

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

14 novembre 2014 / November The 14th, 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	5
(2014). Etat des lieux des soins de santé en 2013	5
Economie de la santé / Health Economics	5
(2014). Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2013- Prévisions	5
Menard C., Kreft-Jais C., Léon C. (2014). Consommation de soins et prévention	5
Soulat L., Arrondel L. (2014). Les dépenses de santé à la charge des ménages avant et pendant la retraite	5
Batifoulie P. (2014). Capital santé : quand le patient devient client	6
Renand M. (2014). Vieillesse démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ?	6
Fang H. (2013). Insurance Markets for the Elderly	6
Fletcher J.M., Horwitz L.I, Bradley E. (2013). Estimating the Value Added of Attending Physicians on Patient Outcomes.....	6
Boone J., Douven R. (2014). Provider competition and over-utilization in health care	7
Georghiou T., Bardsley M. (2014). Exploring the cost of care at the end of life.....	7
Géographie de la santé / Geography of Health	7
Calvez M., Sechet R. (2012). La diversité des trajectoires socio-spatiales de soin dans les parcours de soins coordonnés. Une approche à partir d'une population en Affection de longue durée (ALD).....	7
(2014). Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux.	7
Di Meo.G. (2014). Introduction à la géographie sociale.	8
Augustine N., Andrieux S., Embersin-Kyprianou C.. (2014). Les personnes en situation de handicap en Ile-de-France.....	8
Hôpital / Hospitals	8
(2014). Analyse de l'activité hospitalière 2013. Deux tomes : l'essentiel. Données chiffrées	8
Ponchon F., Bonnet X. (2014). L'usager et le monde hospitalier.	9
Radvanski M. (2014). Effects of Demographic Changes on Hospital Workforce in European Countries.	9
Expert A., Tala S., Cash R. (2014). Facteurs d'évolution des séjours hospitaliers MCO entre 2009 et 2011	9
Bojke C., Grasic K., Street A. (2014). The Costs of Specialised Care.....	10

Gaughan J., Gravelle H., Siciliani L. (2014). Testing the bed-blocking hypothesis: does higher supply of nursing and care homes reduce delayed hospital discharges?	10
Kifmann M., Siciliani L. (2014). Average-cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector.	10
Inégalités de santé / Health Inequalities	10
(2014). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2013.....	11
Van Zanden J.L., Baten L., et al. (2014). How Was Life? Global Well-being since 182011	
Médicaments / Pharmaceuticals.....	11
Sclison S. (2014). Disparités régionales de consommation pharmaceutique	11
Ferrier A., Chahwakilian P. (2014). Evolution comparée des ventes de médicaments dans 7 pays.....	11
(2014). Mémento du médicament et des dispositifs médicaux : édition 2014.....	11
Belis-Bourgouignan M.C., Montalban M., Sakinc M., Smith A. (2014). L'industrie pharmaceutique : règles, acteurs et pouvoir.	12
Jamet G., Tubeuf S., Meads D. (2014). Has the introduction of NHS health checks increased the prescription of statins for CVD prevention	12
Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics.....	12
(2014). Données de santé : comment sortir de la polémique ? Les exemples internationaux.....	13
(2014). Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales ..	13
Gomez M., Gutacker N., Bojke C., et al. (2014). Addressing Missing Data in Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): Implications for Comparing Provider Performance.....	13
Prévention / Prevention	13
(2014). Prévention des maladies psychiatriques : en finir avec le retard français.	13
Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation	14
(2014). Evaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.	14
Psychiatrie / Psychiatry	14
Guibet-Lafaye C. (2014). Au coeur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire.	14
Soins de santé primaires / Primary Health Care	14

(2014). Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires	14
(2014). Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability.....	15
Lyngso A.M., Godtfredsen N.S., Host D., et al (2014). Instruments to assess integrated care: a systematic review	15
Huck S. Lunser G.K., Spitzer F., et al.. (2014). Medical Insurance and Free Choice of Physician Shape Patient Overtreatment: A Laboratory Experiment	15
Systèmes de santé / Health Systems	16
Greer S.L., Fahy N., Elliott H.A. ,et al. (2014). Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask	16
David A., Barbier G., Cohen L., Roche G. (2014). Rapport d'information sur les conséquences de la crise sur le système de protection sociale espagnol.....	16
Thomson S. / éd. , Jowett M./éd., Mladosky P. / éd. (2014). Health system responses to financial pressures in Ireland. Policy options in an international context	16
Travail et santé / Occupational Health	17
Arnold D., Brandle T., Goerke L. (2014). Sickness Absence and Works Councils	17
Celerier S. (2014). Travail indépendant : santé et conditions de travail : actes du colloque.....	17
(2014). Rapport de gestion 2013	17
Vieillesse / Aging	18
Alberola E., Galdemar V., Petit M., Gilles L.. (2013). Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ?.....	18
Gannon B., Roberts J. (2014). The Multidimensional Nature of Social Capital: An Empirical Investigation for Older People in Europe.....	18
(2014). Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Baromètre santé.....	18
(2014). MAIA. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie	19
(2014). Social Protection for older persons: Key policy trends and statistics.....	19
(2014). World population Ageing 2013	19
Poirier L.R., Descoteaux S., Levesque J.F, et al. (2014). Synthèse des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées	19

Assurance maladie / Health Insurance

(2014). Etat des lieux des soins de santé en 2013. *Décryptages : Etudes et Analyses du Cleiss*, (17).

Abstract: Cette étude traite, d'une part, les soins de santé dispensés à des assurés des régimes étrangers pris en charge par l'institution d'assurance maladie française en application des accords internationaux de sécurité sociale (règlements européens, conventions bilatérales ou décrets de coordination). Ces soins sont ensuite remboursés par les pays compétents soit sur la base de factures soit sur la base de forfaits. D'autre part, l'étude s'intéresse aux soins de santé dispensés à des assurés des régimes français à l'étranger, pris en charge par l'institution du lieu de séjour ou de résidence dans le cadre des accords internationaux de sécurité sociale, et qui sont ensuite remboursés par la France aux organismes partenaires. Dans le cas où les assurés ont procédé à l'avance des frais, la caisse d'assurance maladie française peut leur rembourser les soins au titre de la directive sur les soins de santé transfrontaliers, de l'arrêt Vanbraekel, des conventions transfrontalières ou de la législation interne. (résumé de l'éditeur).

<http://www.cleiss.fr/docs/decryptage/decryptage17/index.html>

Economie de la santé / Health Economics

(2014). Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2013- Prévisions 2014. Paris : Ministère chargé de la santé.

Abstract: Le rapport préparé pour la Commission de juin 2014 présente les comptes de 2013 et les prévisions pour 2014, pour le régime général de la Sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse. Des fiches "Eclairages" portent sur les thématiques suivantes : activité, démographie et dépenses des biologistes, l'état des lieux de l'offre de soins en psychiatrie, la régulation des prix des médicaments en Allemagne, la réforme du National Health Service (NHS), les fonds d'intervention régionaux, les coûts liés aux cancers professionnels pour la branche AT-MP, bilan de la retraite anticipée pour carrière longue, enseignements de l'enquête comportement de départ à la retraite, le développement de la garde d'enfants.

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-2014v2-2.pdf>

Menard C., Kreft-Jais C., Léon C. (2014). Consommation de soins et prévention. In : Léon C., Beck F. (Ed.), *Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010* : St-Denis : INPES.

Abstract: Ce chapitre du Baromètre santé 2010 aborde la consommation de soins des 55-85 ans, avec une attention portée sur les personnes déclarant avoir une maladie chronique, en lien avec des mesures de prévention (résumé de l'éditeur).

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1549.pdf>

Soulat L., Arrondel L. (2014). Les dépenses de santé à la charge des ménages avant et pendant la retraite. Paris : COR.

Abstract: Cette note présente quelques premiers résultats sur les modifications des dépenses de santé au moment de la retraite en se centrant sur les dépenses de santé non remboursées. Ce travail s'appuie sur l'exploitation de réponses à l'enquête de la Caisse des Dépôts Attentes et perception des Français à l'égard de la retraite. Plus particulièrement, il étudie les réponses à la question sur le budget des ménages en dix postes, et notamment celles portant sur le poste des dépenses de santé, hors dépenses remboursées. Les dépenses de santé ainsi déclarées par les enquêtés correspondent à un périmètre différent de celui des chiffrages de la DREES. Ceci peut expliquer des différences dans

le niveau des dépenses de santé à la charge des ménages, les mesures présentées ici étant plus élevées que celles de la DREES.

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-2454.pdf>

Batifoulier P. (2014). Capital santé : quand le patient devient client. Paris : Editions de la Découverte.

Abstract: Aux États-Unis, la maladie peut conduire à des situations d'endettement dramatiques. En France, on a longtemps cru que le fameux « système-de-santé-que-tout-le-monde-nous-envie » serait épargné. Le patient est pourtant souvent amené à payer des dépassements d'honoraires exorbitants, en ville comme à l'hôpital, ou à affronter des déserts médicaux. Il subit les prix très élevés de l'optique, des soins dentaires ou des prothèses auditives. Plus généralement, il pâtit de la débâcle de l'Assurance maladie, qui ne rembourse qu'environ la moitié des soins courants auxquels est confrontée la grande majorité de la population. Ainsi, la maladie n'est plus seulement une épreuve physique et morale, mais aussi une épreuve financière, largement indexée sur les inégalités sociales. Le patient renonce de plus en plus aux soins, faisant les frais de cette évolution jusque dans son corps. S'il fréquente l'hôpital public, sa souffrance rencontre celle des soignants qui, face à la folie managériale, finissent par s'accuser eux-mêmes de maltraitance involontaire. Le système de soins, initialement pensé et construit pour protéger le patient, s'est donc littéralement retourné contre lui. Le patient se trouve dépossédé de son bien le plus précieux, sa santé, qui devient une formidable source de profit pour les cliniques privées, les compagnies d'assurances et l'industrie pharmaceutique. Il est grand temps de réagir (4e de couverture).

http://www.editionsdecouverte.fr/catalogue/index-Capital_sante-9782707182135.html

Renand M. (2014). Vieillissement démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ? *Informations Sociales*, (183).

Abstract: La hausse des dépenses de santé est communément, et avec raison, attribuée au vieillissement de la population. Toutefois, celui-ci n'en est la cause ni directe ni principale. En raison du rôle décisif de nombreux autres facteurs non démographiques - état de santé aux âges avancés, innovations médicales, formation et rémunération du personnel, législation sur les médicaments et les brevets, entre autres -, il pèse beaucoup moins sur les dépenses de santé que les choix de politiques publiques.

http://www.cairn.info/landing_pdf.php?ID_ARTICLE=INSO_183_0074

Fang H. (2013). Insurance Markets for the Elderly. Cambridge : NBER.

Abstract: We describe the risks faced by the ageing population and survey the corresponding insurance markets for these risks. We focus on income risk, health expenditure risk, long-term care expenditure risk and mortality risk. We also discuss the interactions between social insurance and private insurance markets.

<http://www.nber.org/papers/w20549>

Fletcher J.M., Horwitz L.I, Bradley E. (2013). Estimating the Value Added of Attending Physicians on Patient Outcomes. Cambridge : NBER.

Abstract: Despite increasing calls for value-based payments, existing methodologies for determining physicians' "value added" to patient health outcomes have important limitations. We incorporate methods from the value added literature in education research into a health care setting to present the first value added estimates of health care providers in the literature. Like teacher value added measures that calculate student test score gains, we estimate physician value added based on changes in health status during the course of a hospitalization. We then tie our measures of physician value added to patient outcomes, including length of hospital stay, total charges, health status at discharge, and readmission. The estimated value added varied substantially across physicians and was highly stable for individual physicians. Patients of physicians in the 75th versus 25th percentile of value added had, on average, shorter length of stay (4.76 vs 5.08 days), lower total costs (\$17,811 vs \$19,822) and higher discharge health status (8% of a standard deviation). Our findings provide evidence to support a new method of determining physician value added in the context of inpatient

care that could have wide applicability across health care setting and in estimating value added of other health care providers (nurses, staff, etc).

<http://www.nber.org/papers/w20534>

Boone J., Douven R. (2014). Provider competition and over-utilization in health care. Le Tilburg : Center for Economic Research.

Abstract: This paper compares the welfare effects of three ways in which health care can be organized: no competition (NC), competition for the market (CfM) and competition on the market (CoM) where the payer offers the optimal contract to providers in each case. We argue that each of these can be optimal depending on the contracting environment of a speciality. In particular, CfM is optimal in a clinical situation where the payer either has contractible information on provider quality or can enforce cost efficient protocols. If such contractible information is not available NC or CoM can be optimal depending on whether patients react to decentralized information on quality differences between providers and whether payer's and patients' preferences are aligned.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2502824

Georghiou T., Bardsley M. (2014). Exploring the cost of care at the end of life. Londres : The Nuffield Trust.

Abstract: 'Exploring the cost of care at the end of life' uses anonymised person-level datasets to estimate the costs at the end of life relating to GP contacts, community nursing, local authority-funded social care, hospice and hospital care. The research also explores whether reduced hospital activity and costs at the end of life were likely to be offset by increased care costs in other health and social care settings using the Marie Curie home-based palliative care nursing service - the subject of a previous study by the Nuffield Trust. The results suggest that cost savings might be available if community-based support were made more widely available to help people to die in their own homes, where that was their preference. Given the finite resources available for health care, it is important that there is an understanding of the costs of end-of-life care. However, acquiring good-quality data surrounding costs for palliative care is challenging, especially as care services for those at the end of life are fragmented across many different providers (résumé de l'éditeur).

http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/end_of_life_care.pdf

Géographie de la santé / Geography of Health

Calvez M., Sechet R. (2012). La diversité des trajectoires socio-spatiales de soin dans les parcours de soins coordonnés. Une approche à partir d'une population en Affection de longue durée (ALD). In *Les parcours sociaux à l'épreuve des politiques publiques* : Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Abstract: Le parcours de soins coordonnés est un dispositif qui vise à organiser la diversité des usages du système de santé dans un contexte de rationalisation de la prise en charge des dépenses de santé. Le texte porte sur cette diversité d'usages et leur inscription dans les parcours de vie des personnes. Il prend appui sur une étude réalisée avec la Caisse primaire d'assurance-maladie du Loiret entre 2005 et 2007 sur des trajectoires de soin de personnes en affection de longue durée (ALD). Plusieurs dimensions sont prises en compte pour mettre en évidence la diversité de ces trajectoires : la configuration spatiale du système de soins, les représentations que les patients en ALD se font de l'offre de soins et de son accessibilité, l'impact de la situation de maladie dans la trajectoire biographique des personnes et les principes culturels qui orientent et donnent du sens à leurs conduites de soins. La rationalisation que le parcours de soins coordonné engage, loin de réduire la diversité des trajectoires de soins, leur permet de se développer et de se maintenir. Elle a donc pour effet principal d'organiser une coordination de l'offre de soins aux personnes en ALD.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00746081>

(2014). Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Saint-Denis: HAS.

Abstract: L'intégration vise à réduire la fragmentation des dispositifs sanitaires et sociaux, pour permettre un accès facilité aux différentes prestations sanitaires et sociales au niveau du territoire. Elle peut recourir à des modifications de financement, de fonctionnement des organisations de soins et de collaboration entre les acteurs. C'est une dynamique qui s'inscrit dans le temps et non un état stabilisé. Les invariants sont au minimum: L'harmonisation des politiques publiques au niveau régional et territorial ; Une concertation organisée à tous les niveaux : macro pour harmoniser les politiques publiques, meso pour organiser sur le territoire les services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, micro pour faciliter le travail en équipes pluri-professionnelles ; L'animation par un pilote reconnu comme légitime par l'ensemble des acteurs et des institutions du territoire ; La mise en place d'un guichet intégré utilisant un outil commun d'évaluation et d'orientation des personnes ; Un retour d'information régulier à la gouvernance sur les difficultés et les besoins non satisfaits. L'enjeu de cette fiche est de définir l'intégration dans le contexte français, de situer les différents niveaux de la démarche d'intégration, d'identifier les publics pouvant en bénéficier le plus, et de proposer une stratégie à appliquer par les ARS pour la mettre en œuvre.(résumé de l'éditeur).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764284/fr/integration-territoriale-des-services-sanitaires-medico-sociaux-et-sociaux

Di Meo.G. (2014). Introduction à la géographie sociale. Cursus Géographie. Paris : Armand Colin.

Abstract: La géographie sociale, qui s'inscrit dans l'organisation politique, idéologique et économique des territoires, établit l'unité du vécu spatial de chaque individu, entre ses représentations et ses pratiques. Cette introduction présente les concepts et les outils de la discipline ; elle les applique aux principaux modèles spatiaux (localité, région, aire urbaine ou métropolitaine, pays et campagne, géosystème, réseau, paysage...) auxquels se réfèrent les géographes. L'accent mis sur l'étude des spatialités du social permet ainsi d'investir de nouvelles questions (événements, conflits, crises, postures et pratiques sociales, etc.) et d'aborder les thèmes de la justice sociospatiale, de la mixité, du genre et du corps, du vivre-ensemble, de la ségrégation et de l'exclusion.

<http://www.armand-colin.com/livre/452534/introduction-a-la-geographie-sociale.php>

Augustine N., Andrieux S., Embersin-Kyprianou C.. (2014). Les personnes en situation de handicap en Ile-de-France. Insee Dossier Ile-de-France, (1).

Abstract: L'Insee Ile-de-France et l'Observatoire régional de santé (ORS) Île-de-France se sont associés pour réaliser un ouvrage sur le handicap dans la région. En 2008, 15 % de la population francilienne est concernée par une forme de handicap, qu'il soit identifié, ressenti ou reconnu. Mais seulement 7 % des Franciliens font l'objet d'une reconnaissance administrative du handicap, définition la plus restrictive. Il existe également d'autres approches du handicap liées aux restrictions d'activités ou aux limitations fonctionnelles. Les situations de handicap progressent avec l'âge. En Ile-de-France, les deux tiers des personnes de 20 à 59 ans en situation de handicap sont actives ; cette part est un peu supérieure à celle de la province. Les personnes en situation de handicap sont plus souvent confrontées à des difficultés que les autres, se perçoivent en moins bonne santé et renoncent plus souvent à des soins. Ces situations sont aggravées pour les personnes socialement moins favorisées. La moitié des personnes en situation de handicap sont aidées dans leur vie quotidienne, le plus souvent par des proches.

<http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=Irsocbdf11>

Hôpital / Hospitals

(2014). Analyse de l'activité hospitalière 2013. Deux tomes : l'essentiel. Données chiffrées. Paris : ATIH.

Abstract: Le recueil de l'information des établissements de santé, cœur de métier de l'ATIH, donne lieu à différentes formes de restitution comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque année, elle vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des financements des établissements et de leur activité comparée à celle des années précédentes. En préambule, l'étude commence par le suivi des financements par l'assurance maladie de 2013 des établissements de

santé, d'un montant d'environ 74 milliards d'euros annuels. Au-delà des dépenses, l'intérêt est de définir la nature des activités et sa traduction en profils de patients, pathologies, modes prise en charge, niveau de sévérité... Les activités sont détaillées par champ hospitalier : court-séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Le rapport propose une photographie de l'activité des établissements de santé en 2013 et la compare avec celle des années passées. Ainsi, les tendances confirment notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, le dynamisme des établissements spécialisés en HAD et en SSR. La forme du rapport a évolué et se compose :- d'un premier tome « L'essentiel » restituant les résultats principaux et non plus d'une fiche systématique par agrégat d'activité - d'un deuxième tome « Données chiffrées » qui présente un ensemble de fiches sur les différents champs (MCO, HAD, SSR et Psychiatrie) (résumé de l'éditeur).

<http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2013>

Ponchon F., Bonnet X. (2014). L'utilisateur et le monde hospitalier. Collection Fondamentaux. Rennes : Presses de l'EHESP.

Abstract: Le mouvement de démocratie sanitaire en cours nécessite des outils pour mieux décrypter le fonctionnement hospitalier dans sa diversité et sa complexité. Les auteurs de L'utilisateur et le monde hospitalier clarifient les notions essentielles pour comprendre l'hôpital. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'utilisateur et l'hôpital, intégrant l'ensemble des dispositions sur les droits des personnes malades et la représentation de celles-ci dans les systèmes de soins, l'organisation hospitalière en général et en interne, la place de l'hôpital dans le système de santé afin de répondre au mieux aux besoins de santé et aux missions fixées par les autorités sanitaires. Chaque fiche propose d'abord une synthèse du sujet. La rubrique " Problématique actuelle " fournit les clés indispensables pour situer le contexte : enjeux, réformes en cours... Les compléments bibliographiques et un choix de sites Web permettent d'aller plus loin. Cette 5e édition, revue entièrement, intègre les dernières évolutions législatives et réglementaires, notamment les dispositions nombreuses de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Un ouvrage destiné aux usagers de l'hôpital comme aux professionnels de santé, aux étudiants en médecine et en soins infirmiers. Et aux candidats aux concours spécialisés de la fonction publique (4e de couverture).

Radvanski M. (2014). Effects of Demographic Changes on Hospital Workforce in European Countries. Nep-Repec/EconPapers.

Abstract: Demographic trends and ageing are one of the main factors influencing future trends in the socio-economic development of all European countries expressed in significant changes in labour market structure. This paper is devoted to analysis of future demand for hospital care in European countries between years 2010-2030 and its influence on expected workforce. There are two main drivers to future changes in demand, demographic change and utilization patterns. Due to structure of existing data, the estimation of future needs is based on the utilization method. Used methodology is based on previous published work (Schultz et al., 2013), (Schultz (a), 2013) and (Radvanský, Doválová, 2013). To illustrate the estimation of future demand for hospital care, population forecast Europop 2013 has been used as well as trend analysis for utilization indicators by 5 year age groups. The target year for the foresight is 2030. Presented cross-country comparison shows, that despite the similar demographic trends in all European countries, the situation in health care demand, especially length of stay and number of discharges (incl. trends) is significantly different. Development of expected hospital utilization is based on rather simple time series analysis. On the other side, the main purpose of this paper is to present the broader overview of possible labour force shortages in specific sector of employment. We have been able to estimate future demand for employment for all EU countries.

<http://econpapers.repec.org/paper/ekd006356/7198.htm>

Expert A., Tala S., Cash R. (2014). Facteurs d'évolution des séjours hospitaliers MCO entre 2009 et 2011. *Points de Repère*, (42).

Abstract: Les dépenses relatives aux soins hospitaliers de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ont augmenté de +4,9 % entre 2009 et 2011. Le volume hospitalier est l'un des différents facteurs contributifs à cette croissance. Sur la période, le volume des séjours

MCO a augmenté de 5,6 % : les deux tiers s'expliquent par un effet de structure (+3,7 %) et un tiers par l'augmentation du nombre de séjours (+1,8 %). La déformation de la structure de répartition des séjours, liée à une augmentation de la part des séjours les plus coûteux, s'explique principalement par l'accroissement des séjours à fort niveau de sévérité (3,2 %). L'augmentation du nombre de séjours, liée à une augmentation de la patientèle, s'explique quant à elle, en fonction des pathologies, par un effet démographique (2,4%) lié à l'augmentation et au vieillissement de la population et/ou à un effet d'évolution des pratiques. Cette décomposition de l'évolution du volume des soins hospitaliers dans son ensemble recouvre des situations très diverses illustrées au travers de deux exemples d'hospitalisation : les interventions orthopédiques majeures et prothèses d'une part, la cardiologie autre qu'interventionnelle d'autre part.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_42_Evolution_sejours_MCO.pdf

Bojke C., Grasic K., Street A. (2014). The Costs of Specialised Care. York. University of York.

Abstract: Patients requiring specialised care are usually treated by specialist teams with particular expertise and equipment. Concentrating services in this way should be cost-effective but there is concern that national tariffs might fail to fully reflect the true costs associated with treating patients that require specialised care. This is because the Healthcare Resource Groups (HRGs), used to categorise patients and on which national tariffs are based, may not perfectly differentiate between patients that do and do not receive specialised care. In this analysis we identify whether or not a patient received specialised care and evaluate whether and by how much such patients have higher costs than those allocated to the same HRG.

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP103_specialised_care_costs.pdf

Gaughan J., Gravelle H., Siciliani L. (2014). Testing the bed-blocking hypothesis: does higher supply of nursing and care homes reduce delayed hospital discharges? York : University of York.

Abstract: Hospital bed blocking occurs when hospital patients are ready to be discharged to a nursing home but no place is available, so that hospital care acts as a more costly substitute for long-term care. We investigate the extent to which higher supply of nursing home beds or lower prices can reduce hospital bed blocking. We use new Local Authority level administrative data from England on hospital delayed discharges in 2010-13. The results suggest that delayed discharges do respond to the availability of care-home beds but the effect is modest: an increase in care-homes bed by 10% (250 additional beds per Local Authority) would reduce delayed discharges by about 4%-7%. We also find strong evidence of spillover effects across Local Authorities: higher availability of care-homes or fewer patients aged over 65 in nearby Local Authorities are associated with fewer delayed discharges.

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP102_bed-blocking_supply_nursing_care-homes_delayed_discharge_hospital.pdf

Kifmann M., Siciliani L. (2014). Average-cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector. Munich : Center for Economic Studies.

Abstract: This study investigates hospitals' dynamic incentives to select patients when hospitals are remunerated according to a prospective payment system of the DRG type. Given that prices typically reflect past average costs, we use a discrete-time dynamic framework. Patients differ in severity within a DRG. Providers are to some extent altruistic. For low altruism, a downward spiral of prices is possible which induces hospitals to focus on low-severity cases. For high altruism, dynamic price adjustment depends on relation between patients' severity and benefit. In a steady state, DRG prices are unlikely to give optimal incentives to treat patients.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2506570

Inégalités de santé / Health Inequalities

(2014). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2013 : Paris : Médecins du Monde.

Abstract: L' Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leurs problèmes de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire.

<http://www.medecinsdumonde.org/content/download/16557/192165/file/RAPPORT+de+l%27observatoire+France+2014.pdf>

Van Zanden J.L., Baten L., et al. (2014). How Was Life? Global Well-being since 1820. Paris : OCDE.

Abstract: How was life in 1820, and how has it improved since then? What are the long-term trends in global well-being? Views on socio-economic developments since the Industrial Revolution are largely based on historical national accounting in the tradition of Kuznets and Maddison. But trends in real GDP per capita may not fully reflect changes in other dimensions of well-being such as life expectancy, education, personal security or gender inequality. Looking at these indicators usually reveals a more equal world than the picture given by economic growth alone, but has this always been the case? This report aims to fill this gap. It presents the first systematic evidence on long-term trends in global well-being since 1820 for 25 major countries and 8 regions in the world. This report not only shows the data but also discusses the underlying sources and their limitations, pays attention to country averages and inequality, and pinpoints avenues for further research. (résumé de l'éditeur).

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/economics/how-was-life_9789264214262-en

Médicaments / Pharmaceuticals

Sclicson S. (2014). Disparités régionales de consommation pharmaceutique. Paris : IMS Health.

Abstract: Cette étude menée par IMS Health met en lumière des disparités régionales significatives en matière de consommation de médicaments de prescription. C'est particulièrement le cas pour la prescription de médicaments génériques, sans que les variations d'une région à l'autre puissent s'expliquer par l'incidence des pathologies concernées. L'étude propose plusieurs pistes d'action pour réduire ces écarts, améliorer la pertinence des actes et prestations et au final réaliser de substantielles économies.

<http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/EMEA/France/Home%20Page%20Content/News/Disparite%20R%C3%A9gionales.pdf>

Ferrier A., Chahwakilian P. (2014). Evolution comparée des ventes de médicaments dans 7 pays européens (2000-2013). Paris : LIR.

Abstract: Ce document est une mise à jour d'une étude du Lir sur la consommation de médicaments en France et dans 6 autres pays : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni, couvrant la période 2000-2013.

(2014). Mémento du médicament et des dispositifs médicaux : édition 2014. Paris : FNMF.

Abstract: Le Mémento Médicament de la Mutualité Française fournit chaque année aux décideurs mutualistes et aux acteurs de la politique du médicament, les principales données sur le marché du médicament et son financement par les mutuelles en France. Cette édition 2014 révèle que 5 classes

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

Page 11 sur 19

www.irdes.fr/documentation/actualites.html

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

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

thérapeutiques ont concentré près de 22% des dépenses de pharmacie pour les mutuelles. Il s'agit des antalgiques (186 millions d'€, -5,2% par rapport à 2012), des hypolipémiants (118 millions d'€, -12,6%), des antiulcéreux (101 millions d'€, -23,7%), des traitements de l'adénome de la prostate (95 millions d'€, -4%) et des antidépresseurs (84 millions d'€, -4,7%).

<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiques-de-presse/Le-Memento-du-Medicament-edition-2013-pour-tout-savoir-sur-le-marche-du-medicament>

Belis-Bourgouignan M.C., Montalban M., Sakinc M., Smith A. (2014). L'industrie pharmaceutique : règles, acteurs et pouvoir. Les Etudes. Paris : La Documentation française.

Abstract: L'industrie pharmaceutique, dont le poids économique reste très important, est confrontée aujourd'hui à de nombreuses difficultés. Cet ouvrage propose un tour d'horizon complet du secteur, essentiellement en France. Croisant les approches politiques et économiques de plusieurs spécialistes de l'industrie pharmaceutique, il entend répondre aux interrogations de tout citoyen, consommateur et patient désireux de saisir les grandes transformations d'une industrie qui demeure l'un des secteurs clés de notre économie. Part croissante des médicaments génériques dans la consommation, réglementation toujours plus contraignante limitant les autorisations de mise sur le marché, développement des biotechnologies ..., autant de défis à relever pour une industrie qui tend aujourd'hui à supprimer des emplois. Elle est aussi l'objet de nombreuses controverses : médicaments dangereux, contrefaçons, lobbying auprès des médecins, disease mongering (fabrication de maladies)... Autant d'aspects qui, pour des raisons souvent politiques, exposent en permanence ce secteur économique à l'attention des médias. Dépassant le simple périmètre des Big Pharma (multinationales), l'ouvrage s'intéresse à l'ensemble des acteurs concernés par la filière. Loin des vues partisans et des considérations purement techniques, il offre une analyse originale et aussi objective que possible de la question (4e de couverture).

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/informations/espace-presse/communiques-de-presse/cp000297-l-industrie-pharmaceutique>

Jamet G., Tubeuf S., Meads D. (2014). Has the introduction of NHS health checks increased the prescription of statins for CVD prevention ? Leeds: Leeds Institute of Health Sciences.

Abstract: Background: Over four millions people in England are estimated to have a CVD and they are responsible for over one third of deaths and a fifth of hospital admissions in England every year. In prioritising the reduction of premature mortality there has been a focus on improving prevention and early diagnosis and in 2009 the Department of Health implemented the NHS Health Checks (HC) policy. In the past years, the prescriptions of statins have increased and it is interesting to see whether these increases have continued or intensified with changes in CVD detection. Aim: Uncover the association existing between the prescriptions of high and low doses statins and the number of health checks provided across PCTs and see whether this association persists after controlling for a number of characteristics strongly associated with statin prescriptions. Data: Our analysis relies on the British National Formulary data, which give information about statins prescription in each PCT in 2012. We extracted health checks data from NHS England statistics and we collected additional statistics to control for the socioeconomic and health context. Method: We consider a log linear regression model respectively for high dose and low dose statins in 144 PCTs. Results: We found a positive, robust and significant association between NHS HC received and high dose prescription while the associations observed for low dose statin in all models are not significant. Conclusion: To our knowledge, this study is the first to associate high and low dose statins prescription with the NHS health checks programme three years after the implementation of the programme in all PCTs in England. The higher significance association for high dose statins suggests that health check programme was effective at targeting people at high risk.

<https://ideas.repec.org/p/lee/wpaper/1406.html>

Méthodologie – Statistique / Methodology – Statistics

(2014). Données de santé : comment sortir de la polémique ? Les exemples internationaux. Paris : Fondation Ifrap.

Abstract: Ce document recense les bases de données disponibles pour des études pharmaco-épidémiologiques et pharmaco-économiques dans six pays : Allemagne, Australie, Canada, Royaume-Uni, Suède, Etats-Unis. Il en décrit le contenu et les conditions d'accès.

http://www.ifrap.org/IMG/pdf/PRE-130925-POUVOURVILLE_Donnees_de_sante_EG.pdf

(2014). Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Saint-Denis : HAS.

Abstract: Les recommandations professionnelles en santé ont pour objectif d'aider à améliorer la qualité des soins en définissant les bonnes pratiques au moment de leur publication. L'élaboration rigoureuse et la diffusion des recommandations professionnelles ne suffisent pas à ce que les professionnels de santé les suivent régulièrement, même s'ils en ont connaissance. Plusieurs méthodes de mise en œuvre existent. À partir des données expérimentales disponibles dans la littérature, ce rapport décrit ces différentes méthodes et hiérarchise leur efficacité. L'objectif est d'informer les promoteurs de recommandations professionnelles afin qu'ils s'engagent, au-delà de la rigueur d'élaboration et de la diffusion des recommandations produites, dans une démarche active et efficace de mise en œuvre.

Gomez M., Gutacker N., Bojke C., et al. (2014). Addressing Missing Data in Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): Implications for Comparing Provider Performance. York : University of York

Abstract: Patient-reported outcome measures (PROMs) are now routinely collected in the English National Health Service (NHS) and used to compare and reward hospital performance within a high-powered pay-for-performance scheme. However, PROMs are prone to missing data. For example, hospitals often fail to administer the pre-operative questionnaire at hospital admission, or patients may refuse to participate or fail to return their post-operative questionnaire. A key concern with missing PROMs is that the individuals with complete information tend to be an unrepresentative sample of patients within each provider, and inferences based on the complete cases will be misleading. This study proposes a strategy for addressing missing data in the English PROMs survey using multiple imputation techniques, and investigates its impact on assessing provider performance. We find that inferences about relative provider performance are sensitive to the assumptions made about the reasons for the missing data.

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP101_PROMs_missing_data_provider_performance.pdf

Prévention / Prevention

(2014). Prévention des maladies psychiatriques : en finir avec le retard français. Paris : Institut Montaigne.

Abstract: Pathologies méconnues et mal comprises, les maladies mentales font l'objet d'une forte stigmatisation. Elles affectent pourtant une personne sur cinq chaque année et représentent un enjeu majeur de santé publique encore sous-estimé en France. À l'heure où la prévention constitue un levier essentiel de rénovation des politiques de santé, il y a urgence à inscrire les maladies mentales dans une politique de prévention globale et à repenser les modèles de leur prise en charge à la lueur des progrès accomplis et des pratiques les plus porteuses d'espoir. L'Institut Montaigne, en collaboration avec la Fondation FondaMental, a voulu comprendre le poids social et économique des maladies mentales en France et identifier les axes d'une politique de prévention susceptible de contribuer à réduire leurs conséquences dramatiques, tant à l'échelle individuelle que collective. Cette étude se concentre sur quatre maladies parmi les plus graves : les schizophrénies, les troubles bipolaires, les

dépressions et l'autisme. Ces pathologies sévères, qui débutent le plus souvent chez l'enfant ou le jeune adulte, sont fréquentes et leur prévalence ne diminue pas (résumé de l'éditeur).

http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf

Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation

(2014). Evaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013. Paris : HCSP.

Abstract: La lutte contre les infections nosocomiales s'est considérablement développée depuis plus de trente ans en France. Le présent rapport rend compte de l'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013 réalisée par le HCSP en réponse aux saisines de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) de juin 2013 et de la Direction générale de la santé (DGS) de décembre 2013. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de la politique publique de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) qui a élargi le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) au risque infectieux en milieu de soins. Bien que centrée sur les objectifs et les actions du Propin, cette évaluation tient compte des autres programmes dans ses analyses de cohérence externe pour apprécier l'articulation du Propin avec le plan stratégique national de prévention des IAS et avec le plan antibiotiques 2011-2016. Cette évaluation s'appuie sur une étude ad hoc réalisée auprès d'établissements de santé et d'institutions régionales visant à explorer les effets du programme du point de vue des professionnels, des administrations et des usagers, ainsi que les modalités de mise en œuvre opérationnelle des mesures. Cette étude a été menée dans trois régions : Ile-de-France, Aquitaine et Franche-Comté auprès d'un échantillon de trente établissements sanitaires et médico-sociaux (publics et privés) et des institutions (ARS, ARLIN, CIRE) de ces régions (résumé de l'éditeur).

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=457>

Psychiatrie / Psychiatry

Guibet-Lafaye C. (2014). Au coeur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. *Information Psychiatrique (L')*, 90 (7)

Abstract: La loi du 5 juillet 2011 et la réforme des soins sans consentement en ambulatoire ont donné lieu à une importante controverse dans le monde de la psychiatrie. En nous portant au-delà des clivages idéologiques, nous souhaitons mettre en évidence les raisons pour lesquelles les acteurs se sont affrontés. La variété des attitudes à l'égard du programme de soins se distribue en un éventail allant du pragmatisme à la défense de droits constitutionnels, et à travers lequel la radicalisation de la critique va de pair avec la mobilisation de principes et de convictions normatives. Nous montrerons également que ces attitudes ne sont pas sans lien avec une certaine représentation de l'homme malade en psychiatrie, pour lequel le poids de la contrainte et de l'obligation aurait une valeur distincte de celui qu'elles peuvent avoir pour les autres citoyens.

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2014). Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires. Saint-Denis: HAS.

Abstract: La mise en place de fonctions d'appui consiste à proposer aux professionnels de premier recours des aides pour organiser les parcours des patients en situation complexe. Il peut s'agir de prestations ponctuelles (par ex l'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées) ou plus durables (par ex une assistance personnalisée au parcours des personnes en grande difficulté

sanitaires ou sociales). Leur déploiement est une mission des ARS : il fait suite à une évaluation des besoins et est cohérent avec le projet régional de santé. Ce déploiement doit tenir compte des cinq conditions d'efficacité repérées dans la littérature : l'inscription dans une dynamique d'intégration territoriale, apportant des outils communs pour évaluer et orienter les personnes ; la localisation du dispositif d'appui en proximité des médecins et des équipes de santé primaire ; un ciblage approprié des patients pouvant en bénéficier ; l'aide à l'organisation des transitions hôpital-domicile, intervention qui a un fort niveau de preuve sur le recours aux soins ; la transmission d'outils, de savoirs et de savoir-faire aux professionnels de santé. Cette fiche traite du contenu des fonctions d'appui et des facteurs conditionnant leur efficacité, y compris en termes d'organisation. Elle n'aborde pas les aspects réglementaires de cette organisation (résumé de l'éditeur).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764278/fr/comment-organiser-les-fonctions-dappui-aux-professionnels-de-soins-primaires

(2014). Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead : Open University Press - Mc Graw Hill.

Abstract: The detailed analysis of these 10 case studies together with the rest of the analytical text highlight the realities of P4P programs and their potential impact on the performance of health systems in a diversity of settings. This book provides critical insights into the experience to date with P4P and how this tool may be better leveraged to improve health system performance and accountability.

Lyngso A.M., Godfredsen N.S., Host D., et al (2014). Instruments to assess integrated care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, online.

Abstract: Introduction: Although several measurement instruments have been developed to measure the level of integrated health care delivery, no standardised, validated instrument exists covering all aspects of integrated care. The purpose of this review is to identify the instruments concerning how to measure the level of integration across health-care sectors and to assess and evaluate the organisational elements within the instruments identified. Methods: An extensive, systematic literature review in PubMed, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library, Web of Science for the years 1980–2011. Selected abstracts were independently reviewed by two investigators. Results: We identified 23 measurement instruments and, within these, eight organisational elements were found. No measurement instrument covered all organisational elements, but almost all studies include well-defined structural and process aspects and six include cultural aspects; 14 explicitly stated using a theoretical framework. Conclusion and discussion: This review did not identify any measurement instrument covering all aspects of integrated care. Further, a lack of uniform use of the eight organisational elements across the studies was prevalent. It is uncertain whether development of a single 'all-inclusive' model for assessing integrated care is desirable. We emphasise the continuing need for validated instruments embedded in theoretical contexts.

<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1184/2563>

Huck S. Lunser G.K., Spitzer F., et al.. (2014). Medical Insurance and Free Choice of Physician Shape Patient Overtreatment: A Laboratory Experiment. Copenhagen : University of Copenhagen.

Abstract: In a laboratory experiment designed to capture key aspects of the interaction between physicians and patients in a stylized way, we study the effects of medical insurance and competition in the guise of free choice of physician. Medical treatment is an example of a credence good: only the physician (but not the patient) knows the appropriate treatment, and even after consulting, the patient is not sure whether he got proper treatment or got an unnecessary treatment, i.e. was overtreated. We find that with insurance, moral hazard looms on both sides of the market: patients consult more often and physicians overtreat more often than in the baseline condition. Competition decreases overtreatment compared to the baseline and patients therefore consult more often. When the two institutions are combined, competition is found to partially offset the adverse effects of insurance: most patients seek treatment, but overtreatment is moderated.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2508158

Systèmes de santé / Health Systems

Greer S.L., Fahy N., Elliott H.A., et al. (2014). Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask. Bruxelles : Observatoire européen des systèmes et politiques de santé.

Abstract: Que signifie l'Union européenne (UE) pour la santé et les systèmes de santé ? Plus qu'on ne pourrait le croire. Le mandat de l'UE en matière de santé permet la prise d'un train complet de mesures de santé publique. En outre, d'autres politiques de l'UE, bien que sans rapport avec la santé, ont des conséquences importantes sur la gestion, le financement et la prestation des services de santé, ainsi que sur leur dotation en effectifs. En d'autres termes : les mesures prises par l'UE influent sur la santé des populations d'Europe et la performance des systèmes de santé. Étant donné l'importance des systèmes de santé, nous avons besoin d'engager un débat éclairé sur le rôle de l'UE et sa contribution. Or, ce n'est guère facile, parce que la politique de santé de l'UE est difficile à comprendre. Il n'existe pas de stratégie unique assortie d'un ensemble cohérent de lois pour sa mise en œuvre. On dispose plutôt d'une grande variété d'objectifs et d'instruments, parfois dans les domaines les plus inattendus. Il est désormais impérieux de comprendre le rôle de l'UE dans le secteur de la santé car les systèmes de santé doivent relever une multitude de défis, le modèle social européen est confronté à la menace posée par la crise financière, et l'UE doit faire face à une vague croissante d'euroscépticisme en politique. Cet ouvrage rend la politique de santé de l'UE dans son ensemble (et sa complexité) accessible au débat politique et technique. À cette fin, il se concentre sur 4 aspects de cette politique, à savoir : les institutions, les processus et les pouvoirs de l'UE liés à la santé ; les mesures prises par l'UE en vertu de son mandat de santé ; les mesures prises dans d'autres domaines que celui de la santé et influant sur la santé et les systèmes de santé ; et, en raison de son importance croissante, la gouvernance financière et ce qu'elle signifie pour les systèmes de santé européens (résumé de l'éditeur).

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/259955/Everything-you-always-wanted-to-know-about-European-Union-health-policies-but-were-afraid-to-ask.pdf

David A., Barbier G., Cohen L., Roche G. (2014). Rapport d'information sur les conséquences de la crise sur le système de protection sociale espagnol. Paris : Sénat.

Abstract: Alors même qu'il avait connu un formidable essor après la transition démocratique, le système de protection sociale espagnol a vu son développement fortement contrarié par les mesures de lutte contre la crise économique et financière qui a touché de plein fouet l'Espagne au cours des dernières années. A la demande des institutions communautaires et internationales et sous la pression des marchés, le gouvernement espagnol a en effet engagé de nombreuses réformes structurelles qui ont mis à contribution toutes les branches de la protection sociale. Afin de mieux appréhender ces enjeux, une délégation de la commission des affaires sociales s'est rendue en Espagne en avril 2014. Au terme des multiples entretiens qu'elle a pu conduire au niveau tant national que décentralisé et local, elle a pu mesurer l'ampleur des bouleversements opérés ainsi que la défiance croissante exprimée par de nombreux acteurs envers la capacité du système à remplir les objectifs qui lui sont assignés. Si la situation budgétaire du pays semble s'être améliorée dans la période récente, la persistance d'un taux de chômage élevé constitue une difficulté de taille au moment où le système doit répondre à de nouveaux défis tels que le vieillissement démographique.

<http://www.senat.fr/rap/r13-656/r13-6561.pdf>

Thomson S. / éd., Jowett M./éd., Mladosky P. / éd. (2014). Health system responses to financial pressures in Ireland. Policy options in an international context. Observatory Studies Series ; 33. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: Ireland's recent financial and economic crisis – one of the most severe in the European Union – led to unprecedented reductions in levels of public spending. Public spending on the health sector fell particularly sharply. How did the Irish health system respond to the financial pressure created by the crisis? What were the options available to health policymakers as they sought to adapt

to a lower level of public financing? How did the policy changes introduced affect the health system's performance? These are some of the questions this book addresses. Originally commissioned by the Department of Health in Ireland, the book draws on international experience to assess and reflect on the challenges the health system has faced as a result of the crisis, to review underlying structural issues in the health sector and to identify priority areas for improving efficiency, quality and equitable access to health care. The book will be of interest to policy-makers and researchers in Ireland and other countries who want to understand the short- and longer term implications of sharp reductions in public spending on health (4ème de couv.).

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/260088/Health-system-responses-to-financial-pressures-in-Ireland.pdf

Travail et santé / Occupational Health

Arnold D., Brandle T., Goerke L. (2014). *Sickness Absence and Works Councils*. Bonn : IZA.

Abstract: Using both household and linked employer-employee data for Germany, we assess the effects of non-union representation in the form of works councils on (1) individual sickness absence rates and (2) a subjective measure of personnel problems due to sickness absence as perceived by a firm's management. We find that the existence of a works council is positively correlated with the incidence and the annual duration of absence. We observe a more pronounced correlation in western Germany which can also be interpreted causally. Further, personnel problems due to absence are more likely to occur in plants with a works council.

http://www.iaaeq.de/images/DiscussionPaper/2014_10.pdf

Celerier S. (2014). *Travail indépendant : santé et conditions de travail : actes du colloque*. Rapport de recherche ; 85. Noisy-le-Grand : CEE.

Abstract: Ce document rassemble quatorze contributions présentées lors d'un colloque international intitulé « Travail indépendant : santé et conditions de travail » qui s'est tenu le 18 septembre 2013 à Paris. Cette manifestation s'inscrivait dans la suite de recherches récentes renouvelant l'approche du travail indépendant par l'ouverture à de nouvelles questions. L'exploration plus systématique des conditions de l'exercice professionnel de ces travailleurs et l'examen de leur santé sont deux de ces thématiques émergentes que le colloque souhaitait approfondir. Chercheur-e-s, responsables d'études, doctorant-e-s et tout professionnel concerné par la question, étaient donc invités à présenter leurs travaux et à confronter leurs résultats. Les sociologues ont largement répondu à l'appel et une grande partie des textes présentés se réclament donc de cette discipline. S'y ajoutent heureusement les contributions venant de l'épidémiologie, de la statistique, de la santé publique et de la psychologie.

(2014). *Rapport de gestion 2013*. Paris : CNAMTS.

Abstract: Ce rapport de gestion 2013 fait le point complet sur les finances de la branche AT/MP et l'indemnisation des victimes avec l'analyse détaillée de la sinistralité (accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles). Quatre focus sur une problématique particulière sont également présentés : le risque routier : accidents du travail et accidents de trajet liés au risque routier ; troubles musculo-squelettiques (TMS) : définition d'un TMS, analyse sectorielle par CTN (Comité technique national) ; cancers d'origine professionnelle : dénombrement, cancers liés à l'amiante et cancers non liés à l'amiante ; système de reconnaissance complémentaire des maladies professionnelles.

http://entreprises.carsat-aquitaine.fr/fileadmin/user_upload/fichiers/mini-sites/entreprises/pages-de-contenu/prevention/statistiques/rapport_de_gestion_AT-MP_2013.pdf

Vieillesse / Aging

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

Abstract: Le CREDOC a souhaité questionner les enjeux et les déterminants d'un maintien à domicile de qualité des personnes âgées, afin de proposer des pistes de réflexion et d'orientation pour les politiques publiques dédiées à l'accompagnement du vieillissement. Il s'agit notamment de discuter la notion communément admise de « maintien » à domicile, qui semble faire référence à l'idée de personnes davantage « contenues » à domicile, dans l'attente d'une hypothétique entrée en établissement, que « soutenues » dans leur perte d'autonomie à domicile. Il s'agit plus largement d'examiner les conditions d'un « soutien » à domicile qualitatif permettant d'accompagner au mieux les personnes âgées dans leur choix de rester « chez soi », mais également les aidants familiaux et les professionnels nécessairement engagés dans ce soutien à domicile. Cette ambition d'un accompagnement qualitatif doit également être partagée par les pouvoirs publics dans une nécessité d'assurer un soutien à domicile « assumé », pour reprendre les termes du rapport de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Trois axes structurent notre analyse critique des conditions de « soutien à domicile » des personnes âgées vieillissantes en France. Le premier axe vise à préciser le référentiel européen des politiques de prise en charge du vieillissement et examine notamment l'enjeu et les conditions de mise en œuvre d'une véritable politique de prévention de la perte d'autonomie. Le second axe analyse le rôle majeur des aidants familiaux en matière d'accompagnement, et les caractéristiques des politiques de soutien qui leur sont destinées. Le troisième axe considère la coordination des filières médico-sociales autour de la personne âgée, antienne des politiques publiques et facteur majeur de mise en œuvre d'un accompagnement de qualité. L'analyse proposée dans ce cahier de recherche se situe dans une perspective internationale avec la confrontation de cas types et de bonnes pratiques européennes repérées au Royaume-Uni, en Espagne, mais aussi au Québec, afin de formuler des pistes de réflexion pour l'orientation des politiques de « soutien à domicile » qui seront définies et mises en œuvre dans les années à venir.

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

Gannon B., Roberts J. (2014). The Multidimensional Nature of Social Capital: An Empirical Investigation for Older People in Europe. Sheffield : University of Sheffield.

Abstract: Social capital is a rapidly expanding research theme within economics and has become a popular concept with policy makers in both developed and developing countries. Despite this growth in popularity, social capital remains a controversial concept among economists. We argue that this is largely due to a fundamental mismatch between the theoretical coverage and the vast majority of empirical work. Utilizing data from a large cross-Europe survey of older people we use principal components analysis to demonstrate that social capital has multiple dimensions, and then explore the extent to which these latent dimensions coincide with the theoretical constructs of social capital. We use the association between social capital and a number of measures of health and well-being to demonstrate the importance of taking account of the multiple dimensions of social capital in empirical work. As well as showing that all the underlying constructs of social capital are significantly associated with health and well-being, our results also reveal that while in general this association is positive, close bonding in the form of household ties is inversely related to health and well-being; this contradicts the implicit assumption, often made in the literature that, in relation to social capital, more is always better.

http://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.402921!/file/serps_2014014.pdf

(2014). Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Baromètre santé. St-Denis : INPES.

Abstract: Cet ouvrage analyse les données de l'enquête Baromètre 2010 pour faire le point sur les comportements, attitudes et connaissances en santé des personnes âgées de 55 à 85 ans. Il aborde les thèmes de la dépression, des pratiques addictives, des accidents de la vie courante, de la consommation de soins et de la nutrition chez les personnes âgées (résumé de l'éditeur).

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1549.pdf>

(2014). MAIA. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Paris : CNSA.

Abstract: MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. Les troisièmes cahiers pédagogiques de la CNSA proposent quatre points d'entrée pour comprendre ce qu'est MAIA, quels sont les acteurs concernés, comment ils s'organisent, et quels sont les atouts de cette méthode de travail. Ce document s'adresse en priorité aux établissements et services d'aide et de soins qui accompagnent les personnes âgées en perte d'autonomie de soixante ans ou plus et de leurs aidants et sont concernés par l'intégration. Il s'adresse également aux porteurs, aux pilotes MAIA et aux gestionnaires de cas chargés de la mise en œuvre de l'intégration.

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_CahierPdagogique_MAIA_HD.pdf

(2014). Social Protection for older persons: Key policy trends and statistics. Social Protection Policy Papers. Genève : OIT.

Abstract: Le présent document de politique de protection sociale: fournit une vue d'ensemble de l'organisation des régimes de retraite, de leur couverture et de leurs prestations ainsi que des dépenses publiques de sécurité sociale dans 178 pays; analyse les tendances et les politiques récentes, notamment l'extension de la couverture dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire; présente les répercussions négatives de l'assainissement des finances publiques et des mesures d'ajustement dans certaines économies à revenu élevé; et préconise l'extension de la protection sociale comme moyen pour sortir de la crise, assurer le développement inclusif et favoriser la justice sociale.

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_310211.pdf

(2014). World population Ageing 2013. New York : ONU.

Abstract: In addition to the core demographic aspects of population ageing, the present edition of World Population Ageing introduces new sections and information on trends in the economic support ratio, the demographic dividend, independent living among older persons, international differences in the main causes of deaths among older persons, in health expenditures, intergenerational transfers, the sources of financial support in old age, and the prevalence of poverty among older people in different regions of the world.

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>

Poirier L.R., Descoteaux S., Levesque J.F, et al. (2014). Synthèse des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées. Québec : INSPQ.

Abstract: L'objectif de cette synthèse accélérée des connaissances est d'examiner les stratégies d'optimisation de la mise en œuvre des modes d'intervention et de prestation de services reconnus efficaces pour adapter l'organisation des services à la réalité du vieillissement de la population. Compte tenu du fait qu'à la fois la synthèse et les activités de partage de connaissances qui s'y rattachent devaient être complétées dans un court laps de temps, nous avons restreint l'objet de la synthèse à la question de recherche suivante : Quels sont les facteurs associés à l'intégration des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie?

http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1640_SynthAccConnCondMiseOeuvreResServIntPersAgees.pdf