

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

12 décembre 2014 / December the 12th, 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
Warin P., Chauveaud C. (2014). L'absence de complémentaire santé chez les étudiants	6
(2014). Sixième rapport d'évaluation de la Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une création d'une couverture maladie universelle :	6
Boone J. (2014). Basic versus Supplementary Health Insurance: The Role of Cost Effectiveness and Prevalence	6
Démographie / Demography	6
Bellamy V. (2014). 569 200 personnes décédées en France en 2013. Le nombre de décès de nouveau très élevé.....	6
Beaumel C., Bellamy V. (2014). Statistiques d'état civil sur les décès en 2013	7
Economie de la santé / Health Economics	7
Goncalves J., Weaver F. (2014). Home Care, Hospitalizations, and Doctor Visits.....	7
Wagstaff A., Bilger M., Buisman L.R., et al (2014). Who Benefits from Government Health Spending and Why? A global assesment	7
Kessels R., Van Herck P., Dancet E., et al (2014). How to reform western care payment systems according to physicians, policy makers, healthcare executives and researchers: A discrete choice experiment	8
An Y., Zhao K., Zhou R. (2014). Health Spending and Public Pension: Evidence from Panel Data.	8
Hôpital / Hospitals	8
(2014). Césarienne programmée à terme. Optimiser la pertinence du parcours de la patiente. Synthèse de l'expérimentation de 2013 à 2014.....	8
Cavalieri M., Guccio C., Lisi D., et al. (2014). Does the Extent of Per-Case Payment System Affect Hospital Efficiency? Evidence from the Italian NHS	9
Inégalités de santé / Health Inequalities	9
(2014). Tackling health inequities : from concepts to practice. The experience of Västra Götaland : Copenhague	9
(2014). Immigrant Access to Health and Human Services. Final Report.....	9

Diene E., Fouquet A., Geoffroy-Perez B., Julliard S. (2014). Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité	10
Médicaments / Pharmaceuticals.....	10
(2014). Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins	10
(2014). L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 :10	
Cockburn I., Lanjouw J.O., Schankerman M. (2014). Patents and the Global Diffusion of New Drugs.	11
(2014). Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée. Fiche points clés - Note méthodologique et de synthèse documentaire	11
Mulcahy A.W., Predmore Z., Mattke S. (2014). The Cost Savings Potential of Biosimilar Drugs in the United States.....	11
(2014). Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Bilan des données de surveillance, 18 novembre 2014	12
Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics.....	12
Denton F.T., Spencer B.G. (2014). Modelling the Age Dynamics of Chronic Health Conditions: Life-Table-Consistent Transition Probabilities and their Application	12
Winkelmann R. (2014). An empirical model of health care demand under non-linear pricing	12
Makdissi P. (2014). Robust Wagstaff Orderings of Distributions of Self-Reported Health Status :	12
Politique de santé / Health Politics	13
Palier B. (2014). Quel avenir pour la protection sociale	13
Ferrand R. (2014). Professions réglementées. Pour une nouvelle jeunesse.....	13
Footman K., Knai C., Baeten R., et al. (2014). Cross-border health care in Europe.....	13
Davie E., Lapinte A., Hilary S., Louvet A., et al L. (2014). France, portrait social. Edition 2014.....	13
Psychiatrie / Psychiatry	14
(2014). Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries	14
Prévention / Prevention	14

Amosse T., Celerier S. (2014). Les dispositifs de prévention des risques professionnels en France. Les enseignements du croisement d'une approche quantitative et qualitative	14
(2014). Nutrition and physical activity actions addressing obesity: 2008-2013 EU-funded actions to support the public health priorities	14
(2014). Deuxième rapport de la Commission au Conseil concernant la suite donnée à la recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci	15
Soins de santé primaires / Primary Health Care	15
Raleigh V., Bardsley M., Smith P. (2014). Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care. Final report.....	15
Driouchi A. (2014). Evidence and Prospects of Shortage and Mobility of Medical Doctors: A Literature Survey.	15
Sheiman I. (2014). Integrated Health Care Payment Methods: Typology, Evidence And Pre-Conditions Of Implementation.....	15
Kumpunen S., Trigg L., Rodrigues R. (2014). Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice	16
Systèmes de santé / Health Care Systems	16
Ferre F., Belvis A.G. de, Valerio L., et al. (2014). Health system review : Italy	16
Sauviat C. (2014). Où en est la mise en oeuvre de l'Obamacare, quatre ans après l'adoption de la loi ?.....	16
(2014). Advancing public health : 10 years of transition in central and eastern Europe and the newly independent states of the former Soviet Union	17
Asandului L., Roman M., Fatulescu P. (2014). The Efficiency of Healthcare Systems in Europe: a Data Envelopment Analysis Approach	17
Travail et santé / Occupational Health	17
Marquie J.C / coor., Amauger-Lattes M.C./ coor. (2014). Pénibilité et santé : les conditions de l'effort soutenable au travail	17
Mazzolini G. (2014). The economic consequences of accidents at work.	18
Labreche F., Lacourt A., Lavoue J. (2014). Expositions professionnelles à des contaminants chimiques et physiques : Analyse différenciée selon le sexe	18
(2014). Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention	18
Michaud P., Crimmins E., Hurd M.D. (2014). The Effect of Job Loss on Health: Evidence from Biomarkers	18
Vieillesse / Ageing	19

Gand S., Henaut L., Sardas J.C. (2014). Aider les proches aidants : comprendre les besoins et organiser les services sur les territoires.....19

Camus E., Lheritier C., Padieu C., et al.. (2014). Optimiser le soutien à domicile des personnes âgées - Pour une meilleure complémentarité entre caisses de retraite et départements19

Garcia-Munos T., Neuman S., Neuman T. (2014). Health Risk Factors among the Older European Populations: Personal and Country Effects19

Canta C., Pestiau P., Thibault E. (2014). Long term care and capital accumulation: the impact of the State, the market and the family20

(2014). Vieillesse et politiques de l'emploi : Suisse 2014 : Mieux travailler avec20

Assurance maladie / Health Insurance

Warin P., Chauveaud C. (2014). L'absence de complémentaire santé chez les étudiants : Paris : Fonds Cmu .

Abstract: Réalisée à la demande du Fonds CMU, cette étude d'ODENORE vise à mieux connaître le nombre, la situation et le parcours des étudiants sans complémentaire santé qui pourraient remplir, à titre individuel, les conditions cumulatives d'autonomie financière, géographique et fiscale ouvrant droit à la CMU-C ou à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (A.C.S.).

<http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Absence%20complementaire%20sante%20chez%20les%20etudiants%20-%20ODENORE%20-%20Ao%C3%BBt%202014.pdf>

(2014). Sixième rapport d'évaluation de la Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une création d'une couverture maladie universelle : Paris : Fonds CMU .

Abstract: Ce rapport, rédigé par le Fonds CMU à la fin de l'année dernière, vient d'être transmis au Parlement. Il dresse un bilan des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, et plus globalement de l'accès à la complémentaire santé qui reste plus que jamais indispensable à l'égard des personnes en situation de pauvreté dans un contexte de crise économique qui perdure. Un des principaux problèmes qui demeure est celui du non recours aux dispositifs. Alors qu'une grande majorité des éligibles à la CMU-C exerce son droit à ce dispositif, le nombre de personnes qui se voient délivrer une attestation de droits à l'ACS reste largement inférieur au nombre d'éligibles. Les causes du non recours sont multiples. La méconnaissance des dispositifs reste l'une des principales raisons avancées. Les efforts accomplis par tous les partenaires en termes de communication doivent se poursuivre. Par ailleurs, les réflexions en cours sur la complexité des démarches doivent conduire à des propositions concrètes afin de simplifier pour l'utilisateur l'accès aux dispositifs (simplification du dossier de demande, attributions automatiques, développement des échanges dématérialisés ...). Enfin, le rapport d'évaluation aborde longuement la procédure en cours de mise en concurrence des contrats ACS et reprend les principales questions qui se posent, notamment à l'égard des personnes déjà présentes dans le dispositif.

http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Evaluation_VI.pdf

Boone J. (2014). Basic versus Supplementary Health Insurance: The Role of Cost Effectiveness and Prevalence. Le Tilburg : Center for Economic Research.

Abstract: In a model where patients face budget constraints that make some treatments unaffordable, we ask which treatments should be covered by universal basic insurance and which by private voluntary insurance. We argue that both cost effectiveness and prevalence are important if the government wants to maximize the health gain that it gets from its health budget. In particular, basic insurance should cover treatments that are used by people who at the margin buy treatments that are highly cost effective. This is not the same as covering treatments that are themselves highly cost effective.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2516298

Démographie / Demography

Bellamy V. (2014). 569 200 personnes décédées en France en 2013. Le nombre de décès de nouveau très élevé. *Insee Focus*, (13) :

Abstract: En 2013, 569 200 personnes sont décédées en France. Ce niveau, le plus haut depuis 30 ans, s'explique par la structure de la population : les générations aux âges de forte mortalité sont un peu plus nombreuses que par le passé. Les décès sont les plus nombreux à 87 ans pour les hommes et 92 ans pour les femmes. La moitié des défunts sont morts dans leur département de naissance et 60 % dans leur région de naissance. Une personne sur deux décède par ailleurs dans sa commune de résidence. 70 % des décès surviennent en établissement de santé ou maison de retraite et 25 % au domicile du défunt (résumé d'auteur).

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=if13

Beaumel C., Bellamy V. (2014). Statistiques d'état civil sur les décès en 2013. *Insee Résultats : Société*, (159) :

Abstract: En 2013, 569 200 personnes sont décédées en France. Ce niveau, le plus haut depuis 30 ans, s'explique par la structure de la population : les générations aux âges de forte mortalité sont un peu plus nombreuses que par le passé. Les décès sont les plus nombreux à 87 ans pour les hommes et 92 ans pour les femmes. La moitié des défunts sont morts dans leur département de naissance et 60 % dans leur région de naissance. Une personne sur deux décède par ailleurs dans sa commune de résidence. 70 % des décès surviennent en établissement de santé ou maison de retraite et 25 % au domicile du défunt.

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=irsocsd20133>

Economie de la santé / Health Economics

Goncalves J., Weaver F. (2014). Home Care, Hospitalizations, and Doctor Visits. Genève : Université de Genève

Abstract: This study estimates the effects of formal home care on hospitalizations and doctor visits. We compare the effects of medically- and non-medically-related home care and investigate heterogeneous effects by age group and informal care availability. Two-part models are estimated, using data from Switzerland. In this federal country, home care policy is decentralized into cantons (i.e. states). The endogeneity of home care is addressed by using instrumental variables, canton and time fixed effects. We instrument canton-level home care use with home care prices and education expenditures. While medically-related home care reduces length of stay below 60 days, non-medically-related home care increases stays beyond 10 days. Non-medically-related home care also reduces the number of GP visits. However, all these effects are small. Both types of home care tend to have stronger effects among the 65+ and those with informal care available in their household.

<http://www.unige.ch/ses/dsec/repec/files/14095.pdf>

Wagstaff A., Bilger M., Buisman L.R., et al (2014). Who Benefits from Government Health Spending and Why? A global assesment : Washington : The World Bank

Abstract: This paper uses a common household survey instrument and a common set of imputation assumptions to estimate the pro-poorness of government health expenditure across 69 countries at all levels of income. On average, government health expenditure emerges as significantly pro-rich, but there is heterogeneity across countries: in the majority, government health expenditure is neither pro-rich nor pro-poor, while in a small minority it is pro-rich, and in an even smaller minority it is pro-poor. Government health expenditure on contracted private facilities emerges as significantly pro-rich for all types of care, and in almost all Asian countries government health expenditure overall is significantly pro-rich. The pro-poorness of government health expenditure at the country level is significantly and positively correlated with gross domestic product per capita and government health expenditure per capita, significantly and negatively correlated with the share of government facility revenues coming from user fees, and significantly and positively correlated with six measures of the quality of a country's governance; it is not, however, correlated with the size of the private sector nor with the degree to which the private sector delivers care disproportionately to the better-off. Because poorly-governed countries are underrepresented in the sample, government health expenditure is likely to be even more pro-rich in the world as a whole than it is in the countries in this study.

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/09/23/000158349_20140923151140/Rendered/PDF/WPS7044.pdf

Kessels R., Van Herck P., Dancet E., et al (2014). How to reform western care payment systems according to physicians, policy makers, healthcare executives and researchers: A discrete choice experiment : Antwerpen : University of Antwerp

Abstract: Background: Many developed countries are reforming healthcare payment systems in order to limit costs and improve clinical outcomes. Knowledge on how different groups of professional stakeholders trade off the merits and downsides of healthcare payment systems is limited. Methods: Using a discrete choice experiment we asked a sample of physicians, policy makers, healthcare executives and researchers from Canada, Europe, Oceania, and the United States to choose between profiles of hypothetical outcomes on eleven healthcare performance objectives which may arise from a healthcare payment system reform. We used a Bayesian D-optimal design with partial profiles, which enables studying a large number of attributes, i.e. the eleven performance objectives, in the experiment. Results: Our findings suggest that (a) moving from current payment systems to a value-based system is supported by physicians, despite an income trade-off, if effectiveness and long term cost containment improve. (b) Physicians would gain in terms of overall objective fulfillment in Eastern Europe and the US, but not in Canada, Oceania and Western Europe. Finally, (c) such payment reform more closely aligns the overall fulfillment of objectives between stakeholders such as physicians versus healthcare executives. Conclusions: Although the findings should be interpreted with caution due to the potential selection effects of participants, it seems that the value driven nature of newly proposed and/or introduced care payment reforms is more closely aligned with what stakeholders choose in some health systems, but not in others. Future studies, including the use of random samples, should examine the contextual factors that explain such differences in values and buy-in.

<https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container1244/files/TEW%20-%20Onderzoek/Working%20Papers/RPS/2014/RPS-2014-022.pdf>

An Y., Zhao K., Zhou R. (2014). Health Spending and Public Pension: Evidence from Panel Data.

Storrs : University of Connecticut

Abstract: This paper empirically investigates the determinants of aggregate health expenditure in a panel of OECD countries from 1980-2005. We differ from most existing studies by testing some new determinants motivated by recent theoretical advances in the literature. We find that a one percentage increase in public pension payments per elderly person leads to approximately a 1=3 percentage increase in aggregate health spending, and this effect is significant and robust across a variety of model specifications. A back of the envelope calculation based on this estimate suggests that the expansion of the public pension program on average accounts for approximately over one fifth of the rise in aggregate health expenditure as a share of GDP in the set of OECD countries during 1980-2005. In addition, we find that the estimated effect of GDP per capita in our model ranges from 0.66 to 0.80, which is consistent with the results from some recent studies, and thus further reinforces the finding in the literature that health care is not a luxury good. Finally, our results show that the political factors do not significantly affect aggregate health expenditure, though they have been found to be important for understanding public health spending in existing studies.

<https://ideas.repec.org/p/uct/uconnp/2014-27.html>

Hôpital / Hospitals

(2014). Césarienne programmée à terme. Optimiser la pertinence du parcours de la patiente. Synthèse de l'expérimentation de 2013 à 2014. Saint-Denis: HAS .

Abstract: L'expérimentation conduite par 165 maternités en France dans le cadre du programme « Césarienne programmée à terme : optimiser la pertinence du parcours de la patiente » a trois objectifs : Tester un guide

d'analyse et amélioration des pratiques ; Partager les retours d'expériences, les outils d'analyse et amélioration de la pratique développés ; par les équipes de terrain comme les témoignages sur les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées dans la conduite de la démarche ; Tester une modalité de pilotage et d'accompagnement. La synthèse de l'expérimentation fait le bilan des enseignements produits durant ces deux dernières années, concernant d'une part les démarches des équipes de maternités, d'autre part le pilotage d'un projet d'une telle envergure.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/synthese_experimentation_cesar.pdf

Cavaliere M., Guccio C., Lisi D., et al. (2014). Does the Extent of Per-Case Payment System Affect Hospital Efficiency? Evidence from the Italian NHS. Catania : University of Catania

Abstract: In the last few years there has been an increasing public pressure in many countries to contain costs in the healthcare sector, leading many national governments to introduce some form of prospective payment system and to reduce the scope for global budgeting. In this paper we investigate whether the different reimbursement systems adopted in the Italian hospital sector affect significantly providers' efficiency. Because of the high variation both in the financing and in the provision of healthcare services among regions and hospitals, Italy represents an interesting case study to test the impact of different financing mechanisms on hospital's performance. To this purpose, we carry out a two-stage Data Envelopment Analysis (DEA), where in the first-stage we estimate the DEA efficiency scores for all Italian hospitals and, then, in the second-stage, we regress the scores on different environmental variables, aiming to capture the role of different reimbursement systems. The results show a significant impact of the use of DRG-based PPS on hospital efficiency level. In particular, we find evidence that hospitals financed through PPS tend on average to be more efficient than those financed through global budget.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2515772

Inégalités de santé / Health Inequalities

(2014). Tackling health inequities : from concepts to practice. The experience of Västra Götaland : Copenhagen : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Abstract: Malgré des améliorations remarquables dans le domaine de la santé, des inégalités persistent entre les pays comme au sein des pays de la Région européenne de l'OMS, et la Suède ne fait pas exception à la règle. Des interventions visant à lutter efficacement contre le manque d'équité en santé doivent être menées à tous les niveaux des pouvoirs publics. Les régions ont un rôle clé à jouer, car elles sont proches de leurs populations, et disposent du pouvoir et des compétences nécessaires pour élaborer des politiques de santé publique efficaces et susceptibles de réduire les disparités sanitaires en modifiant la répartition des déterminants sociaux de la santé. Ce rapport décrit le processus engagé par le comté de Västra Götaland (Suède) pour intégrer l'équité en santé dans son plan sanitaire régional, une initiative qui a abouti à l'adoption du Plan d'action pour l'équité en santé au Västra Götaland. Cette publication fait non seulement état des facteurs qui ont permis l'élaboration du plan d'action, mais également des obstacles rencontrés et des mesures prises pour les surmonter. Le rapport montre comment les approches pangouvernementales et pansociétales, qui sont au cœur de la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, ont été adoptées dans un contexte réel.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/256783/Tackling-health-inequities-from-concepts-to-practice-The-experience-of-Vastra-Gotland.pdf

(2014). Immigrant Access to Health and Human Services. Final Report : Washington : The Urban Institute .

Abstract: The Immigrant Access to Health and Human Services project describes the legal and policy contexts that affect immigrant access to health and human services. The study aims to identify and describe federal, state, and local program eligibility provisions related to immigrants, major barriers to immigrants access to

health and human services for which they are legally eligible, and innovative or promising practices that can help states manage their programs. This final report summarizes findings from the seven research briefs and one report that constitute this project.

<http://www.urban.org/UploadedPDF/2000012-Immigrant-Access-to-Health-and-Human-Services.pdf>

Diene E., Fouquet A., Geoffroy-Perez B., Julliard S. (2014). Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité : Saint-Maurice : InVS .

Abstract: Les maladies cardiovasculaires sont un ensemble de pathologies comprenant les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, les pathologies vasculaires périphériques, l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies congénitales. Elles constituent la seconde cause de mortalité en France ; et parmi l'ensemble des territoires vasculaires concernés par ces décès, les territoires coronariens et vasculaires cérébraux sont les plus souvent touchés. L'importance de la prise en compte de la mortalité prématurée pour le suivi des politiques de santé publique a été soulignée en comparant la situation de la France à celle d'autres pays voisins : la France se caractérise par des taux de décès « prématurés » avant 65 ans nettement plus élevés alors que les niveaux de mortalité sont très favorables pour les plus de 65 ans. Les principaux déterminants des maladies cardiovasculaires sont les facteurs biocliniques et comportementaux (hypertension artérielle, dyslipidémies, syndrome métabolique, tabagisme) ainsi que les facteurs socioprofessionnels (contraintes psycho-organisationnelles, travail posté, bruits). Les travaux sur les liens entre les facteurs socioprofessionnels et la pathologie cardiovasculaire sont moins bien documentés que les facteurs biocliniques en France alors que la littérature scientifique met en évidence des associations entre certaines conditions de travail et une augmentation de la morbidité ou de la mortalité coronarienne. L'objectif de cette analyse est de décrire la mortalité prématurée d'origine coronarienne ou cérébrovasculaire selon deux indicateurs socioprofessionnels que sont la catégorie sociale et le secteur d'activité. Ces résultats contribuent à l'évaluation des liens entre les facteurs socioprofessionnels et la mortalité d'origine cardiovasculaire.

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2014/Mortalite-prematuree-par-maladies-cardiovasculaires-chez-les-hommes-selon-la-categorie-sociale-et-le-secteur-d-activite>

Médicaments / Pharmaceuticals

(2014). Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins cher. La Défense : IMS Health .

Abstract: Cette étude, menée par IMS Health et le groupe de réflexion pharmaceutique, sur 170 000 patients suivis durant un an dans six pathologies chroniques, apporte des éclairages nouveaux sur l'importance sanitaire et sur les conséquences économiques de la mauvaise observance. Les résultats montrent que seuls 13 % à 52 % des patients selon les pathologies peuvent être considérés comme de bons observants. Le coût évitable des complications médicales liées à la mauvaise observance est évalué à plus de 9 milliards d'euros par an pour les six pathologies considérées.

<http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/EMEA/France/Home%20Page%20Content/News/BrochureObservance-web.pdf>

(2014). L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013 : St Denis : ANSM .

Abstract: Au début des années 2000, le développement des résistances bactériennes a conduit la France – comme d'autres pays européens - à mettre en œuvre des actions favorisant un moindre et un meilleur usage des antibiotiques afin d'en préserver l'efficacité. Ces actions ont abouti à faire diminuer la consommation d'antibiotiques, tant en ville qu'à l'hôpital. Ce mouvement de baisse n'a cependant pas été continu. Depuis plusieurs années, l'ANSM observe une tendance à la reprise, que les résultats 2013 accentuent. L'incidence élevée des pathologies hivernales au début de l'année écoulée doit bien sûr être prise en compte, mais elle ne peut que partiellement expliquer la hausse constatée. Pris dans leur ensemble, ces résultats montrent que les

habitudes de prescription et les comportements peuvent être inflexibles. Même si elle se situe toujours parmi les pays dont le niveau de consommation est élevé, la France n'est plus – pour le secteur de ville – le premier consommateur d'antibiotiques en Europe, comme c'était le cas au début des années 2000. En 2012, elle se situait au quatrième rang pour le secteur ambulatoire. À l'hôpital, la consommation française se situe désormais dans la moyenne européenne. Néanmoins, des progrès conséquents restent à faire pour renforcer le bon usage et limiter la consommation. Entre 2000 et 2013, la consommation d'antibiotiques a baissé de 10,7%, mais elle a augmenté de 5,9% depuis 2010. En volume, plus de 90% de la consommation d'antibiotiques se fait dans le secteur de ville et un peu moins de 10% à l'hôpital. En 2013, les génériques d'antibiotiques ont représenté 82,5% de la consommation d'antibiotiques en ville. Les femmes représentent 59,3% des consommateurs d'antibiotiques et les hommes 40,7%. 70% des prescriptions faites en ville se rapportent à des affections des voies respiratoires. L'exposition aux antibiotiques est élevée à l'hôpital où environ 4 patients sur 10 reçoivent, un jour donné, une dose d'antibiotique.

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2013-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>

Cockburn I., Lanjouw J.O., Schankerman M. (2014). Patents and the Global Diffusion of New Drugs.

Londres : Centre for Economic Performance

Abstract: This paper studies how patent rights and price regulation affect how fast new drugs are launched in different countries, using newly constructed data on launches of 642 new drugs in 76 countries for the period 1983-2002, and information on the duration and content of patent and price control regimes. Price regulation strongly delays launch, while longer and more extensive patent protection accelerates it. Health policy institutions, and economic and demographic factors that make markets more profitable, also speed up diffusion. The effects are robust to using instruments to control for endogeneity of policy regimes. The results point to an important role for patents and other policy choices in driving the diffusion of new innovations.

<http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1298.pdf>

(2014). Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée. Fiche points clés - Note méthodologique et de synthèse documentaire : Saint-Denis: HAS .

Abstract: Cette fiche a pour objectif de fournir une information afin de sensibiliser tous les acteurs à la nécessité de prévenir la fréquence et la gravité des problèmes de médicaments chez la personne âgée fragile. Cette fiche est complétée par une note de problématique et une synthèse bibliographique. La synthèse bibliographique porte sur la prévention et la gestion des problèmes associés aux médicaments (PAM). L'analyse décrit la population exposée aux problèmes de médicaments, les mécanismes professionnels et organisationnels en cause et les conséquences sur le système de soins (solicitation des structures hospitalières) et sur l'état de santé du patient (événement indésirable lié aux médicaments [EIM] et perte de chances par sous-traitement). Elle rappelle les notions de bonnes pratiques de prescription et les caractéristiques des prescriptions (au sens prises en charge) inappropriées. L'abondance de la littérature sur le médicament permet un point actualisé sur les interventions et les programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée et l'apport de l'informatique médicale (résumé de l'éditeur).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee

Mulcahy A.W., Predmore Z., Mattke S. (2014). The Cost Savings Potential of Biosimilar Drugs in the United States. Santa-Monica : The Rand .

Abstract: The U.S. Food and Drug Administration (FDA) is expected to release final regulations outlining lower-cost approval pathway requirements for so-called biosimilar drugs. The introduction of biosimilars is expected to reduce prices, albeit to a lesser degree than small-molecule generics. This Perspective combines prior research and recent data to estimate cost savings in the U.S. market. We predict that biosimilars will lead to a \$44.2 billion reduction in direct spending on biologic drugs from 2014 to 2024, or about 4 percent of total biologic spending over the same period, with a range of \$13 billion to \$66 billion. While our estimate uses

recent data and transparent assumptions, we caution that actual savings will hinge on the specifics of the final FDA regulations and on the level of competition.

<http://www.rand.org/pubs/perspectives/PE127.html>

(2014). Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Bilan des données de surveillance, 18 novembre 2014. St Denis : INVS .

Abstract: Dans une optique de partage des connaissances, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) présentent conjointement dans le présent document les chiffres clefs de la consommation des antibiotiques et de la résistance bactérienne en France sur la période des 10 dernières années (période 2003-2013). Les données sont présentées séparément pour le secteur non hospitalier (intitulé « en ville » dans l'ensemble du document) et pour le secteur hospitalier (intitulé « établissements de santé (ES) » dans l'ensemble du document) car si la plus grande part des antibiotiques est utilisée en médecine de ville, les consommations hospitalières présentent des spécificités (types d'antibiotiques utilisés et lien avec l'activité hospitalière) qui justifient de les distinguer. L'ensemble des données présentées sont comparées aux données européennes quand ces dernières sont disponibles.

Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics

Denton F.T., Spencer B.G. (2014). Modelling the Age Dynamics of Chronic Health Conditions: Life-Table-Consistent Transition Probabilities and their Application : Hamilton : McMaster University

Abstract: Background: Surveys of chronic health conditions provide information about prevalence but not about the incidence and the process of change within the population. Objective: We show how the “age dynamics” of chronic conditions -- the probabilities of contracting the conditions at different ages, of moving from one chronic conditions state to another, and of dying -- can be inferred from prevalence data for those conditions that can be viewed as irreversible. Methods: Transition probability matrices are constructed for five-year age groups, representing the age dynamics of health conditions for a stationary population. We illustrate the application of the matrices by simulating the age/health path of an initially healthy cohort. Results and conclusion: Surveys of chronic conditions provide valuable information about prevalence rates; we show that such surveys can be made even more valuable by allowing the calculation of the transition probabilities that define the chronic conditions age dynamic process. We report the results of simulations based on transition probabilities that we have derived, and note the general applicability of the methods.

<http://socserv.mcmaster.ca/econ/rsrch/papers/archive/2014-11.pdf>

Winkelmann R. (2014). An empirical model of health care demand under non-linear pricing. Berlin : DIW

Abstract: In 2004, the German Social Health Insurance introduced a co-payment for the first doctor visit in a calendar quarter. I combine a structural model of health care demand and a difference-in-differences strategy to estimate the effect of that reform on the number of visits. In the model, the implied incentive to delay a first visit also affects subsequent visits, as the expected remaining time to the end of quarter is reduced. This effect has been ignored by the prior literature using standard hurdle count models. Data are from the German Socio-Economic Panel. Results show no statistically significant reduction in visits due to the reform.

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.483139.de/diw_sp0688.pdf

Makdissi P. (2014). Robust Wagstaff Orderings of Distributions of Self-Reported Health Status : Brisbane : University of Queensland

Abstract: When assessing socioeconomic health inequalities researchers often draw upon measures of income inequality that were developed for ratio scale variables. As a result, the use of categorical data (such as self-

reported health status) produces rankings that may be arbitrary and contingent to the scaling adopted. In this paper, we develop a method that overcomes this problem by providing conditions for which these rankings are invariant to the scaling function chosen by the researcher. In doing so, we draw on the insight provided by Alkire and Foster (2004) and extend their method to the dimension of socioeconomic inequality exploiting the properties of Wagstaff's class of indices. We then provide an empirical illustration using the National Institute of Health Survey 2012.

<http://www.uq.edu.au/economics/abstract/533.pdf>

Politique de santé / Health Politics

Palier B. (2014). Quel avenir pour la protection sociale ? *Cahiers Français*, (81) :

Abstract: Malgré une succession de réformes, dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques et de difficultés économiques, le système de protection sociale français reste fragile. Retraites, assurance maladie, lutte contre la pauvreté, dépendance, politique familiale... toutes ces politiques nécessitent de nouveaux aménagements afin de réaliser l'objectif de solidarité et de justice sociale. Ce numéro des Cahiers français s'interroge sur l'avenir et les enjeux de la protection sociale en France. Un dossier complet et rigoureux, clairement présenté.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/ouvrages/3303330403815-quel-avenir-pour-la-protection-sociale>

Ferrand R. (2014). Professions réglementées. Pour une nouvelle jeunesse. Paris : Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique

Abstract: Ce rapport, remis au Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, prône la nécessaire modernisation des professions réglementées. Cinq recommandations concernent les pharmacies d'officine : l'assouplissement des règles de transfert et de regroupement des officines ; l'autorisation des cessions d'officine dans les cinq ans suivant un transfert ; l'ouverture du capital des sociétés d'exercice libéral au sein des professions de santé, sous réserve du respect des règles d'incompatibilité ; la pratique par les pharmaciens, sur prescription médicale, des vaccinations dont la liste serait arrêtée par le ministre chargé de la Santé ; l'assouplissement des modalités d'organisation de la vente en ligne de médicaments. D'autres mesures plus ciblées, comme la possibilité de prescrire des verres correcteurs aux optométristes, dans le but de pallier au manque d'ophtalmologistes sur le territoire national, sont en outre proposées.

http://www.fnuja.com/Professions-Reglementees-Le-rapport-FERRAND-Pour-une-nouvelle-jeunesse_a1974.html

Footman K., Knai C., Baeten R., et al. (2014). Cross-border health care in Europe. Copenhague : OMS - Bureau Régional de l'Europe .

Abstract: This new policy summary explores how European health systems are responding to increasing patient and professional mobility across the European Union. Recent legislative changes which clarify patient entitlements to cross-border care are likely to have important impacts on national and EU-wide policies. However, measures to optimise implementation of clinical guidelines, discharge summaries, use of technologies and regulation of professional standards are all likely to be beneficial for patients receiving care in their home country as well as for those who travel abroad.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/263538/Cross-border-health-care-in-Europe-Eng.pdf

Davie E., Lapinte A., Hilary S., Louvet A., et al L. (2014). France, portrait social. Edition 2014.

Collection Insee Références. Paris : Insee

Abstract: Cet ouvrage transversal de la collection " Insee Références " offre chaque année un large panorama de la situation sociale de la France. Huit articles présentent une vue d'ensemble sur la population, le marché du travail, les revenus et les conditions de vie, le chômage de longue durée, les inégalités de revenus salariaux, le niveau de vie, les bénéficiaires des minima sociaux, les sans-domicile. Trois dossiers sur les sans-domicile (dont le nombre a augmenté de 44 % entre 2001 et 2012 - 1 sur 4 travaille), la mobilité vers l'activité des Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

descendantes d'immigrés, et la politique de la ville en France métropolitaine (premières données sur les 1 300 nouveaux quartiers prioritaires), et un grand nombre de fiches thématiques complètent cet ouvrage.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC14.pdf

Psychiatrie / Psychiatry

(2014). Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries. Londres : Economist intelligence unit .

Abstract: L'Economist Intelligence Unit (EIU) a créé un indice pour comparer les services de santé mentale offerts dans 30 pays européens. Il évalue des questions telles que la prestation de services de santé, les droits de l'homme, la stigmatisation, la qualité de vie, le logement, l'emploi et d'autres facteurs. L'indice est accompagné d'entretiens avec des experts et d'une revue de la littérature.

http://www.mentalhealthintegration.com/media/whitepaper/EIU-Janssen_Mental_Health.pdf

Prévention / Prevention

Amosse T., Celerier S. (2014). Les dispositifs de prévention des risques professionnels en France. Les enseignements du croisement d'une approche quantitative et qualitative : Noisy-Le-Grand : CEE

Abstract: Ce document propose un premier tableau statistique représentatif des dispositifs de prévention des risques professionnels mis en oeuvre dans les entreprises en France au milieu des années 2000, tableau qui faisait jusqu'alors défaut. L'exploitation des données de l'enquête REPONSE 2004-2005 dégage quatre grands types de dispositifs, qui témoignent de la diversité des acceptions que peut prendre la notion de « prévention », selon l'activité de travail et sa dangerosité, la taille des établissements et leur secteur. Cependant, l'analyse statistique des dispositifs déclarés n'épuise pas toutes les sources de cette diversité. L'observation directe auprès d'entreprises de la découpe de volaille révèle d'autres éléments de structuration des pratiques. Le jeu du droit, qu'on ne pouvait que très partiellement saisir dans l'enquête statistique, apparaît plus nettement sur le terrain. Il y est possible de suivre l'activité effective des CHSCT et l'usage qui est fait du document unique. Mais le seuil des pratiques minimales est à rechercher dans d'autres formes d'action publique que dans le droit lui-même. L'observation des entreprises et les données statistiques révèlent l'importance du rôle des Caisses régionales de l'assurance maladie (Cram), garantes des droits à réparation. Elles assurent, par leurs actions de conseil en entreprise, la diffusion des pratiques de prévention, parallèlement à la gestion du système de tarification.

(2014). Nutrition and physical activity actions addressing obesity: 2008-2013 EU-funded actions to support the public health priorities. Luxembourg: Publications Office of the European Union .

Abstract: Dans le cadre de son Programme Santé 2008-2013, la Commission européenne publie le recueil de 20 actions qu'elle finance dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique pour lutter contre l'obésité. Ce recueil a pour objectif de contribuer à diffuser les connaissances et les pratiques et à mettre en réseau les acteurs agissant sur ces questions. Les actions sont regroupées en six champs d'intervention : celles qui contribuent à une meilleure information des consommateurs, celles qui concourent à l'éducation pour la santé de façon générale, celles qui encouragent l'activité physique, celles qui ciblent les groupes prioritaires, celles qui contribuent au développement de l'« evidence-base » pour soutenir l'élaboration des politiques et celles qui mettent en place des systèmes de surveillance.

http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/nutrition_fundedactions_2014_en.pdf

(2014). Deuxième rapport de la Commission au Conseil concernant la suite donnée à la recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci (2009/C 151/01) : Luxembourg: Publications Office of the European Union .

Abstract: Ce nouveau rapport, qui fait suite à celui de 2012, examine comment les mesures recommandées par le Conseil européen ont été mises en œuvre ces deux dernières années en vue d'améliorer la sécurité des patients dans l'UE.

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_fr.pdf

Soins de santé primaires / Primary Health Care

Raleigh V., Bardsley M., Smith P. (2014). Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care. Final report. Londres : London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Abstract: Improved care coordination and integration of services within the health care sector, and across health, social care and other public services, is a priority for the government. The expectation is that integrated care will lead to more person-centered, coordinated care, improve outcomes for individuals, deliver more effective care and support and provide better value from public spending. This report relates to the identification of indicators for measuring integrated care and it outlines the background to our work, the aims of and audiences for the indicators, how the proposed indicators were selected, some general issues relating to the measurement of integrated care, guidance on using the indicators, and some steers on how to use routine quantitative data to measure trends in integrated care.

<http://www.piru.ac.uk/assets/files/IC%20and%20support%20Pioneers-Indicators.pdf>

Driouchi A. (2014). Evidence and Prospects of Shortage and Mobility of Medical Doctors: A Literature Survey. Munich : MRPA

Abstract: This paper focuses on the shortage in health workforce, its causes and its consequences. The implied mobility is also introduced. Series of issues are introduced to better capture the global prospects facing the health system. A literature review survey on the above dimensions is the main source of information used in this paper. The attained outcomes confirm the existing increasing current and future trends of shortage and mobility of the health workforce with emphasis on medical doctors. The expected consequences on developing countries are discussed in relation to the increasing demand for healthcare but also to the technological changes taking place at the level of the sector and in its environment.

http://mpr.ub.uni-muenchen.de/59322/1/MPRA_paper_59322.pdf

Sheiman I. (2014). Integrated Health Care Payment Methods: Typology, Evidence And Pre-Conditions Of Implementation. Moscou : HSE

Abstract: Many countries have recently started the search for new payments methods with the specific objective to encourage integration in health care delivery – teamwork of providers, their coordination and continuity of care. This paper suggests the typology of three major integrated payment methods – pay-for-performance, episode based bundled payment and global payment. A brief overview of these methods in the USA and Europe, including Russia, indicates that there is still no strong evidence of their effects on integration and other dimensions of medical service delivery performance. It is argued that relative to other integrated methods global payment is the most promising method, since it provides incentives for comprehensive organizational changes. The major pre-conditions for global payment implementation are risk bearing in integrated networks, shared savings schemes, performance transparency system, infrastructure for coordination and collaboration. It is also argued that global payment is hard to implement – mostly due to a

high probability of excessive financial risks placed on providers in integrated networks. The activities to mitigate these risks are discussed based on the approaches piloted in Russia.

<http://www.hse.ru/data/2014/09/25/1315606082/18PA2014.pdf>

Kumpunen S., Trigg L., Rodrigues R. (2014). Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. Copenhague : OMS - Bureau Régional de l'Europe .

Abstract: Promoting and enabling choice in publicly-funded health and long-term care services has gained popularity in many countries over recent decades, as it can empower individuals and bring about improved care and outcomes as providers compete for business. But for choice (and competition) of care provider to live up to its potential, people need good comparative information about care providers to make informed decisions. In the policy summary authors review the literature on the measurement and reporting of quality information, provide insights to support future investment in public reporting systems, and summarize strategies aiming to increase the use of reporting by patients and users.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/263540/Public-reporting-in-health-and-long-term-care-to-facilitate-provider-choice-Eng.pdf

Systèmes de santé / Health Care Systems

Ferre F., Belvis A.G. de, Valerio L., et al. (2014). Health system review : Italy. Health systems in transition ; vol. 16, n°4. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: The Health Systems in Transition (HiT) series provide detailed descriptions of health systems in the countries of the WHO European Region as well as some additional OECD countries. An individual health system review (HiT) examines the specific approach to the organization, financing and delivery of health services in a particular country and the role of the main actors in the health system. It describes the institutional framework, process, content, and implementation of health and health care policies. HiTs also look at reforms in progress or under development and make an assessment of the health system based on stated objectives and outcomes with respect to various dimensions (health status, equity, quality, efficiency, accountability). Faced with rising regional deficits and austerity budgets focused on reduced public spending, the Italian National Health Service has been grappling with a dual challenge: containing or even reducing health expenditure while at the same time dealing with greater demand for its services. To date, these efforts have managed to be successful - regional deficits are now largely under control and the benefit package continues to be delivered effectively, albeit with much more tightly stretched resources and increased cost-sharing for some services. Italy's belt-tightening responses to its fiscal crisis have also exacerbated the existing inequity across regions, where gaps in service provision and health system performance persist. Government policies have focused on setting caps on pharmaceutical spending, reducing the number of hospital beds and shifting care away from acute stays, increasing co-payments and instituting new purchasing contracts for medical goods. A major policy tool has been the adoption of 'financial recovery plans' by high-deficit regional health systems, targeting the structural determinants of costs, as well as national 'health pacts' binding regions to budgetary discipline. However, the overt focus on financial retrenchment should not overshadow the need for longer term strategies for better health system performance, such as efforts to promote greater group practice among health professionals working in primary care, bolstering the quality of professionals managing public facilities, and ensuring that the concentration of organizational control by regions of health care providers does not stifle innovation.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf

Sauviat C. (2014). Où en est la mise en oeuvre de l'Obamacare, quatre ans après l'adoption de la loi ? *Chronique Internationale de L'Ires*, (147) :

Abstract: L'adoption de l'Affordable Care Act (ACA) en mars 2010, plus connu sous le nom d'« Obamacare », est la réforme la plus ambitieuse de la présidence Obama. On rappellera de façon synthétique dans une première partie les principales failles du système d'assurance maladie aux États-Unis et les raisons qui ont poussé à sa réforme. On analysera dans une seconde partie les principaux changements introduits par l'ACA ainsi que les

publics visés. Dans une troisième partie, on dressera un bilan à mi-étape de la mise en œuvre de la loi, dont le calendrier court jusqu'à 2018 mais dont les deux mesures clés précitées ont pris effet en 2014 (d'après l'introduction).

<http://www.ires-fr.org/images/files/Chronique/C147/C147-1.pdf>

(2014). Advancing public health : 10 years of transition in central and eastern Europe and the newly independent states of the former Soviet Union. Observatory Studies Series ; 35. Copenhague : OMS Bureau Régional de l'Europe

Abstract: After the break-up of the Soviet Union in 1991, the countries that emerged from it faced myriad challenges, including the need to reorganize the organization, financing and provision of health services. Over two decades later, this book analyses the progress that twelve of these countries (Armenia, Azerbaijan, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, the Republic of Moldova, the Russian Federation, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine and Uzbekistan) have made in reforming their health systems. Building on the health system reviews of the European Observatory on Health Systems and Policies (the HiT series), it illustrates the benefits of international comparisons of health systems, describing the often markedly different paths taken and evaluating the consequences of these choices (résumé de l'éditeur).

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf

Asandului L., Roman M., Fatulescu P. (2014). The Efficiency of Healthcare Systems in Europe: a Data Envelopment Analysis Approach. Munich : MRPA

Abstract: This paper aims at evaluating the efficiency of public healthcare systems in Europe by applying a nonparametric method such is Data Envelopment Analysis. For this purpose, statistical data for 30 European states for 2010 have been used. We have selected three output variables: life expectancy at birth, health adjusted life expectancy and infant mortality rate and three input variables: number of doctors, number of hospital beds and public health expenditures as percentage of GDP. Findings reveal that there are a number of both developed and developing countries on the efficiency frontier, while the great majority of the countries in the sample are inefficient.

http://mpr.ub.uni-muenchen.de/58954/1/MPRA_paper_58954.pdf

Travail et santé / Occupational Health

Marquie J.C / coor., Amauger-Lattes M.C./ coor. (2014). Pénibilité et santé : les conditions de l'effort soutenable au travail. Collection Le travail en débats : Hors série. Toulouse : Octarès Editions

Abstract: Pourquoi s'intéresser à la pénibilité ? Le mot est aujourd'hui à la mode et dans toutes les bouches, mais qu'apporte-t-il de plus (ou éventuellement qu'occulte-t-il ?) à côté de tous les autres concepts qui renvoient aux effets défavorables du travail sur le bien-être et la santé (stress, souffrance au travail, insatisfaction ou malaise au travail, surcharge, usure, préjudice, risques psychosociaux...) ? Le regain d'intérêt pour cette notion de pénibilité à l'occasion de la réforme des retraites et la place centrale qui lui est faite dans le débat social actuel obligent les chercheurs à se positionner à son égard. Il s'agit de savoir comment la notion de pénibilité est utilisée dans les divers champs disciplinaires qui s'intéressent à la santé au travail, avec quels cadres théoriques et quelles méthodologies. Cela doit non seulement permettre de clarifier le débat public mais doit aussi conduire à établir des passerelles entre les disciplines abordant ces questions de manière trop souvent parallèle. C'est dans cet objectif que des chercheurs toulousains de différentes disciplines (sociologie, sciences de la communication, psychologie, sciences du management, droit, ergonomie, épidémiologie, médecine), mais ayant en commun le domaine de la santé au travail, se sont réunis en séminaire, dans le cadre de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS), depuis 2010. Ils livrent ici le regard qu'ils portent sur cette question, avec des points de vue différents mais complémentaires (4e de couverture).

Mazzolini G. (2014). The economic consequences of accidents at work. Milan : Universita Catolica del Sacro Cuore

Abstract: This paper investigates the economic consequences of workplace accidents in the British labour market. For the empirical analysis, I use data on employment and earnings from the British Household Panel Survey and exploit fixed effects estimators to control for time-invariant unobserved workers' characteristics. I provide evidence that accidents at work negatively affect both job opportunities and workers' earnings. First, employment probabilities following a state of injury are significantly lower. This effect persists over time and is stronger in those regions where the macroeconomic conditions are worse. Second, a serious workplace accident also results in significant delayed wage penalties, which increase with the accident's seriousness. The effect is lower in the public sector and unionized firms, where job and earnings protection is higher and physically demanding working conditions are not widespread, or if the worker moves to a new job which suits his/her post-injury abilities better.

<http://econpapers.repec.org/paper/ctcserie1/def15.htm>

Labreche F., Lacourt A., Lavoue J. (2014). Expositions professionnelles à des contaminants chimiques et physiques : Analyse différenciée selon le sexe. Montréal : IRSST

Abstract: La survenue des lésions professionnelles varie selon le sexe. Une des principales explications évoquées est l'existence de nettes différences d'exposition en milieu de travail, découlant notamment des professions occupées par les hommes et par les femmes et de la nature des tâches effectuées. Cependant, il n'existe pas de données solides pour appuyer cette assertion et les analyses traditionnelles en milieu de travail se sont le plus souvent limitées à rapporter le risque en fonction du sexe, sans identifier les raisons pouvant expliquer les différences de risque observées. Tant le gouvernement du Québec que l'Organisation mondiale de la santé ou les Instituts de recherche en santé du Canada recommandent d'effectuer des analyses différenciées selon le sexe. Or, bien que quelques études aient incorporé le genre dans l'analyse des problèmes musculosquelettiques au travail, seules deux études, de qualité moyenne, ont à ce jour comparé l'exposition des hommes et des femmes à des substances chimiques en prenant en compte la profession et le secteur d'activité économique. L'objectif de la présente étude était d'explorer l'existence de différences d'exposition professionnelle entre hommes et femmes à l'aide de bases de données épidémiologiques existantes. (extrait du résumé).

<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-842.pdf>

(2014). Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention : Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes .

Abstract: The report on psychosocial risks at work is a joint publication from the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) and the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). It draws on the complementary work of the two agencies, which is reflected in their different roles. Acknowledging the complexity of the relationship between health and work, the report presents comparative information on the prevalence of psychosocial risks among workers and examines the associations between these risks and health and well-being. It also looks at the extent to which establishments take action to tackle psychosocial risks and describes interventions that can be adopted in companies. An overview of policies in six Member States is included.

<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention>

Michaud P., Crimmins E., Hurd M.D. (2014). The Effect of Job Loss on Health: Evidence from Biomarkers. Bonn : IZA

Abstract: The effect of job loss on health may play an important role in the development of the SES health gradient. In this paper, we estimate the effect of job loss on objective measures of physiological dysregulation using longitudinal data from the Health and Retirement Study and biomarker measures collected in 2006 and 2008. We use a variety of econometric methods to account for selection and reverse causality. Distinguishing between layoffs and business closures, we find no evidence that business closures lead to worse health outcomes. We also find no evidence that biomarker health measures predict subsequent job loss because of business closures. We do find evidence that layoffs lead to diminished health. Although this finding appears to

be robust to confounders, we find that reverse causality tends to bias downward our estimates. Matching estimates, which account for self-reported health conditions prior to the layoff and subjective job loss expectations, suggest even stronger estimates of the effect of layoffs on health as measured from biomarkers, in particular for glycosylated hemoglobin (HbA1c) and C-reactive protein (CRP). Overall, we estimate that a layoff could increase annual mortality rates by 9.4%, which is consistent with other evidence of the effect of mass layoffs on mortality.

<http://ftp.iza.org/dp8587.pdf>

Vieillesse / Ageing

Gand S., Henaut L., Sardas J.C. (2014). Aider les proches aidants : comprendre les besoins et organiser les services sur les territoires. Economie et gestion. Paris : Presses des Mines

Abstract: Aujourd'hui, en France, 1,4 millions de personnes âgées ont plus de 85 ans et elles seront près de 5 millions en 2060. Dans ce contexte, une catégorie d'acteurs joue un rôle crucial : les proches aidants (conjoints, enfants, fratrie, voisins, amis) qui, globalement, procurent 80 % de l'aide reçue par les personnes âgées en perte d'autonomie. Constatant qu'ils sont indispensables mais risquent souvent l'épuisement, les pouvoirs publics, les associations et certains acteurs privés cherchent à développer des actions d'information, de formation, de répit ou encore de soutien psychologique, dédiées aux aidants. En s'appuyant sur des enquêtes de terrain conduites dans plusieurs départements, le présent ouvrage met en évidence les problématiques spécifiques à traiter pour développer de manière structurée et cumulative une politique publique de soutien et d'accompagnement des aidants. Il apparaît qu'une telle politique gagne à être construite au niveau infrarégional et non seulement par le biais d'appels à projets lancés au niveau national. Les auteurs proposent une grille d'analyse des besoins des aidants, et de leur évolution, susceptible d'instrumenter le diagnostic des professionnels amenés à les orienter vers tels ou tels services. L'ouvrage offre enfin une démarche de configuration des services sur les territoires prenant en compte l'hétérogénéité de ces derniers en termes de besoins, de ressources et de compétences. Cet ouvrage fournira aussi des pistes pour traiter les questions comparables dans le champ du handicap. Enfin, il éveillera l'intérêt des personnes, aidantes ou non, désireuses de mieux comprendre les enjeux et les difficultés de la mise en œuvre d'une politique d'aide aux aidants.

<http://www.pressesdesmines.com/aider-les-proches-aidants.html>

Camus E., Lheritier C., Padiou C., et al.. (2014). Optimiser le soutien à domicile des personnes âgées - Pour une meilleure complémentarité entre caisses de retraite et départements. Les cahiers de l'Odas. Paris : Editions de l'Odas .

Abstract: L'Observatoire national De l'Action Sociale a conduit, avec le soutien de l'interrégime des caisses de retraites, une étude sur les relations de travail entre ces dernières et les départements, avec le souci de recherche des pistes susceptibles d'améliorer les coopérations interinstitutionnelles en matière de soutien à domicile des personnes âgées. Cette étude a permis d'identifier de nombreuses pratiques, tant en matière de complémentarité des interventions auprès des familles que de convergence des politiques publiques, aptes à être mieux diffusées dans l'ensemble des territoires (tiré de l'intro).

http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_l_odas_-_2014.pdf

Garcia-Munos T., Neuman S., Neuman T. (2014). Health Risk Factors among the Older European Populations: Personal and Country Effects. Ramat Gan : Bar-Ilan University

Abstract: It is now common to use the individual's self-assessed-health-status (SAHS), which expresses her/his holistic 'internal' view, as a measure of health. The use of SAHS is supported by numerous studies that show that SAHS is a better predictor of mortality and morbidity than medical records. The 2011 wave of the rich Survey of Health Aging and Retirement Europe (SHARE) is used for the exploration of the full spectrum of factors behind the health-status in 16 European countries, using 23,800 observations. Special emphasis is given to the examination of behavioral risk factors (smoking, alcohol consumption and obesity) – both at the

individual and country levels. The main findings are: (i) the estimation of self-assessed-health-status regressions provides clear evidence of the effects of the three behavioral risk factor on the individual's subjective rating of her/his health status, beyond and above the obvious effects of health conditions and of socio-economic personal variables; (ii) the second, more innovative, finding is related to the effects of country-specific risk factors (country-level measures of smoking, obesity, and alcohol consumption) on the subjective-health of the residents, beyond and above those of the personal characteristics. Adapting the technique presented in Oswald and Wu (2010), country effects derived from the SAHS regression are examined for correlations with a set of objective country macro measures. They include: share of smokers on a daily/regular basis; alcohol consumption (per-capita liters per year); share of obese individuals in the country. It appears that country-level smoking and obesity affect negatively aggregate country SAHS, while alcohol consumption has no effect. It is therefore not only 'who you are' that affects the subjective rating of health, but also 'in which country you live'. Overall, our findings indicate that what is true for the individual is also true for the country as a whole: both individual and country-level (obesity and smoking) risk factors affect subjective-health and the two levels of behavioral risks accumulate and reinforce the subjective-health assessment. This seems to be at odds with the 'Easterlin Paradox' that emphasizes within country individual effects and denies cross-country effects, and suggests the economic cost-effectiveness of preventive obesity and smoking treatment.

<http://econ.biu.ac.il/files/economics/working-papers/2014-07.pdf>

Canta C., Pestiau P., Thibault E. (2014). Long term care and capital accumulation: the impact of the State, the market and the family. Toulouse : TSE

Abstract: The rising level of long-term care (LTC) expenditures and their financing sources are likely to impact savings and capital accumulation and henceforth the pattern of growth. This paper studies how the joint interaction of the family, the market and the State influences capital accumulation in a society in which the assistance the children give to dependent parents is triggered by a family norm. We find that, with a family norm in place, the dynamics of capital accumulation differ from the ones of a standard Diamond (1965) model with dependence. For instance, if the family help is sizeably more productive than the other LTC financing sources, a pay-as-you-go social insurance might be a complement to private insurance and foster capital accumulation.

http://www.tse-fr.eu/images/doc/wp/env/wp_tse_530.pdf

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

Abstract: Ce rapport établit un état des lieux de la mise en œuvre des mesures pour l'emploi des seniors suite au rapport de 2003 "Vieillesse et politiques de l'emploi : Suisse" et identifie les champs prioritaires d'actions à mener ou à poursuivre. La Suisse se situe dans le peloton de tête des pays de l'OCDE pour ce qui concerne le taux d'emploi des personnes âgées. Pourtant, elle est parmi les champions uniquement pour les hommes de moins de 60 ans et pour les diplômés de l'enseignement supérieur tandis qu'il suffit d'avoir 60-64 ans, d'être une femme ou de ne pas avoir de diplôme de l'enseignement supérieur pour ne plus être parmi les meilleurs. Davantage pourrait donc être fait pour donner à tous les travailleurs de meilleurs choix et incitations pour continuer à travailler. Une stratégie d'ensemble est nécessaire pour qu'une meilleure gestion des âges soit menée dans les entreprises, le rôle des autorités publiques étant d'encourager les partenaires sociaux à investir plus dans les travailleurs âgés. Trois axes doivent être privilégiés : i) renforcer les incitations pour travailler plus longtemps ; ii) lever les obstacles au recrutement et au maintien dans l'emploi des travailleurs âgés ; et iii) améliorer l'employabilité des travailleurs.