

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/Veille.html>

DOC VEILLE : veille bibliographique en économie de la santé

12 avril 2013

Réalisée par les documentalistes de l'Irdes, Doc Veille rassemble de façon thématique les résultats de la veille documentaire en économie de la santé : articles, littérature grise, rapports...

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

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

Sommaire

Assurance Maladie / Health Insurance.....	6
Kessler F., Kerschen N. (2013). L'assurance maladie en Alsace-Moselle : des origines à nos jours	6
Marzilli E.K., Kessler J.B. (2013). The Articulation Effect of Government Policy: Health Insurance Mandates Versus Taxes	6
Ziebarth N.R., Karlsson M. (2013). The Effects of Expanding the Generosity of the Statutory Sickness Insurance System	6
Economie de la santé / Health Economics	6
Mengoni A., Seghieri C., Nuti S. (2013). The application of discrete choice experiments in health economics: a systematic review of the literature :	6
Atella V., Conti V. (2013). The effect of age and time to death on health care expenditures: the Italian experience	7
(2013). Health Matters: An Economic Perspective.....	7
Etat de santé / Health Status	7
(2013). Mieux prendre en compte la santé des femmes	7
(2013). The European health report 2012: Charting the way to well-being	8
Albarran L., I, Alonso G.P., Arribas G.A. (2013). Dependency evolution in Spanish disabled population : a functional data analysis approach.	8
Meyer B.D., Mok W.K.C. (2013). Disability, Earnings, Income and Consumption	8
Géographie de la santé / Geography of Health	9
(2011). Repères sur les inégalités de santé : analyse sociale et territoriale : Midi-Pyrénées 2011	9
(2013). Pour une approche territoriale de la santé : 4e livre blanc de l'APVF sur l'offre de soins et les hôpitaux de petites villes.....	9
Hôpital / Hospitals	9
Couty E. / prés. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport de synthèse	9
(2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le service public hospitalier.....	9
Toupillier D., Guillot J.P., Ollvier R., Verrier B. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources.....	10

Cavalier M., Dollard J.M., Dupont B., Maury F. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital	10
Januelviciute J., Askildsen J.E., Kaarboe O. (2012). How do hospitals respond to price changes? Evidence from Norway	10
Mcperson K., Gon G., Scott M. (2013). International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures	10
Gowrisankaran G., Lucarelli C., Schmidt-Dengler P. (2013). Can Amputation Save the Hospital? The Impact of the Medicare Rural Flexibility Program on Demand and Welfare	10
(2013). Quality at a glance: using aggregate measures to assess the quality of NHS hospitals	11
Kobel C., Theurl E. (2013).....	11
Inégalités sociales de santé / Social Health Inequalities	11
(2013). Le livre blanc sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental	11
Médicaments /Pharmaceuticals.....	11
(2012). Les entreprises du médicament en France : bilan économique	12
(2013). Influence des firmes : s'en prémunir dès l'université.....	12
(2012). Measuring the return from pharmaceutical innovation 2012	12
Dylst P., Vulto A., Simoens S. (2013). Demand-side policies to encourage the use of generic medicines: an overview.....	12
Garber S. (2013). Product Liability and Other Litigation Involving the Safety and Effectiveness of Pharmaceuticals.....	12
Lepage-Nefkens I., Gerkens S., Vinck I. (2013). Barriers and opportunities for the uptake of biosimilar medicines	12
Méthodologie – Statistique / Methodologie – Statistics.....	13
St-Amand A., Saint-Jacques M.C. (2013). Comment faire? Une méta-analyse, méthode agrégative de synthèse des connaissances	13
Martin-Caron L. (2013). Recension des écrits sur le capital social et sa mesure	13
Kjellsson G., Clarke P., Gerdtham U.G. (2013). Forgetting to remember or remembering to forget - a study of the recall period length in health care survey	13
Politique de santé / Health Policy.....	14
Lamy F.X., Atinault A., Thuong M. (2013). Prélèvement d'organes en France : état des lieux et perspectives.....	14

Mackenbach J.P., McKee M. (2013). A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries.....	14
Prévention santé / Health Prevention	15
Pal K., Eastwood S.V., Michie S., Farmer A.J., Barnard M.L., Peacock R., Wood B., Inniss J.D., Murray E. (2013). Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus	15
Prévision – Evaluation / Prevision – Evaluation.....	16
Jacquat D., Touraine J.L. (2013). Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme	16
Jugnot S. (2013). L'évaluation sous tension méthodologique, idéologique et politique : l'exemple de l'évaluation des effets sur l'emploi des 35 heures	16
Soins de santé primaires / Primary Health care	16
Colombier P., Valle J.P., Le N.Y. (2013). Développement professionnel continu : dossier. Médecine :	16
(2013). Rémunération sur résultats : objectifs soins et de coûts (n° 6 à n° 11).	17
Depinoy D. (2013). Maisons de santé, une urgence citoyenne	17
Wilson M.G., Lavis J.N., Guta A. (2012). Community-based organizations in the health sector: a scoping review.	17
Faber M., Voerman G., Eler A., Eriksson T., Baker R., De L.J., Grol R., Burgers J. (2013). Survey Of 5 European Countries Suggests That More Elements Of Patient-Centered Medical Homes Could Improve Primary Care	17
Elovainio M., Steen N., Presseau J., Francis J., Hrisos S., Hawthorne G., Johnston M., Stamp E., Hunter M., Grimshaw J.M., Eccles M.P. (2013). Is organizational justice associated with clinical performance in the care for patients with diabetes in primary care? Evidence from the improving Quality of care in Diabetes study.....	18
Kalinichenko O., Amado C.A.F., Santos S.P. (2013). Performance Assessment in Primary Health Care: A Systematic Literature Review	18
Travail – Santé / Health at Work	18
Caroli E., Godard M. (2013). Does Job Insecurity Deteriorate Health? A Causal Approach for Europe	18
Vieillesse / Ageing	19
Broussy L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !	19
Aquino J.P. (2013). Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société :	19

Pinville M. (2013). Relever le défi politique de l'avancée en âge - Perspectives internationales	19
Aranki T., Macchiarelli C. (2012). Employment Duration and Shifts into Retirement in the EU	19
Vogel E., Ludwig A., Borsch-Supan A. (2013). Aging and Pension Reform: Extending the Retirement Age and Human Capital	20
Gerke O., Lauridsen J. (2013). Determinants of early retirement in Denmark. An empirical investigation using SHARE data :	20

Assurance Maladie / Health Insurance

Kessler F., Kerschen N. (2013). L'assurance maladie en Alsace-Moselle : des origines à nos jours. Bibliothèque de l'Institut de recherche juridique de la Sorbonne-André Tunc. Paris : IRJS Editions

Abstract: Les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle connaissent depuis plus de 100 ans un régime d'assurance maladie obligatoire. L'objectif de cet ouvrage est d'en présenter les règles juridiques tout d'abord dans leur dimension historique : l'Alsace et la Moselle ont, en effet, maintenu la législation allemande sur l'assurance maladie après 1918 sous forme de « régime local autonome » aux caractéristiques originales ; ce régime survécu à nombre de tourments durant la seconde guerre mondiale devenant même « régime local spécial » des Alsaciens et Mosellans évacués d'office en 1939. Depuis 1946, un régime dit « MA bis » a complété le régime général d'assurance maladie ; les particularités et les pratiques locales de gestion de ce véritable régime complémentaire obligatoire d'assurance frais de soins en contrepartie d'une cotisation salariale sont ainsi examinées. En 1991, le régime MABis est devenu un régime légal local d'assurance maladie. L'ouvrage, à jour en décembre 2012, retrace ainsi les derniers développements de « pérennisation » de cette construction juridique très originale en droit français de la sécurité sociale

Marzilli E.K., Kessler J.B. (2013). The Articulation Effect of Government Policy: Health Insurance Mandates Versus Taxes : Cambridge : NBER

Abstract: This paper examines how the articulation of government policy affects behavior. The experiment compares a government mandate to purchase health insurance to a financially equivalent tax on the uninsured. Participants report their probability of purchasing health insurance under one of the two articulations of the policy. The experiment was conducted in four waves, from December 2011 to November 2012. We document the controversy over the Affordable Care Act's insurance mandate provision that changed the political discourse during the year. Pre-controversy, articulating the policy as a mandate, rather than a financially equivalent tax, increased probability of insurance purchase by 10.6 percentage points — an effect comparable to a \$1000 decrease in annual premiums. After the controversy, the mandate is no more effective than the tax. Our results show that how a policy is articulated affects behavior and that persuasion and public opinion management can help achieve policy objectives at lower cost

<http://papers.nber.org/papers/w18913>

Ziebarth N.R., Karlsson M. (2013). The Effects of Expanding the Generosity of the Statutory Sickness Insurance System : Bonn : IZA

Abstract: This article evaluates an expansion of employer-mandated sick leave from 80 to 100 percent of forgone gross wages in Germany. This study employs and compares parametric difference-in-difference (DID), matching DID, and mixed approaches. Overall workplace attendance decreased by at least 10 percent or 1 day per worker per year. It shows that taking partial compliance into account increases coefficient estimates. Further, heterogeneity in response behavior was of great importance. There is no evidence that the increase in sick leave improved employee health, a finding that supports a shirking explanation. Finally, it provides evidence on potential labor market adjustments to the reform

<http://ftp.iza.org/dp7250.pdf>

Economie de la santé / Health Economics

Mengoni A., Seghieri C., Nuti S. (2013). The application of discrete choice experiments in health economics: a systematic review of the literature : Pise : Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Abstract: Objectives. In recent years, there has been a growing interest in the development and

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon et Véronique Suhard

Page 1 sur 19

www.irdes.fr/EspaceDoc

www.irdes.fr/EspaceDoc/Veille.html

application of discrete choice experiments (DCEs) within health economics. Even though the literature include several reviews of the methodology associated with conducting DCEs and analysing the resultant choice data, a detailed classification of the areas covered by DCEs is lacking. The aim of this paper is to provide, after a brief description of the most important phases of a DCE, a comprehensive categorization of the various areas in which DCEs in health care have been performed. Methods. A systematic literature review was conducted to identify published studies using stated preferences DCEs within a health context between January 1990 and May 2011. Results. 256 DCEs were included in the review. Compared to the 1990-2000 period, the number of DCEs has increased quickly, with experiments carried out in 30 different countries. A growing number of studies primarily investigated patients' preferences during the years, collecting a greater number of responses in comparison to the baseline period. A significant proportion of publications estimated the benefits of health care services, like specialistic surgical and medical services, generic medical services, services for chronics and elderly people, maternity and childbirth services and diagnostic facilities. Nevertheless, DCEs has also been used to value health outcomes, examine preferences for pharmaceutical products, investigate labour-market choices as well as healthcare systems characteristics and health policies. Conclusions. This paper adds to the body of literature reviewing the growing stock of published DCEs in health economics, providing a new detailed taxonomy of the various areas in which such experiments have been applied. Together with the methodological refinements, future research should continue to explore new contexts of analysis

<http://www.idm.sssup.it/wp/201301.pdf>

Atella V., Conti V. (2013). The effect of age and time to death on health care

expenditures: the Italian experience : Rome : Centre For Economic and International Studies

Abstract: There exists a large body of literature, mainly based on hospital costs, showing that time to death is by far a better predictor of health spending than age. In this paper, we investigate if this finding holds true also in presence of outpatient costs (drugs, diagnostic tests and specialist visits). To accomplish this task we use data from the Health Search-SiSSI dataset, a large unbalanced panel of Italian patients that collects detailed information on patient clinical records and costs. Our results show that age is a strong driver of outpatient costs in Italy. In particular, we find that age produces a 500% increase in health costs from age 40 to 80, while proximity to death rises costs only by about 30%. Our advice for policy makers is then to use disaggregated models to better disentangle the role that age and time to death may have on different components of health expenditure

<ftp://www.ceistorvergata.it/repec/rpaper/RP267.pdf>

(2013). Health Matters: An Economic Perspective : Ottawa : The Conference Board of Canada.

Abstract: This report examines the links between the health of Canadians and the economy, and explores how an economic perspective provides an essential lens through which health policies and health care system funding can be assessed. Canada's population is aging and the prevalence of chronic diseases is rising, resulting in higher demands on and costs of the health care system. A wide range of measures can help manage and mitigate the impact of chronic diseases and thereby limit demands on the system. Economic and social policies can improve labour force participation and productivity as well as contribute to health care system funding and sustainability. Efforts to improve the productivity, efficiency, and appropriate use of health care services could help mitigate the effects of growing demand

<http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5309>

Etat de santé / Health Status

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

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

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon et Véronique Suhard

vie sexuelle, et parfois aussi reproductive, des femmes ont été examinés pour interroger les structures d'éducation, de prévention et de prise en charge des femmes autant que des hommes ; les conditions de vie socio-économiques et les inégalités de genre ont enfin fait l'objet d'un examen spécifique, à travers la prise en compte de la précarité et des violences faites aux femmes
Coite Irdes : A4438

(2013). The European health report 2012: Charting the way to well-being : Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe.

Abstract: Investing in health and health systems is especially important during times of crisis, such as the severe economic crisis and pandemic (H1N1) 2009 influenza. To address these issues, governments and policy-makers need information that is current, accurate, comparable and user-friendly. What were the trends in public health indicators over the last four years? What factors influence health, and what are the challenges for the future? What contribution can health systems make to improve population health in the WHO European Region? In addressing these questions, this report illustrates the wide-ranging reforms countries have undertaken to strengthen performance in four core functions of health systems: service delivery, resource generation, financing and stewardship. This report presents essential public health information to support countries in choosing sound investments in health. It should encourage the successful implementation of effective health system reforms and policies, and help countries improve their health systems' performance to provide efficient, patient-centred, high-quality health care. The annex provides some of the data used in the analysis (résumé de l'éditeur)

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf

Albarran L., I, Alonso G.P., Arribas G.A. (2013). Dependency evolution in Spanish disabled population : a functional data analysis approach. Working Paper 13-04. Madrid : Universidad Carlos III

Abstract: In a health context dependency is defined as lack of autonomy in performing basic activities of daily living that require the care of another person or significant help. However, this contingency, if present, changes throughout the lifetime. In fact, empirical evidence shows that, once this situation occurs, it is almost impossible to return to the previous state and in most cases the intensity increases. In this article, the evolution of the intensity in this situation is studied for the Spanish population affected by this contingency. Evolution in dependency can be seen as sparsely observed functional data, where for each individual we get a curve only observed at those points in which changes in the condition of his/her dependency occur. We use functional data analysis techniques such as curve registration, functional data depth or distance-based clustering to analyse this kind of data. This approach proves to be useful in this context since it takes into account the dynamics of the dependency process and provides more meaningful conclusions than simple pointwise or multivariate analysis. The database analysed comes from the Survey about Disabilities, Personal Autonomy and Dependency Situations, EDAD 2008, (Spanish National Institute of Statistics, 2008). The evaluation of the dependency situation for each person is ruled in Spain by the Royal Decree 504/2007 that passes the scale for assessment of the situation set by Act 39/2006. In this article, the scale value for each individual included in EDAD 2008 has been calculated according to this legislation. Differences between sex, ages and first appearance time have been considered and prediction of future evolution of dependency is obtained

<http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/10016/16239/1/ws130403.pdf>

Meyer B.D., Mok W.K.C. (2013). Disability, Earnings, Income and Consumption : Cambridge : NBER

Abstract: Using longitudinal data for 1968-2009 for male household heads, we determine the prevalence of pre-retirement age disability and its association with a wide range of outcomes, including earnings, income, and consumption. We then employ some of these quantities in the optimal social insurance framework of Chetty (2006) to study current compensation for the disabled. Six of our findings stand out. First, disability rates are high. We divide the disabled along two dimensions based on the persistence and severity of their work-limiting condition. We estimate that a person reaching age 50 has a 36 percent chance of having been disabled at least temporarily once during his working years, and a 9 percent chance that he has begun a chronic and severe disability. Second, the economic consequences of disability are frequently profound. Ten years after disability onset, a person with a chronic and severe disability on average experiences a 79 percent decline in earnings, a

35 percent decline in after-tax income, a 24 percent decline in food and housing consumption and a 22 percent decline in food consumption. Third, economic circumstances differ sharply across disability groups. The outcome decline for the chronically and severely disabled is often more than twice as large as that for the average disabled head. Fourth, our findings show the partial and incomplete roles that individual savings, family support and social insurance play in reducing the consumption drop that follows disability. Fifth, time use and detailed consumption data further indicate that disability is associated with a decline in well-being. Sixth, using the quantities we have estimated, we provide the range of behavioral elasticities and preference parameters consistent with current disability compensation being optimal within the Chetty framework

<http://papers.nber.org/papers/w18869>

Géographie de la santé / Geography of Health

(2011). Repères sur les inégalités de santé : analyse sociale et territoriale : Midi-Pyrénées 2011

Abstract: L'objet de ce dossier est d'apprécier la diversité des situations régionales face à la santé et les disparités sociales qui la caractérisent à partir des données et indicateurs immédiatement accessibles

<http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/>

(2013). Pour une approche territoriale de la santé : 4e livre blanc de l'APVF sur l'offre de soins et les hôpitaux de petites villes : Paris : APVF.

Abstract: Ce rapport détaille des propositions de l'APVF (Association des petites villes de France) sur la place des élus locaux en matière de gouvernance, sur la façon de sauver les petits hôpitaux des écueils de la tarification à l'activité, ou encore sur le développement du salariat pour lutter contre les déserts médicaux

<http://www.apvf.asso.fr/files/publications/APVF-Livre-blanc-v12.pdf>

Hôpital / Hospitals

Couty E. / prés. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport de synthèse : Paris : Ministère chargé de la santé.

Abstract: Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. La ministre a tiré 13 engagements de ce rapport et les a exposés devant les représentants de la communauté hospitalière. Ces engagements s'intégreront dans la future stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour du patient et de structurer une médecine de parcours. Celle-ci doit permettre un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public qui doit de nouveau guider pleinement les professionnels au service chaque jour des patients

<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers>

(2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le service public hospitalier : Paris : Ministère chargé de la santé.

Abstract: Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur

le service public hospitalier

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_1.pdf

Toupillier D., Guillot J.P., Ollvier R., Verrier B. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources

humaines : Paris : Ministère chargé de la santé.

Abstract: Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur la rénovation du dialogue social et la gestion des ressources humaines

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_2-3.pdf

Cavalier M., Dollard J.M., Dupont B., Maury F. (2013). Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital

: Paris : Ministère chargé de la santé.

Abstract: Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. Le rapport ci-contre a été réalisé par le groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_final_groupe_3.pdf

Januelviciute J., Askildsen J.E., Kaarboe O. (2012). How do hospitals respond to price changes? Evidence from Norway

: Bergen : University of Bergen

Abstract: Many publicly funded health systems use prospective activity-based financing to increase hospital production and efficiency. The aim of this study is to investigate whether price changes for different treatments affect the mix of activity provided by hospitals. We exploit variations in prices created by changes in the national average treatment cost per DRG offered to Norwegian hospitals over a period of five years (2003-2007). We use data from the Norwegian Patient Register, containing individual-level information on age, gender, type of treatment, diagnosis, number of co-morbidities and the national average treatment costs per DRG. To examine the changes in activity within the DRGs over time, fixed-effect models are applied. The results suggest that a ten-percent increase in price leads to a rise of one percent in the number of patients treated. This increase is mainly due to more admission of emergency patients, rather than to increases in elective activity

<https://www.uib.no/filearchive/wp.15.12.pdf>

Mcperson K., Gon G., Scott M. (2013). International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures

: Paris : OCDE

Abstract: Ce document présente des données récentes concernant les taux d'interventions chirurgicales pour 5 actes (accouchement par césarienne, hystérectomie, prostatectomie, arthroplastie de la hanche et appendicectomie) dans les pays de l'OCDE. Il examine les tendances et compare les taux standardisés par âge et sexe pour un sous-ensemble de pays. Le rapport met en évidence d'importantes variations entre pays pour la plupart des interventions, mais également de frappantes similarités : pour plusieurs interventions, les tendances observées sont universelles et les taux par tranche d'âge (et genre) se comportent de manière similaire

<http://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en>

Gowrisankaran G., Lucarelli C., Schmidt-Dengler P. (2013). Can Amputation Save the Hospital? The Impact of the Medicare Rural Flexibility Program on Demand and Welfare

: Cambridge : NBER

Abstract: This paper seeks to understand the impact of the Medicare Rural Hospital Flexibility (Flex) Program on rural resident hospital choice and welfare. The Flex program created a new class of hospital, the Critical Access Hospital (CAH), which receives more generous reimbursement in return for limits on capacity and length of stay. A hospital that converted to CAH status would see its inpatient admissions drop by a mean of 5.4%, of which almost all was driven by factors other than capacity. The program increased consumer welfare if it reduced the closure rate by at least 4 percentage points

<http://papers.nber.org/papers/w18894>

(2013). Quality at a glance: using aggregate measures to assess the quality of NHS hospitals : Londres : MHP Mandate.

Abstract: This report is the first ever overall assessment of NHS hospital quality in England, and aims to contribute to the ongoing debate about how best to measure quality in the NHS. Findings include: many of the lowest performing trusts on the quality index are subject to regulatory intervention; foundation trust status is a good indicator of high performance on the quality index; patient experience and waiting times matter most to members of the public who responded to the poll; and that condition-specific ratings are deemed more useful to patients than general ratings when making informed decisions about their care

<http://mhpc.com/wpengine.netdna-cdn.com/health/files/2013/03/Quality-at-a-glance.pdf>

Kobel C., Theurl E. (2013). Hospital specialisation within a DRG-Framework: The Austrian case : Innsbruck : University of Innsbruck

Abstract: Evaluation of the true relationship between costs and specialisation in hospitals is hindered by the lack of a standard measure. Specialised hospitals might produce at lower costs because their staff builds expertise and care is better organised. On the other hand specialised hospitals might be more costly because they systematically attract sicker patients within each diagnosis-related group (DRG) or have special equipment available. This study compares three common measures of specialisation and introduces an alternative, which builds on the widely used Gini coefficient, and investigates the influence of the Austrian provincial health-policy making on specialisation. Although the four measures differ in definition, they show high concordance and prove to assess hospital specialisation in a robust way. With the exception of university hospitals, measured specialisation complies with the different hospital types as defined by legislation in Austria. It finds no significant time trend towards more specialisation and legislation on provincial level seems to have a small impact on hospital specialisation. However, caution should be paid to skewness, so that outliers do not inappropriately influence the results when evaluating the true relationship between costs and the specialisation of hospitals. Overall, the Austrian DRG framework introduced in 1997 and regional regulation by the Provinces have not led to more specialised hospitals. This finding challenges the expected impact of activity based funding on specialisation, but it may reflect the lack of incentives set by the Austrian DRG framework and the Provinces

<http://eeecon.uibk.ac.at/wopec2/repec/inn/wpaper/2013-06.pdf>

Inégalités sociales de santé / Social Health Inequalities

(2013). Le livre blanc sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental : Lille : UDAPEI.

Abstract: Ce livre blanc évoque les situations départementale du Nord et régionale en matière de santé et montre en quoi celles-ci ajoute un handicap au handicap. Il présente l'enquête menée avec l'ORS Nord-Pas-de-Calais qui s'attache à décrire et analyser l'accès à la santé des personnes déficientes intellectuelles accueillies ou accompagnées par les associations des Papillons Blancs du Nord et nous en livre les principaux résultats. Il propose des préconisations en forme de plan d'action. Il est notre contribution et notre coopération pour un meilleur accès aux dispositifs de santé et à des soins de qualité pour les personnes en situation de handicap mental. Il nous faut sensibiliser les professionnels de santé et les pouvoirs publics, pour que la vulnérabilité des personnes en situation de handicap mental ne soit plus un frein à leur santé

http://www.orsnpsc.org/etudes/288606_1bl.pdf

Médicaments /Pharmaceuticals

(2012). Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2012 : Boulogne - Billancourt : Editions LEEM Services.

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

Cote Irdes : BcB7145

(2013). Influence des firmes : s'en prémunir dès l'université. *Revue Prescrire*, (353) : 221.

Abstract: Diverses études montrent que les contacts des étudiants en médecine avec les firmes pharmaceutiques sont très fréquents et influencent leurs attitudes. Enseignants et étudiants aux professions de santé ont un rôle primordial pour définir et adapter des relations avec les firmes qui ne nuisent pas à la qualité de la formation et pratique

(2012). Measuring the return from pharmaceutical innovation 2012 : Londres : Deloitte.

Abstract: Ce rapport examine les rendements en matière de recherche et développement des douze plus grandes sociétés pharmaceutiques mondiales

<http://www.deloitte.com/>

Dylst P., Vulto A., Simoens S. (2013). Demand-side policies to encourage the use of generic medicines: an overview. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research.*, 13 (1) : 59-72.

<http://dx.doi.org/10.1586/erp.12.83>

Garber S. (2013). Product Liability and Other Litigation Involving the Safety and Effectiveness of Pharmaceuticals : Santa Monica: Rand corporation

Abstract: Many people are concerned about the economic effects of product liability in the United States, and there has been a contentious policy debate about this issue for several decades. Liability effects in the pharmaceutical industry have played a central role in this debate. More recently, concerns have grown about other kinds of litigation in which drug safety and effectiveness are central issues. Such other safety- and effectiveness-- related litigation includes criminal and civil complaints brought by the U.S. Department of Justice and lawsuits brought by state attorneys general and private plaintiffs under state consumer protection acts and other causes of action. Much of this other litigation alleges deceptive-, misleading, and (illegal) off-label product promotion. This monograph examines the economic incentives of pharmaceutical companies stemming from product liability and other forms of litigation and infers likely effects on company decisions that determine product safety and effectiveness, availability, prices, and the mix of research and development activities-. The monograph reviews and critiques earlier empirical analyses of pharmaceutical product liability and presents and interprets new empirical information. In the case of product liability, the monograph offers case histories of several mass torts since 1990, including Fenphen diet pills, Baycol, Rezulin, Vioxx, hormone-replacement therapies, and Zyprexa. To improve the economic performance of the industry, public policymakers should attempt to strengthen desirable effects of liability, such as increasing regulatory compliance, and attenuate undesirable effects, such as those due to ineffective product warnings and vague standards for punitive damages

http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monographs/MG1200/MG1259/RAND_MG1259.pdf

Lepage-Nefkens I., Gerkens S., Vinck I. (2013). Barriers and opportunities for the uptake of biosimilar medicines. KCE Report ; 199. Bruxelles : KCE.

Abstract: Les biosimilaires sont des quasi-copies de médicaments biologiques, mais dont le prix est de 20 à 34 % inférieur à celui de l'original. La ministre de la Santé publique a récemment pris un certain nombre de mesures afin d'en promouvoir l'usage, mais jusqu'ici sans succès démontré. A sa

demande, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a examiné les raisons pour lesquelles les biosimilaires n'ont toujours pas percé en Belgique. On constate d'abord que lorsque l'on prend en compte les ristournes (jusqu'à 75 % pour certaines spécialités) et les autres avantages offerts aux hôpitaux par les fabricants des produits originaux, les biosimilaires ne sont pas concurrentiels pour les hôpitaux d'autant que le montant que l'INAMI rembourse aux établissements de soins reste en effet toujours basé sur le prix officiel du produit original. On constate également que les médecins éprouvent une certaine méfiance quant à l'efficacité et la sécurité des biosimilaires, une attitude certainement liée au manque d'informations et de données cliniques

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_199_2012-13-HSR_Biosimilars_report.pdf

Méthodologie – Statistique / Methodologie – Statistics

St-Amand A., Saint-Jacques M.C. (2013). Comment faire? Une méta-analyse, méthode agrégative de synthèse des connaissances.

Devenir chercheur. Québec : Université Laval
Abstract: Cet outil pédagogique s'adresse aux étudiants des 2^e ou 3^e cycles qui désirent se familiariser avec la méta-analyse en tant que méthode agrégative de synthèse des connaissances, soit dans l'optique de faciliter leur compréhension et leur lecture critique des publications rapportant les résultats d'une telle démarche, soit dans l'optique d'accroître les connaissances qui leur seront nécessaires pour entreprendre une telle démarche. Les objectifs poursuivis par cet outil sont : Introduire la synthèse des connaissances en tant que démarche scientifique permettant de mettre à profit le cumul des connaissances dans un champ particulier ou sur une question particulière. transmettre les connaissances essentielles au développement d'une compréhension de base de ce qu'est la méta-analyse ; le présent document ne prétend aucunement rendre l'étudiant qui en fait la lecture entièrement autonome dans la réalisation d'une méta-analyse ; illustrer certaines notions relatives à la méta-analyse à partir d'exemples concrets

http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/jefar/fichiers/comment_faire_metaanalyse.pdf

Martin-Caron L. (2013). Recension des écrits sur le capital social et sa mesure. Cahiers de recherche de la Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique; 1301. Québec : Université Laval

Abstract: Il n'existe pas de définition unique du concept de capital social. Cette situation est en partie attribuable au fait que ce concept est utilisé par plusieurs disciplines et interprété selon différentes écoles idéologiques. Il en résulte une grande diversité de propositions quant aux dimensions de ce concept, à ses niveaux, déterminants, bénéfiques et possibles retombées. Cette recension des écrits permet de cataloguer les différentes perspectives théoriques du capital social, de dresser le portrait des consensus et des approches reconnues par les chercheurs en 2012 et qui paraissent les plus utiles aux interventions sociales et économiques, puis de répertorier et détailler les méthodes et techniques de mesure des différentes composantes du capital social. Le choix méthodologique qui a guidé la recension repose sur quatre critères : efficacité, utilité, objectivité des données et économie des ressources (résumé de l'auteur)

http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/culturephilanthropique/fichiers/caron_capital_social_ta_1301.pdf

Kjellsson G., Clarke P., Gerdtham U.G. (2013). Forgetting to remember or remembering to forget - a study of the recall period length in health care survey questions : Lund : Lund University

Abstract: Self-reported data on utilization of health care is a key input into a range of studies. However, the length of the recall period in self-reported health care questions varies between surveys and this variation may affect the results of the studies. While longer recall periods include more information, shorter recall periods generally imply smaller bias. This article examines the role of the recall period length for the quality of self-reported data by comparing registered hospitalization with self-reported hospitalizations of respondents that are exposed to a varying recall period length of one, three, six, or twelve months. Our findings have conflicting implications for survey design as the

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon et Véronique Suhard

Page 1 sur 19

www.irdes.fr/EspaceDoc

www.irdes.fr/EspaceDoc/Veille.html

preferred length of recall period depends on the objective of analysis. If the objective is an aggregated measure of hospitalization, longer recall periods are preferred whereas shorter recall periods may be considered for a more micro-oriented level analysis since the association between individual characteristics (e.g. education) and recall error increases with the length of the recall period
http://www.nek.lu.se/publications/workpap/papers/WP13_1.pdf

Politique de santé / Health Policy

Lamy F.X., Atinault A., Thuong M. (2013). Prélèvement d'organes en France : état des lieux et perspectives. *Presse Médicale*, 42 (3) : 295-308.

Abstract: La France a atteint un niveau d'activité de 4945 greffes en 2011 versus 200 greffes par an réalisées dans les années 1970 : ces greffes se répartissent en 2976 (60 %) greffes rénales, 1164 (24 %) greffes hépatiques- , 398 (8 %) greffes cardiaques et 312 (6,3 %) greffes pulmonaires. Depuis 2008, cette croissance sans précédent s'est ralentie comme dans beaucoup de pays. La source en greffons pour près de 90 % des greffes est assurée par le recensement et le prélèvement des donneurs décédés en état de mort encéphalique (DDME), le reste de l'activité (essentiellement pour la greffe rénale) se partageant entre le don du vivant (10 %) et les donneurs décédés après arrêt cardiaque (DDAC) (2,2 %). Optimiser l'activité du recensement et du prélèvement à partir de DDME suppose un recensement le plus exhaustif possible du potentiel des donneurs en mort encéphalique, une baisse du taux de refus qu'il soit exprimé de son vivant ou par les proches au moment du don. Cette démarche doit être associée à l'analyse des disparités existant entre les régions. Le profil des donneurs s'est modifié du fait de l'épidémiologie des décès, du vieillissement de la population mais aussi d'une politique d'acceptation plus large des équipes de greffe. Les critères de prélevabilité ont évolué : le recours à des donneurs dits à critères élargis (DCE) a participé à la progression d'activité de greffe, essentiellement sur le critère d'âge. Cette stratégie est rendue possible sous la condition d'appariement spécifique entre donneur et receveur. Dans l'attente d'une définition plus précise des besoins qui passent par une meilleure connaissance de l'épidémiologie des insuffisances terminales d'organes, la réponse à la demande croissante (16 371 candidats à la greffe en 2011) nécessite de développer, parallèlement au DDME, les autres sources de greffons, que ce soit à partir d'un don du vivant ou du DDAC. La réflexion sur l'extension au DDAC de la catégorie III de Maastricht est engagée. Le programme de déploiement des machines à perfusion rénale, et dans un avenir proche la même application pour le poumon, le cœur et le foie, a pour objectif l'évaluation et la réhabilitation ex vivo des greffons prélevés permettant ainsi d'élargir le pool de greffons marginaux, autrefois écartés du don, tout en s'assurant de leur viabilité pour la greffe. Le plan greffe (2000–2003) a permis l'essor de la greffe en France. Afin de pouvoir insuffler un nouvel élan pour la greffe, les tutelles ont adopté le nouveau plan greffe en avril 2012

Mackenbach J.P., McKee M. (2013). A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health*, 23 (2) : 195-201.

Abstract: BACKGROUND: It is unknown whether European countries differ systematically in their pursuit of health policies, and what the determinants of these differences are. In this article, we assess the extent to which European countries vary in the implementation of health policies in 10 different areas, and we exploit these variations to investigate the role of political, economic and social determinants of health policy. Data and METHODS: We reviewed policies in the field of tobacco; alcohol; food and nutrition; fertility, pregnancy and childbirth; child health; infectious diseases; hypertension detection and treatment; cancer screening; road safety and air pollution. We developed a set of 27 'process' and 'outcome' indicators, as well as a summary score indicating a country's overall success in implementing effective health policies. In exploratory regression analyses, we related these indicators to six background factors: national income, survival/self-expression values, democracy, government effectiveness, left-party participation in government and ethnic fractionalization. RESULTS: We found striking variations between European countries in process and outcome indicators of health policies. On the whole, Sweden, Norway and Iceland perform best, and Ukraine, Russian Federation and Armenia perform worst. Within Western Europe, some countries, such as Denmark and Belgium, perform significantly worse than their neighbours. Survival/self-expression values and ethnic fractionalization were the main predictors of the health policy performance summary

score. National income, survival/self-expression values and government effectiveness were the main predictors of countries' performance in specific areas of health policy. CONCLUSIONS: Although many new preventive interventions have been developed, their implementation appears to have varied enormously among European countries. Substantial health gains can be achieved if all countries would follow best practice, but this probably requires the removal of barriers related to both the 'will' and the 'means' to implement health policies
PM:23402806

Prévention santé / Health Prevention

Pal K., Eastwood S.V., Michie S., Farmer A.J., Barnard M.L., Peacock R., Wood B., Inniss J.D., Murray E. (2013). Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*, 3 CD008776.

Abstract: BACKGROUND: Diabetes is one of the commonest chronic medical conditions, affecting around 347 million adults worldwide. Structured patient education programmes reduce the risk of diabetes-related complications four-fold. Internet-based self-management programmes have been shown to be effective for a number of long-term conditions, but it is unclear what are the essential or effective components of such programmes. If computer-based self-management interventions improve outcomes in type 2 diabetes, they could potentially provide a cost-effective option for reducing the burdens placed on patients and healthcare systems by this long-term condition. OBJECTIVES: To assess the effects on health status and health-related quality of life of computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. SEARCH METHODS: We searched six electronic bibliographic databases for published articles and conference proceedings and three online databases for theses (all up to November 2011). Reference lists of relevant reports and reviews were also screened. SELECTION CRITERIA: Randomised controlled trials of computer-based self-management interventions for adults with type 2 diabetes, i.e. computer-based software applications that respond to user input and aim to generate tailored content to improve one or more self-management domains through feedback, tailored advice, reinforcement and rewards, patient decision support, goal setting or reminders. DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently screened the abstracts and extracted data. A taxonomy for behaviour change techniques was used to describe the active ingredients of the intervention. MAIN RESULTS: We identified 16 randomised controlled trials with 3578 participants that fitted our inclusion criteria. These studies included a wide spectrum of interventions covering clinic-based brief interventions, Internet-based interventions that could be used from home and mobile phone-based interventions. The mean age of participants was between 46 to 67 years old and mean time since diagnosis was 6 to 13 years. The duration of the interventions varied between 1 to 12 months. There were three reported deaths out of 3578 participants. Computer-based diabetes self-management interventions currently have limited effectiveness. They appear to have small benefits on glycaemic control (pooled effect on glycosylated haemoglobin A1c (HbA1c): -2.3 mmol/mol or -0.2% (95% confidence interval (CI) -0.4 to -0.1; P = 0.009; 2637 participants; 11 trials). The effect size on HbA1c was larger in the mobile phone subgroup (subgroup analysis: mean difference in HbA1c -5.5 mmol/mol or -0.5% (95% CI -0.7 to -0.3); P < 0.00001; 280 participants; three trials). Current interventions do not show adequate evidence for improving depression, health-related quality of life or weight. Four (out of 10) interventions showed beneficial effects on lipid profile. One participant withdrew because of anxiety but there were no other documented adverse effects. Two studies provided limited cost-effectiveness data - with one study suggesting costs per patient of less than \$140 (in 1997) or 105 EURO and another study showed no change in health behaviour and resource utilisation. AUTHORS' CONCLUSIONS: Computer-based diabetes self-management interventions to manage type 2 diabetes appear to have a small beneficial effect on blood glucose control and the effect was larger in the mobile phone subgroup. There is no evidence to show benefits in other biological outcomes or any cognitive, behavioural or emotional outcomes
PM:23543567

Prévision – Evaluation / Prevision – Evaluation

Jacquat D., Touraine J.L. (2013). Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme. Rapport d'information ; 764. Paris : Assemblée nationale.

Avec plus de 70 000 morts par an, le tabac reste la première cause de mortalité évitable en France et représente une charge élevée pour la collectivité, estimée à plus de 45 milliards d'euros. Le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) a demandé l'assistance de la Cour des comptes pour procéder à l'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme, dans l'objectif d'accroître leur efficacité. Présentée au Comité le 13 décembre 2012, l'évaluation réalisée par la juridiction financière est jointe au présent rapport. En s'appuyant sur cette expertise ainsi que sur leurs propres travaux (auditions, tables rondes, déplacements), les rapporteurs du CEC proposent une stratégie de réforme fondée sur deux axes : d'une part, rénover le pilotage et la gouvernance de la lutte contre le tabagisme pour engager dans la durée une action globale et coordonnée, notamment par la clarification des compétences, l'élaboration et le suivi régulier d'une stratégie pluriannuelle ainsi que le développement de la recherche ; d'autre part, agir sur l'ensemble des leviers et mobiliser tous les acteurs, afin notamment de mieux appliquer les interdictions de fumer, de réduire l'attractivité des produits du tabac, de prévenir et de dissuader davantage et d'améliorer la prise en charge.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i0764.pdf>

Jugnot S. (2013). L'évaluation sous tension méthodologique, idéologique et politique : l'exemple de l'évaluation des effets sur l'emploi des 35 heures : Noisy-le-Grand : IRES

Abstract: Le présent document de travail propose d'utiliser l'exemple de la réforme des 35 heures pour illustrer les tensions possibles entre évaluation, injonctions politiques et hypothèses économiques. Le focus sera mis sur l'estimation des effets sur l'emploi même si d'autres aspects ont été étudiés, tant dans les différents travaux présentés que dans d'autres travaux, non évoqués ici. Cet exemple conduit à se demander dans quelle mesure les limites méthodologiques et les mots de l'évaluation n'ouvrent pas la porte à son instrumentalisation à des fins de communication politique. Il pose aussi la question de la responsabilité des chercheurs dans le maintien d'une sous-culture de l'évaluation au sein des administrations et des autorités politiques. Il pose aussi la question du positionnement institutionnel des évaluateurs dans le système institutionnel français qui donne une grande place aux experts d'Etat des corps de l'Insee et du système statistique public

<http://www.ires-fr.org/images/files/DocumentsTravail/DT022013/DdT02.2013.pdf>

Soins de santé primaires / Primary Health care

Colombier P., Valle J.P., Le N.Y. (2013). Développement professionnel continu : dossier. Médecine : *Revue de L'Unaformec*, 9 (3) : 51-96.

Abstract: Le concept de « développement professionnel continu », terminologie maintenant préférée en langue anglaise à celle de « formation médicale continue », traduit moins un changement de philosophie (de éducation à développement) qu'une meilleure approche de la réalité des pratiques. La plupart des auteurs anglophones utilisent d'ailleurs indifféremment les deux termes En France : en 1996, les ordonnances Juppé ont rendu la FMC obligatoire ; 17 années plus tard, différentes mesures législatives ont prétendu organiser cette obligation, s'ajoutant aux mesures précédentes ou les effaçant, sans jamais arriver à une réelle mise en œuvre du système. La loi Kouchner de 2002 n'a jamais été appliquée dans son volet formation des professionnels. Deux lois ont été adoptées en août 2004, à 8 jours d'intervalle : la loi de santé publique et la loi de réforme du système de santé, l'une s'occupant de la FMC, l'autre de l'EPP, deux lois, deux schémas parallèles : la FMC relevait d'organismes agréés FMC par le CNFMC de leur mode d'exercice (libéral, hospitalier, ou salarié), l'EPP relevait d'un agrément spécifique délivré par la HAS, l'OGC, organisme de gestion conventionnel chargé de gérer les financements de l'assurance-maladie consacrés à ce domaine, finançait ces deux types d'actions selon des cahiers des charges différents ! La loi HPST votée en

2009 a voulu \rightarrow c'est assez logique \rightarrow regrouper deux entités que des avatars politico-administratifs précédents avaient séparées, en toute incohérence. Elle a voulu aussi étendre l'obligation à tous les professionnels de santé. C'est un point positif s'il s'agit de leur permettre le cas échéant un « développement » commun, que jusqu'alors des barrières réglementaires interdisaient ; c'est aussi un progrès, à un moment où le système de santé français semble vouloir s'orienter vers des pratiques plus collaboratives et interdisciplinaires, notamment pour les soins primaires. Elle a enfin eu pour ambition de mieux gérer les possibles conflits d'intérêt, sous le prétexte d'appliquer la directive européenne sur les services, en rendant le pouvoir au professionnel par des forfaits individuels, lui permettant de choisir « à la carte » selon ses besoins
Code Irdes : P198

(2013). Rémunération sur résultats : objectifs soins et de coûts (n° 6 à n° 11). *Revue Prescrire*, (353) : 222-226.

Code Irdes : P198

Depinoy D. (2013). Maisons de santé, une urgence citoyenne. Balises. Paris : Editions de santé

Abstract: Le système de santé est en plein changement et les défis liés aux évolution- s démographiques, comportementales, épidémiologiques et des pratiques médicales imposent une nouvelle organisation. La structuration du premier niveau des soins – appelé le premier recours – peut apporter des résultats concrets rapides en matière de réduction des inégalités, d'amélioration de la qualité du service rendu et d'efficacité. S'attacher de manière volontariste à soutenir l'émergence des modes d'exercice pluriprofessionnels et regroupés peut permettre de relever les enjeux majeurs de notre système de santé

Cote Irdes : A4437

Wilson M.G., Lavis J.N., Guta A. (2012). Community-based organizations in the health sector: a scoping review. *Health Res Policy Syst*, 10 36.

Abstract: Community-based organizations are important health system stakeholders as they provide numerous, often highly valued programs and services to the members of their community. However, community-based organizations are described using diverse terminology and concepts from across a range of disciplines. To better understand the literature related to community-based organizations in the health sector (i.e., those working in health systems or more broadly to address population or public health issues), we conducted a scoping review by using an iterative process to identify existing literature, conceptually map it, and identify gaps and areas for future inquiry. We searched 18 databases and conducted citation searches using 15 articles to identify relevant literature. All search results were reviewed in duplicate and were included if they addressed the key characteristics of community-based organizations or networks of community-based organizations. We then coded all included articles based on the country focus, type of literature, source of literature, academic discipline, disease sector, terminology used to describe organizations and topics discussed. We identified 186 articles addressing topics related to the key characteristics of community-based organizations and/or networks of community-based organizations. The literature is largely focused on high-income countries and on mental health and addictions, HIV/AIDS or general/unspecified populations. A large number of different terms have been used in the literature to describe community-based organizations and the literature addresses a range of topics about them (mandate, structure, revenue sources and type and skills or skill mix of staff), the involvement of community members in organizations, how organizations contribute to community organizing and development and how they function in networks with each other and with government (e.g., in policy networks). Given the range of terms used to describe community-based organizations, this scoping review can be used to further map their meanings/definitions to develop a more comprehensive typology and understanding of community-based organizations. This information can be used in further investigations about the ways in which community-based organizations can be engaged in health system decision-making and the mechanisms available for facilitating or supporting their engagement

PM:23171160

Faber M., Voerman G., Eler A., Eriksson T., Baker R., De L.J., Grol R., Burgers J. (2013). Survey Of 5 European Countries Suggests That More Elements Of Patient-Centered Medical Homes Could Improve Primary Care. *Health Aff. (Millwood.)*, sous presse

Abstract: The patient-centered medical home is a US model for comprehensive care. This model

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon et Véronique Suhard

Page 1 sur 19

features a personal physician or registered nurse who is augmented by a proactive team and information technology. Such a model could prove useful for advanced European systems as they strive to improve primary care, particularly for chronically ill patients. We surveyed 6,428 chronically ill patients and 152 primary care providers in five European countries to assess aspects of the patient-centered medical home. Although most patients reported that they had a personal physician and no problems in contacting the practice after hours, for example, other aspects of the patient-centered medical home, such as provision of written self-management support to patients, were not as widespread. We conclude that despite strong organizational structures, European primary care systems need additional efforts to recognize chronically ill patients as partners in care and can embrace patient-centered medical homes to improve care for European patients
PM:23514777

Elovainio M., Steen N., Presseau J., Francis J., Hrisos S., Hawthorne G., Johnston M., Stamp E., Hunter M., Grimshaw J.M., Eccles M.P. (2013). Is organizational justice associated with clinical performance in the care for patients with diabetes in primary care? Evidence from the improving Quality of care in Diabetes study. *Fam Pract*, 30 (1) : 31-39.

Abstract: BACKGROUND: Type 2 diabetes is an increasingly prevalent illness, and there is considerable variation in the quality of care provided to patients with diabetes in primary care. OBJECTIVES: The aim of this study was to explore whether organizational justice and organizational citizenship behaviour are associated with the behaviours of clinical staff when providing care for patients with diabetes. METHODS: The data were from an ongoing prospective multicenter study, the 'improving Quality of care in Diabetes' (iQuaD) study. Participants (N = 467) were clinical staff in 99 primary care practices in the UK. The outcome measures were six self-reported clinical behaviours: prescribing for glycaemic control, prescribing for blood pressure control, foot examination, giving advice about weight management, providing general education about diabetes and giving advice about self-management. Organizational justice perceptions were collected using a self-administered questionnaire. The associations between organizational justice and behavioural outcomes were tested using linear multilevel regression modelling. RESULTS: Higher scores on the procedural component of organizational justice were associated with more frequent weight management advice, self-management advice and provision of general education for patients with diabetes. The associations between justice and clinical behaviours were not explained by individual or practice characteristics, but evidence was found for the partial mediating role of organizational citizenship behaviour. CONCLUSIONS: Quality improvement efforts aimed at increasing advice and education provision in diabetes management in primary care could target also perceptions of procedural justice
PM:22936716

Kalinichenko O., Amado C.A.F., Santos S.P. (2013). Performance Assessment in Primary Health Care: A Systematic Literature Review : Evora : University of Algarve

Abstract: The aim of this research is to carry out a systematic literature review of the studies devoted to the performance assessment of primary health care providers. Focusing on the peculiarities of performance evaluation in the public sector, it analyses the selected empirical papers in terms of the efficacy of the developed measurement schemes. We also examine and classify performance measurement categories, dimensions, and techniques in order to provide a holistic picture of the main developments in the referred domain and to identify directions for future research
http://ideas.repec.org/p/cfe/wpcefa/2013_03.html

Travail – Santé / Health at Work

Caroli E., Godard M. (2013). Does Job Insecurity Deteriorate Health? A Causal Approach for Europe : Paris : Paris School of economics

Abstract: This paper estimates the causal effect of job insecurity on health in a sample of 22 European countries. We rely on an original instrumental variable approach based on evidence that workers feel more insecure with respect to their job if employed in sectors with a high natural rate of layoff, but

relatively less so if they live in a country where employment is strongly protected by the law. Using cross-country data from the 2010 European Working Conditions Survey, we show that when the potential endogeneity of job insecurity is not accounted for, the latter appears to deteriorate almost all health outcomes. When tackling the endogeneity issue, the health-damaging effect of job insecurity is confirmed for a subgroup of health outcomes, namely self-rated health, being sick in the past 12 months, suffering from headaches or eyestrain and depression or anxiety. Job insecurity also appears to deteriorate individual well-being. As for other health variables, the impact of job insecurity appears to be insignificant at conventional levels

<http://hal-pse.archives-ouvertes.fr/docs/00/78/47/77/PDF/wp201301.pdf>

Vieillesse / Ageing

Broussy L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro ! Paris : La Documentation française.

Abstract: Ce rapport constitue les conclusions d'une mission interministérielle de réflexion sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Il propose d'adapter les logements, les villes et les territoires au vieillissement de la population et de développer les technologies au service des plus âgés. Il suggère également de mieux affirmer et protéger les droits des âgés. Ses suggestions contribueront à nourrir le volet du projet de loi consacré à l'adaptation de la société au vieillissement

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000173-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillesse-de-sa-population-france-annee-zero>

Aquino J.P. (2013). Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société : Paris : La Documentation Française.

Abstract: Dans le cadre de la préparation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, annoncée par le Président de la République, trois groupes de travail ont été mis en place afin d'apporter des réponses aux enjeux du vieillissement de la société. Deux grands sujets ont été retenus : l'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie, objets du présent rapport réalisé par le Dr Jean-Pierre Aquino, président du Comité « Avancée en âge ». Ce rapport propose de développer une culture de prévention et de mieux dépister et traiter les fragilités. Ses conclusions constituent des pistes pouvant contribuer à enrichir le volet du projet de loi consacré à l'anticipation du vieillissement et à la prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000175/index.shtml>

Pinville M. (2013). Relever le défi politique de l'avancée en âge - Perspectives internationales : Paris : La Documentation Française.

Abstract: Ce rapport identifie et compare au plan international les pratiques jugées intéressantes et innovantes en matière d'anticipation-prévention et d'adaptation de la société au vieillissement

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000174-relever-le-defi-politique-de-l-avancee-en-age-perspectives-internationales>

Aranki T., Macchiarelli C. (2012). Employment Duration and Shifts into Retirement in the EU : London : London School of Economics and Political Science

Abstract: The decision to cease working is traditionally influenced by a wide set of socio-economic and environmental variables. This paper studies transitions out of work for 26 EU countries over the period 2004-2009 in order to investigate the determinants of retirement based on the Eurostat Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC). Applying standard survivor analysis tools to describe exits into retirement, it does not find any significant differences in the patterns into retirement between the average euro area and EU non-euro area countries. Moreover, it finds that shifts into retirement have increased during the onset of the 2009 economic and financial crisis. Income, together with flexible working arrangements, is found to be important as regards early retirement decisions, compared to retiring beyond the legal retirement age. Finally, it shows that institutional measures (such as, state/health benefits, minimum retirement age) could not be sufficient alone if individuals withdraw

earlier from the labour market due to a weakening of their health. Especially, these latter results are of importance for structural and macroeconomic policy, for instance, in increasing the employment of both people and hours worked against the background of population ageing

<http://www2.lse.ac.uk/europeanInstitute/LEQS/LEQSPaper58.pdf>

Vogel E., Ludwig A., Borsch-Supan A. (2013). Aging and Pension Reform: Extending the Retirement Age and Human Capital Formation : Cambridge : NBER

Abstract: Projected demographic changes in industrialized and developing countries vary in extent and timing but will reduce the share of the population in working age everywhere. Conventional wisdom suggests that this will increase capital intensity with falling rates of return to capital and increasing wages. This decreases welfare for middle aged agents with assets accumulated for retirement. This paper addresses three important adjustments channels to dampen these detrimental effects of ageing: investing abroad, endogenous human capital formation and increasing the retirement age. Although non of these suggestions is new in itself, we examine their effects jointly in one coherent model. Our quantitative finding is that openness has a relatively mild effect. In contrast, endogenous human capital formation in combination with an increase in the retirement age has strong effects. Under these adjustments maximum welfare losses of demographic change for households alive in 2010 are reduced by about 3 percentage points

<http://papers.nber.org/papers/w18858>

Gerke O., Lauridsen J. (2013). Determinants of early retirement in Denmark. An empirical investigation using SHARE data : Odense : University of Southern Denmark

Abstract: This study aimed at determining the factors of early retirement in Denmark by making use of longitudinal panel data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). The outcome variable of interest was the self-assessed employment situation at the time of the interview. The binary outcome retired/not retired was regressed on covariate data from the preceding wave, thereby modeling potential factors contributing to a later decision to retire. There were 651 eligible observations, of which 160 (24.6%) participants took early retirement. The strongest factors encouraging early retirement were unemployment, inadequate support in difficult work situations, the use of drugs the week before the interview (for high cholesterol, high blood pressure and other medical conditions), and the existence of grandchildren, whereas greater reluctance to retire early was found in participants who had a chronic illness or disability, a feeling of sadness or depression during the month before the interview, at least one natural parent still alive, higher expectations of the government raising the retirement age, and better grip strength

<http://static.sdu.dk>