led care seems to have a positive effect on patient satisfaction, hospital admission and mortality. This important finding should be confirmed.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/214>

Systèmes de santé / Health Care Systems

Mattonetti M.L. (2014). The EU in the world 2014. A statistical portrait. Eurostat Statistical books. Luxembourg: Office des publications officielles de l'Union européenne

Abstract: This publication provides a statistical portrait of the European Union (EU) in relation to the rest of the world. It presents a broad range of indicators for the EU and the G20 countries from the rest of the world. It treats the following areas: population; living conditions; health; education and training; the labour market; economy and finance; international trade; agriculture, forestry and fisheries; industry and services; research and communication; the environment; energy; and transport.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EX-14-001/EN/KS-EX-14-001-EN.PDF

Nelson S. T., Turnbull J., Bainbridge L., et al. (2014). Optimisation des champs d'exercice. De nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé. Ottawa : Académie Canadienne des Sciences de la Santé.

Abstract: Au cours de la dernière décennie, il est devenu de plus en plus clair que le système de soins de santé canadien ne fournit pas un rendement à la hauteur des sommes investies. Ce constat a conduit à de nombreux appels au changement et à la reconnaissance qu'un nouveau système de soins de santé doit être établi à partir de modèles de soins axés sur la collaboration au sein desquels le bon professionnel fournit la meilleure qualité de soins dans le bon contexte et au bon moment en fonction des besoins de chaque patient. Or, pour opérer une transformation des soins de santé, il sera essentiel d'établir les champs d'exercice optimaux de ces fournisseurs de soins. Malheureusement, les systèmes actuels permettant d'établir et de réglementer les champs d'exercice ont davantage favorisé le statu quo que le changement. En conséquence, l'Académie canadienne des sciences de la santé a commandé un rapport vers la fin de 2012 pour répondre à la question suivante : quels champs d'exercice soutiendront le plus efficacement les modèles novateurs à la base d'un système de soins de santé transformé apte à servir l'ensemble de la population du Canada ? Le rapport prône une nouvelle approche selon laquelle les champs d'exercice seraient définis en fonction des besoins des

communautés. Dans cette approche, l'équipe de pratique collaborative déterminerait les responsabilités respectives des différents cliniciens, et cette même équipe devrait rendre des comptes par l'entremise d'un processus d'agrément encadré par une réglementation professionnelle. Le rapport conclut par des recommandations à l'intention des intervenants clés qui doivent concrétiser cette transformation.

http://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2014/08/Optimizing-Scopes-of-Practice_REPORT-French.pdf

Travail et santé / Occupational Health

Andersson E. Lundborg P., Vikstrom J. (2014). Income Receipt and Mortality: Evidence from Swedish Public Sector Employees. Bonn : IZA

Abstract: In this paper, we study the short-run effect of salary receipt on mortality among Swedish public sector employees. By exploiting variation in pay-days across work-places, we completely control for mortality patterns related to, for example, public holidays and other special days or events coinciding with paydays and for general within-month and within-week mortality patterns. We find a dramatic increase in mortality on the day salaries arrive. The increase is especially pronounced for younger workers and for deaths due to activity-related causes such as heart conditions and strokes. Additionally, the effect is entirely driven by an increase in mortality among low income individuals, who are more likely to experience liquidity constraints. All things considered, our results suggest that an increase in general economic activity upon salary receipt is an important cause of the excess mortality.

<http://ftp.iza.org/dp8389.pdf>

Archimbaud A., Barbier G., Deriot G., Deroche C., Godefroy J.P., Kerdraon R., Vanlerenberghe J.M., Watrin D. (2014). Note sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'amiante. Allemagne – Italie – Pays-Bas – Royaume-Uni. Étude de législation comparée; n° 245. Paris : Sénat

Abstract: Cette note est consacrée aux modalités de transposition des principales dispositions de la directive 2009/148/CE du Parlement Européen et du Conseil du 30 novembre 2009, concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. Cette note se fonde sur les principales mesures de transposition en vigueur en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume Uni (à l'exclusion de dispositions particulières figurant dans un texte « adventice »). Elle ne traite pas des sanctions du non-respect des mesures applicables.

<http://www.senat.fr/lc/lc245/lc245.pdf>

Vieillesse / Ageing

Alberola E. Galdemar V., Petit N. (2013). Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? Cahier de Recherche ; 310. Paris : CREDOC .

Abstract: Ce rapport questionne les enjeux et les déterminants d'un maintien à domicile de qualité des personnes âgées, afin de proposer des pistes de réflexion et d'orientation pour les politiques publiques dédiées à l'accompagnement du vieillissement. Il s'agit notamment de discuter la notion communément admise de « maintien » à domicile, qui semble faire référence à l'idée de personnes davantage « contenues » à domicile, dans l'attente d'une hypothétique entrée en établissement, que « soutenues » dans leur perte d'autonomie à domicile. Il s'agit plus largement d'examiner les conditions d'un « soutien » à domicile qualitatif permettant d'accompagner au mieux les personnes âgées dans leur choix de rester « chez soi », mais également les aidants familiaux et les professionnels nécessairement engagés dans ce soutien à domicile. Cette ambition d'un accompagnement qualitatif

doit également être partagée par les pouvoirs publics dans une nécessité d'assurer un soutien à domicile « assumé », pour reprendre les termes du rapport de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Trois axes structurent l'analyse critique des conditions de « soutien à domicile » des personnes âgées vieillissantes en France. Le premier axe vise à préciser le référentiel européen des politiques de prise en charge du vieillissement et examine notamment l'enjeu et les conditions de mise en œuvre d'une véritable politique de prévention de la perte d'autonomie. Le second axe analyse le rôle majeur des aidants familiaux en matière d'accompagnement, et les caractéristiques des politiques de soutien qui leur sont destinées. Le troisième axe considère la coordination des filières médico-sociales autour de la personne âgée, antienne des politiques publiques et facteur majeur de mise en œuvre d'un accompagnement de qualité. L'analyse proposée dans ce cahier de recherche se situe dans une perspective internationale avec la confrontation de cas types et de bonnes pratiques européennes repérées au Royaume-Uni, en Espagne, mais aussi au Québec, afin de formuler des pistes de réflexion pour l'orientation des politiques de « soutien à domicile » qui seront définies et mises en œuvre dans les années à venir (résumé de l'éditeur).

<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C310.pdf>

Fall A. (2014). Comparing the Robustness of PAYG Pension Schemes. Paris : OCDE

Abstract: Ce document fournit un cadre pour comparer des systèmes de retraite en répartition à prestations définies et à cotisations définies. Deux régimes de retraite par répartition stylisés sont modélisés et simulés pour comparer leur robustesse aux chocs. Les mêmes évolutions démographiques (distribution des travailleurs selon l'âge et les revenus et des taux de survie par âge) sont appliquées aux deux régimes. Les impacts des différents chocs (productivité, migration et longévité) sur les deux systèmes sont comparés. Et, les différentes réformes (augmentation du taux de cotisation, diminution des prestations de retraite, changement du mode d'actualisation des salaires passés et augmentation de l'âge de la retraite) pour faire face au choc du vieillissement sont analysées et comparées.

http://www.oecd-ilibrary.org/economics/comparing-the-robustness-of-payg-pension-schemes_5jz158w3ghmx-en

Arabi S. (2014). La retraite anticipée pour pénibilité depuis son origine. *Cadrage*, (27) :

Abstract: Au 31 décembre 2013, 7 396 demandes de retraites pour pénibilité ont été attribuées (depuis l'introduction de la mesure en juillet 2011). Parmi les demandes, 12 % des dossiers sont en cours d'instruction, 2 % sont sans suite et 17 % ont fait l'objet d'un rejet. Les femmes représentent 33 % (2 404 demandes attribuées). Le nombre d'attributions s'est stabilisé, en moyenne à 350 attributions par mois.

<http://www.statistiques-recherches.cnaf.fr/images/publications/cadrage/Cadrage-27.pdf>

(2014). Les personnes handicapées vieillissantes à domicile et leurs proches aidants / Agirc/Arrco/FNG. Paris : AGIRC-ARRCO

Abstract: Le présent rapport présente les travaux réalisés dans le cadre d'une recherche appliquée relative au recensement des personnes handicapées vieillissantes et de leurs aidants familiaux, et à l'identification de leurs besoins, notamment en matière d'accès aux soins. Ces travaux ont pour ambition de combler l'absence, souvent constatée, de données quantitatives sur les personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile, seules ou chez leur(s) parent(s), et de données sur la connaissance de leurs attentes. Dans cette perspective, le dénombrement de ces personnes handicapées vieillissantes et l'identification de leurs besoins devraient permettre aux fédérations Agirc et Arrco, aux institutions de retraite complémentaire des groupes de protection sociale, d'identifier les actions de prévention les plus pertinentes susceptibles d'améliorer l'état de santé et plus généralement le bien-être de ces personnes. Ce rapport est consacré à l'enquête : la genèse du projet, son contexte, ses objectifs, sa méthodologie et la présentation détaillée des résultats. L'enquête téléphonique a été réalisée par Test-LH2 auprès de 601 personnes âgées de 40 ans et plus en situation de handicap, quel qu'en soit le type (moteur, mental, psychique, sensoriel, polyhandicap...) vivant à domicile en Ile-de-France et en région Rhône-Alpes, et auprès de 400 proches aidants de ces personnes. L'échantillon des personnes interrogées a été constitué à partir des fichiers « retraite » des institutions de retraite complémentaire Agirc et Arrco. Ces travaux ont pour ambition d'identifier, parmi les ressortissants de l'Agirc et de l'Arrco, les caractéristiques d'un

échantillon représentatif de personnes handicapées vieillissantes, leurs besoins notamment en matière d'accès aux soins, et les caractéristiques de leurs proches aidants.

http://www.agircarrco-action sociale.fr/fileadmin/action-sociale-v2/Documents/Aider/Etudes/Etude_personnes_handicapees_vieillissantes.pdf