

# **Veille scientifique en économie de la santé**

***Novembre 2018***

[Sommaire en français](#)

# **Watch on Health Economics Literature**

***November 2018***

[Contents list in English](#)

# **Veille scientifique en économie de la santé**

***Novembre 2018***

[Sommaire en français](#)

# **Watch on Health Economics Literature**

***November 2018***

[Contents list in English](#)

# **Veille scientifique en économie de la santé**

***Novembre 2018***

**Centre de documentation de l'Irdes**

Assurance maladie	Politique santé-Politique sociale
Démographie	Prévention
E-Santé – Technologies médicales	Prévisions-Évaluation
Economie de la santé	Psychiatrie
État de santé	Soins de santé primaires
Hôpital	Systemes de santé
Inégalités de santé	Travail et santé
Médicaments	Vieillessement
Méthodologie – Statistique	

## Présentation

Cette publication mensuelle, réalisée par les documentalistes de l'Irdes, rassemble de façon thématique les résultats de la veille documentaire sur les systèmes et les politiques de santé ainsi que sur l'économie de la santé : articles, littérature grise, ouvrages, rapports...

Certaines publications recensées sont disponibles gratuitement en ligne. D'autres, payantes, peuvent être consultées sur rendez-vous au [Centre de documentation de l'Irdes](#) ou être commandées auprès des éditeurs concernés. Des copies d'articles peuvent aussi être obtenues auprès des bibliothèques universitaires ([Sudoc](#)), de l'Inist ([Refdoc](#)) ou de la [British Library](#). En revanche, aucune photocopie par courrier n'est délivrée par le Centre de documentation.

La collection des numéros de Veille scientifique en économie de la santé (anciennement intitulé Doc Veille) est consultable sur le site internet de l'Irdes :

[www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

### **Veille scientifique en économie de la santé**

<b>Directeur de la publication</b>	Denis Raynaud
<b>Documentalistes</b>	Marie-Odile Safon Véronique Suhard
<b>Maquette &amp; Mise en pages</b>	Franck-Séverin Clérembault
<b>Mise en ligne web</b>	Aude Sirvain
ISSN	2556-2827

Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
117bis rue Manin - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)



Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :  
[www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

# Sommaire

## Index des auteurs.....45

### Assurance maladie

- 11 **Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019**

Cnam

- 11 **La mutualité**

Beaudet T. et Pierron L.

- 11 **Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in the United Kingdom**

Cooke O. D. N., Kumpunen S. et Holder H. D.

- 11 **The Effect of Disenrollment from Medicaid on Employment, Insurance Coverage, Health and Health Care Utilization**

Deleire T.

- 12 **Delivering Quality Health Services: A Global Imperative**

Kieny M. P., Evans T., Scarpetta S., et al.

- 12 **96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017**

Lapinte A. et Perronnin M.

### Démographie

- 13 **Le défi démographique : mythes et réalités**

Tertrais B.

### E-Santé – Technologies médicales

- 13 **Les bénéfices d'une meilleure autonomie numérique**

Baena A. et Rachiq C.

- 13 **Guide pratique sur la protection des données personnelles**

Cnil

- 14 **Étude d'évaluation des avantages de l'information de santé connectée au Canada**

Inforoute Santé Canada

### Economie de la santé

- 14 **Accounting for the Quality of NHS Output**

Bojke C., Castelli A., Grasic K., et al.

- 14 **Are Health Care Services Shoppable? Evidence from the Consumption of Lower-Limb MRI Scans**

Chernew M., Cooper Z. et Larsen-Hallock E.

- 15 **Cost, Context and Decisions in Health Economics and Cost-Effectiveness Analysis**

Culyer A. J.

- 15 **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 15 **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 16 **Identifying Options for Funding the NHS and Social Care in the UK: International Evidence**

Cylus J., Roland D. et Nolte E.

- 16 **Does the Framing of Patient Cost-Sharing Incentives Matter? The Effects of Deductibles vs. No-Claim Refunds**

Hayen A. P., Klein T. J. et Salm M.

- 16 **The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**

Nishi T.

- 17 **The Human Side of Austerity: Health Spending and Outcomes During the Greek Crisis**

Perotti R.

17 **The Determinants of Health Care Expenditure Growth**

Rice N. et Aragon M. J.

---

## État de santé

---

18 **Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine**

Centre International de Recherche sur le Cancer

18 **La vie cinq ans après un diagnostic de cancer**

INCa

18 **Les cancers en France en 2017**

INCa

18 **Time to Deliver. Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases**

Organisation Mondiale de la Santé

19 **World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs**

Organisation Mondiale de la Santé

19 **Rapport sur la cohésion des territoires**

Commissariat Général à l'Égalité du Territoire

19 **Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS**

Fauchier-Magnan E. et Wallon V.

---

## Hôpital

---

20 **Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats**

Com-Ruelle L., Nestrigue C.

20 **Use of Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Patient Care and Policy**

Desomer A., Van Den Heede K., Triemstra M., et al.

21 **What Underlies the Observed Hospital Volume-Outcome Relationship?**

Huguet M., Joutard X., Ray-Coquard I., et al.

21 **Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017**

Ministère chargé de la santé

21 **Impact of Diagnosis Related Group Refinement on the Choice Between Scheduled Caesarean Section and Normal Delivery: Recent Evidence from France**

Proshin A., Cazenave-Lacroutz A., Or Z., et al.

22 **What Is the Experience of Decentralized Hospital Governance in Europe? Ten Case Studies from Western Europe on Institutional and Accountability Arrangements**

Rechel B., Duran A. et Saltman R.

22 **Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment**

Saghafian S. et Hopp W. J.

22 **Les établissements de santé : édition 2018**

Toulemonde F. et Boisguerin B.

---

## Inégalités de santé

---

23 **Migrants and Refugees : Good Practices in Hospitals and Healthcare Services**

HOPE Survey

23 **Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Synthèse des connaissances**

Bergeron P., Tremblay M. et Landriault J. P.

23 **Every Crisis Has a Silver Lining? Unravelling the Pro-Cyclical Pattern of Health Inequalities by Income**

Coveney M., Garcia-Gomez P., Van Doorslaer E., et al.

24 **The Impact of Cuts to Social Care Spending on the Use of Accident and Emergency Departments in England**

Crawford R., Stoye G. et Zarenko B.

24 **Migrations et santé : des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux**

Desgree Du LoÛ A.

24 **Nés sous la même étoile ? Origine sociale et niveau de vie**

Dherbecourt C.

25 **Immigration and the Health of Older Natives in Western Europe**

Escarce J. J. et Rocco L.

25 **Health Disparities for Immigrants: Theory and Evidence from Canada**

Lebihan L., Mao Takongmo C. O. et McKellips F.

## Médicaments

25 **Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

26 **Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce**

Daudigny Y., Deroche C. et Guillotin V.

26 **Investing in Medication Adherence Improves Health Outcomes and Health System Efficiency**

Khan R. et Socha-Dietrich K.

26 **Rapport sur l'amélioration de l'information des usagers et des professionnels de santé sur le médicament**

Leo M. et Kierzek G.

27 **Medicines Reimbursement Policies in Europe**

Vogler S., Haasis M.A., Dedet G.

28 **Les grands débats qui font l'actu : santé et société**

Duchene C.

29 **L'accompagnement des bénéficiaires du RSA**

Pitollat C. et Klein M.

29 **Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir**

Rayssiguier Y. R. et Huteau G.

29 **Les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger. Bibliographie thématique**

Safon M. O.

29 **Les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger. Revue de littérature**

Issaad V., Or Z. et Safon M. O.

30 **Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en oeuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Tomes I et II**

Vigier J. P.

## Méthodologie – Statistique

27 **The Effects of Self-Assessed Health: Dealing with and Understanding Misclassification Bias**

Chen L., Clarke P. M., Petrie D. J., et al.

27 **Surveillance de la lombalgie en lien avec le travail : comparaison de quatre sources de données et perspectives pour la prévention**

Fouquet N., Chazelle E., Cherie Challine L., et al.

## Politique santé-Politique sociale

28 **La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajusté : rapport au premier ministre**

Cloarec-Le Nabour C. et Damon J.

28 **Combattre la pauvreté des enfants**

Damon J.

## Prévention

30 **L'éducation thérapeutique du patient : la place des médecins généralistes. Bibliographie thématique**

Safon M. O.

## Prévisions-Évaluation

31 **Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017**

Haut Conseil de la Santé Publique

31 **Rapport d'analyse prospective 2018 : de nouveaux choix pour soigner mieux**

Leguludec P. et Julienne K.

## Psychiatrie

32 **La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique**

Centre Primo Levi Médecins du Monde

- 32 **Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée**

Coldefy M. et Gandre C.

- 32 **Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 32 **Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960**

Lopez A. et Turan-Pelletier G.

- 33 **Mental Health Atlas 2017**

Organisation Mondiale de la Santé

- 33 **Mental Health, Human Rights and Standards of Care**

Organisation Mondiale de la Santé

---

## Soins de santé primaires

---

- 34 **Financial Incentives and Physician Prescription Behavior. Evidence from Dispensing Regulations**

Burkhard D., Schmid C. et Wuthrich G.

- 34 **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2018**

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

- 34 **Medicare : Small and Rural Practices' Experiences in Previous Programs and Expected Performance in the Merit-Based Incentive Payment System**

Cosgrove J.

- 34 **Understanding Physician Decision Making: The Case of Depression**

Currie J. et Macleod B.

- 35 **Rapport de la Mission deuxième cycle des études de médecine**

Dubois-Rande J., Hennion-Imbault Q.

- 35 **Les « deux têtes » du médecin**

Even G.

- 35 **Advanced Primary Care: A Key Contributor to Successful ACOs**

Jabbarpou Y., Coffman M., Habbib A., et al.

- 35 **Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé**

Laude A. et Tabuteau D.

- 36 **Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires**

Mesnier T.

- 36 **La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie**

Morin D.

- 36 **L'activité des médecins libéraux à travers la CCAM**

Roziere T., Rodts U., Igondjo L., et al.

- 36 **Measuring Physicians' Response to Incentives: Evidence on Hours Worked and Multitasking**

Shearer B., Some N. H. et Fortin B.

---

## Systemes de santé

---

- 37 **Health system review : Spain**

Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J., et al.

- 37 **Reforming Payment for Health Care in Europe to Achieve Better Value**

Charlesworth A., Davies A. et Dixon J.

- 37 **Health system review : Greece**

Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., et al.

- 37 **Availability of National Health Services Delivery Data Across the WHO European Region: Scanning Survey Results (2018)**

Organisation Mondiale de la Santé

---

## Travail et santé

---

- 38 **Has the Economic Crisis Worsened the Work-Related Stress and Mental Health of Temporary Workers in Spain?**

Bartoll X., Gil J. et Ramos R.

- 38 **Working Times and Overweight: Tight Schedules, Weaker Fitness?**

Costa-Font J. et Saenz De Miera Juarez B.

- 39 **Point statistique AT-MP France. Données 2016**

Eurogip

- 39 **Exemples d'incitations financières à la prévention des risques professionnels en Europe**

Eurogip



- 39 **Inequalities in Labour Market Consequences of Common Mental Disorders**  
Jarl J., Linder A. et Busch H.
- 40 **Quantifying the Benefits of Social Insurance: Unemployment Insurance and Health**  
Kuka E.
- 40 **Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée**  
Lecocq C., Dupuis B. et Forest H.
- 40 **Self-Employment Can Be Good for Your Health**  
Nikolova M.
- 40 **Health and Economic Activity over the Lifecycle: Literature Review**  
Prinz D., Chernew M., Cutler D., et al.
- 43 **Le vieillissement de la population et ses enjeux Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017**  
De Lapasse B.
- 43 **The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)**  
European Commission
- 43 **Le financement de l'aide à l'autonomie : comment adapter notre système de protection sociale au défi du vieillissement ?**  
Fontaine R.
- 44 **Débattre des enjeux : le vieillissement**  
Love P.
- 44 **Perte d'autonomie des personnes âgées : étude nationale et études régionales**  
Michel M.
- 44 **The Kids Are Alright - Labour Market Effects of Unexpected Parental Hospitalisations in the Netherlands**  
Rellstab S., Bakx P., Garcia-Gomez P., et al.
- 
- Vieillesse**
- 41 **Care Needed : Improving the Lives of People with Dementia**  
Atkins T., Suzuki E.
- 41 **Health and Income: Testing for Causality on European Elderly People**  
Adeline A. et Delattre E.
- 41 **How to Improve the Organisation of Mental Healthcare for Older Adults in Belgium?**  
Adriaenssens J., Farfan-Portet M. I., Benahmed N., et al.
- 42 **Les attentes en termes de services pour les seniors : Le rôle de l'altruisme et de l'anticipation de la dépendance**  
Apouey B. H.
- 42 **Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018**  
Bras P. L.
- 42 **Uncertain Altruism and Non-Linear Long-Term Care Policies**  
Canta C. et Cremer H.
- 42 **Que faire de nos vieux? Une histoire de la protection sociale de 1990 à nos jours**  
Capuano C.



## Assurance maladie

► **Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019**

CNAM  
2018

Paris Cnam

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php>

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2019 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

► **La mutualité**

BEAUDET T. ET PIERRON L.  
2018

Paris : Presses universitaires de France

Cet ouvrage revient sur l'histoire et les perspectives de la mutualité en trois périodes déterminantes : la création de la Sécurité sociale, l'entrée sous réglementation européenne et la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Trois moments-clés qui sont structurants pour comprendre la mutualité telle qu'elle est, c'est-à-dire autant une manière d'entreprendre et d'être ensemble qu'un mouvement social pleinement inscrit dans l'histoire de France.

► **Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in the United Kingdom**

COOKE O. D. N., KUMPUNEN S. ET HOLDER H. D.  
2018

Copenhague Office des publications du bureau régional de l'Europe.

This review is part of a series of country-based studies generating new evidence on financial protection in European health systems. Financial protection is central to universal health coverage and a core dimension of health system performance. This review examines the extent to which people living in the United Kingdom experience financial hardship when using health services. It covers the period between 2008 and 2014, a time during which policy responses to the global financial crisis and to the recession in the United Kingdom affected health and social care budgets. Research shows that financial hardship is more likely to occur when public spending on health is low in relation to the gross domestic product (GDP), and out-of-pocket payments account for a relatively high share of total spending on health. Increases in public spending or reductions in out-of-pocket payments are not, in themselves, a guarantee of better financial protection, however. Policy choices are also important.

► **The Effect of Disenrollment from Medicaid on Employment, Insurance Coverage, Health and Health Care Utilization**

DELEIRE T.  
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24899. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24899>

This study examines the effect of a Medicaid disenrollment on employment, sources of health insurance coverage, health, and health care utilization of childless adults using longitudinal data from the 2004 Panel of the Survey of Income and Program Participation. From July through September 2005, TennCare, the Tennessee Medicaid program, disenrolled approximately 170,000 adults following a change in eligibility rules. Following this eligibility change, the fraction of adults in Tennessee covered by Medicaid fell by over 5

percentage points while uninsured rates increased by almost 5 percentage points relative to adults in other Southern states. There is no evidence of an increase in employment rates in Tennessee following the disenrollment. Self-reported health and access to medical care worsened as hospitalization rates, doctor visits, and dentist visits all declined while the use of free or public clinics increased. The Tennessee experience suggests that undoing the expansion of Medicaid eligibility to adults that occurred under the Affordable Care Act likely would reduce health insurance coverage, reduce health care access, and worsen health but would not lead to increases in employment.

► **Delivering Quality Health Services: A Global Imperative**

KIENY M. P., EVANS T., SCARPETTA S., *et al.*  
2018

Paris OCDE

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>

Universal health coverage (UHC) aims to provide health security and universal access to essential care services without financial hardship to individuals, families and communities. UHC enables a transition to more productive and equitable societies and economies and is enshrined in the 2030 Sustainable Development Goals (SDGs). But UHC should not be implemented without considering the quality of the care provided. Quality means care that is effective, safe, people-centered, timely, equitable, integrated and efficient. High-quality care improves health outcomes and reduces waste. It is integral to a high-value, sustainable health system. Universal access to high-quality health care is not a luxury only rich countries can afford. It can be achieved in all settings with strong leadership, planning and implementation. The returns are worth the investment. While significant progress has been made to improve care quality has been made, more effort is needed in both developing and developed countries. This report describes the current situation with regard to UHC and global quality of care.

► **96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017**

LAPINTE A. ET PERRONNIN M.

2018

Questions d'Économie de La Santé (Irdes)(236)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/236-96-pourcent-des-salaries-ont-acces-a-une-assurance-complementaire-sante-d-entreprise-en-2017.pdf>

L'Accord national interprofessionnel (Ani) du 11 janvier 2013 a généralisé la couverture complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé et a imposé des niveaux de garanties planchers et un cofinancement des contrats par l'employeur à hauteur de 50 % au minimum. Les établissements devaient se conformer à cette obligation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), plus d'un établissement sur deux a mis en place ou modifié une couverture existante du fait de l'Ani. Si bien qu'en 2017, 84 % des établissements regroupant 96 % des salariés offrent une couverture complémentaire santé contre la moitié des établissements avant l'Ani. Les établissements qui demeurent non couverts sont très souvent de petites structures dans lesquelles tous les salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion. Les établissements nouvellement couverts se tournent davantage vers les sociétés d'assurances. Alors que les branches d'activité pouvaient recommander un organisme, plus de la moitié des établissements concernés n'ont pas suivi ces recommandations. Enfin, la participation financière de l'employeur est restée stable par rapport à 2009, année de la précédente édition de PSCE.

## Démographie

### ► Le défi démographique : mythes et réalités

TERTRAIS B.

2018

Paris Institut Montaigne.

<https://www.institutmontaigne.org/publications/le-defi-demographique-mythes-et-realites>

La question démographique est au cœur de toutes les grandes problématiques sociétales contemporaines : ressources, climat, conflits, migrations, urbanisation, croissance, éducation, emploi, retraites, santé... Sur chacune de ces dimensions, elle suscite fantasmes, interrogations et débats. La présente note met en

évidence les faits, les enjeux et les conséquences géopolitiques des évolutions démographiques qui se dessinent, alors que nous traversons une période inédite dans l'histoire humaine du point de vue de l'évolution de la population mondiale. Ce document répond de manière factuelle à de nombreuses questions : comment évolueront l'Afrique, l'Europe, l'Asie au XXI<sup>e</sup> siècle ? La Terre saura-t-elle héberger les 11 milliards d'habitants prévus par l'ONU à horizon 2100 ? Comment la démographie impacte-t-elle, de façon directe ou indirecte, les conflits armés, les relations géopolitiques, ou encore les échanges culturels entre les continents ? (résumé de l'éditeur)

## E-Santé – Technologies médicales

### ► Les bénéfices d'une meilleure autonomie numérique

BAENA A. ET RACHIQ C.

2018

Paris France Stratégie.

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/benefices-dune-meilleure-autonomie-numerique>

14 millions de Français, soit 28 % de la population, sont éloignés du numérique. Un véritable handicap dans un contexte de numérisation croissante des activités. Commandé à France Stratégie par le secrétaire d'État chargé du Numérique, Mounir Mahjoubi, ce rapport identifie et quantifie les bénéfices d'une meilleure maîtrise des outils numériques par la part de la population française qui ne les utilise pas dans la vie courante. Un plan visant cet objectif pourrait générer 1,6 milliard d'euros de bénéfices annuels, dans les domaines de l'économie numérique, de l'emploi et de la formation, des relations avec les services publics, de l'inclusion sociale et du bien-être.

### ► Guide pratique sur la protection des données personnelles

CNIL

2018

Paris CNIL.

<https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/guide-cnom-cnil.pdf>

Le guide pratique, élaboré et rédigé conjointement par le CNOM et la CNIL, accompagne les médecins dans la mise en œuvre des obligations prévues par la nouvelle réglementation sur la protection des données personnelles. Il propose une approche pragmatique et des fiches thématiques, qui peuvent être consultées distinctement.

► **Étude d'évaluation des avantages de l'information de santé connectée au Canada**

INFOROUTE SANTÉ CANADA

2018

**Montréal Inforoute Santé du Canada.**

[www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3514-etude-d-evaluation-des-avantages-de-l-information-de-sante-connectee-au-canada](http://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3514-etude-d-evaluation-des-avantages-de-l-information-de-sante-connectee-au-canada)

Cette étude a été commandée par Inforoute santé, un organisme à but non lucratif financé par le gouvernement du Canada et visant à accélérer la création, l'adoption et l'utilisation d'outils de santé numériques.

Inforoute surveille notamment les progrès de chaque province et territoire en ce qui concerne l'accessibilité des données pour chacune des six composantes de base du Dossier de Santé Electronique interopérable (données démographiques des clients et des professionnels de la santé, imagerie diagnostique des hôpitaux, profils des médicaments prescrits; résultats d'analyses de laboratoire; et rapports cliniques et de vaccination). L'étude d'évaluation des avantages de l'information de santé connectée au Canada met en évidence les gains réalisés à mesure qu'augmente l'utilisation de l'information en santé connectée par les professionnels.

## Economie de la santé

► **Accounting for the Quality of NHS Output**

BOJKE C., CASTELLI A., GRASIC K., *et al.*

2018

**CHE Research Paper Series ; 153. York University of York.**

[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP153\\_accounting\\_quality\\_NHS\\_output.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP153_accounting_quality_NHS_output.pdf)

A measure of the output of the health system should capture the value of the output produced. This is challenging because people usually do not demand healthcare for its own sake, but because of its contribution towards improving their health. Capturing the value of healthcare therefore requires some means of measuring both the outcome and process of healthcare delivery. Current practice in accounting for the quality of healthcare services makes use of routinely available information in order to capture the QALYs associated with treating patients, by combining information on survival rates, life expectancy and a measure of change in health status before and after treatment. The process of care delivery is captured by measures of treatment waiting times. This approach may overlook other important characteristics of the quality of healthcare. This review was designed to assess whether other indicators of quality could be incorporated into the NHS output measure. To this end, the review aimed first to identify which criteria an indicator ought to satisfy in order to be considered for inclusion in an output measure.

► **Are Health Care Services Shoppable? Evidence from the Consumption of Lower-Limb MRI Scans**

CHERNEW M., COOPER Z. ET LARSEN-HALLOCK E.  
2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24869. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24869>

We study how individuals with private health insurance choose providers for lower-limb MRI scans. Lower-limb MRI scans are a fairly undifferentiated service and providers' prices routinely vary by a factor of five or more across providers within hospital referral regions. We observe that despite significant out-of-pocket cost exposure, patients often received care in high-priced locations when lower priced options were available. Fewer than 1 percent of individuals used a price transparency tool to search for the price of their services in advance of care. The choice of provider is such that, on average, individuals bypassed 6 lower-priced providers between their home and the location where they received their scan. Referring physicians heavily influence where their patients receive care. The influence of referring physicians is dramatically greater than the effect of patient cost-sharing. As a result, in order to lower out-of-pocket costs and reduce total MRI spending, patients must diverge from the established referral pathways of their referring physicians. We also observe that patients with vertically integrated (i.e.

hospital-owned) referring physicians are more likely to have hospital-based (and more costly) MRI scans.

► **Cost, Context and Decisions in Health Economics and Cost-Effectiveness Analysis**

CULYER A. J.  
2018

**CHE Research Paper Series ; 154. York University of York.**

[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP154\\_Cost\\_context\\_decisions\\_health\\_economics.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP154_Cost_context_decisions_health_economics.pdf)

Cost in health economics is necessarily associated with a decision. It varies according to the context of that decision: whether about inputs or outputs, the alternatives, its timing, the nature of the commitment to following a decision, who the decision maker is, and the constraints and discretion limiting or liberating the decision maker. Distinctions between short/long runs and between fixed/variable inputs are matters of choice, not technology, and are similarly context-dependent. Costs are not harms or negative consequences. Whether 'clinically unrelated' future costs and benefits should be counted in current decisions also depends on context. The costs of entire health programmes are context-dependent, relating to planned rates of activity, volumes and timings. The implications for the methods of CEA and HTA are different in the contexts of low- and middle- income countries compared with high-income countries, and further differ contextually according to budget constraints (fixed or variable).

► **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2018/06

**Paris Ministère chargé de la santé.**

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juin2018-20180720-104327-203-53.pdf>

Ce rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale porte sur les comptes de la sécurité sociale pour 2017 ainsi que les comptes prévisionnels tendanciels pour 2018. La prévision de croissance du PIB en

2017 était prévue à 1,5 % par la loi de finances initiale (LFI) pour 2017, prévision maintenue par le programme de stabilité d'avril 2017, elle a été ré-estimée à 1,7 % par la LFI pour 2018, puis à 2 % par le programme de stabilité d'avril 2018, pour être arrêtée à 2,2 % par l'Insee en mai 2018. La prévision de masse salariale pour 2017 a été également revue à la hausse : initialement fixée à 2,7 % en projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017, l'évolution prévue a été relevée à 3,3 % dans le PLFSS pour 2018. Elle s'établirait en fait à 3,5 %. En conséquence, les hypothèses macro-économiques sur lesquelles ont été bâties les lois financières pour 2018 ont été revues par le programme de stabilité d'avril 2018. Ainsi, alors que la prévision de croissance du PIB commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2018, tout comme à la loi de programmation 2018-2022, avait été fixée à 1,7 %, celle de la masse salariale à 3,1 % et d'inflation à 1,0 %, le Gouvernement a porté à 2,0 % sa prévision de croissance du PIB pour 2018, et révisé à la hausse les prévisions d'inflation (de 1,0 % à 1,1 %) et de masse salariale du secteur privé attendue désormais en hausse de 3,9 % au lieu de 3,1 %. La croissance du PIB prévue pour 2018 serait ainsi en léger retrait par rapport au résultat de 2017 rendu public par l'Insee postérieurement à la présentation du programme de stabilité. Ces prévisions servent de base à l'élaboration du compte tendanciel de la sécurité sociale en 2018 présenté dans ce rapport.

► **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2018/09

**Paris Ministère chargé de la santé: 2 vol.**

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2017-previsions-2018-et-2019-septembre-2018>

La Commission présente son rapport sur les comptes de la sécurité sociale pour 2017 ainsi que les comptes prévisionnels tendanciels pour 2018. La prévision de croissance du PIB en 2017 était prévue à 1,5 % par la LFI pour 2017, prévision maintenue par le programme de stabilité d'avril 2017, elle a été ré-estimée à 1,7 % par la loi de finances initiale pour 2018, puis à 2 % par le programme de stabilité d'avril 2018, pour être arrêtée à 2,2 % par l'Insee en mai 2018. La prévision de masse salariale pour 2017 a été également revue

à la hausse : initialement fixée à 2,7 % en projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017, l'évolution prévue a été relevée à 3,3 % dans le PLFSS pour 2018. Elle s'établirait en fait à 3,5 %. En conséquence, les hypothèses macro-économiques sur lesquelles ont été bâties les lois financières pour 2018 ont été revues par le programme de stabilité d'avril 2018. Ainsi, alors que la prévision de croissance du PIB commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2018, tout comme à la loi de programmation 2018-2022, avait été fixée à 1,7 %, celle de la masse salariale à 3,1 % et d'inflation à 1,0 %, le Gouvernement a porté à 2,0 % sa prévision de croissance du PIB pour 2018, et révisé à la hausse les prévisions d'inflation (de 1,0 % à 1,1 %) et de masse salariale du secteur privé attendue désormais en hausse de 3,9 % au lieu de 3,1 %. La croissance du PIB prévue pour 2018 serait ainsi en léger retrait par rapport au résultat de 2017 rendu public par l'Insee postérieurement à la présentation du programme de stabilité. Ces prévisions servent de base à l'élaboration du compte tendanciel de la sécurité sociale en 2018 présenté dans ce rapport.

► **Identifying Options for Funding the NHS and Social Care in the UK: International Evidence**

CYLUS J., ROLAND D. ET NOLTE E.  
2018

**Londres Health Foundation.**

[https://www.health.org.uk/sites/health/files/Social%20care%20funding%20-%20international%20evidence\\_web.pdf](https://www.health.org.uk/sites/health/files/Social%20care%20funding%20-%20international%20evidence_web.pdf)

Ce document identifie les options pour le financement de la santé et des services sociaux au Royaume-Uni et explore la manière dont 16 autres pays à revenu élevé ont mis en œuvre des changements pour relever des défis systémiques. La plupart de ces pays ont des systèmes de santé publics, mais comptent davantage sur le financement privé pour les services sociaux. Sur le plan international, les réformes de financement ont tendance à être progressives et catalysées par la situation économique plutôt que par la demande de soins.

► **Does the Framing of Patient Cost-Sharing Incentives Matter? The Effects of Deductibles vs. No-Claim Refunds**

HAYEN A. P., KLEIN T. J. ET SALM M.  
2018

**CEPR Discussion Paper ; DP12908. Tilburg Tilburg University.**

<https://ftp://iza.org/dp11508.pdf>

In light of increasing health care expenditures, patient cost-sharing schemes have emerged as one of the main policy tools to reduce medical spending. We show that the effect of patient cost-sharing schemes on health care expenditures is not only determined by the economic incentives they provide, but also by the way these economic incentives are framed. Patients react to changes in economic incentives almost twice as strongly under a deductible policy than under a no-claims refund policy. Our preferred explanation is that individuals are loss-averse and respond differently to both schemes because they perceive deductible payments as a loss and no-claim refunds as a gain.

► **The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**

NISHI T.  
2018

**MPRA Paper : 86329. Munich MPRA.**

<https://econpapers.repec.org/paper/prampapa/86329.htm>

Cost sharing, including copayment and coinsurance, is often used as a means of containing medical expenditure by reducing unnecessary or excessive use of health-care resources. Previous studies have reported the effects of reducing the coinsurance rate in Japan from 30% to 10% on demand for medical care among people aged 70 years. However, the coinsurance rate in Japan for individuals aged 70–74 years old has recently been increased from 10% to 20%. This study aimed to estimate the economic impact of coinsurance rate revision on health-care resource utilization using interrupted time-series analysis of employee health insurance claims data. I classified those who were born in FY 1944 and whose coinsurance rates decreased to 20% into the 10%-reduction group. It was found that the 10%-reduction group showed a lower increase of



health-care utilization than the 20%-reduction group. However, no significant differences were observed in the overall and inpatient settings. The results of this study suggest that increasing the coinsurance rate among elderly people would reduce outpatient health-care resource utilization; however, it would not necessarily reduce overall health-care resource utilization.

► **The Human Side of Austerity: Health Spending and Outcomes During the Greek Crisis**

PEROTTI R.

2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24909. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24909>

The Greek crisis was the most severe in postwar Europe; its budget cuts were the deepest. Among the components of the budget, health spending was hit particularly hard, declining by more than one third in just five years. This paper has two goals: establish the facts about health inputs, outputs and outcomes during the Greek crisis, and explore the connection between budget cuts and health outcomes. Health spending and inputs were very high in Greece before the crisis: in several dimensions, even after the budget cuts were implemented health spending and inputs were still at or near the top of the European countries; in other cases they merely went back to the European average. Nevertheless, budget cuts so deep and so sudden are unlikely to merely cut into inefficiencies and overcapacities. I highlight several areas in which a comparative quantitative analysis suggests that budget cuts might have had an appreciable effects on the health of the population.

► **The Determinants of Health Care Expenditure Growth**

RICE N. ET ARAGON M. J.

2018

**CHE Research Paper Series ; 156. York University of York.**

[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP156\\_determinants\\_health\\_care\\_expenditure\\_growth.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP156_determinants_health_care_expenditure_growth.pdf)

Understanding the drivers of growth in health care expenditure is crucial for forecasting future health care requirements and to ameliorate inefficient expenditure. This paper considers the detailed breakdown of hospital inpatient expenditures across the period 2007/08 to 2014/15. Decomposition techniques are used to unpick the observed rise in expenditure into a component due to a change in the distribution of characteristics, for example, greater prevalence of morbidity, and a component due to structural changes in the impact of such characteristics on expenditures (coefficient effects, for example, due to technological change). This is undertaken at the mean using standard decomposition techniques, but also across the full distribution of expenditures to gain an understanding of where in the distribution growth and its determinants are most relevant. Decomposition at the mean indicates a larger role for a structural change in characteristics rather than a change in coefficients. A key driver is an increased prevalence of comorbidities. When considering the full distribution we observe a decrease in expenditure at the bottom of the distribution (bottom two quintiles) but increasing expenditure thereafter. The largest increases are observed at the top of the expenditure distribution. Where changes in structural characteristics dominate changes in coefficients in explaining the rise in expenditure. Increases in comorbidities (and the average number of first diagnoses) across the two periods, together with increases in non-elective long stay episodes and non-elective bed days are important drivers of expenditure increases.

## État de santé

### ► **Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine**

CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER

2018

**Lyon I.A.R.C.**

Le but de cette étude était d'estimer la part et le nombre de nouveaux cas de cancer attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à l'environnement, chez les adultes en France métropolitaine en 2015. Treize facteurs de risque classés cancérigènes certains ou probables par le CIRC ont été étudiés : tabagisme (dont tabagisme passif), consommation de boissons alcoolisées, alimentation (consommation insuffisante de fruits, légumes, fibres, produits laitiers, consommation de viande rouge, de charcuterie), surpoids et obésité, activité physique insuffisante, utilisation d'hormones exogènes, durée insuffisante de l'allaitement maternel, infections, radiations ionisantes (radon et radiations provenant d'examens médicaux à visée diagnostique), pollution atmosphérique, rayonnement solaire (UV), expositions professionnelles, et exposition aux substances chimiques en population générale (arsenic dans l'eau de boisson et benzène dans l'air intérieur). Une analyse par statut socio-économique a également été réalisée pour la consommation de tabac.

### ► **La vie cinq ans après un diagnostic de cancer**

INCA

2018

**Boulogne Billancourt INCa.**

[http://www.e-cancer.fr/content/download/238406/3274300/file/La\\_vie\\_cinq\\_ans\\_apres\\_un\\_diagnostic\\_de\\_cancer\\_rapport\\_mel\\_20180619.pdf](http://www.e-cancer.fr/content/download/238406/3274300/file/La_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_20180619.pdf)

Plus de 3 millions de personnes en France ont ou ont eu un cancer. Le cancer est encore souvent une épreuve difficile tant au plan physique que psychologique avec des répercussions sur la vie personnelle, sociale et professionnelle. L'enquête VICAN5 explore les différentes facettes de la vie cinq ans après un diagnostic de cancer : l'état de santé, les séquelles physiques et psychologiques et le suivi médical; la vie intime et les difficul-

tés rencontrées au quotidien; l'impact de la maladie et des traitements sur les ressources et l'emploi.

### ► **Les cancers en France en 2017**

INCA

2018

**Boulogne Billancourt INCa.**

<https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/L-Institut-national-du-cancer-publie-la-dixieme-edition-de-son-rapport-annuel-Les-cancers-en-France>

Ce rapport propose une mise à jour des connaissances pour l'ensemble des thématiques du cancer et de la cancérologie et rassemble les données les plus récentes (décembre 2017) autour de six chapitres principaux : l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la vie pendant et après un cancer et la recherche. Les actions menées en faveur de la lutte contre les inégalités sont détaillées sous forme de focus dans les chapitres concernés. Pour permettre un aperçu rapide du contenu, chaque chapitre est introduit par un récapitulatif des principaux faits marquants et un résumé des données essentielles.

### ► **Time to Deliver. Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2018

**Genève OMS.**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf>

Billions of people around the world are affected by noncommunicable diseases (NCDs) and mental disorders at all stages of the life course, from childhood to old age. Four diseases – cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases, and diabetes, account for most of the NCD burden. Despite the many proven interventions and commitments to combat NCDs, progress has been slow and uneven globally. Challenges to achieving these commitments include lack of political will and priority setting, the impact of economic, commercial and market factors, and insufficient financing and capacity. The WHO Independent

High-level Commission on NCDs was convened by the WHO Director-General in October 2017 to advise him on how countries can accelerate progress towards achieving SDG target 3.4. Taking into account previous work, as well as additional innovative thinking, the Commission agreed on six key recommendations.

► **World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2018

Genève OMS.

[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/)

The World Health Statistics series is WHO's annual snapshot of the state of the world's health. This 2018 edition contains the latest available data for 36 health-related Sustainable Development Goal (SDG) indicators. It also links to the three SDG-aligned strategic priorities of the WHO's 13th General Programme of Work: achieving universal health coverage, addressing health emergencies and promoting healthier populations.

## Géographie de la santé

► **Rapport sur la cohésion des territoires**

COMMISSARIAT GÉNÉRAL À L'ÉGALITÉ DU  
TERRITOIRE  
2018

Paris CGET.

<http://www.cget.gouv.fr/dossiers/rapport-cohesion-territoires>

Le rapport sur la cohésion des territoires établit un état des lieux de la France partagé avec les associations d'élus. Dix années de crises, marquées par des évolutions de long terme (déindustrialisation, vieillissement de la population, polarisations démographiques et métropolisation), mais aussi par les transitions numériques et écologiques, ont donné lieu à un renouvellement accéléré des dynamiques territoriales. Loin de l'opposition binaire entre métropoles dynamiques captant les richesses et les opportunités et territoires périphériques sacrifiés sur l'autel de la mondialisation et délaissés par les pouvoirs publics, la France connaît une diversité de situations et d'opportunités. Le rapport s'accompagne d'un Baromètre de la cohésion des territoires.

► **Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS**

FAUCHIER-MAGNAN E. ET WALLON V.  
2018

Paris Igas.

[www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R.pdf)

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, associent des professionnels de santé et des acteurs sociaux et médico-sociaux d'un même territoire, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients et un meilleur exercice des professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, infirmiers, ...). Environ 200 projets de communautés de ce type ont été recensés par la mission, portés par une mobilisation certaine des professionnels de santé malgré un soutien encore très modeste des autorités publiques. Ce rapport demandé à l'Igas par la ministre de la Santé dresse un premier bilan et des propositions pour une stratégie de déploiement des CPTS, en appui à la Direction générale de l'offre de soins. Il présente le contexte de leur création et la situation deux ans plus tard. Il propose des éléments de cadrage, des principes d'action et des leviers pour renforcer le déploiement des CPTS.

## Hôpital

### ► **Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats**

COM-RUELLE L., NESTRIGUE C.

2018

#### Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(234)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/234-parcours-de-soins-des-personnes-hospitalisees-pour-un-accident-vasculaire-cerebral.pdf>

L'Accident vasculaire cérébral (AVC) se manifeste par la perte d'une ou plusieurs fonctions du cerveau liée à un arrêt soudain de la circulation du sang. C'est la première cause de décès chez les femmes et la troisième chez les hommes, et un grand pourvoyeur de handicap. Le Plan d'actions national AVC 2010-2014 avait pour but notamment d'améliorer le parcours de soins des patients, lors de la phase aiguë par l'accès facilité à l'imagerie diagnostique (IRM et scanner) et le développement d'unités hospitalières spécialisées, les Unités neurovasculaires (UNV), et ensuite lors de la phase de rééducation et réadaptation, afin d'éviter décès et pertes de chance de récupération des séquelles. Grâce à l'appariement des données du PMSI et celles de l'Assurance Maladie entre 2010 et 2014, les caractéristiques des adultes victimes d'un AVC et leur prise en charge sont observées plus finement qu'auparavant. En 2012, sur les 134 000 patients de 18 ans ou plus hospitalisés pour primo-AVC, 99 000 ont fait un AVC constitué, avéré, soit le champ de cette étude. Les patients entrent en majorité à l'hôpital par les urgences, hommes et femmes sont également concernés si ce n'est que les premiers sont touchés plus précocement. La moitié des victimes d'AVC souffre par ailleurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Malgré leur développement entre 2010 et 2014, l'imagerie diagnostique paraît insuffisante et seul un patient sur trois est pris en charge en UNV. Un sur sept décède au cours de ce premier épisode aigu. Un tiers des survivants est admis ensuite en Service de soins de suite et de réadaptation (SSR), reconnu pour limiter les séquelles. Enfin, les variations territoriales d'incidence et celles concernant ces différents modes de prise en charge demeurent importantes.

### ► **Use of Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Patient Care and Policy**

DESOMER A., VAN DEN HEEDE K., TRIEMSTRA M., *et al.*

2018

#### Bruxelles KCE.

<https://kce.login.kanooh.be/fr/quavez-vous-pens%C3%A9-de-votre-s%C3%A9jour-dans-notre-h%C3%B4pital>

Si vous ou l'un de vos proches avez été hospitalisé récemment, il vous a peut-être été demandé de remplir un questionnaire de satisfaction. Il s'agit de mesures appelées PROM (pour la manière dont vous évaluez votre état de santé) et PREM (pour la manière dont vous avez vécu vos soins). Ces mesures sont de plus en plus utilisées à l'échelle internationale et le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a étudié leur utilité. Il semble que l'usage des questionnaires PROM et PREM soit de nature à améliorer la communication entre soignant et soigné parce qu'ils permettent d'aborder certaines questions qui, sinon, ne seraient pas évoquées. Par contre, il n'y a pas beaucoup de recherches fiables sur leur impact à l'échelle des hôpitaux et des politiques de santé. Pour les premiers, le but est d'améliorer la qualité des soins, mais comme un grand nombre de questionnaires différents sont utilisés, il reste difficile de comparer les hôpitaux entre eux. Au niveau des politiques de santé, on utilise notamment les questionnaires PROM (Patient reported outcome measure) et PREM (Patient experience outcome measure) pour l'exercice de financement « pay for performance » lancé ce mois-ci, et auquel la majorité des hôpitaux participent sur une base volontaire. Les PROM/PREM sont également utilisés dans l'enquête sur la santé des Belges réalisée tous les 4 ans.

► **What Underlies the Observed Hospital Volume-Outcome Relationship?**

HUGUET M., JOUTARD X., RAY-COQUARD I., *et al.*  
2018

**Documents de travail; WP 1809. Ecully Groupe d'Analyse et de Théorie Economique.**

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3186407](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3186407)

Studies of the hospital volume-outcome relationship have highlighted that a greater volume activity improves patient outcomes. While this finding has been known for years in health services research, most studies to date have failed to delve into what underlies this relationship. This study aimed to shed light on the basis of the hospital volume effect by comparing treatment modalities for epithelial ovarian carcinoma patients. Hospital volume activity was instrumented by the distance from patients' homes to their hospital, the population density, and the median net income of patient municipalities. We found that higher volume hospitals appear to more often make the right decisions in regard to how to treat patients, which contributes to the positive impact of hospital volume activities on patient outcomes. Based on our parameter estimates, we found that the rate of complete tumor resection would increase by 10% with centralized care, and by 6% if treatment decisions were coordinated by high volume centers compared to the ongoing organization of care. In both scenarios, the use of neoadjuvant chemotherapy would increase by 10%. As volume alone is an imperfect correlate of quality, policy makers need to know what volume is a proxy for in order to devise volume-based policies.

► **Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2018

**Paris DGOS.**

Ce rapport présente un panorama des recompositions de l'offre hospitalière en 2017. Il s'est attaché à analyser quatre types d'opérations de recompositions emblématiques du contexte actuel de l'offre hospitalière de soins : les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les groupements de coopération sanitaire (GCS), les directions communes, les fusions. La mise en place des Groupements hospitaliers de territoire depuis 2016, ainsi que la possibilité introduite en 2017

pour les directeurs généraux des agences régionales de santé de dissoudre les GCS devenus sans objet, auront pour effet une actualisation profonde des données courant 2018 et impacteront la prochaine édition du rapport.

► **Impact of Diagnosis Related Group Refinement on the Choice Between Scheduled Caesarean Section and Normal Delivery: Recent Evidence from France**

PROSHIN A., CAZENAVE-LACROUTZ A., OR Z., *et al.*  
2018

**PSE Working Paper ; 2018 – 25. Paris PSE.**

Studying quasi-experimental data from French hospitals from 2010 to 2013, we test the effects of a considerable diagnosis related group (DRG) refinement that occurred in 2012. As a result, the reform had a direct impact on hospital-level financial incentives but did not immediately concern individual providers. Using a difference-in-differences approach, controlling for multiple patient, hospital and regional characteristics and allowing for hospital and year effects, we show that introducing new severity levels and clinical factors into the reimbursement algorithm had no significant effect on the probability of a scheduled C-section being performed. The results are robust to multiple formulations of financial incentives, to restricting the sample to bigger (>15%) DRG tariff incentive changes and to analyzing policy effects for individual years following the reform. Our results suggest that the DRG refinement did not lead to a transmission of hospital-level stimuli to midwives and obstetricians. Our paper is the first study that focuses on the consequences of DRG refinement in obstetrics and develops an approach suitable for measuring monetary incentives in this setting

► **What Is the Experience of Decentralized Hospital Governance in Europe? Ten Case Studies from Western Europe on Institutional and Accountability Arrangements**

RECHEL B., DURAN A. ET SALTMAN R.  
2018

**Policy Brief 28. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe.**

Hospitals with greater autonomy are perceived to be more flexible in meeting the needs of the local population. However, there is a tension between the potential to improve responsiveness and flexibility via greater decentralization and the potential efficiency gains and geographical equity derived from centralization. This policy brief explores the experience with decentralized hospital governance in 10 European countries (Denmark, England, Finland, France, Germany, Italy, Netherlands, Scotland, Spain and Sweden) and finds that there are interesting examples of authorities in systems with decentralized hospital governance collaborating to overcome equity and efficiency concerns, but that the specific institutional and political contexts make it difficult to transfer successful models from one country to another.

► **Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment**

SAGHAFIAN S. ET HOPP W. J.  
2017

**HKS Working Paper . RWP17-044. Cambridge Harvard University.**

Increasing quality transparency is widely regarded as a strong mechanism for improving the alignment between patient choices and provider capabilities, and thus, is widely pursued by policymakers as an option for improving the healthcare system. We study the effect of increasing quality transparency on patient choices, hospital investments, societal outcomes (e.g., patients' social welfare and inequality), and the healthcare market structure (e.g., medical or geographical specialization). We also examine potential reasons behind the failure of previous public reporting efforts, and use our analysis to identify ways in which such efforts can become more effective in the future. Our analytical and numerical results calibrated with data reveal that increasing quality transparency promotes

increased medical specialization, decreased geographical specialization, and induces hospitals to invest in their strength rather than their weakness. Furthermore, increasing quality transparency in the short-term typically improves the social welfare as well as the inequality among patients. In the long-term, however, we find that increasing transparency can decrease social welfare, and even a fully transparent system may not yield socially optimal outcomes. Hence, a policymaker concerned with societal outcomes needs to accompany increasing quality transparency with other policies that correct the allocation of patients to hospitals. Among such policies, we find that policies that incentivize hospitals are usually more effective than policies that incentivize patients. Finally, our results indicate that, to achieve maximal benefits from increasing quality transparency, policymakers should target younger, more affluent, or urban (i.e., high hospital density area) patients, or those with diseases that can be deferred.

► **Les établissements de santé : édition 2018**

TOULEMONDE F. ET BOISGUERIN B.  
2018

**Paris : Drees**

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablisements-de-sante-edition-2018>

L'édition 2018 de cet ouvrage détaille, pour l'année 2016, les capacités et l'activité des hôpitaux et cliniques, ainsi que leurs disciplines spécifiques, et décrit leur personnel, médical et non médical. Des éléments de cadrage économique, financier et juridique complètent le panorama. Cette nouvelle édition s'enrichit d'une présentation synthétique des indicateurs permettant d'apprécier la qualité des soins et la sécurité des patients des établissements de santé. Ces indicateurs sont mis à disposition par la Haute Autorité de santé (HAS).

## Inégalités de santé

### ► **Migrants and Refugees : Good Practices in Hospitals and Healthcare Services**

HOPE SURVEY

2018

**Bruxelles HOPE.**

[http://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/03/HOPE-SURVEY\\_Migrants\\_and\\_refugees\\_March-2018.pdf](http://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/03/HOPE-SURVEY_Migrants_and_refugees_March-2018.pdf)

The increasing mobility and diversity of the population strongly affect healthcare services and hospitals: people on the move face greater health risks, suffer from conditions not commonly found in Europe and have different expectations about health services. Access to adequate health care is further complicated by language barriers and migrants often being socially disadvantaged. Although health services are used to accommodating cultural diversity, European hospitals are facing new challenges. HOPE and its members have been discussing this topic for many years. In the recent context of intensified migratory pressure on some EU countries, it seemed essential to collaborate and share good practices as well as knowledge on the specific health needs of migrants. The HOPE Board of Governors has recently urged members to review and list good practices. The present document is the result of this work.

### ► **Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Synthèse des connaissances**

BERGERON P., TREMBLAY M. ET LANDRIAULT J. P.

2018

**Québec INSPQ.**

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2420>

Le Québec a connu un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, mais certains groupes de la population continuent de faire usage du tabac dans des proportions très élevées. C'est le cas des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. En effet, la proportion de Québécois qui fument est près du double dans les secteurs les plus défavorisés comparativement aux plus favorisés. La présente synthèse a été entreprise pour mieux comprendre quelles mesures favoriseraient une baisse de la prévalence

du tabagisme chez les populations défavorisées à la hauteur de ce qu'on a observé dans les groupes plus favorisés. La présente synthèse souligne également l'importance de renforcer les politiques contribuant à la réduction des inégalités sociales, notamment les différentes mesures de lutte à la pauvreté et aux conditions de vie difficiles, pour réellement espérer faire des gains en matière d'équité.

### ► **Every Crisis Has a Silver Lining? Unravelling the Pro-Cyclical Pattern of Health Inequalities by Income**

COVENEY M., GARCIA-GOMEZ P., VAN DOORSLAER E., *et al.*

2018

**Tinbergen Institute Discussion Paper ; 2018-066/V. Rotterdam Tinbergen Institute.**

<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20180066.html>

It is well known that income and health are positively associated. Much less is known about the strength of this association in times of growth and recession. We develop a novel decomposition method that focuses on isolating the roles played by government transfers versus market transfers on changes in income-related health inequality (IRHI) in Europe. Using European Union Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC) panel data for 7 EU countries from 2004 to 2013, we decompose the changes in IRHI while focusing on possible effects of the 2008 financial crisis. We find that such inequalities rise in good economic times and fall in bad economic times. This pattern can largely be explained by the relative stickiness of old age pension benefits compared to the market incomes of younger groups. Austerity measures are associated with a weakening of the IRHI reducing effect of government transfers.

► **The Impact of Cuts to Social Care Spending on the Use of Accident and Emergency Departments in England**

CRAWFORD R., STOYE G. ET ZARENKO B.

2018

Londres IFS.

<https://www.ifs.org.uk/publications/13070>

Recent years have seen substantial reductions in public spending on social care for older people in England. This has not only led to large falls in the number of people over the age of 65 receiving publicly funded social care, but also to growing concern about the potential knock-on effects on other public services, and in particular the National Health Service (NHS). In this paper, we exploit regional variation in the reductions in public funding for social care to examine the impact on Accident and Emergency (A&E) departments in NHS hospitals. We find that reductions in social care spending on people aged 65 and above have led to increased use of A&E services, both in terms of the average number of visits per resident and the number of unique patients visiting A&E each year. We estimate that the average cut to social care spending for the older population over the period (£375) led to an increase of 0.09 visits per resident, compared to a mean of 0.37 visits in 2009. The effects are most pronounced among people aged 85 and above. This has also led to a modest increase in the cost of providing A&E care, increasing A&E costs by an additional £3 per resident for each £100 cut in social care funding.

► **Migrations et santé : des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux**

DESGREE DU LOÛ A.

2018

Questions de Santé Publique(34)

Les migrations constituent un des moteurs majeurs des dynamiques des populations. Elles sont pourtant encore trop peu étudiées sous l'angle de la santé publique, bien que celle-ci s'intéresse à tout ce qui est en lien avec le bien-être et la santé des populations. En France, cela vient en partie de notre modèle d'intégration républicaine, qui ne distingue pas les individus ou les groupes selon des critères d'origine ethnique ou de religion. Cependant, certaines maladies comme le VIH/sida ont montré qu'il pouvait être nécessaire de prendre en compte l'origine des personnes pour

améliorer la prévention et l'accès aux soins. Améliorer l'accueil et la prise en charge des immigrés dans le système de santé français passe en effet par une meilleure connaissance de leurs besoins spécifiques.

► **Nés sous la même étoile ? Origine sociale et niveau de vie**

DHERBECOURT C.

2018

Note D'analyse (La)

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/nes-meme-etoile-origine-sociale-niveau-de-vie>

Où en sommes-nous du déterminisme social en France ? Plus précisément, dans quelle mesure l'origine sociale détermine-t-elle le niveau de vie des individus ? La statistique publique a récemment enrichi l'information qu'elle produit pour suivre les trajectoires individuelles, ce qui permet de revisiter cette question classique. Sur la base d'un échantillon de population née en France et âgée de 27 à 44 ans, on étudie ici comment le niveau de vie des personnes varie selon la profession de leur père. Les résultats surprennent moins par le constat lui-même que par son ampleur : la France, qui par ailleurs parvient à contenir le creusement des inégalités de revenus, accuse des inégalités de chances importantes, notamment aux deux extrémités de la distribution sociale. Un enfant de cadre supérieur a ainsi 4,5 fois plus de chances qu'un enfant d'ouvrier d'appartenir aux 20 % les plus aisés. L'origine sociale a un effet très discriminant sur l'accès à un niveau de vie élevé mais aussi sur le risque de faire partie d'un ménage pauvre. Quel rôle faut-il alors attribuer à d'autres facteurs comme l'âge, le sexe ou l'ascendance migratoire, si souvent mis en avant ? L'analyse démontre que leurs effets sont finalement faibles, voire négligeables, par rapport au poids de l'origine sociale. Reste à cerner les canaux par lesquels s'opère cette influence. Le niveau de diplôme se révèle doublement déterminant : il influence directement le niveau de rémunération de l'individu mais aussi celui de son éventuel conjoint, qui appartient bien souvent au même milieu social que lui. L'inégalité des chances en France est d'abord une inégalité des chances éducatives.



► **Immigration and the Health of Older Natives in Western Europe**

ESCARCE J. J. ET ROCCO L.  
2018

**GLO Discussion Paper, No. 228. S.I. : Global Labor Organization.**

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/180225/1/GLO-DP-0228.pdf>

Previous research has found that immigration benefits the health of working-age natives, an effect mediated through the labor market. We use the Study of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to investigate whether immigration also affects the health of natives 65-80 years old. Immigration may increase the supply and lower the price of personal and household services, a term that refers to care services and non-care services such as cleaning, meal preparation, and domestic chores. Higher consumption of personal and household services by older natives may help maintain health through a variety of pathways. Using a shift-share IV, we find pervasive beneficial effects of immigration on the physical and mental health of older natives. We also find evidence for the hypothesized pathways, especially for an effect of immigration in increasing social integration (e.g., institutional connections, social participation). However, our ability to test mechanisms is limited in our data.

► **Health Disparities for Immigrants: Theory and Evidence from Canada**

LEBIHAN L., MAO TAKONGMO C. O. ET MCKELLIPS F.  
2018

**MPRA Paper : 87375. Munich MPRA.**

<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/87375/>

Few empirical studies have been conducted to analyse the disparities in health variables affecting immigrants in a given country. To our knowledge, no theoretical analysis has been conducted to explain health disparities for immigrants between regions in the same country that differs in term of languages spoken and income. In this paper, we use the Canadian Community Health Survey (CCHS) to compare multiple health measures among immigrants in Quebec, immigrants in the rest of Canada and Canadian-born individuals. We propose a simple structural model and conduct an empirical analysis in order to assess possible channels that can explain the health disparities for immigrants between two regions of the same country. Our results show that well-being and health indicators worsen significantly for immigrants in Quebec, compared to their counterparts in the rest of Canada and Canadian-born individuals. Additional econometric analysis also shows that life satisfaction is statistically and significantly associated with health outcomes. The proposed structural model predicts that, when the decision to migrate to a particular area is based on income alone, and if the fixed costs associated with the language barrier are large, immigrants may face health issues.

## Médicaments

► **Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2018

**In: Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018. Paris : Ministère chargé de la santé**

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juin2018-20180720-104327-203-53.pdf>

En 2017, le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officines de ville retrouve une croissance positive après une année

de stabilisation et plusieurs années de recul (+0,2 % en 2017 après 0,0 % en 2016, -0,9 % en 2015, -1,9 % en 2014 et -2,3 % en 2013). Cette progression résulte notamment de l'arrivée sur le marché de produits onéreux avec par exemple l'inscription au remboursement de l'anticancéreux Imbruvica®. Le CAHT des médicaments du répertoire des médicaments génériques est en hausse de 1,8 % et s'élève à 5,0 Md€ dont 3,5 Md€ concernent les médicaments génériques. Le chiffre d'affaires des génériques a augmenté en 2017 de 0,2 %. Cette hausse s'explique par les tombées de brevets notamment celle de Crestor® (rosuvastatine, permettant de diminuer les taux de cholestérol et de triglycérides circulant dans le sang) ou encore par la

commercialisation de l'imatinib, générique du référent Glivec® (indiqué dans le traitement des leucémies), mais aussi par la hausse du taux de pénétration des génériques poussée par la mise en place du plan national de promotion des génériques en mars 2015. En décembre 2017, plus d'une boîte sur trois délivrée en ville est un générique. Le chiffre d'affaires toutes taxes comprises (CATTTC, comprenant les marges des grossistes et des pharmaciens et la TVA) s'élève globalement à 25 Md€, en hausse de 0,4 % par rapport à 2016. Sur la base de ce CATTTC, le montant remboursable par l'assurance maladie s'élève à 20,3 Md€, en hausse de 0,4 % par rapport à 2016.

► **Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce**

DAUDIGNY Y., DEROCHE C. ET GUILLOTIN V.  
2018

Paris Sénat.

<https://www.senat.fr/rap/r17-569/r17-569.html>

L'accélération des innovations médicamenteuses, notamment dans le champ de l'oncologie (immunothérapies, thérapies ciblées...), ouvre des espoirs formidables pour les patients. La rapidité de l'accès aux traitements les plus prometteurs constitue, dans ce contexte, un enjeu crucial. Si la France s'est dotée il y a plus de vingt ans d'une politique pionnière et ambitieuse en matière d'accès précoce aux médicaments, ce « modèle français » montre aujourd'hui des signes de fragilisation. Quels sont les freins ? Comment rétablir l'attractivité de la France ? Les rapporteurs de cette étude ont examiné chaque étape de la chaîne d'accès des patients aux médicaments, des essais cliniques à la commercialisation des médicaments après leur autorisation de mise sur le marché (AMM), en passant par le système spécifique et dérogatoire des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) qui constitue la « tête de proue » de notre politique d'accès précoce en offrant une voie d'accès à des médicaments en amont de leur autorisation de mise sur le marché.

► **Investing in Medication Adherence Improves Health Outcomes and Health System Efficiency**

KHAN R. ET SOCHA-DIETRICH K.  
2018

**OECD Health Working Papers ; 105. Paris OCDE.**

<https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/8178962c-en.pdf>

Poor adherence to medications affects approximately half of the patient population, leading to severe health complications, premature deaths, and an increased use of healthcare services. The three most prevalent chronic conditions are diabetes, hypertension and hyperlipidemia. This paper identifies four enablers that are needed for improving adherence to medication at the system level: Acknowledge, Inform, Incentivise, and Steer and Support. No single intervention will guarantee that patients fill their prescriptions and take their medications as prescribed. The identified actions must be combined.

► **Rapport sur l'amélioration de l'information des usagers et des professionnels de santé sur le médicament**

LEO M. ET KIERZEK G.

2018

Paris Ministère chargé de la santé.

Ce rapport réalisé par la « mission information et médicament », coprésidée par la juriste Magali Leo (association Renaloo) et le docteur Gérard Kierzek (médecin urgentiste et chroniqueur radio), fait une analyse très critique de la gestion des dernières crises du médicament. Il émet différentes recommandations. La ministre de la santé s'engage pour une information plus accessible, plus claire et plus réactive sur le médicament. Elle entend encourager les remontées d'informations de patients et de professionnels de santé avec la mise en place dès cette année d'une stratégie de promotion de la déclaration des événements indésirables et le développement des technologies permettant de repérer des signaux faibles d'alerte en dehors du système de pharmacovigilance. La ministre a également demandé que la communication d'urgence en cas d'alerte sur un médicament soit confiée à l'ANSM. Une source unique d'information publique sur le médicament en s'appuyant sur Sante.fr sera en outre mise en place.

► **Medicines Reimbursement Policies in Europe**

VOGLER S., HAASIS M.A., DEDET G.  
2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf)

This report reviews and analyses different reimbursement policies for medicines applied by countries in

the WHO European region. The study used a mixed methods approach including primary data collection through a questionnaire addressing the competent authorities included in the Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) network, a literature review, qualitative interviews with authorities and researchers in selected case study countries, and a cross-country analysis of the actual financial burden for patients.

## Méthodologie – Statistique

► **The Effects of Self-Assessed Health: Dealing with and Understanding Misclassification Bias**

CHEN L., CLARKE P. M., PETRIE D. J., *et al.*  
2018

HEDG Working Paper ; 18/26. York University of York.

Categories of self-assessed health (SAH) are often used as a measure of health status. However, the difficulties with measuring overall health mean that the same individual may select into different SAH categories even though their underlying health has not changed. Thus, their observed SAH may involve misclassification, and the chance of misclassification may differ across individuals. As shown in this paper, if neglected, misclassification can lead to substantial biases in not only the estimation of the effects of SAH on outcomes, but also on the effects of other variables of interest, such as education and income. This paper studies nonlinear regression models where SAH is a key explanatory variable, but where two potentially misclassified measures of SAH are available. In contrast to linear regression models, the standard approach of using one SAH measure as an instrumental variable for the other cannot produce consistent estimates. However, we show that the coefficients can be identified from the joint distribution of the outcome and the two misclassified measures without imposing additional structure on the misclassification, and we propose simple likelihood-based approaches to estimate all parameters consistently via a convenient EM algorithm. The estimator is applied to data from the Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey, where we exploit the natural experiment that

in some waves individuals were asked the same question about their health status twice, and almost 30% of respondents change their SAH response. We use the estimator to (i) obtain the first reliable estimates of the relationship between SAH and long-term mortality and morbidity, and to (ii) document how demographic and socio-economic determinants shape patterns of misclassification of SAH.

► **Surveillance de la lombalgie en lien avec le travail : comparaison de quatre sources de données et perspectives pour la prévention**

FOUQUET N., CHAZELLE E., CHERIE CHALLINE L., *et al.*

2018

[http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/149048/542621/version/1/file/synthese\\_lombalgies\\_travail.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/149048/542621/version/1/file/synthese_lombalgies_travail.pdf)

Quatre sources de données sur les lombalgies en lien avec le travail sont comparées dans les Pays de la Loire : trois issues du réseau multi-volets de surveillance épidémiologique des TMS de Santé publique France et de l'Université d'Angers, et une issue du système de réparation des maladies professionnelles de l'Assurance Maladie. Dans chaque source, les secteurs d'activité prioritaires pour la prévention ont été identifiés à partir des taux de fréquence par secteurs d'activité et de l'indice de prévention, puis les résultats ont été comparés entre sources. Les hommes, les secteurs de la construction, de l'industrie manufacturière, des transports et communications et de l'agriculture



ressortaient pour les 4 sources amenant à les cibler prioritairement pour les actions de prévention alors que chez les femmes, le secteur de l'industrie manufacturière, le secteur de la santé, de l'action sociale, et le secteur du commerce devaient être prioritaires en termes d'actions de prévention des lomboradiculalgies. Les résultats sont cohérents et complémentaires, cependant l'utilisation d'une source unique pour la surveillance nationale des lombalgies pour orienter la prévention ne refléterait qu'un aspect du problème.

Au niveau national, l'utilisation combinée de plusieurs sources de surveillance, chacune avec sa pertinence et ses limites, permet de détecter les secteurs d'activité à cibler de façon prioritaire et mettre en œuvre des programmes de prévention. Les indicateurs, et notamment les arrêts de travail prolongés et le coût engendré par ces arrêts, auraient tout leur intérêt pour la surveillance nationale des lombalgies en lien avec le travail utile pour la mise en place de programmes de prévention.

## Politique santé-Politique sociale

### ► La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajusté : rapport au premier ministre

CLOAREC-LE NABOUR C. ET DAMON J.

2018

Paris Premier Ministre.

[www.gouvernement.fr/partage/10480-rapport-de-christine-cloarec-le-nabour-et-julien-damon-sur-la-juste-prestation-pour-des-prestations](http://www.gouvernement.fr/partage/10480-rapport-de-christine-cloarec-le-nabour-et-julien-damon-sur-la-juste-prestation-pour-des-prestations)

Ce rapport avait pour but de trouver des solutions afin de mieux lutter contre la pauvreté tout en maîtrisant davantage les dépenses publiques. Pour y parvenir, les rapporteurs préconisent notamment d'ajuster les prestations aux ressources de l'année en cours des allocataires (et non plus avec un décalage de deux ans), à l'instar de ce que prévoit la réforme de l'aide personnalisée au logement au printemps 2019; d'harmoniser les bases ressources afin que les revenus pris en compte soient globalement les mêmes pour toutes les aides; de permettre à chaque allocataire d'être suivi par un interlocuteur unique; de passer d'un système déclaratif basé sur les déclarations nombreuses auxquelles est soumis l'allocataire à un système fondé sur la collaboration entre différents organismes et le croisement de fichiers; de créer à terme un « dossier social unique » pour chaque allocataire.

### ► Combattre la pauvreté des enfants

DAMON J.

2018

Paris Fondapol.

<http://www.fondapol.org/etude/france-combattre-la-pauvrete-des-enfants>

Cette note a été écrite par Julien Damon, professeur associé à Sciences Po ([www.eclairs.fr](http://www.eclairs.fr)) et membre du conseil scientifique et d'évaluation de la Fondation pour l'innovation politique. À partir d'un panorama technique des sources de données, cette note dresse un portrait de la pauvreté des enfants dans ses différentes dimensions. Elle propose ensuite des orientations et recommandations pour encore mieux l'appréhender. Enfin, pour contribuer plus efficacement à la réflexion, elle souligne quelques pistes générales pour des révisions de politiques publiques, insistant sur les cas les plus difficiles et les plus indignes.

### ► Les grands débats qui font l'actu : santé et société

DUCHENE C.

2018

Paris : Dunod

Ce livre décrypte tous les tenants et aboutissants des grands enjeux sociétaux actuels liés aux questions de santé.

► **L'accompagnement des bénéficiaires du RSA**

PITOLLAT C. ET KLEIN M.  
2018

Paris Premier Ministre.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000587/index.shtml>

Dans le sillage des travaux de préparation de la future stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, Claire Pitollat, députée de la deuxième circonscription des Bouches-du-Rhône, et Mathieu Klein, président du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, ont été chargés par le premier ministre, d'une mission de réflexion particulière sur l'accompagnement vers le retour à l'emploi des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA). Cette mission s'inscrivait dans un contexte caractérisé par le constat d'un nombre conséquent de bénéficiaires de longue durée, de taux insuffisants de retour à l'emploi et d'absence d'accompagnement de nombreux bénéficiaires.

► **Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir**

RAYSSIGUIER Y. R. ET HUTEAU G.  
2018

Rennes : Presses de l'EHESP

Publié pour la première fois en 2008, puis réédité en 2012, cet ouvrage invite à découvrir les politiques sociales et de santé à partir d'un double point d'entrée : celui des interventions des pouvoirs publics, et celui des professionnels de l'action sanitaire et sociale. Il ne néglige pas pour autant la place des autres acteurs – établissements, associations et usagers – qui jouent aussi un rôle dans la conception et la mise en œuvre de ces politiques publiques. Politiques sociales et de santé a, certes, pour objet de faire connaître ces domaines, mais surtout il permet d'en comprendre les enjeux et de disposer des méthodes et des outils utiles à l'intervention professionnelle. L'étude des politiques sociales et de santé se situant au carrefour de différentes disciplines, cet ouvrage fait appel aux savoirs les plus récents du droit, de la science politique, de la sociologie et de l'économie, lesquels sont associés à l'expérience professionnelle de ses auteurs.

► **Les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger. Bibliographie thématique**

SAFON M. O.  
2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf>

Depuis une dizaine d'années, la pertinence de soins s'est invitée, en France dans le cadre de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé menée conjointement par l'État et l'Assurance Maladie. Afin de faire un tour d'horizon international des outils à destination des professionnels de santé et des patients, susceptibles d'améliorer la pertinence des soins, cette bibliographie recense des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur les dispositifs ou expérimentations existants.

► **Les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger. Revue de littérature**

ISSAAD V., OR Z. ET SAFON M. O.  
2018

Paris : Irdes

[www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf)

À partir d'une analyse de la littérature scientifique (Bases Medline, Cochrane – EPOC, Econlit...), l'objectif de cette revue bibliographique est donc d'identifier les dispositifs à destination des professionnels de santé et des patients, qui pourraient concourir à une amélioration de la pertinence des soins. Si certains outils se révèlent peu efficaces, comme les incitations financières, d'autres, conjugués entre eux, comme la formation médicale, les référentiels, les stratégies de soins adaptés et les retours d'information des patients pourraient avoir un impact faible à modéré sur les pratiques médicales. Enfin, s'il ne semble pas y avoir un remède « miracle », les outils d'aide à la décision présentent cependant des résultats intéressants et pourraient bien être un levier important de l'amélioration de la pertinence.

► **Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Tomes I et II**

VIGIER J. P.

2018

Paris Assemblée Nationale.

[www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t1.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t1.pdf)

[www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t2.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t2.pdf)

Ce rapport, fruit de plus de 30 auditions et d'une centaine de personnes interrogées expose 25 propositions pour lutter contre la désertification médicale, dont une réforme des études médicales, un nouveau maillage territorial et la simplification administrative.

## Prévention

► **L'éducation thérapeutique du patient : la place des médecins généralistes. Bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-education-therapeutique-du-patient-la-place-des-medecins-generalistes.pdf>

médecine générale. Elle constitue une première étape de recherche documentaire, que nous mettons à disposition de la communauté scientifique. Néanmoins, elle reste extensive et ne prétend pas à l'exhaustivité. Les documents identifiés sont accompagnés des résumés.

En France, l'éducation du patient s'est développée à partir des années 90, de manière non structurée et non coordonnée, alors qu'il n'existait pas d'encadrement juridique. Les premiers programmes d'éducation thérapeutique ont été conçus et mis en œuvre essentiellement en milieu hospitalier ou dans des réseaux de santé par des professionnels de santé. Le développement s'est ensuite poursuivi avec un accompagnement des pouvoirs publics à partir de l'année 2005, et, plus particulièrement, dans le cadre de la définition du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007- 2011. Enfin, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) du 21 juillet 2009 a introduit l'ETP par son article 84 dans le droit français. Cette bibliographie a été réalisée dans le cadre d'un projet de recherche en cours à l'Irdes sur la thématique de l'éducation thérapeutique du patient en

## Prévisions-Évaluation

### ► **Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
2018

**Paris Haut Conseil de la santé publique.**

[www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=677](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=677)

Le programme national de sécurité des patients (PNSP) 2013- 2017 est le premier programme déployé en France porteur d'une vision transversale de sécurité tout au long du parcours de soins. Ce programme doté d'objectifs ambitieux (amélioration de la sécurité des prises en charge, de la culture de sécurité associant les usagers) a permis de définir un cadre réglementaire fort, avec la rédaction de textes juridiques et l'élaboration par la Haute Autorité de santé (HAS) d'outils et de guides à visée pédagogique pour les acteurs de terrain. L'évaluation porte sur les 3 premiers axes du programme (1 : information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité; 2 : amélioration de la déclaration et de la prise en charge des événements indésirables associés aux soins; 3 : formation, culture de sécurité, appui). Le HCSP formule 9 préconisations pour la politique de sécurité des patients, organisées selon 3 axes : promouvoir de nouveaux objectifs pour développer la sécurité des patients; poursuivre une politique forte consacrée à la sécurité des patients; déterminer les modalités de la future gouvernance de la politique de sécurité des patients. Ces préconisations concernent notamment la consolidation du circuit des événements indésirables, la poursuite de la construction d'une culture commune de sécurité des patients, et le renforcement de la communication. Compte-tenu des enjeux actuels de santé publique le HCSP propose qu'il y ait une suite rapide au PNSP 2013- 2017 (résumé de l'éditeur).

### ► **Rapport d'analyse prospective 2018 : de nouveaux choix pour soigner mieux**

LEGULUDEC P. ET JULIENNE K.  
2018

**Paris Haute Autorité de santé.**

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-07/rapport\\_analyse\\_prospective\\_2018.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-07/rapport_analyse_prospective_2018.pdf)

La Haute Autorité de Santé (HAS) s'est vue confier, par l'ordonnance du 26 janvier 2017, la mission annuelle de remettre au Parlement une analyse prospective comprenant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience du système de santé. Ce premier rapport prospectif 2018 rassemble 21 propositions pour agir et garantir sur le long terme un système de santé de qualité, efficient et équitable, tout en s'assurant que l'offre de santé répond aux priorités des usagers en France. Ce document préconise notamment une gestion plus dynamique du panier de biens et services de santé pris en charge, qui devra être portée par une forte volonté politique.

## Psychiatrie

### ► **La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique**

CENTRE PRIMO LEVI MÉDECINS DU MONDE  
2018

**Paris Médecins du Monde, Paris Centre Primo Levi.**

[https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s\\_Rapport%20pages.pdf](https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport%20pages.pdf)

La santé mentale, et plus largement la souffrance psychique, se situe dans l'exact angle mort des politiques publiques concernant les personnes exilées, encore majoritairement orientées vers le soin des maladies infectieuses et la prise en charge des urgences médicales. Elle constitue pourtant une urgence sanitaire et un enjeu de santé publique majeur. Le Centre Primo Levi et Médecins du Monde, tous deux engagés dans l'accueil et le soin des personnes exilées, réunissent leurs constats dans ce rapport. Ils dressent un tableau sans concession de la situation et mettent en avant des propositions afin que soit enfin élaborée, au niveau national, une réponse de santé publique adaptée à l'enjeu majeur que représente la santé mentale de ces personnes.

### ► **Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée**

COLDEFY M. ET GANDRE C.  
2018

**Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(237).**

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf>

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès apparées aux données de consommation de soins dans le Système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance Maladie. La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations

en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé. Ces premiers résultats encouragent à développer des travaux visant à expliquer cette surmortalité ainsi qu'à mener en parallèle des actions ciblées pour réduire les inégalités de santé dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique.

### ► **Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2018

**In: Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018, Paris : Ministère chargé de la santé**

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire, au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'Assurance Maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes, incluant les soins de ville (30 %), les hospitalisations (48 %) et les prestations en espèces (22 %), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus. Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposent en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

### ► **Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960**

LOPEZ A. ET TURAN-PELLETIER G.  
2017

**Paris IGAS.**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000071/index.shtml>

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de



soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

#### ► **Mental Health Atlas 2017**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2018

**Genève OMS.**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf>

The 2017 version of Mental Health Atlas continues to provide up-to-date information on the availability of mental health services and resources across the world, including financial allocations, human resources and specialised facilities for mental health. This information was obtained via a questionnaire sent to designated focal points in each WHO Member State. Latest key findings are presented in the Box opposite

#### ► **Mental Health, Human Rights and Standards of Care**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2018

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health,-human-rights-and-standards-of-care-2018>

The WHO project on adults with psychosocial and intellectual disabilities living in institutions in the WHO European Region targets a highly marginalized, vulnerable group whose quality of life, human rights and reinclusion in society are seriously compromised

by outdated, often inhumane institutional practices. The specific objectives of the project were to address gaps in knowledge about the number and characteristics of such long-term institutions and to identify deficiencies in current care standards through the lens of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Le projet de l'OMS sur les adultes présentant des déficiences psychosociales et intellectuelles et vivant en institution dans la Région européenne de l'OMS vise un groupe très marginalisé et vulnérable dont les droits, la qualité de vie et la réinsertion dans la société sont sérieusement compromis par des pratiques institutionnelles dépassées et souvent inhumaines. Son but est de promouvoir et de faciliter la désinstitutionalisation. Les objectifs spécifiques du projet étaient de pallier le manque de connaissances sur le nombre et les caractéristiques de ces établissements de long séjour, et de recenser les lacunes actuelles en matière de normes de soins sous l'angle de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Cette publication examine et évalue la qualité des soins et la protection des droits de l'homme dans des établissements de plus de 20 pays de la Région à l'aide du kit QualityRights de l'OMS. Elle définit les mesures à prendre afin de parvenir à la désinstitutionalisation et d'assurer le respect des droits des personnes présentant des déficiences psychosociales et intellectuelles.

## Soins de santé primaires

► **Financial Incentives and Physician Prescription Behavior. Evidence from Dispensing Regulations**

BURKHARD D., SCHMID C. ET WUTHRICH G.  
2018

**HEDG Working Paper ; 18/17. York University of York.**

In many healthcare markets, physicians can respond to changes in reimbursement schemes by changing the volume (volume response) and the composition of services provided (substitution response). We examine the relative importance of these two behavioral responses in the context of physician drug dispensing in Switzerland. We find that dispensing increases drug costs by 52% for general practitioners and 56% for specialists. This increase is mainly due to a volume increase. The substitution response is negative on average, but not significantly different from zero for large parts of the distribution. In addition, our results reveal substantial effect heterogeneity.

► **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2018**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS  
2018

**Paris CNOP.**

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/399974/1888607/version/1/file/brochure-la-demographie-+2018.pdf>

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-Pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2018-fascicules-regionaux>

Comme chaque année, l'Ordre national des pharmaciens publie son panorama démographique des pharmaciens au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Les tendances observées précédemment se confirment : Une profession qui poursuit sa restructuration avec une nette tendance au regroupement des officines, des laboratoires de biologie médicale et des établissements de santé ; une profession en renouvellement, la tranche des moins de 33 ans est prépondérante (15,9 % des pharmaciens) ; une profession féminisée puisque 67,3 % des pharmaciens sont des un maillage territorial équilibré, sécurisant l'accès aux médicaments et produits de santé.

► **Medicare : Small and Rural Practices' Experiences in Previous Programs and Expected Performance in the Merit-Based Incentive Payment System**

COSGROVE J.

2017

**Washington GAO.**

<https://www.gao.gov/assets/700/692179.pdf>

Medicare provides payment incentives to physician practices that provide efficient and high-quality care. In 2017, it consolidated its previous payment incentive programs into a new Merit-based Incentive Payment System (MIPS). We found that small practices did not perform as well as larger practices in the previous incentive programs. Medicare estimates that small practices will do better under MIPS in part because the new system offers increased flexibility, such as allowing practices with 10 or fewer providers to participate as a virtual group that can work together and share resources with small practices in other areas of the country.

► **Understanding Physician Decision Making: The Case of Depression**

CURRIE J. ET MACLEOD B.

2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24955. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24955>

Faulty physician decision making has been blamed for everything from medical errors to excessive procedure use and wasteful spending. Yet medical treatment is often complex, requiring a sequence of decisions that may involve trade-offs between selecting the choice with the highest expected value or selecting a choice with higher possible payoffs. We show that the best choice depends on a physician's diagnostic skill so that the optimal treatment can vary even for identical patients. Bringing the model to patient claims data for depression, we show that doctors who experiment more with drug choice achieve better patient outcomes, except when physician decisions violate professional guidelines for drug choice.

► **Rapport de la Mission deuxième cycle des études de médecine**

DUBOIS-RANDE J., HENNIION-IMBAULT Q.  
2018

Paris AEF.

<https://asemdpu.eu/wp-content/uploads/2018/05/Rapport2emeCycle2018.pdf>

L'ancien président de la conférence des doyens des facultés de médecine, le Pr Jean-Luc Dubois-Randé et l'ex vice-président de l'Anemf, Quentin Hennion-Imbault ont rendu en décembre 2017 un rapport sur la réforme du deuxième cycle des études de médecine. Resté jusqu'alors confidentiel, ce rapport comprend 13 propositions de refonte du cursus. La piste la plus emblématique de ce rapport est la suppression des ECNi. Décision attendue, le rapport rappelle que le classement général apparaît aujourd'hui comme « obsolète et inadapté » et propose donc un remplacement progressif des ECNi par un système inspiré du Canada et des États-Unis le principe du « matching ».

► **Les « deux têtes » du médecin**

EVEN G.  
2018

Paris : l'Harmattan

Qu'attend-on du médecin ? Quelle place notre médecine de plus en plus efficace et technicisée peut-elle faire à la personne malade ? L'idée directrice de cet ouvrage est que la médecine a atteint un seuil à partir duquel de profondes modifications sont nécessaires pour que l'attention au sujet occupe la place qui lui revient. C'est à partir de rencontres avec des patients et d'événements ayant marqué l'itinéraire professionnel de l'auteur qu'il sera proposé au lecteur d'entrer dans cette réflexion sur la médecine actuelle et son devenir.

► **Advanced Primary Care: A Key Contributor to Successful ACOs**

JABBARPOU Y., COFFMAN M., HABBIB A., *et al.*  
2018

Washington Patient Centered Primary Care Collaboration.

<https://www.pcpcc.org/resource/evidence2018>

Public and private policymakers have spent more than a decade transforming care delivery and exploring

alternative payment models to improve the quality of care. Two of the most promising approaches—the Patient Centered Medical Home (PCMH) and Accountable Care Organizations (ACO)—both focus on increasing coordinated, outcomes-driven care, but little research has been done on how these models interact to achieve the 'triple aim' of better clinical quality, lower costs, and improved population health. The Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC) convened experts to consider the implications of a first-of-its-kind analysis aimed at filling this important knowledge gap. Their preliminary analysis found that ACOs that leverage advanced primary care models achieved improved population health, lowered costs, and enhanced patient experiences to a greater extent than those that did not. Nearly all results were positive, although not all were statistically significant. Researchers say that ACOs and advanced primary care models are well-positioned to work together to achieve respective goals. With a focus on population health management, ACOs depend on the tenets of strong primary care. Primary care, in turn, depends on the larger healthcare system to meet its full potential to improve patient outcomes.

► **Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé**

LAUDE A. ET TABUTEAU D.  
2018

Paris : IDS

<https://www.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>

Cette étude rassemble des éléments comparés sur les professions de santé dans les pays de l'Union européenne. Afin de parvenir à cerner cette notion de « professions de santé », il convient dans un premier temps de s'intéresser à la manière dont la définition est abordée - ou n'est pas abordée - par le droit des différents États en Europe, le droit de l'Union européenne - le droit international ne définissant pas précisément cette notion. À partir de ce constat selon lequel une telle définition n'existe pas, les professions de santé doivent être étudiées sous l'angle de trois éléments dont il faut tenir compte pour délimiter la profession : la qualification, les compétences, puis les missions du système de santé.

► **Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires**

MESNIER T.

2018

**Paris Ministère chargé de la santé.**

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>

A la demande du ministre des solidarités et de la santé, la mission avait pour but de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Il fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement.

► **La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie**

MORIN D.

2018

**Montréal : Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)**

[www.sidiief.org/produit/la-pratique-infirmiere-avancee-vers-un-consensus-au-sein-de-la-francophonie](http://www.sidiief.org/produit/la-pratique-infirmiere-avancee-vers-un-consensus-au-sein-de-la-francophonie)

Cette publication a pour objectif de soutenir le développement de la profession infirmière au sein de l'espace francophone. L'analyse de ses fondements et de sa valeur économique conclut sur des considérations et des énoncés stratégiques capables de soutenir son évolution pour la configurer à la hauteur des besoins de santé d'une population, et ce, dans le respect des contextes culturels, politiques, économiques et professionnels propres à chaque système de santé.

► **L'activité des médecins libéraux à travers la CCAM**

ROZIERE T., RODTS U., IGONDJO L., *et al.*

2018

**Points De Repère(50)**

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_50\\_-\\_L\\_activite\\_des\\_medecins\\_liberaux\\_a\\_travers\\_la\\_CCAM.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_50_-_L_activite_des_medecins_liberaux_a_travers_la_CCAM.pdf)

Ce Points de repère présente une analyse de l'activité technique médicale réalisée en secteur libéral (cabinets de ville, cliniques privées et centres de santé) et prise en charge par l'Assurance Maladie en 2016, ainsi que de la croissance des actes et des honoraires remboursables sur la période récente. En 2016, les actes techniques (y compris les forfaits techniques d'imagerie) représentaient une dépense de 9,3 milliards d'euros en progression de 4 % par rapport à l'année précédente.

► **Measuring Physicians' Response to Incentives: Evidence on Hours Worked and Multitasking**

SHEARER B., SOME N. H. ET FORTIN B.

2018

**Bonn IZA.**

<http://ftp.iza.org/dp11565.pdf>

We measure the response of physicians to monetary incentives using matched administrative and time-use data on specialists from Québec (Canada). These physicians were paid fee-for-service contracts and supplied a number of different services. Our sample covers a period during which the Québec government changed the prices paid for clinical services. We apply these data to a multitasking model of physician labour supply, measuring two distinct responses. The first is the labour-supply response of physicians to broad-based fee increases. The second is the response to changes in the relative prices of individual services. Our results confirm that physicians respond to incentives in predictable ways. The own-price substitution effects of a relative price change are both economically and statistically significant. Income effects are present, but are overridden when prices are increased for individual services. They are more prominent in the presence of broad-based fee increases. In such cases, the income effect empirically dominates the substitution effect, which leads physicians to reduce their supply of clinical services.

## Systèmes de santé

### ► Health system review : Spain

BERNAL-DELGADO E., GARCIA-ARMESTO S., OLIVA J., *et al.*

2018

**Health systems in transition review ; Vol. 20 No. 2. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.**

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf)

The underlying principles and goals of the Spanish national health system continue to focus on universality, free access, equity and fairness of financing. The evolution of performance measures over the last decade shows the resilience of the health system to macroeconomic conditions, although some structural reforms may be required to improve chronic-care management and the reallocation of resources to high-value interventions (résumé de l'éditeur).

### ► Reforming Payment for Health Care in Europe to Achieve Better Value

CHARLESWORTH A., DAVIES A. ET DIXON J.

2016

**Londres Nuffield Trust.**

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/reforming-payment-for-health-care-in-europe-to-achieve-better-value>

This report compares different payment systems for health care used across Europe and examines their role in improving the efficiency and quality of care. This study suggests that rather than a single payment system such as 'pay for performance' or diagnosis-related groups, blended payment systems have repeatedly been found to contribute to the delivery of high-quality, affordable care. It also explores the reasons why, despite the strong interest in rewarding providers for good quality care and developing payments that cover entire patient care pathways, such reforms have not yet been systematically implemented in Europe. The authors conclude that, while payment systems are an important tool for policy-makers, they should be seen as part of a basket of measures for maximising efficiency and effectiveness that also includes professional culture, public attitudes, and the legal and regulatory framework. Therefore, changes to payment systems need to be part of a wider programme of reform.

### ► Health system review : Greece

ECONOMOU C., KAITELIDOU D., KARANIKOLOS M., *et al.*

2017

**Health systems in transition review ; Vol. 19 No. 5. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.**

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf)

This report examines the impact of the economic crisis on Greece's health systems and the multiple reforms that have been implemented in response. The HiT provides a detailed account of the success and shortcomings of the country's efforts to respond to the challenges it faced. While in the past, long-needed reforms stagnated, the country's Economic Adjustment Programme imposed by international lenders has acted as a catalyst to tackle an unprecedentedly large number of changes in the health sector since 2010. These changes aimed to cut spending, reduce inefficiencies and improve monitoring within a very ambitious time frame, but not all have been successful. Squeezed to the limits, Greece's health system now needs longer-term strategic measures that can ensure a balance of resources, improve responsiveness, and deliver high-quality services equitably and in appropriate settings.

### ► Availability of National Health Services Delivery Data Across the WHO European Region: Scanning Survey Results (2018)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2018

**Copenhague Office des publications du bureau régional de l'Europe.**

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2018/availability-of-national-health-services-delivery-data-across-the-who-european-region-scanning-survey-results-2018>

This publication describes the results of a data availability scanning survey on the sources and availability of data on health services delivery. The survey was initiated with integrated health services delivery focal points at the annual meeting of this network in June 2017. The survey found that information is available on the health workforce and financing across the

Region. Information on equipment and infrastructure at the health facility level is less readily available and, for regional monitoring purposes, likely needs to be supplemented by survey data. Information on the performance of health services delivery can be gathered from existing information systems, except for long-term care. Data on patient experience are collected in a few

countries on an ad hoc basis and are not linked to other databases. Key informants to supplement information on the performance and capacity of health services delivery can be identified from existing associations of patients and health professionals since these are available across countries.

## Travail et santé

### ► **Has the Economic Crisis Worsened the Work-Related Stress and Mental Health of Temporary Workers in Spain?**

BARTOLL X., GIL J. ET RAMOS R.

2018

**Bonn IZA.**

<http://ftp.iza.org/dp11701.pdf>

This paper analyses the causal effects of temporary employment on work-related stress and mental health before (2006/07) and during the economic crisis (2011/12) and examines whether the economic recession worsened these two health outcomes. To control for selection bias, propensity scores (PS) are computed separately for men and women using microdata from two cross-sectional surveys, considering temporary (treatment group) versus permanent employment (control group). Next, we use difference-in-differences estimators stratifying by age, education level, and regional unemployment differences using PS as weights. Our results indicate that a male salaried worker with a temporary labour contract tends to have lower levels of work-related stress in the pre-crisis period, but not for women. The stratification analysis shows lower work-related stress levels among older male adults, workers with a high education level, and employees in regions with high unemployment rates. The economic crisis is responsible for increasing stress only among older temporary workers and male university graduates, without affecting women. We also see evidence of a positive link between temporary employment and poor mental health in both periods, although only for men. We neither find significant impacts for our sample of men or women, nor for most of our population subgroups with the exception of male workers with a university degree.

### ► **Working Times and Overweight: Tight Schedules, Weaker Fitness?**

COSTA-FONT J. ET SAENZ DE MIERA JUAREZ B.

2018

**IZA Discussion Paper ; 11702. Bonn IZA.**

<http://ftp.iza.org/dp11702.pdf>

Although the rise in obesity and overweight is related to time constraints influencing health investments (e.g., exercise, shopping and cooking time, etc.), there is limited causal evidence to substantiate such claims. This paper estimates the causal effect of a change in working times on overweight and obesity drawing from evidence from the Aubry reform implemented in the beginning of the past decade in France. We use longitudinal data from GAZEL (INSERM) 1997-2006 that contains detailed information about health indicators, including measures of height and weight. Taking the Alsace-Moselle department as a control group and a difference-in-differences strategy, we estimate the effect of a differential reduction in working times on body weight. Our results show evidence of 0.7% increase in average BMI and an 8pp increase in the probability of overweight among blue collars exposed to the reform. In contrast, we find no effect among white collar workers. The effects are robust to different specifications and placebo tests.

► **Point statistique AT-MP France. Données 2016**

EUROGIP  
2018

Paris Eurogip.

[www.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/5012-point-statistique-at-mp-france-donnees-2016](http://www.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/5012-point-statistique-at-mp-france-donnees-2016)

Ce document présente une synthèse descriptive des principales données statistiques disponibles sur les accidents du travail (AT) les accidents de trajet et les maladies professionnelles (MP) en France.

► **Exemples d'incitations financières à la prévention des risques professionnels en Europe**

EUROGIP  
2018

Paris Eurogip

[https://www.eurogip.fr/images/pdf/Eurogip133F-Incitations\\_Prev\\_Europe.pdf](https://www.eurogip.fr/images/pdf/Eurogip133F-Incitations_Prev_Europe.pdf)

La plupart des organismes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP) soutiennent les entreprises dans la prévention de ces risques à travers des incitations financières. Différenciation des primes, bonus/malus... Les incitations fondées sur la sinistralité qu'enregistre l'entreprise sont ainsi largement utilisés via les systèmes de tarification des AT/MP. Parallèlement, des incitations économiques sont mises en place pour valoriser l'effort en prévention. L'accent est alors mis sur l'accompagnement des entreprises et de leurs salariés et la promotion d'une culture de prévention durable. Dans cette note, Eurogip présente différents systèmes d'incitations à la prévention des risques professionnels en Allemagne, Autriche, au Danemark et en Italie. Les exemples retenus concernent des dispositifs intéressants pour différentes raisons cumulables : forte dissémination, implication des branches professionnelles, simplicité de mise en œuvre, disponibilité d'informations détaillées.

► **Inequalities in Labour Market Consequences of Common Mental Disorders**

JARL J., LINDER A. ET BUSCH H.  
2018

Lund Lund University.

[https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2018\\_015.html](https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2018_015.html)

The burden of mental disorders continues to grow and is now a leading cause of disability worldwide. The prevalence of mental disorders is unequal between population subgroups, and these disorders are associated with unfavourable consequences in social and economic conditions, health and survival. However, how the negative effects of mental disorders are distributed among population subgroups is less studied. Our aim is to investigate how labour market consequences of Common Mental Disorders (CMD) differ over gender, age, education, and country of birth. We use a population sample from southern Sweden of patients diagnosed with CMD 2009-2012 and a matched general population control group with linked register information on employment, long-term sick leave, and disability pension. Logistic regression with interaction effects between CMD and sociodemographic indicators are used to estimate labour market consequences of CMD in the different population subgroups. CMD have a negative impact on all labour market outcomes studied, reducing employment while increasing the risk of long term sick leave and disability pension. However, the associated effect is found to be stronger for men than women, except for disability pension where consequences are similar. Surprisingly, high educated individuals suffer worse labour market consequences than low educated. Consequences of CMD in labour market outcomes are not consistent across different age-groups and country of birth. Inequalities in the labour market consequences of common mental disorders sometimes contributes to, and sometimes mitigates, societal inequalities in employment, long term sick leave and disability pension. When developing new strategies to tackle mental ill health in the population, it may therefore be motivated to consider not only inequalities in the prevalence of mental disorders, but also inequalities in the consequences of these disorders.

► **Quantifying the Benefits of Social Insurance: Unemployment Insurance and Health**

KUKA E.

2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24766. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24766>

While the Unemployment Insurance (UI) program is one of the largest safety net program in the U.S., research on its benefits is limited. This paper exploits plausibly exogenous changes in state UI laws to empirically estimate whether UI generosity mitigates any of the previously documented negative health effects of job loss. The results show higher UI generosity increases health insurance coverage and utilization, and leads to improved self-reported health. Moreover, these effects are stronger during periods of high unemployment rates. Finally, I find no effects on risky behaviors nor on health conditions.

► **Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée**

LECOCQ C., DUPUIS B. ET FOREST H.

2018

**Paris Igas.**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000578/index.shtml>

Commandé par le gouvernement le 22 janvier dernier, ce rapport sur la santé au travail rassemble les propositions de la mission pour améliorer l'efficacité de la prévention des risques professionnels. Parmi les pistes retenues : la création de « France Santé Travail », un établissement qui réunirait « sous la même bannière » l'INRS, l'Anact et l'OPPBTP, la création de structures régionales de droit privé regroupant les services de santé au travail interentreprises (SSTI), les compétences des Aract, des agences régionales de l'OPPBTP, les agents des Carsat affectés aux actions de prévention, et une refonte du mode de financement, avec une cotisation unique pour les employeurs. Les différentes ressources par ailleurs consacrées à la prévention (fonds de l'Etat, de la branche AT-MP, fonds issus des cotisations finançant des structures régionales de prévention...) seraient réunies dans un unique fonds national. La répartition des dotations sur l'ensemble du territoire pourrait être décidée par la structure nationale de prévention, et la gestion des fonds être assurée par la Cnam.

► **Self-Employment Can Be Good for Your Health**

NIKOLOVA M.

2018

**GLO Discussion Paper Series ; 226. Maastricht GLO.**

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwglodps/226.htm>

Drawing upon theoretical insights from the Job Demand-Control model, which links occupational characteristics to health, this paper provides the first causal evidence of the physical and mental health consequences of self-employment. Specifically, I utilize German longitudinal data for the period 2002-2014 and difference-in-differences estimations and find that both switches from unemployment to self-employment (necessity entrepreneurship) and transitions from regular employment to self-employment (opportunity entrepreneurship) lead to health enhancements for entrepreneurs with and without employees. Specifically, necessity entrepreneurs experience improvements in mental but not physical health, while opportunity entrepreneurship is associated with both physical and mental health gains, which is in line with the theoretical predictions. Importantly, the health improvements cannot be explained by changes in income or working conditions and are not driven by personality and risk preferences or the local unemployment conditions. The results have implications for entrepreneurship theory and practice, current and would-be entrepreneurs as well as policy-makers.

► **Health and Economic Activity over the Lifecycle: Literature Review**

PRINZ D., CHERNEW M., CUTLER D., *et al.*

2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24875. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24875>

We systematically review the literature linking health to economic activity, particularly education and labor market outcomes, over the lifecycle. In the first part, we review studies that link childhood health to later-life outcomes. The main themes we focus on are in-utero exposures, birthweight, physical health and nutrition, mental health, and the environment. In the second part, we review studies of the impact of health on labor market success for adults. The main themes we focus on are the environment, disability, physical health shocks, within-household spillovers, cancer, and mental health.



# Vieillessement

## ► Care Needed : Improving the Lives of People with Dementia

ATKINS T., SUZUKI E.  
2018

Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/publications/care-needed-9789264085107-en.htm>

Across the OECD, nearly 19 million people are living with dementia. Millions of family members and friends provide care and support to loved ones with dementia throughout their lives. Globally, dementia costs over USD 1 trillion per year and represents one of the leading causes of disability for elderly adults. These numbers will continue to rise as population's age. Until a cure or disease-modifying treatment for dementia is developed, the progress of the disease cannot be stopped. This report presents the most up-to-date and comprehensive cross-country assessment of the state of dementia care in OECD countries. In recent years, OECD countries have enhanced their efforts to provide high-quality dementia care during diagnosis, early and advanced dementia, but improving measurement is necessary for enhancements in care quality and outcomes for people with dementia. The report advises a set of policies that can help countries to improve diagnosis, strengthen access to care services, improve the quality of care, and support the families and carers of people living with dementia. Measuring and comparing the services that are delivered to people with dementia and the outcomes they achieve is a crucial part of improving dementia care. Most health systems have very poor data on dementia care and countries should work to strengthen the measurement of quality and outcomes of dementia care.

## ► Health and Income: Testing for Causality on European Elderly People

ADELIN A. ET DELATTRE E.  
2018

THEMA Working Paper n°2018-07. Cergy- Pontoise Université de Cergy-Pontoise.

<https://thema.u-cergy.fr/IMG/pdf/2018-07.pdf>

Socioeconomic status and health are positively related, also known as the «health income gradient». However, when considering the causal impact of income on

health, the reverse causality might be at play. Income inequalities are an important factor in health inequality such that policy makers who aim at improving general health or narrowing inequalities using public policies, need to understand the sources and the direction of the causality between income and health. We thus investigate bivariate causal effects between the two by highlighting the Granger causality. Using the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE), we find evidence of persistent causal effects running from income to health and from health to income. Results, using a Full Information Maximum Likelihood estimator (FIML), suggest that considering a simultaneous equations approach is required because there are unobservable factors common to both equations in the individual effects (statistically significant correlation between the two equations).

## ► How to Improve the Organisation of Mental Healthcare for Older Adults in Belgium?

ADRIAENSSENS J., FARFAN-PORTET M. I.,  
BENAHMED N., *et al.*

2018

Bruxelles KCE.

[https://kce.login.kanooh.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_301\\_Organisation\\_Mental\\_Health\\_Care\\_Elderly\\_Report.pdf](https://kce.login.kanooh.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_301_Organisation_Mental_Health_Care_Elderly_Report.pdf)

Les enfants et les adultes ont leurs réseaux spécifiques de soins de santé mentale, mais qu'en est-il des personnes âgées ? Faut-il organiser leurs soins en un réseau séparé ou peut-on les intégrer dans le système de soins des « adultes » ? À cette question, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) répond que l'âge chronologique ne doit pas servir de critère décisif car les « personnes âgées » constituent un groupe de population très hétérogène, avec des individus en pleine forme et d'autres très fragiles. Il est également d'avis qu'il faut maintenir leurs contacts privilégiés avec leur médecin généraliste, tant pour leurs problèmes somatiques que psychiques. Toutefois, certains problèmes de santé mentale nécessitent des connaissances spécifiques. Le KCE plaide donc pour une extension des différentes offres de soins de santé mentale des « adultes » aux personnes âgées, tout en prévoyant de les renforcer par des spécialistes (à

former) en santé mentale de la personne âgée et en mettant l'accent sur les interventions dans les lieux de vie et sur la collaboration entre tous les intervenants d'aide et de soin.

► **Les attentes en termes de services pour les seniors : Le rôle de l'altruisme et de l'anticipation de la dépendance**

APOUEY B. H.

2018

**PSE Working Papers ; 2017-48. Paris PSE.**

<https://hal-pjse.archives-ouvertes.fr/hal-01627093>

Dans le contexte du vieillissement de la population, cet article s'intéresse aux attentes en termes de nouveaux services qui pourraient faciliter le bien vieillir en France. À partir de données originales sur les adhérents d'une mutuelle, nous nous concentrons sur les attentes relatives à sept types de services (services liés à la vie sociale, et à la santé et aux soins, entre autres) et étudions leurs déterminants. Nos analyses montrent le rôle majeur joué par l'altruisme, la solidarité, et l'anticipation de la dépendance dans ces attentes.

► **Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018**

BRAS P. L.

2018

**Paris Conseil d'orientation des retraites.**

<http://www.cor-retraites.fr/article519.html>

Le rapport annuel 2018 du COR, Évolutions et perspectives des retraites en France, s'inscrit dans le cadre du processus de suivi et de pilotage du système de retraite français mis en place par la loi retraite du 20 janvier 2014. Pour cette cinquième édition du rapport annuel du COR, il a été procédé à une actualisation des projections à court, moyen et long terme du système de retraite. Le présent rapport est organisé en deux parties. La première partie (le contexte) présente le cadrage démographique et économique qui détermine en partie les évolutions des indicateurs de suivi et de pilotage. La deuxième partie (les résultats) décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, à l'aune des indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le COR.

► **Uncertain Altruism and Non-Linear Long-Term Care Policies**

CANTA C. ET CREMER H.

2018

**Tse -924. Toulouse TSE.**

<https://econpapers.repec.org/paper/tsewpaper/32682.htm>

We study the design of public long-term care (LTC) insurance when the altruism of informal caregivers is uncertain. We consider non-linear policies where the LTC benefit depends on the level of informal care, which is assumed to be observable while children's altruism is not. The traditional topping up and opting out policies are special cases of ours. Both total and informal care should increase with the children's level of altruism. This obtains under full and asymmetric information. Social LTC, on the other hand, may be non-monotonic. Under asymmetric information, social LTC is lower than its full information level for the lowest level of altruism, while it is distorted upward for the higher level of altruism. This is explained by the need to provide incentives to high altruism children. The implementing contract is always such that social care increases with formal care.

► **Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1990 à nos jours**

CAPUANO C.

2018

**Paris : SciencesPo Les Presses**

Il est probable que nous vivions vieux, incertain que nous vivions en bonne santé. Pour mieux cerner la question de la dépendance des personnes âgées, de plus en plus aiguë avec le vieillissement de la population, Christophe Capuano apporte son regard d'historien et revient sur la genèse de l'État social depuis les années 1880. Les dispositifs mis en place, fondés sur l'assistance ou l'aide sociale, ont toujours été déficients. Longtemps assimilées aux grands infirmes ou aux handicapés, les personnes âgées ont perdu les bénéfices de la politique du handicap à la fin du XXe siècle. Quant au cinquième risque de la Sécurité sociale – celui de la dépendance –, sa création s'est vue constamment repoussée jusqu'à nos jours. Au travers du sujet de la dépendance, l'auteur souligne la priorité donnée aux économies budgétaires et aux logiques des finances publiques dans les politiques sociales menées envers les troisième et quatrième âges. Il insiste également sur le rôle essentiel des familles, qui se maintient

au fil du temps n'en déplaie aux pouvoirs publics qui ne cessent de pointer leur désengagement.

► **Le vieillissement de la population et ses enjeux Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017**

DE LAPASSE B.  
2018

Paris : CGET

<http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillessement-de-la-population-et-ses-enjeux>

Phénomène mondial, le vieillissement des populations touche aussi bien des pays développés comme le Japon que des pays émergents comme la Chine. En Europe, il a d'abord concerné les pays du Nord avant de s'étendre à ceux du Sud. Cette augmentation de la part de personnes âgées dans la population européenne (13,7 % des personnes avaient 65 ans et plus en 1990, 19,2 % en 2016 dans l'UE 28) est la dernière conséquence de la transition démographique, qui se traduit par la baisse de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie. La population française vieillit elle aussi, mais à un rythme légèrement moins rapide. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016. Ce vieillissement affecte toutefois différemment les territoires français. Les territoires peu denses accueillent une forte proportion de populations âgées mais ne vieilliront plus. L'enjeu principal sera le problème de l'isolement. Le périurbain des années 1970 est jeune et va connaître au moins ponctuellement un vieillissement marqué. Un des enjeux majeurs y sera l'accessibilité aux services. Enfin, le littoral méditerranéen cumule les trois facteurs à considérer : une population déjà vieille, une population qui va continuer à vieillir et, du fait d'un territoire attractif, une forte augmentation du nombre de personnes âgées. L'enjeu sera d'adapter les capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour qu'elles accompagnent cette importante augmentation.

► **The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)**

EUROPEAN COMMISSION  
2018

European Economy Institutional Papers; 079.  
Luxembourg Publications Office of the European Union.

[https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en)

This report looks at the long-run economic and fiscal implications of Europe's ageing population. This report is structured in two parts. The first part describes the underlying assumptions: the population projection, the labour force projection and the macroeconomic assumptions used. The second part presents the long-term budgetary projections on pensions, health care, long-term care, education and unemployment benefits. A Statistical Annex gives an overview of the main assumptions and macroeconomic projections as well as projection results of age-related expenditure items by area and by country.

► **Le financement de l'aide à l'autonomie : comment adapter notre système de protection sociale au défi du vieillissement ?**

FONTAINE R.  
2018

Recherche Sur Le Vieillessement(13)

[https://www.ined.fr/fichier/rte/65/Lettre\\_dinformation\\_13\\_ILVV\\_juin\\_2018.pdf](https://www.ined.fr/fichier/rte/65/Lettre_dinformation_13_ILVV_juin_2018.pdf)

Les dépenses d'aide à l'autonomie des personnes âgées représentaient au total près de 30 m milliards d'euros en 2014. Environ 79 % de ces dépenses sont aujourd'hui couvertes par des financements publics, le reste étant laissé à la charge des ménages confrontés à une situation de perte d'autonomie.

► **Débattre des enjeux : le vieillissement**

LOVE P.

2018

**Les essentiels de l'OCDE.**

[www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/debattre-des-enjeux-le-veillissement\\_9789264289697-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/debattre-des-enjeux-le-veillissement_9789264289697-fr)

Le vieillissement a de nombreuses répercussions sur les individus et la société dans son ensemble. Mais ses conséquences sur les soins de santé, la vie professionnelle et le bien-être en général ne sont pas toujours telles que nous l'imaginons. Le rapport de la série Les essentiels de l'OCDE : débattre des enjeux consacrés au vieillissement examine les problèmes, les défis et les opportunités que représente le vieillissement pour les citoyens et les pouvoirs publics des pays développés et en développement. Des experts de l'OCDE ou d'ailleurs dans les domaines de la démographie, de la recherche médicale, des retraites, de l'emploi et autres, y présentent leurs analyses et points de vue sur l'une des tendances les plus déterminantes pour nos sociétés.

► **Perte d'autonomie des personnes âgées : étude nationale et études régionales**

MICHEL M.

2018

**Paris : Insee**

[www.insee.fr/fr/statistiques/3554333](http://www.insee.fr/fr/statistiques/3554333)

<https://www.insee.fr/fr/information/3562458>

L'Insee publie un ensemble d'études nationale et régionales sur la perte d'autonomie des seniors vivant à domicile, réalisées à partir des données de l'enquête Vie Quotidienne et Santé de 2014. La part des seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre, indépendamment des différences

d'âge au sein de la population des seniors. Les régions dans lesquelles les seniors connaissent le plus de difficultés sociales sont celles où les seniors résident le plus souvent à domicile et où les situations de perte d'autonomie sont les plus fréquentes.

► **The Kids Are Alright - Labour Market Effects of Unexpected Parental Hospitalisations in the Netherlands**

RELLSTAB S., BAKX P., GARCIA-GOMEZ P., *et al.*

2018

**Tinbergen Institute Discussion Paper ; 2018-049/V. Rotterdam Tinbergen Institute.**

<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20180049.html>

Unexpected negative health shocks of a parent may reduce adult children's labour supply via informal caregiving and stress-induced mental health problems. We link administrative data on labour market outcomes, hospitalisations and family relations for the full Dutch working age population for the years 1999-2008 to evaluate the effect of an unexpected parental hospitalisation on the probability of employment and on conditional earnings. Using a difference-in-differences model combined with coarsened exact matching and individual fixed effects, we find no effect of an unexpected parental hospitalisation on either employment or earnings for Dutch men and women, and neither for the full population nor for subpopulations most likely to become caregivers. These findings suggest that the extensive public coverage of formal long-term care in the Netherlands provides sufficient opportunities to deal with adverse health events of family members without having to compromise one's labour supply.

# Index

## A

Adeline A. ....	41
Adriaenssens J. ....	41
Apouey B. H. ....	42
Aragon M. J. ....	17
Atkins T. ....	41

## B

Baena A. ....	13
Bakx P. ....	44
Bartoll X. ....	38
Beaudet T. ....	11
Benahmed N. ....	41
Bergeron P. ....	23
Bernal-Delgado E. ....	37
Boisguerin B. ....	22
Bojke C. ....	14
Bras P. L. ....	42
Burkhard D. ....	34
Busch H. ....	39

## C

Canta C. ....	42
Capuano C. ....	42
Castelli A. ....	14
Cazenave-Lacroutz A. ....	21
Centre International de Recherche sur le Cancer..	18
Centre Primo Levi Médecins du Monde .....	32
Charlesworth A. ....	37
Chazelle E. ....	27
Chen L. ....	27
Cherie Challine L. ....	27
Chernew M. ....	14 , 40

Clarke P. M. ....	27
Cloarec-Le Nabour C. ....	28
Cnil. ....	13
Coffman M. ....	35
Coldefy M. ....	32
Commissariat Général à l'Égalité du Territoire .	19
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale ..	15 , 25 , 32
Com-Ruelle L. ....	20
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens ..	34
Cooke O. D. N. ....	11
Cooper Z. ....	14
Cosgrove J. ....	34
Costa-Font J. ....	38
Coveney M. ....	23
Crawford R. ....	24
Cremer H. ....	42
Culyer A. J. ....	15
Currie J. ....	34
Cutler D. ....	40
Cylus J. ....	16

## D

Damon J. ....	28
Daudigny Y. ....	26
Davies A. ....	37
Dedet G. ....	27
De Lapasse B. ....	43
Delattre E. ....	41
Deleire T. ....	11
Deroche C. ....	26
Desgree Du Loû A. ....	24
Desomer A. ....	20
Dherbecourt C. ....	24
Dixon J. ....	37
Dubois-Rande J. ....	35

Duchene C. ....	28
Dupuis B. ....	40
Duran A. ....	22

## E

Economou C. ....	37
Escarce J. J. ....	25
Eurogip ....	39
European Commission.....	43
Evans T. ....	12
Even G. ....	35

## F

Farfan-Portet M. I. ....	41
Fauchier-Magnan E.....	19
Fontaine R. ....	43
Forest H. ....	40
Fortin B. ....	36
Fouquet N.....	27

## G

Gandre C.....	32
Garcia-Armesto S.....	37
Garcia-Gomez P. ....	23, 44
Gil J. ....	38
Grasic K.....	14
Guillot V. ....	26

## H

Haasis M.A.....	27
Habbib A.....	35
Haut Conseil de la Santé Publique.....	31
Hayen A. P.....	16
Hennion-Imbault Q.....	35
Holder H. D.....	11
HOPE Survey.....	23

Hopp W. J.....	22
Huguet M. ....	21
Huteau G. ....	29

## I

Igondjo L.....	36
INCa.....	18
Inforoute Santé Canada.....	14
Issaad V.....	29

## J

Jabbarpou Y. ....	35
Jarl J.....	39
Joutard X.....	21
Julienne K. ....	31

## K

Kaitelidou D. ....	37
Karanikolos M.....	37
Khan R. ....	26
Kieny M. P. ....	12
Kierzek G.....	26
Klein M. ....	29
Klein T. J. ....	16
Kuka E. ....	40
Kumpunen S. ....	11

## L

Landriault J. P.....	23
Lapinte A. ....	12
Larsen-Hallock E. ....	14
Laude A.....	35
Lebihan L. ....	25
Lecocq C. ....	40
Leguludec P.....	31
Leo M.....	26

Linder A. ....	39
Lopez A. ....	32
Love P. ....	44

## M

Macleod B. ....	34
Mao Takongmo C. O. ....	25
McKellips F. ....	25
Mesnier T. ....	36
Michel M. ....	44
Ministère chargé de la santé .....	21
Morin D. ....	36

## N

Nestrigue C. ....	20
Nikolova M. ....	40
Nishi T. ....	16
Nolte E. ....	16

## O

Oliva J. ....	37
Organisation Mondiale de la Santé ..	18 , 19 , 33 , 37
Or Z. ....	21 , 29

## P

Perotti R. ....	17
Perronnin M. ....	12
Petrie D. J. ....	27
Pierron L. ....	11
Pitollat C. ....	29
Prinz D. ....	40
Proshin A. ....	21

## R

Rachiq C. ....	13
Ramos R. ....	38
Ray-Coquard I. ....	21
Rayssiguier Y. R. ....	29
Rechel B. ....	22
Rellstab S. ....	44
Rice N. ....	17
Rocco L. ....	25
Rodts U. ....	36
Roland D. ....	16
Roziere T. ....	36

## S

Saenz De Miera Juarez B. ....	38
Safon M. O. ....	29 , 30
Saghafian S. ....	22
Salm M. ....	16
Saltman R. ....	22
Scarpetta S. ....	12
Schmid C. ....	34
Shearer B. ....	36
Socha-Dietrich K. ....	26
Some N. H. ....	36
Stoye G. ....	24
Suzuki E. ....	41

## T

Tabuteau D. ....	35
Tertrais B. ....	13
Toulemonde F. ....	22
Tremblay M. ....	23
Triemstra M. ....	20
Turan-Pelletier G. ....	32

## V

Van Den Heede K. ....	20
Van Doorslaer E. ....	23

Vigier J. P.....	30
Vogler S.....	27

## **W**

Wallon V.....	19
Wuthrich G. ....	34

## **Z**

Zarenko B.....	24
----------------	----



# **Watch on Health Economics Literature**

***November 2018***

## **IRDES Information Centre**

Health Insurance	Health policy-Social Policy
Demography	Prevention
E-Health-Medical Technologies	Prevision-Evaluation
Health Economics	Psychiatry
Health status	Primary health care
Hospital	Health systems
Health inequalities	Occupational Health
Pharmaceuticals	Aging
Methodology-statistics	

## Presentation

Produced by the IRDES Information Centre, this publication presents each month a theme-sorted selection of recently published peer-reviewed journal articles, grey literature, books and reports related to Health Policy, Health Systems and Health Economics.

Some documents are available online for free. Paid documents can be consulted at the [IRDES Information centre](#) or be ordered from their respective publishers. Copies of journal articles can also be obtained from university libraries (see [Sudoc](#)), the Inist Agency (see [Refdoc](#)) or the [British Library](#).

**Please note that requests for photocopies or scans of documents will not be answered.**

All past issues of **Watch on Health Economics Literature** (previously titled **Doc Veille**) are available online for consultation or download:  
[www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

### **Watch on Health Economics Literature**

<b>Publication Director</b>	Denis Raynaud
<b>Information specialists</b>	Marie-Odile Safon Véronique Suhard
<b>Design &amp; Layout</b>	Franck-Séverin Clérembault
<b>Web publishing</b>	Aude Sirvain
ISSN	2556-2827

Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
117bis rue Manin - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)



**Any reproduction is prohibited but direct links to the document are allowed:**  
[www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

# Contents

## Author index.....91

### Health Insurance

- 57 **Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019**

Cnam

- 57 **La mutualité**

Beaudet T. et Pierron L.

- 57 **Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in the United Kingdom**

Cooke O. D. N., Kumpunen S. et Holder H. D.

- 57 **The Effect of Disenrollment from Medicaid on Employment, Insurance Coverage, Health and Health Care Utilization**

Deleire T.

- 58 **Delivering Quality Health Services: A Global Imperative**

Kieny M. P., Evans T., Scarpetta S., et al.

- 58 **96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017**

Lapinte A. et Perronnin M.

### Demography

- 59 **Le défi démographique : mythes et réalités**

Tertrais B.

### E-Health-Medical Technologies

- 59 **Les bénéfices d'une meilleure autonomie numérique**

Baena A. et Rachiq C.

- 59 **Guide pratique sur la protection des données personnelles**

Cnil

- 60 **Étude d'évaluation des avantages de l'information de santé connectée au Canada**

Inforoute Santé Canada

### Health Economics

- 60 **Accounting for the Quality of NHS Output**

Bojke C., Castelli A., Grasic K., et al.

- 60 **Are Health Care Services Shoppable? Evidence from the Consumption of Lower-Limb MRI Scans**

Chernew M., Cooper Z. et Larsen-Hallock E.

- 61 **Cost, Context and Decisions in Health Economics and Cost-Effectiveness Analysis**

Culyer A. J.

- 61 **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 61 **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

- 62 **Identifying Options for Funding the NHS and Social Care in the UK: International Evidence**

Cylus J., Roland D. et Nolte E.

- 62 **Does the Framing of Patient Cost-Sharing Incentives Matter? The Effects of Deductibles vs. No-Claim Refunds**

Hayen A. P., Klein T. J. et Salm M.

- 62 **The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**

Nishi T.

- 63 **The Human Side of Austerity: Health Spending and Outcomes During the Greek Crisis**

Perotti R.

**63 The Determinants of Health Care Expenditure Growth**

Rice N. et Aragon M. J.

---

**Health status**

---

**64 Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine**

Centre International de Recherche sur le Cancer

**64 La vie cinq ans après un diagnostic de cancer**

INCa

**64 Les cancers en France en 2017**

INCa

**64 Time to Deliver. Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases**

Organisation Mondiale de la Santé

**65 World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs**

Organisation Mondiale de la Santé

**65 Rapport sur la cohésion des territoires**

Commissariat Général à l'Égalité du Territoire

**65 Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS**

Fauchier-Magnan E. et Wallon V.

---

**Hospital**

---

**66 Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats**

Com-Ruelle L., Nestrigue C.

**66 Use of Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Patient Care and Policy**

Desomer A., Van Den Heede K., Triemstra M., et al.

**67 What Underlies the Observed Hospital Volume-Outcome Relationship?**

Huguet M., Joutard X., Ray-Coquard I., et al.

**67 Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017**

Ministère chargé de la santé

**67 Impact of Diagnosis Related Group Refinement on the Choice Between Scheduled Caesarean Section and Normal Delivery: Recent Evidence from France**

Proshin A., Cazenave-Lacroutz A., Or Z., et al.

**68 What Is the Experience of Decentralized Hospital Governance in Europe? Ten Case Studies from Western Europe on Institutional and Accountability Arrangements**

Rechel B., Duran A. et Saltman R.

**68 Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment**

Saghafian S. et Hopp W. J.

**68 Les établissements de santé : édition 2018**

Toulemonde F. et Boisguerin B.

---

**Health inequalities**

---

**69 Migrants and Refugees : Good Practices in Hospitals and Healthcare Services**

HOPE Survey

**69 Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Synthèse des connaissances**

Bergeron P., Tremblay M. et Landriault J. P.

**69 Every Crisis Has a Silver Lining? Unravelling the Pro-Cyclical Pattern of Health Inequalities by Income**

Coveney M., Garcia-Gomez P., Van Doorslaer E., et al.

**70 The Impact of Cuts to Social Care Spending on the Use of Accident and Emergency Departments in England**

Crawford R., Stoye G. et Zarenko B.

**70 Migrations et santé : des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux**

Desgree Du LoÛ A.

**70 Nés sous la même étoile ? Origine sociale et niveau de vie**

Dherbecourt C.

**71 Immigration and the Health of Older Natives in Western Europe**

Escarce J. J. et Rocco L.

**71 Health Disparities for Immigrants: Theory and Evidence from Canada**

Lebihan L., Mao Takongmo C. O. et McKellips F.

---

**Pharmaceuticals**

---

**71 Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017**

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

**72 Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce**

Daudigny Y., Deroche C. et Guillotin V.

**72 Investing in Medication Adherence Improves Health Outcomes and Health System Efficiency**

Khan R. et Socha-Dietrich K.

**72 Rapport sur l'amélioration de l'information des usagers et des professionnels de santé sur le médicament**

Leo M. et Kierzek G.

**73 Medicines Reimbursement Policies in Europe**

Vogler S., Haasis M.A., Dedet G.

---

**Methodology-statistics**

---

**73 The Effects of Self-Assessed Health: Dealing with and Understanding Misclassification Bias**

Chen L., Clarke P. M., Petrie D. J., et al.

**73 Surveillance de la lombalgie en lien avec le travail : comparaison de quatre sources de données et perspectives pour la prévention**

Fouquet N., Chazelle E., Cherie Challine L., et al.

---

**Health policy-Social Policy**

---

**74 La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajusté : rapport au premier ministre**

Cloarec-Le Nabour C. et Damon J.

**74 Combattre la pauvreté des enfants**

Damon J.

**74 Les grands débats qui font l'actu : santé et société**

Duchene C.

**75 L'accompagnement des bénéficiaires du RSA**

Pitollat C. et Klein M.

**75 Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir**

Rayssiguier Y. R. et Huteau G.

**75 Les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger. Bibliographie thématique**

Safon M. O.

**75 Les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger. Revue de littérature**

Issaad V., Or Z. et Safon M. O.

**76 Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en oeuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Tomes I et II**

Vigier J. P.

---

**Prevention**

---

**76 L'éducation thérapeutique du patient : la place des médecins généralistes. Bibliographie thématique**

Safon M. O.

---

**Prevision-Evaluation**

---

**77 Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017**

Haut Conseil de la Santé Publique

**77 Rapport d'analyse prospective 2018 : de nouveaux choix pour soigner mieux**

Leguludec P. et Julienne K.

---

**Psychiatry**

---

**78 La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique**

Centre Primo Levi Médecins du Monde

78 **Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée**  
Coldefy M. et Gandre C.

78 **Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé**  
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

78 **Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960**  
Lopez A. et Turan-Pelletier G.

79 **Mental Health Atlas 2017**  
Organisation Mondiale de la Santé

79 **Mental Health, Human Rights and Standards of Care**  
Organisation Mondiale de la Santé

### Primary health care

80 **Financial Incentives and Physician Prescription Behavior. Evidence from Dispensing Regulations**  
Burkhard D., Schmid C. et Wuthrich G.

80 **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2018**  
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

80 **Medicare : Small and Rural Practices' Experiences in Previous Programs and Expected Performance in the Merit-Based Incentive Payment System**  
Cosgrove J.

80 **Understanding Physician Decision Making: The Case of Depression**  
Currie J. et Macleod B.

81 **Rapport de la Mission deuxième cycle des études de médecine**  
Dubois-Rande J., Hennion-Imbault Q.

81 **Les « deux têtes » du médecin**  
Even G.

81 **Advanced Primary Care: A Key Contributor to Successful ACOs**  
Jabbarpou Y., Coffman M., Habbib A., et al.

81 **Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé**  
Laude A. et Tabuteau D.

82 **Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires**  
Mesnier T.

82 **La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie**  
Morin D.

82 **L'activité des médecins libéraux à travers la CCAM**  
Roziere T., Rodts U., Igondjo L., et al.

82 **Measuring Physicians' Response to Incentives: Evidence on Hours Worked and Multitasking**  
Shearer B., Some N. H. et Fortin B.

### Health systems

83 **Health system review : Spain**  
Bernal-Delgado E., Garcia-Armesto S., Oliva J., et al.

83 **Reforming Payment for Health Care in Europe to Achieve Better Value**  
Charlesworth A., Davies A. et Dixon J.

83 **Health system review : Greece**  
Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., et al.

83 **Availability of National Health Services Delivery Data Across the WHO European Region: Scanning Survey Results (2018)**  
Organisation Mondiale de la Santé

### Occupational Health

84 **Has the Economic Crisis Worsened the Work-Related Stress and Mental Health of Temporary Workers in Spain?**  
Bartoll X., Gil J. et Ramos R.

84 **Working Times and Overweight: Tight Schedules, Weaker Fitness?**  
Costa-Font J. et Saenz De Miera Juarez B.

85 **Point statistique AT-MP France. Données 2016**  
Eurogip

85 **Exemples d'incitations financières à la prévention des risques professionnels en Europe**  
Eurogip

- 85 **Inequalities in Labour Market Consequences of Common Mental Disorders**  
Jarl J., Linder A. et Busch H.
- 86 **Quantifying the Benefits of Social Insurance: Unemployment Insurance and Health**  
Kuka E.
- 86 **Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée**  
Lecocq C., Dupuis B. et Forest H.
- 86 **Self-Employment Can Be Good for Your Health**  
Nikolova M.
- 86 **Health and Economic Activity over the Lifecycle: Literature Review**  
Prinz D., Chernew M., Cutler D., et al.
- 89 **Le vieillissement de la population et ses enjeux Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017**  
De Lapasse B.
- 89 **The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)**  
European Commission
- 89 **Le financement de l'aide à l'autonomie : comment adapter notre système de protection sociale au défi du vieillissement ?**  
Fontaine R.
- 90 **Débattre des enjeux : le vieillissement**  
Love P.
- 90 **Perte d'autonomie des personnes âgées : étude nationale et études régionales**  
Michel M.
- 90 **The Kids Are Alright - Labour Market Effects of Unexpected Parental Hospitalisations in the Netherlands**  
Rellstab S., Bakx P., Garcia-Gomez P., et al.
- 
- Aging**
- 87 **Care Needed : Improving the Lives of People with Dementia**  
Atkins T., Suzuki E.
- 87 **Health and Income: Testing for Causality on European Elderly People**  
Adeline A. et Delattre E.
- 87 **How to Improve the Organisation of Mental Healthcare for Older Adults in Belgium?**  
Adriaenssens J., Farfan-Portet M. I., Benahmed N., et al.
- 88 **Les attentes en termes de services pour les seniors : Le rôle de l'altruisme et de l'anticipation de la dépendance**  
Apouey B. H.
- 88 **Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018**  
Bras P. L.
- 88 **Uncertain Altruism and Non-Linear Long-Term Care Policies**  
Canta C. et Cremer H.
- 88 **Que faire de nos vieux? Une histoire de la protection sociale de 1990 à nos jours**  
Capuano C.





## Health Insurance

► **Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019**

CNAM  
2018

Paris Cnam

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php>

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2019 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

► **La mutualité**

BEAUDET T. ET PIERRON L.  
2018

Paris : Presses universitaires de France

Cet ouvrage revient sur l'histoire et les perspectives de la mutualité en trois périodes déterminantes : la création de la Sécurité sociale, l'entrée sous réglementation européenne et la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Trois moments-clés qui sont structurants pour comprendre la mutualité telle qu'elle est, c'est-à-dire autant une manière d'entreprendre et d'être ensemble qu'un mouvement social pleinement inscrit dans l'histoire de France.

► **Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in the United Kingdom**

COOKE O. D. N., KUMPUNEN S. ET HOLDER H. D.  
2018

Copenhagen Office des publications du bureau régional de l'Europe.

This review is part of a series of country-based studies generating new evidence on financial protection in European health systems. Financial protection is central to universal health coverage and a core dimension of health system performance. This review examines the extent to which people living in the United Kingdom experience financial hardship when using health services. It covers the period between 2008 and 2014, a time during which policy responses to the global financial crisis and to the recession in the United Kingdom affected health and social care budgets. Research shows that financial hardship is more likely to occur when public spending on health is low in relation to the gross domestic product (GDP), and out-of-pocket payments account for a relatively high share of total spending on health. Increases in public spending or reductions in out-of-pocket payments are not, in themselves, a guarantee of better financial protection, however. Policy choices are also important.

► **The Effect of Disenrollment from Medicaid on Employment, Insurance Coverage, Health and Health Care Utilization**

DELEIRE T.  
2018

NBER Working Paper Series ; n° 24899. Cambridge NBER

<http://papers.nber.org/papers/W24899>

This study examines the effect of a Medicaid disenrollment on employment, sources of health insurance coverage, health, and health care utilization of childless adults using longitudinal data from the 2004 Panel of the Survey of Income and Program Participation. From July through September 2005, TennCare, the Tennessee Medicaid program, disenrolled approximately 170,000 adults following a change in eligibility rules. Following this eligibility change, the fraction of adults in Tennessee covered by Medicaid fell by over 5

percentage points while uninsured rates increased by almost 5 percentage points relative to adults in other Southern states. There is no evidence of an increase in employment rates in Tennessee following the disenrollment. Self-reported health and access to medical care worsened as hospitalization rates, doctor visits, and dentist visits all declined while the use of free or public clinics increased. The Tennessee experience suggests that undoing the expansion of Medicaid eligibility to adults that occurred under the Affordable Care Act likely would reduce health insurance coverage, reduce health care access, and worsen health but would not lead to increases in employment.

► **Delivering Quality Health Services: A Global Imperative**

KIENY M. P., EVANS T., SCARPETTA S., *et al.*  
2018

Paris OCDE

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>

Universal health coverage (UHC) aims to provide health security and universal access to essential care services without financial hardship to individuals, families and communities. UHC enables a transition to more productive and equitable societies and economies and is enshrined in the 2030 Sustainable Development Goals (SDGs). But UHC should not be implemented without considering the quality of the care provided. Quality means care that is effective, safe, people-centered, timely, equitable, integrated and efficient. High-quality care improves health outcomes and reduces waste. It is integral to a high-value, sustainable health system. Universal access to high-quality health care is not a luxury only rich countries can afford. It can be achieved in all settings with strong leadership, planning and implementation. The returns are worth the investment. While significant progress has been made to improve care quality has been made, more effort is needed in both developing and developed countries. This report describes the current situation with regard to UHC and global quality of care.

► **96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017**

LAPINTE A. ET PERRONNIN M.

2018

Questions d'Economie de La Santé (Irdes)(236)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/236-96-pourcent-des-salaries-ont-acces-a-une-assurance-complementaire-sante-d-entreprise-en-2017.pdf>

L'Accord national interprofessionnel (Ani) du 11 janvier 2013 a généralisé la couverture complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé et a imposé des niveaux de garanties planchers et un cofinancement des contrats par l'employeur à hauteur de 50 % au minimum. Les établissements devaient se conformer à cette obligation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), plus d'un établissement sur deux a mis en place ou modifié une couverture existante du fait de l'Ani. Si bien qu'en 2017, 84 % des établissements regroupant 96 % des salariés offrent une couverture complémentaire santé contre la moitié des établissements avant l'Ani. Les établissements qui demeurent non couverts sont très souvent de petites structures dans lesquelles tous les salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion. Les établissements nouvellement couverts se tournent davantage vers les sociétés d'assurances. Alors que les branches d'activité pouvaient recommander un organisme, plus de la moitié des établissements concernés n'ont pas suivi ces recommandations. Enfin, la participation financière de l'employeur est restée stable par rapport à 2009, année de la précédente édition de PSCE.

## Demography

### ► Le défi démographique : mythes et réalités

TERTRAIS B.

2018

Paris Institut Montaigne.

<https://www.institutmontaigne.org/publications/le-defi-demographique-mythes-et-realites>

La question démographique est au cœur de toutes les grandes problématiques sociétales contemporaines : ressources, climat, conflits, migrations, urbanisation, croissance, éducation, emploi, retraites, santé... Sur chacune de ces dimensions, elle suscite fantasmes, interrogations et débats. La présente note met en

évidence les faits, les enjeux et les conséquences géopolitiques des évolutions démographiques qui se dessinent, alors que nous traversons une période inédite dans l'histoire humaine du point de vue de l'évolution de la population mondiale. Ce document répond de manière factuelle à de nombreuses questions : comment évolueront l'Afrique, l'Europe, l'Asie au XXI<sup>e</sup> siècle ? La Terre saura-t-elle héberger les 11 milliards d'habitants prévus par l'ONU à horizon 2100 ? Comment la démographie impacte-t-elle, de façon directe ou indirecte, les conflits armés, les relations géopolitiques, ou encore les échanges culturels entre les continents ? (résumé de l'éditeur)

## E-Health-Medical Technologies

### ► Les bénéfices d'une meilleure autonomie numérique

BAENA A. ET RACHIQ C.

2018

Paris France Stratégie.

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/benefices-dune-meilleure-autonomie-numerique>

14 millions de Français, soit 28 % de la population, sont éloignés du numérique. Un véritable handicap dans un contexte de numérisation croissante des activités. Commandé à France Stratégie par le secrétaire d'État chargé du Numérique, Mounir Mahjoubi, ce rapport identifie et quantifie les bénéfices d'une meilleure maîtrise des outils numériques par la part de la population française qui ne les utilise pas dans la vie courante. Un plan visant cet objectif pourrait générer 1,6 milliard d'euros de bénéfices annuels, dans les domaines de l'économie numérique, de l'emploi et de la formation, des relations avec les services publics, de l'inclusion sociale et du bien-être.

### ► Guide pratique sur la protection des données personnelles

CNIL

2018

Paris CNIL.

<https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/guide-cnom-cnil.pdf>

Le guide pratique, élaboré et rédigé conjointement par le CNOM et la CNIL, accompagne les médecins dans la mise en œuvre des obligations prévues par la nouvelle réglementation sur la protection des données personnelles. Il propose une approche pragmatique et des fiches thématiques, qui peuvent être consultées distinctement.

► **Étude d'évaluation des avantages de l'information de santé connectée au Canada**

INFOROUTE SANTÉ CANADA

2018

**Montréal Inforoute Santé du Canada.**

[www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3514-etude-d-evaluation-des-avantages-de-l-information-de-sante-connectee-au-canada](http://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/3514-etude-d-evaluation-des-avantages-de-l-information-de-sante-connectee-au-canada)

Cette étude a été commandée par Inforoute santé, un organisme à but non lucratif financé par le gouvernement du Canada et visant à accélérer la création, l'adoption et l'utilisation d'outils de santé numériques.

Inforoute surveille notamment les progrès de chaque province et territoire en ce qui concerne l'accessibilité des données pour chacune des six composantes de base du Dossier de Santé Electronique interopérable (données démographiques des clients et des professionnels de la santé, imagerie diagnostique des hôpitaux, profils des médicaments prescrits; résultats d'analyses de laboratoire; et rapports cliniques et de vaccination). L'étude d'évaluation des avantages de l'information de santé connectée au Canada met en évidence les gains réalisés à mesure qu'augmente l'utilisation de l'information en santé connectée par les professionnels.

## Health Economics

► **Accounting for the Quality of NHS Output**

BOJKE C., CASTELLI A., GRASIC K., *et al.*

2018

**CHE Research Paper Series ; 153. York University of York.**

[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP153\\_accounting\\_quality\\_NHS\\_output.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP153_accounting_quality_NHS_output.pdf)

A measure of the output of the health system should capture the value of the output produced. This is challenging because people usually do not demand healthcare for its own sake, but because of its contribution towards improving their health. Capturing the value of healthcare therefore requires some means of measuring both the outcome and process of healthcare delivery. Current practice in accounting for the quality of healthcare services makes use of routinely available information in order to capture the QALYs associated with treating patients, by combining information on survival rates, life expectancy and a measure of change in health status before and after treatment. The process of care delivery is captured by measures of treatment waiting times. This approach may overlook other important characteristics of the quality of healthcare. This review was designed to assess whether other indicators of quality could be incorporated into the NHS output measure. To this end, the review aimed first to identify which criteria an indicator ought to satisfy in order to be considered for inclusion in an output measure.

► **Are Health Care Services Shoppable? Evidence from the Consumption of Lower-Limb MRI Scans**

CHERNEW M., COOPER Z. ET LARSEN-HALLOCK E.  
2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24869. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24869>

We study how individuals with private health insurance choose providers for lower-limb MRI scans. Lower-limb MRI scans are a fairly undifferentiated service and providers' prices routinely vary by a factor of five or more across providers within hospital referral regions. We observe that despite significant out-of-pocket cost exposure, patients often received care in high-priced locations when lower priced options were available. Fewer than 1 percent of individuals used a price transparency tool to search for the price of their services in advance of care. The choice of provider is such that, on average, individuals bypassed 6 lower-priced providers between their home and the location where they received their scan. Referring physicians heavily influence where their patients receive care. The influence of referring physicians is dramatically greater than the effect of patient cost-sharing. As a result, in order to lower out-of-pocket costs and reduce total MRI spending, patients must diverge from the established referral pathways of their referring physicians. We also observe that patients with vertically integrated (i.e.

hospital-owned) referring physicians are more likely to have hospital-based (and more costly) MRI scans.

► **Cost, Context and Decisions in Health Economics and Cost-Effectiveness Analysis**

CULYER A. J.  
2018

**CHE Research Paper Series ; 154. York University of York.**

[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP154\\_Cost\\_context\\_decisions\\_health\\_economics.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP154_Cost_context_decisions_health_economics.pdf)

Cost in health economics is necessarily associated with a decision. It varies according to the context of that decision: whether about inputs or outputs, the alternatives, its timing, the nature of the commitment to following a decision, who the decision maker is, and the constraints and discretion limiting or liberating the decision maker. Distinctions between short/long runs and between fixed/variable inputs are matters of choice, not technology, and are similarly context-dependent. Costs are not harms or negative consequences. Whether 'clinically unrelated' future costs and benefits should be counted in current decisions also depends on context. The costs of entire health programmes are context-dependent, relating to planned rates of activity, volumes and timings. The implications for the methods of CEA and HTA are different in the contexts of low- and middle- income countries compared with high-income countries, and further differ contextually according to budget constraints (fixed or variable).

► **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2018/06

**Paris Ministère chargé de la santé.**

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juin2018-20180720-104327-203-53.pdf>

Ce rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale porte sur les comptes de la sécurité sociale pour 2017 ainsi que les comptes prévisionnels tendanciels pour 2018. La prévision de croissance du PIB en

2017 était prévue à 1,5 % par la loi de finances initiale (LFI) pour 2017, prévision maintenue par le programme de stabilité d'avril 2017, elle a été ré-estimée à 1,7 % par la LFI pour 2018, puis à 2 % par le programme de stabilité d'avril 2018, pour être arrêtée à 2,2 % par l'Insee en mai 2018. La prévision de masse salariale pour 2017 a été également revue à la hausse : initialement fixée à 2,7 % en projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017, l'évolution prévue a été relevée à 3,3 % dans le PLFSS pour 2018. Elle s'établirait en fait à 3,5 %. En conséquence, les hypothèses macro-économiques sur lesquelles ont été bâties les lois financières pour 2018 ont été revues par le programme de stabilité d'avril 2018. Ainsi, alors que la prévision de croissance du PIB commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2018, tout comme à la loi de programmation 2018-2022, avait été fixée à 1,7 %, celle de la masse salariale à 3,1 % et d'inflation à 1,0 %, le Gouvernement a porté à 2,0 % sa prévision de croissance du PIB pour 2018, et révisé à la hausse les prévisions d'inflation (de 1,0 % à 1,1 %) et de masse salariale du secteur privé attendue désormais en hausse de 3,9 % au lieu de 3,1 %. La croissance du PIB prévue pour 2018 serait ainsi en léger retrait par rapport au résultat de 2017 rendu public par l'Insee postérieurement à la présentation du programme de stabilité. Ces prévisions servent de base à l'élaboration du compte tendanciel de la sécurité sociale en 2018 présenté dans ce rapport.

► **Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2018/09

**Paris Ministère chargé de la santé: 2 vol.**

<http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2017-previsions-2018-et-2019-septembre-2018>

La Commission présente son rapport sur les comptes de la sécurité sociale pour 2017 ainsi que les comptes prévisionnels tendanciels pour 2018. La prévision de croissance du PIB en 2017 était prévue à 1,5 % par la LFI pour 2017, prévision maintenue par le programme de stabilité d'avril 2017, elle a été ré-estimée à 1,7 % par la loi de finances initiale pour 2018, puis à 2 % par le programme de stabilité d'avril 2018, pour être arrêtée à 2,2 % par l'Insee en mai 2018. La prévision de masse salariale pour 2017 a été également revue

à la hausse : initialement fixée à 2,7 % en projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017, l'évolution prévue a été relevée à 3,3 % dans le PLFSS pour 2018. Elle s'établirait en fait à 3,5 %. En conséquence, les hypothèses macro-économiques sur lesquelles ont été bâties les lois financières pour 2018 ont été revues par le programme de stabilité d'avril 2018. Ainsi, alors que la prévision de croissance du PIB commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2018, tout comme à la loi de programmation 2018-2022, avait été fixée à 1,7 %, celle de la masse salariale à 3,1 % et d'inflation à 1,0 %, le Gouvernement a porté à 2,0 % sa prévision de croissance du PIB pour 2018, et révisé à la hausse les prévisions d'inflation (de 1,0 % à 1,1 %) et de masse salariale du secteur privé attendue désormais en hausse de 3,9 % au lieu de 3,1 %. La croissance du PIB prévue pour 2018 serait ainsi en léger retrait par rapport au résultat de 2017 rendu public par l'Insee postérieurement à la présentation du programme de stabilité. Ces prévisions servent de base à l'élaboration du compte tendancier de la sécurité sociale en 2018 présenté dans ce rapport.

► **Identifying Options for Funding the NHS and Social Care in the UK: International Evidence**

CYLUS J., ROLAND D. ET NOLTE E.  
2018

[Londres Health Foundation.](https://www.health.org.uk/sites/health/files/Social%20care%20funding%20-%20international%20evidence_web.pdf)

[https://www.health.org.uk/sites/health/files/Social%20care%20funding%20-%20international%20evidence\\_web.pdf](https://www.health.org.uk/sites/health/files/Social%20care%20funding%20-%20international%20evidence_web.pdf)

Ce document identifie les options pour le financement de la santé et des services sociaux au Royaume-Uni et explore la manière dont 16 autres pays à revenu élevé ont mis en œuvre des changements pour relever des défis systémiques. La plupart de ces pays ont des systèmes de santé publics, mais comptent davantage sur le financement privé pour les services sociaux. Sur le plan international, les réformes de financement ont tendance à être progressives et catalysées par la situation économique plutôt que par la demande de soins.

► **Does the Framing of Patient Cost-Sharing Incentives Matter? The Effects of Deductibles vs. No-Claim Refunds**

HAYEN A. P., KLEIN T. J. ET SALM M.  
2018

[CEPR Discussion Paper ; DP12908. Tilburg Tilburg University.](https://ftp://iza.org/dp11508.pdf)

<https://ftp://iza.org/dp11508.pdf>

In light of increasing health care expenditures, patient cost-sharing schemes have emerged as one of the main policy tools to reduce medical spending. We show that the effect of patient cost-sharing schemes on health care expenditures is not only determined by the economic incentives they provide, but also by the way these economic incentives are framed. Patients react to changes in economic incentives almost twice as strongly under a deductible policy than under a no-claims refund policy. Our preferred explanation is that individuals are loss-averse and respond differently to both schemes because they perceive deductible payments as a loss and no-claim refunds as a gain.

► **The Impact of Revision for Coinsurance Rate for Elderly on Healthcare Resource Utilization: A Pilot Study Using Interrupted Time Series Analysis of Employee Health Insurance Claims Data**

NISHI T.  
2018

[MPRA Paper : 86329. Munich MPRA.](https://econpapers.repec.org/paper/prampropa/86329.htm)

<https://econpapers.repec.org/paper/prampropa/86329.htm>

Cost sharing, including copayment and coinsurance, is often used as a means of containing medical expenditure by reducing unnecessary or excessive use of health-care resources. Previous studies have reported the effects of reducing the coinsurance rate in Japan from 30% to 10% on demand for medical care among people aged 70 years. However, the coinsurance rate in Japan for individuals aged 70–74 years old has recently been increased from 10% to 20%. This study aimed to estimate the economic impact of coinsurance rate revision on health-care resource utilization using interrupted time-series analysis of employee health insurance claims data. I classified those who were born in FY 1944 and whose coinsurance rates decreased to 20% into the 10%-reduction group. It was found that the 10%-reduction group showed a lower increase of

health-care utilization than the 20%-reduction group. However, no significant differences were observed in the overall and inpatient settings. The results of this study suggest that increasing the coinsurance rate among elderly people would reduce outpatient health-care resource utilization; however, it would not necessarily reduce overall health-care resource utilization.

► **The Human Side of Austerity: Health Spending and Outcomes During the Greek Crisis**

PEROTTI R.

2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24909. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24909>

The Greek crisis was the most severe in postwar Europe; its budget cuts were the deepest. Among the components of the budget, health spending was hit particularly hard, declining by more than one third in just five years. This paper has two goals: establish the facts about health inputs, outputs and outcomes during the Greek crisis, and explore the connection between budget cuts and health outcomes. Health spending and inputs were very high in Greece before the crisis: in several dimensions, even after the budget cuts were implemented health spending and inputs were still at or near the top of the European countries; in other cases they merely went back to the European average. Nevertheless, budget cuts so deep and so sudden are unlikely to merely cut into inefficiencies and overcapacities. I highlight several areas in which a comparative quantitative analysis suggests that budget cuts might have had an appreciable effects on the health of the population.

► **The Determinants of Health Care Expenditure Growth**

RICE N. ET ARAGON M. J.

2018

**CHE Research Paper Series ; 156. York University of York.**

[www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP156\\_determinants\\_health\\_care\\_expenditure\\_growth.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP156_determinants_health_care_expenditure_growth.pdf)

Understanding the drivers of growth in health care expenditure is crucial for forecasting future health care requirements and to ameliorate inefficient expenditure. This paper considers the detailed breakdown of hospital inpatient expenditures across the period 2007/08 to 2014/15. Decomposition techniques are used to unpick the observed rise in expenditure into a component due to a change in the distribution of characteristics, for example, greater prevalence of morbidity, and a component due to structural changes in the impact of such characteristics on expenditures (coefficient effects, for example, due to technological change). This is undertaken at the mean using standard decomposition techniques, but also across the full distribution of expenditures to gain an understanding of where in the distribution growth and its determinants are most relevant. Decomposition at the mean indicates a larger role for a structural change in characteristics rather than a change in coefficients. A key driver is an increased prevalence of comorbidities. When considering the full distribution we observe a decrease in expenditure at the bottom of the distribution (bottom two quintiles) but increasing expenditure thereafter. The largest increases are observed at the top of the expenditure distribution. Where changes in structural characteristics dominate changes in coefficients in explaining the rise in expenditure. Increases in comorbidities (and the average number of first diagnoses) across the two periods, together with increases in non-elective long stay episodes and non-elective bed days are important drivers of expenditure increases.

## Health status

### ► **Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine**

CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER

2018

**Lyon I.A.R.C.**

Le but de cette étude était d'estimer la part et le nombre de nouveaux cas de cancer attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à l'environnement, chez les adultes en France métropolitaine en 2015. Treize facteurs de risque classés cancérigènes certains ou probables par le CIRC ont été étudiés : tabagisme (dont tabagisme passif), consommation de boissons alcoolisées, alimentation (consommation insuffisante de fruits, légumes, fibres, produits laitiers, consommation de viande rouge, de charcuterie), surpoids et obésité, activité physique insuffisante, utilisation d'hormones exogènes, durée insuffisante de l'allaitement maternel, infections, radiations ionisantes (radon et radiations provenant d'examen médicaux à visée diagnostique), pollution atmosphérique, rayonnement solaire (UV), expositions professionnelles, et exposition aux substances chimiques en population générale (arsenic dans l'eau de boisson et benzène dans l'air intérieur). Une analyse par statut socio-économique a également été réalisée pour la consommation de tabac.

### ► **La vie cinq ans après un diagnostic de cancer**

INCA

2018

**Boulogne Billancourt INCa.**

[http://www.e-cancer.fr/content/download/238406/3274300/file/La\\_vie\\_cinq\\_ans\\_apres\\_un\\_diagnostic\\_de\\_cancer\\_rapport\\_mel\\_20180619.pdf](http://www.e-cancer.fr/content/download/238406/3274300/file/La_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_20180619.pdf)

Plus de 3 millions de personnes en France ont ou ont eu un cancer. Le cancer est encore souvent une épreuve difficile tant au plan physique que psychologique avec des répercussions sur la vie personnelle, sociale et professionnelle. L'enquête VICAN5 explore les différentes facettes de la vie cinq ans après un diagnostic de cancer : l'état de santé, les séquelles physiques et psychologiques et le suivi médical; la vie intime et les difficul-

tés rencontrées au quotidien; l'impact de la maladie et des traitements sur les ressources et l'emploi.

### ► **Les cancers en France en 2017**

INCA

2018

**Boulogne Billancourt INCa.**

<https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/L-Institut-national-du-cancer-publie-la-dixieme-edition-de-son-rapport-annuel-Les-cancers-en-France>

Ce rapport propose une mise à jour des connaissances pour l'ensemble des thématiques du cancer et de la cancérologie et rassemble les données les plus récentes (décembre 2017) autour de six chapitres principaux : l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la vie pendant et après un cancer et la recherche. Les actions menées en faveur de la lutte contre les inégalités sont détaillées sous forme de focus dans les chapitres concernés. Pour permettre un aperçu rapide du contenu, chaque chapitre est introduit par un récapitulatif des principaux faits marquants et un résumé des données essentielles.

### ► **Time to Deliver. Report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

2018

**Genève OMS.**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf>

Billions of people around the world are affected by noncommunicable diseases (NCDs) and mental disorders at all stages of the life course, from childhood to old age. Four diseases – cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases, and diabetes, account for most of the NCD burden. Despite the many proven interventions and commitments to combat NCDs, progress has been slow and uneven globally. Challenges to achieving these commitments include lack of political will and priority setting, the impact of economic, commercial and market factors, and insufficient financing and capacity. The WHO Independent



High-level Commission on NCDs was convened by the WHO Director-General in October 2017 to advise him on how countries can accelerate progress towards achieving SDG target 3.4. Taking into account previous work, as well as additional innovative thinking, the Commission agreed on six key recommendations.

► **World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2018

Genève OMS.

[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/)

The World Health Statistics series is WHO's annual snapshot of the state of the world's health. This 2018 edition contains the latest available data for 36 health-related Sustainable Development Goal (SDG) indicators. It also links to the three SDG-aligned strategic priorities of the WHO's 13th General Programme of Work: achieving universal health coverage, addressing health emergencies and promoting healthier populations.

## Geography of Health

► **Rapport sur la cohésion des territoires**

COMMISSARIAT GÉNÉRAL À L'ÉGALITÉ DU  
TERRITOIRE  
2018

Paris CGET.

<http://www.cget.gouv.fr/dossiers/rapport-cohesion-territoires>

Le rapport sur la cohésion des territoires établit un état des lieux de la France partagé avec les associations d'élus. Dix années de crises, marquées par des évolutions de long terme (déindustrialisation, vieillissement de la population, polarisations démographiques et métropolisation), mais aussi par les transitions numériques et écologiques, ont donné lieu à un renouvellement accéléré des dynamiques territoriales. Loin de l'opposition binaire entre métropoles dynamiques captant les richesses et les opportunités et territoires périphériques sacrifiés sur l'autel de la mondialisation et délaissés par les pouvoirs publics, la France connaît une diversité de situations et d'opportunités. Le rapport s'accompagne d'un Baromètre de la cohésion des territoires.

► **Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS**

FAUCHIER-MAGNAN E. ET WALLON V.  
2018

Paris Igas.

[www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R.pdf)

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, associent des professionnels de santé et des acteurs sociaux et médico-sociaux d'un même territoire, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients et un meilleur exercice des professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, infirmiers, ...). Environ 200 projets de communautés de ce type ont été recensés par la mission, portés par une mobilisation certaine des professionnels de santé malgré un soutien encore très modeste des autorités publiques. Ce rapport demandé à l'Igas par la ministre de la Santé dresse un premier bilan et des propositions pour une stratégie de déploiement des CPTS, en appui à la Direction générale de l'offre de soins. Il présente le contexte de leur création et la situation deux ans plus tard. Il propose des éléments de cadrage, des principes d'action et des leviers pour renforcer le déploiement des CPTS.

## Hospital

### ► **Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats**

COM-RUELLE L., NESTRIGUE C.  
2018

#### Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(234)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/234-parcours-de-soins-des-personnes-hospitalisees-pour-un-accident-vasculaire-cerebral.pdf>

L'Accident vasculaire cérébral (AVC) se manifeste par la perte d'une ou plusieurs fonctions du cerveau liée à un arrêt soudain de la circulation du sang. C'est la première cause de décès chez les femmes et la troisième chez les hommes, et un grand pourvoyeur de handicap. Le Plan d'actions national AVC 2010-2014 avait pour but notamment d'améliorer le parcours de soins des patients, lors de la phase aiguë par l'accès facilité à l'imagerie diagnostique (IRM et scanner) et le développement d'unités hospitalières spécialisées, les Unités neurovasculaires (UNV), et ensuite lors de la phase de rééducation et réadaptation, afin d'éviter décès et pertes de chance de récupération des séquelles. Grâce à l'appariement des données du PMSI et celles de l'Assurance Maladie entre 2010 et 2014, les caractéristiques des adultes victimes d'un AVC et leur prise en charge sont observées plus finement qu'auparavant. En 2012, sur les 134 000 patients de 18 ans ou plus hospitalisés pour primo-AVC, 99 000 ont fait un AVC constitué, avéré, soit le champ de cette étude. Les patients entrent en majorité à l'hôpital par les urgences, hommes et femmes sont également concernés si ce n'est que les premiers sont touchés plus précocement. La moitié des victimes d'AVC souffre par ailleurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Malgré leur développement entre 2010 et 2014, l'imagerie diagnostique paraît insuffisante et seul un patient sur trois est pris en charge en UNV. Un sur sept décède au cours de ce premier épisode aigu. Un tiers des survivants est admis ensuite en Service de soins de suite et de réadaptation (SSR), reconnu pour limiter les séquelles. Enfin, les variations territoriales d'incidence et celles concernant ces différents modes de prise en charge demeurent importantes.

### ► **Use of Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Patient Care and Policy**

DESOMER A., VAN DEN HEEDE K., TRIEMSTRA M., et al.  
2018

#### Bruxelles KCE.

<https://kce.login.kanooh.be/fr/quavez-vous-pens%C3%A9-de-votre-s%C3%A9jour-dans-notre-h%C3%B4pital>

Si vous ou l'un de vos proches avez été hospitalisé récemment, il vous a peut-être été demandé de remplir un questionnaire de satisfaction. Il s'agit de mesures appelées PROM (pour la manière dont vous évaluez votre état de santé) et PREM (pour la manière dont vous avez vécu vos soins). Ces mesures sont de plus en plus utilisées à l'échelle internationale et le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a étudié leur utilité. Il semble que l'usage des questionnaires PROM et PREM soit de nature à améliorer la communication entre soignant et soigné parce qu'ils permettent d'aborder certaines questions qui, sinon, ne seraient pas évoquées. Par contre, il n'y a pas beaucoup de recherches fiables sur leur impact à l'échelle des hôpitaux et des politiques de santé. Pour les premiers, le but est d'améliorer la qualité des soins, mais comme un grand nombre de questionnaires différents sont utilisés, il reste difficile de comparer les hôpitaux entre eux. Au niveau des politiques de santé, on utilise notamment les questionnaires PROM (Patient reported outcome measure) et PREM (Patient experience outcome measure) pour l'exercice de financement « pay for performance » lancé ce mois-ci, et auquel la majorité des hôpitaux participent sur une base volontaire. Les PROM/PREM sont également utilisés dans l'enquête sur la santé des Belges réalisée tous les 4 ans.

► **What Underlies the Observed Hospital Volume-Outcome Relationship?**

HUGUET M., JOUTARD X., RAY-COQUARD I., *et al.*  
2018

Documents de travail; WP 1809. Ecully Groupe d'Analyse et de Théorie Economique.

[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3186407](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3186407)

Studies of the hospital volume-outcome relationship have highlighted that a greater volume activity improves patient outcomes. While this finding has been known for years in health services research, most studies to date have failed to delve into what underlies this relationship. This study aimed to shed light on the basis of the hospital volume effect by comparing treatment modalities for epithelial ovarian carcinoma patients. Hospital volume activity was instrumented by the distance from patients' homes to their hospital, the population density, and the median net income of patient municipalities. We found that higher volume hospitals appear to more often make the right decisions in regard to how to treat patients, which contributes to the positive impact of hospital volume activities on patient outcomes. Based on our parameter estimates, we found that the rate of complete tumor resection would increase by 10% with centralized care, and by 6% if treatment decisions were coordinated by high volume centers compared to the ongoing organization of care. In both scenarios, the use of neoadjuvant chemotherapy would increase by 10%. As volume alone is an imperfect correlate of quality, policy makers need to know what volume is a proxy for in order to devise volume-based policies.

► **Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017**

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ  
2018

Paris DGOS.

Ce rapport présente un panorama des recompositions de l'offre hospitalière en 2017. Il s'est attaché à analyser quatre types d'opérations de recompositions emblématiques du contexte actuel de l'offre hospitalière de soins : les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les groupements de coopération sanitaire (GCS), les directions communes, les fusions. La mise en place des Groupements hospitaliers de territoire depuis 2016, ainsi que la possibilité introduite en 2017

pour les directeurs généraux des agences régionales de santé de dissoudre les GCS devenus sans objet, auront pour effet une actualisation profonde des données courant 2018 et impacteront la prochaine édition du rapport.

► **Impact of Diagnosis Related Group Refinement on the Choice Between Scheduled Caesarean Section and Normal Delivery: Recent Evidence from France**

PROSHIN A., CAZENAVE-LACROUTZ A., OR Z., *et al.*  
2018

PSE Working Paper ; 2018 – 25. Paris PSE.

Studying quasi-experimental data from French hospitals from 2010 to 2013, we test the effects of a considerable diagnosis related group (DRG) refinement that occurred in 2012. As a result, the reform had a direct impact on hospital-level financial incentives but did not immediately concern individual providers. Using a difference-in-differences approach, controlling for multiple patient, hospital and regional characteristics and allowing for hospital and year effects, we show that introducing new severity levels and clinical factors into the reimbursement algorithm had no significant effect on the probability of a scheduled C-section being performed. The results are robust to multiple formulations of financial incentives, to restricting the sample to bigger (>15%) DRG tariff incentive changes and to analyzing policy effects for individual years following the reform. Our results suggest that the DRG refinement did not lead to a transmission of hospital-level stimuli to midwives and obstetricians. Our paper is the first study that focuses on the consequences of DRG refinement in obstetrics and develops an approach suitable for measuring monetary incentives in this setting

► **What Is the Experience of Decentralized Hospital Governance in Europe? Ten Case Studies from Western Europe on Institutional and Accountability Arrangements**

RECHEL B., DURAN A. ET SALTMAN R.  
2018

**Policy Brief 28. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe.**

Hospitals with greater autonomy are perceived to be more flexible in meeting the needs of the local population. However, there is a tension between the potential to improve responsiveness and flexibility via greater decentralization and the potential efficiency gains and geographical equity derived from centralization. This policy brief explores the experience with decentralized hospital governance in 10 European countries (Denmark, England, Finland, France, Germany, Italy, Netherlands, Scotland, Spain and Sweden) and finds that there are interesting examples of authorities in systems with decentralized hospital governance collaborating to overcome equity and efficiency concerns, but that the specific institutional and political contexts make it difficult to transfer successful models from one country to another.

► **Can Public Reporting Cure Healthcare? The Role of Quality Transparency in Improving Patient-Provider Alignment**

SAGHAFIAN S. ET HOPP W. J.  
2017

**HKS Working Paper . RWP17-044. Cambridge Harvard University.**

Increasing quality transparency is widely regarded as a strong mechanism for improving the alignment between patient choices and provider capabilities, and thus, is widely pursued by policymakers as an option for improving the healthcare system. We study the effect of increasing quality transparency on patient choices, hospital investments, societal outcomes (e.g., patients' social welfare and inequality), and the healthcare market structure (e.g., medical or geographical specialization). We also examine potential reasons behind the failure of previous public reporting efforts, and use our analysis to identify ways in which such efforts can become more effective in the future. Our analytical and numerical results calibrated with data reveal that increasing quality transparency promotes

increased medical specialization, decreased geographical specialization, and induces hospitals to invest in their strength rather than their weakness. Furthermore, increasing quality transparency in the short-term typically improves the social welfare as well as the inequality among patients. In the long-term, however, we find that increasing transparency can decrease social welfare, and even a fully transparent system may not yield socially optimal outcomes. Hence, a policymaker concerned with societal outcomes needs to accompany increasing quality transparency with other policies that correct the allocation of patients to hospitals. Among such policies, we find that policies that incentivize hospitals are usually more effective than policies that incentivize patients. Finally, our results indicate that, to achieve maximal benefits from increasing quality transparency, policymakers should target younger, more affluent, or urban (i.e., high hospital density area) patients, or those with diseases that can be deferred.

► **Les établissements de santé : édition 2018**

TOULEMONDE F. ET BOISGUERIN B.  
2018

**Paris : Drees**

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablisements-de-sante-edition-2018>

L'édition 2018 de cet ouvrage détaille, pour l'année 2016, les capacités et l'activité des hôpitaux et cliniques, ainsi que leurs disciplines spécifiques, et décrit leur personnel, médical et non médical. Des éléments de cadrage économique, financier et juridique complètent le panorama. Cette nouvelle édition s'enrichit d'une présentation synthétique des indicateurs permettant d'apprécier la qualité des soins et la sécurité des patients des établissements de santé. Ces indicateurs sont mis à disposition par la Haute Autorité de santé (HAS).

## Health inequalities

### ► **Migrants and Refugees : Good Practices in Hospitals and Healthcare Services**

HOPE SURVEY

2018

**Bruxelles HOPE.**

[http://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/03/HOPE-SURVEY\\_Migrants\\_and\\_refugees\\_March-2018.pdf](http://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/03/HOPE-SURVEY_Migrants_and_refugees_March-2018.pdf)

The increasing mobility and diversity of the population strongly affect healthcare services and hospitals: people on the move face greater health risks, suffer from conditions not commonly found in Europe and have different expectations about health services. Access to adequate health care is further complicated by language barriers and migrants often being socially disadvantaged. Although health services are used to accommodating cultural diversity, European hospitals are facing new challenges. HOPE and its members have been discussing this topic for many years. In the recent context of intensified migratory pressure on some EU countries, it seemed essential to collaborate and share good practices as well as knowledge on the specific health needs of migrants. The HOPE Board of Governors has recently urged members to review and list good practices. The present document is the result of this work.

### ► **Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Synthèse des connaissances**

BERGERON P., TREMBLAY M. ET LANDRIAULT J. P.

2018

**Québec INSPQ.**

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2420>

Le Québec a connu un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, mais certains groupes de la population continuent de faire usage du tabac dans des proportions très élevées. C'est le cas des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique. En effet, la proportion de Québécois qui fument est près du double dans les secteurs les plus défavorisés comparativement aux plus favorisés. La présente synthèse a été entreprise pour mieux comprendre quelles mesures favoriseraient une baisse de la prévalence

du tabagisme chez les populations défavorisées à la hauteur de ce qu'on a observé dans les groupes plus favorisés. La présente synthèse souligne également l'importance de renforcer les politiques contribuant à la réduction des inégalités sociales, notamment les différentes mesures de lutte à la pauvreté et aux conditions de vie difficiles, pour réellement espérer faire des gains en matière d'équité.

### ► **Every Crisis Has a Silver Lining? Unravelling the Pro-Cyclical Pattern of Health Inequalities by Income**

COVENEY M., GARCIA-GOMEZ P., VAN DOORSLAER E., *et al.*

2018

**Tinbergen Institute Discussion Paper ; 2018-066/V. Rotterdam Tinbergen Institute.**

<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20180066.html>

It is well known that income and health are positively associated. Much less is known about the strength of this association in times of growth and recession. We develop a novel decomposition method that focuses on isolating the roles played by government transfers versus market transfers on changes in income-related health inequality (IRHI) in Europe. Using European Union Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC) panel data for 7 EU countries from 2004 to 2013, we decompose the changes in IRHI while focusing on possible effects of the 2008 financial crisis. We find that such inequalities rise in good economic times and fall in bad economic times. This pattern can largely be explained by the relative stickiness of old age pension benefits compared to the market incomes of younger groups. Austerity measures are associated with a weakening of the IRHI reducing effect of government transfers.

► **The Impact of Cuts to Social Care Spending on the Use of Accident and Emergency Departments in England**

CRAWFORD R., STOYE G. ET ZARENKO B.

2018

Londres IFS.

<https://www.ifs.org.uk/publications/13070>

Recent years have seen substantial reductions in public spending on social care for older people in England. This has not only led to large falls in the number of people over the age of 65 receiving publicly funded social care, but also to growing concern about the potential knock-on effects on other public services, and in particular the National Health Service (NHS). In this paper, we exploit regional variation in the reductions in public funding for social care to examine the impact on Accident and Emergency (A&E) departments in NHS hospitals. We find that reductions in social care spending on people aged 65 and above have led to increased use of A&E services, both in terms of the average number of visits per resident and the number of unique patients visiting A&E each year. We estimate that the average cut to social care spending for the older population over the period (£375) led to an increase of 0.09 visits per resident, compared to a mean of 0.37 visits in 2009. The effects are most pronounced among people aged 85 and above. This has also led to a modest increase in the cost of providing A&E care, increasing A&E costs by an additional £3 per resident for each £100 cut in social care funding.

► **Migrations et santé : des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux**

DESGREE DU LOÛ A.

2018

Questions de Santé Publique(34)

Les migrations constituent un des moteurs majeurs des dynamiques des populations. Elles sont pourtant encore trop peu étudiées sous l'angle de la santé publique, bien que celle-ci s'intéresse à tout ce qui est en lien avec le bien-être et la santé des populations. En France, cela vient en partie de notre modèle d'intégration républicaine, qui ne distingue pas les individus ou les groupes selon des critères d'origine ethnique ou de religion. Cependant, certaines maladies comme le VIH/sida ont montré qu'il pouvait être nécessaire de prendre en compte l'origine des personnes pour

améliorer la prévention et l'accès aux soins. Améliorer l'accueil et la prise en charge des immigrés dans le système de santé français passe en effet par une meilleure connaissance de leurs besoins spécifiques.

► **Nés sous la même étoile ? Origine sociale et niveau de vie**

DHERBECOURT C.

2018

Note D'analyse (La)

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/nes-meme-etoile-origine-sociale-niveau-de-vie>

Où en sommes-nous du déterminisme social en France ? Plus précisément, dans quelle mesure l'origine sociale détermine-t-elle le niveau de vie des individus ? La statistique publique a récemment enrichi l'information qu'elle produit pour suivre les trajectoires individuelles, ce qui permet de revisiter cette question classique. Sur la base d'un échantillon de population née en France et âgée de 27 à 44 ans, on étudie ici comment le niveau de vie des personnes varie selon la profession de leur père. Les résultats surprennent moins par le constat lui-même que par son ampleur : la France, qui par ailleurs parvient à contenir le creusement des inégalités de revenus, accuse des inégalités de chances importantes, notamment aux deux extrémités de la distribution sociale. Un enfant de cadre supérieur a ainsi 4,5 fois plus de chances qu'un enfant d'ouvrier d'appartenir aux 20 % les plus aisés. L'origine sociale a un effet très discriminant sur l'accès à un niveau de vie élevé mais aussi sur le risque de faire partie d'un ménage pauvre. Quel rôle faut-il alors attribuer à d'autres facteurs comme l'âge, le sexe ou l'ascendance migratoire, si souvent mis en avant ? L'analyse démontre que leurs effets sont finalement faibles, voire négligeables, par rapport au poids de l'origine sociale. Reste à cerner les canaux par lesquels s'opère cette influence. Le niveau de diplôme se révèle doublement déterminant : il influence directement le niveau de rémunération de l'individu mais aussi celui de son éventuel conjoint, qui appartient bien souvent au même milieu social que lui. L'inégalité des chances en France est d'abord une inégalité des chances éducatives.

► **Immigration and the Health of Older Natives in Western Europe**

ESCARCE J. J. ET ROCCO L.  
2018

**GLO Discussion Paper, No. 228. S.I. : Global Labor Organization.**

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/180225/1/GLO-DP-0228.pdf>

Previous research has found that immigration benefits the health of working-age natives, an effect mediated through the labor market. We use the Study of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to investigate whether immigration also affects the health of natives 65-80 years old. Immigration may increase the supply and lower the price of personal and household services, a term that refers to care services and non-care services such as cleaning, meal preparation, and domestic chores. Higher consumption of personal and household services by older natives may help maintain health through a variety of pathways. Using a shift-share IV, we find pervasive beneficial effects of immigration on the physical and mental health of older natives. We also find evidence for the hypothesized pathways, especially for an effect of immigration in increasing social integration (e.g., institutional connections, social participation). However, our ability to test mechanisms is limited in our data.

► **Health Disparities for Immigrants: Theory and Evidence from Canada**

LEBIHAN L., MAO TAKONGMO C. O. ET MCKELLIPS F.  
2018

**MPRA Paper : 87375. Munich MPRA.**

<https://mpra.ub.uni-muenchen.de/87375/>

Few empirical studies have been conducted to analyse the disparities in health variables affecting immigrants in a given country. To our knowledge, no theoretical analysis has been conducted to explain health disparities for immigrants between regions in the same country that differs in term of languages spoken and income. In this paper, we use the Canadian Community Health Survey (CCHS) to compare multiple health measures among immigrants in Quebec, immigrants in the rest of Canada and Canadian-born individuals. We propose a simple structural model and conduct an empirical analysis in order to assess possible channels that can explain the health disparities for immigrants between two regions of the same country. Our results show that well-being and health indicators worsen significantly for immigrants in Quebec, compared to their counterparts in the rest of Canada and Canadian-born individuals. Additional econometric analysis also shows that life satisfaction is statistically and significantly associated with health outcomes. The proposed structural model predicts that, when the decision to migrate to a particular area is based on income alone, and if the fixed costs associated with the language barrier are large, immigrants may face health issues.

## Pharmaceuticals

► **Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2018

**In: Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018. Paris : Ministère chargé de la santé**

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juin2018-20180720-104327-203-53.pdf>

En 2017, le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officines de ville retrouve une croissance positive après une année

de stabilisation et plusieurs années de recul (+0,2 % en 2017 après 0,0 % en 2016, -0,9 % en 2015, -1,9 % en 2014 et -2,3 % en 2013). Cette progression résulte notamment de l'arrivée sur le marché de produits onéreux avec par exemple l'inscription au remboursement de l'anticancéreux Imbruvica®. Le CAHT des médicaments du répertoire des médicaments génériques est en hausse de 1,8 % et s'élève à 5,0 Md€ dont 3,5 Md€ concernent les médicaments génériques. Le chiffre d'affaires des génériques a augmenté en 2017 de 0,2 %. Cette hausse s'explique par les tombées de brevets notamment celle de Crestor® (rosuvastatine, permettant de diminuer les taux de cholestérol et de triglycérides circulant dans le sang) ou encore par la

commercialisation de l'imatinib, générique du référent Glivec® (indiqué dans le traitement des leucémies), mais aussi par la hausse du taux de pénétration des génériques poussée par la mise en place du plan national de promotion des génériques en mars 2015. En décembre 2017, plus d'une boîte sur trois délivrée en ville est un générique. Le chiffre d'affaires toutes taxes comprises (CATT, comprenant les marges des grossistes et des pharmaciens et la TVA) s'élève globalement à 25 Md€, en hausse de 0,4 % par rapport à 2016. Sur la base de ce CATT, le montant remboursable par l'assurance maladie s'élève à 20,3 Md€, en hausse de 0,4 % par rapport à 2016.

► **Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce**

DAUDIGNY Y., DEROCHE C. ET GUILLOTIN V.  
2018

Paris Sénat.

<https://www.senat.fr/rap/r17-569/r17-569.html>

L'accélération des innovations médicamenteuses, notamment dans le champ de l'oncologie (immunothérapies, thérapies ciblées...), ouvre des espoirs formidables pour les patients. La rapidité de l'accès aux traitements les plus prometteurs constitue, dans ce contexte, un enjeu crucial. Si la France s'est dotée il y a plus de vingt ans d'une politique pionnière et ambitieuse en matière d'accès précoce aux médicaments, ce « modèle français » montre aujourd'hui des signes de fragilisation. Quels sont les freins ? Comment rétablir l'attractivité de la France ? Les rapporteurs de cette étude ont examiné chaque étape de la chaîne d'accès des patients aux médicaments, des essais cliniques à la commercialisation des médicaments après leur autorisation de mise sur le marché (AMM), en passant par le système spécifique et dérogatoire des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) qui constitue la « tête de proue » de notre politique d'accès précoce en offrant une voie d'accès à des médicaments en amont de leur autorisation de mise sur le marché.

► **Investing in Medication Adherence Improves Health Outcomes and Health System Efficiency**

KHAN R. ET SOCHA-DIETRICH K.

2018

OECD Health Working Papers ; 105. Paris OCDE.

<https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/8178962c-en.pdf>

Poor adherence to medications affects approximately half of the patient population, leading to severe health complications, premature deaths, and an increased use of healthcare services. The three most prevalent chronic conditions are diabetes, hypertension and hyperlipidemia. This paper identifies four enablers that are needed for improving adherence to medication at the system level: Acknowledge, Inform, Incentivise, and Steer and Support. No single intervention will guarantee that patients fill their prescriptions and take their medications as prescribed. The identified actions must be combined.

► **Rapport sur l'amélioration de l'information des usagers et des professionnels de santé sur le médicament**

LEO M. ET KIERZEK G.

2018

Paris Ministère chargé de la santé.

Ce rapport réalisé par la « mission information et médicament », coprésidée par la juriste Magali Leo (association Renaloo) et le docteur Gérard Kierzek (médecin urgentiste et chroniqueur radio), fait une analyse très critique de la gestion des dernières crises du médicament. Il émet différentes recommandations. La ministre de la santé s'engage pour une information plus accessible, plus claire et plus réactive sur le médicament. Elle entend encourager les remontées d'informations de patients et de professionnels de santé avec la mise en place dès cette année d'une stratégie de promotion de la déclaration des événements indésirables et le développement des technologies permettant de repérer des signaux faibles d'alerte en dehors du système de pharmacovigilance. La ministre a également demandé que la communication d'urgence en cas d'alerte sur un médicament soit confiée à l'ANSM. Une source unique d'information publique sur le médicament en s'appuyant sur Sante.fr sera en outre mise en place.



► **Medicines Reimbursement Policies in Europe**

VOGLER S., HAASIS M.A., DEDET G.  
2018

**Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe**

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf)

This report reviews and analyses different reimbursement policies for medicines applied by countries in

the WHO European region. The study used a mixed methods approach including primary data collection through a questionnaire addressing the competent authorities included in the Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) network, a literature review, qualitative interviews with authorities and researchers in selected case study countries, and a cross-country analysis of the actual financial burden for patients.

## Methodology-statistics

► **The Effects of Self-Assessed Health: Dealing with and Understanding Misclassification Bias**

CHEN L., CLARKE P. M., PETRIE D. J., *et al.*  
2018

**HEDG Working Paper ; 18/26. York University of York.**

Categories of self-assessed health (SAH) are often used as a measure of health status. However, the difficulties with measuring overall health mean that the same individual may select into different SAH categories even though their underlying health has not changed. Thus, their observed SAH may involve misclassification, and the chance of misclassification may differ across individuals. As shown in this paper, if neglected, misclassification can lead to substantial biases in not only the estimation of the effects of SAH on outcomes, but also on the effects of other variables of interest, such as education and income. This paper studies nonlinear regression models where SAH is a key explanatory variable, but where two potentially misclassified measures of SAH are available. In contrast to linear regression models, the standard approach of using one SAH measure as an instrumental variable for the other cannot produce consistent estimates. However, we show that the coefficients can be identified from the joint distribution of the outcome and the two misclassified measures without imposing additional structure on the misclassification, and we propose simple likelihood-based approaches to estimate all parameters consistently via a convenient EM algorithm. The estimator is applied to data from the Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey, where we exploit the natural experiment that

in some waves individuals were asked the same question about their health status twice, and almost 30% of respondents change their SAH response. We use the estimator to (i) obtain the first reliable estimates of the relationship between SAH and long-term mortality and morbidity, and to (ii) document how demographic and socio-economic determinants shape patterns of misclassification of SAH.

► **Surveillance de la lombalgie en lien avec le travail : comparaison de quatre sources de données et perspectives pour la prévention**

FOUQUET N., CHAZELLE E., CHERIE CHALLINE L., *et al.*

2018

[http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/149048/542621/version/1/file/synthese\\_lombalgies\\_travail.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/149048/542621/version/1/file/synthese_lombalgies_travail.pdf)

Quatre sources de données sur les lombalgies en lien avec le travail sont comparées dans les Pays de la Loire : trois issues du réseau multi-volets de surveillance épidémiologique des TMS de Santé publique France et de l'Université d'Angers, et une issue du système de réparation des maladies professionnelles de l'Assurance Maladie. Dans chaque source, les secteurs d'activité prioritaires pour la prévention ont été identifiés à partir des taux de fréquence par secteurs d'activité et de l'indice de prévention, puis les résultats ont été comparés entre sources. Les hommes, les secteurs de la construction, de l'industrie manufacturière, des transports et communications et de l'agriculture

ressortaient pour les 4 sources amenant à les cibler prioritairement pour les actions de prévention alors que chez les femmes, le secteur de l'industrie manufacturière, le secteur de la santé, de l'action sociale, et le secteur du commerce devaient être prioritaires en termes d'actions de prévention des lomboradiculalgies. Les résultats sont cohérents et complémentaires, cependant l'utilisation d'une source unique pour la surveillance nationale des lombalgies pour orienter la prévention ne refléterait qu'un aspect du problème.

Au niveau national, l'utilisation combinée de plusieurs sources de surveillance, chacune avec sa pertinence et ses limites, permet de détecter les secteurs d'activité à cibler de façon prioritaire et mettre en œuvre des programmes de prévention. Les indicateurs, et notamment les arrêts de travail prolongés et le coût engendré par ces arrêts, auraient tout leur intérêt pour la surveillance nationale des lombalgies en lien avec le travail utile pour la mise en place de programmes de prévention.

## Health policy-Social Policy

### ► La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajusté : rapport au premier ministre

CLOAREC-LE NABOUR C. ET DAMON J.  
2018

Paris Premier Ministre.

[www.gouvernement.fr/partage/10480-rapport-de-christine-cloarec-le-nabour-et-julien-damon-sur-la-juste-prestation-pour-des-prestations](http://www.gouvernement.fr/partage/10480-rapport-de-christine-cloarec-le-nabour-et-julien-damon-sur-la-juste-prestation-pour-des-prestations)

Ce rapport avait pour but de trouver des solutions afin de mieux lutter contre la pauvreté tout en maîtrisant davantage les dépenses publiques. Pour y parvenir, les rapporteurs préconisent notamment d'ajuster les prestations aux ressources de l'année en cours des allocataires (et non plus avec un décalage de deux ans), à l'instar de ce que prévoit la réforme de l'aide personnalisée au logement au printemps 2019; d'harmoniser les bases ressources afin que les revenus pris en compte soient globalement les mêmes pour toutes les aides; de permettre à chaque allocataire d'être suivi par un interlocuteur unique; de passer d'un système déclaratif basé sur les déclarations nombreuses auxquelles est soumis l'allocataire à un système fondé sur la collaboration entre différents organismes et le croisement de fichiers; de créer à terme un « dossier social unique » pour chaque allocataire.

### ► Combattre la pauvreté des enfants

DAMON J.  
2018

Paris Fondapol.

<http://www.fondapol.org/etude/france-combattre-la-pauvrete-des-enfants>

Cette note a été écrite par Julien Damon, professeur associé à Sciences Po ([www.eclairs.fr](http://www.eclairs.fr)) et membre du conseil scientifique et d'évaluation de la Fondation pour l'innovation politique. À partir d'un panorama technique des sources de données, cette note dresse un portrait de la pauvreté des enfants dans ses différentes dimensions. Elle propose ensuite des orientations et recommandations pour encore mieux l'appréhender. Enfin, pour contribuer plus efficacement à la réflexion, elle souligne quelques pistes générales pour des révisions de politiques publiques, insistant sur les cas les plus difficiles et les plus indignes.

### ► Les grands débats qui font l'actu : santé et société

DUCHENE C.  
2018

Paris : Dunod

Ce livre décrypte tous les tenants et aboutissants des grands enjeux sociétaux actuels liés aux questions de santé.

► **L'accompagnement des bénéficiaires du RSA**

PITOLLAT C. ET KLEIN M.  
2018

Paris Premier Ministre.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000587/index.shtml>

Dans le sillage des travaux de préparation de la future stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, Claire Pitollat, députée de la deuxième circonscription des Bouches-du-Rhône, et Mathieu Klein, président du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, ont été chargés par le premier ministre, d'une mission de réflexion particulière sur l'accompagnement vers le retour à l'emploi des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA). Cette mission s'inscrivait dans un contexte caractérisé par le constat d'un nombre conséquent de bénéficiaires de longue durée, de taux insuffisants de retour à l'emploi et d'absence d'accompagnement de nombreux bénéficiaires.

► **Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir**

RAYSSIGUIER Y. R. ET HUTEAU G.  
2018

Rennes : Presses de l'EHESP

Publié pour la première fois en 2008, puis réédité en 2012, cet ouvrage invite à découvrir les politiques sociales et de santé à partir d'un double point d'entrée : celui des interventions des pouvoirs publics, et celui des professionnels de l'action sanitaire et sociale. Il ne néglige pas pour autant la place des autres acteurs – établissements, associations et usagers – qui jouent aussi un rôle dans la conception et la mise en œuvre de ces politiques publiques. Politiques sociales et de santé a, certes, pour objet de faire connaître ces domaines, mais surtout il permet d'en comprendre les enjeux et de disposer des méthodes et des outils utiles à l'intervention professionnelle. L'étude des politiques sociales et de santé se situant au carrefour de différentes disciplines, cet ouvrage fait appel aux savoirs les plus récents du droit, de la science politique, de la sociologie et de l'économie, lesquels sont associés à l'expérience professionnelle de ses auteurs.

► **Les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger. Bibliographie thématique**

SAFON M. O.  
2018

Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf>

Depuis une dizaine d'années, la pertinence de soins s'est invitée, en France dans le cadre de la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé menée conjointement par l'État et l'Assurance Maladie. Afin de faire un tour d'horizon international des outils à destination des professionnels de santé et des patients, susceptibles d'améliorer la pertinence des soins, cette bibliographie recense des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur les dispositifs ou expérimentations existants.

► **Les outils d'amélioration de la pertinence de soins : les enseignements de l'étranger. Revue de littérature**

ISSAAD V., OR Z. ET SAFON M. O.  
2018

Paris : Irdes

[www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/revue-de-litterature-les-outils-d-amelioration-de-la-pertinence-des-soins.pdf)

À partir d'une analyse de la littérature scientifique (Bases Medline, Cochrane – EPOC, Econlit...), l'objectif de cette revue bibliographique est donc d'identifier les dispositifs à destination des professionnels de santé et des patients, qui pourraient concourir à une amélioration de la pertinence des soins. Si certains outils se révèlent peu efficaces, comme les incitations financières, d'autres, conjugués entre eux, comme la formation médicale, les référentiels, les stratégies de soins adaptés et les retours d'information des patients pourraient avoir un impact faible à modéré sur les pratiques médicales. Enfin, s'il ne semble pas y avoir un remède « miracle », les outils d'aide à la décision présentent cependant des résultats intéressants et pourraient bien être un levier important de l'amélioration de la pertinence.

► **Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Tomes I et II**

VIGIER J. P.

2018

**Paris Assemblée Nationale.**

[www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t1.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t1.pdf)

[www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t2.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t2.pdf)

Ce rapport, fruit de plus de 30 auditions et d'une centaine de personnes interrogées expose 25 propositions pour lutter contre la désertification médicale, dont une réforme des études médicales, un nouveau maillage territorial et la simplification administrative.

## Prevention

► **L'éducation thérapeutique du patient : la place des médecins généralistes. Bibliographie thématique**

SAFON M. O.

2018

**Paris : Irdes**

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/l-education-therapeutique-du-patient-la-place-des-medecins-generalistes.pdf>

médecine générale. Elle constitue une première étape de recherche documentaire, que nous mettons à disposition de la communauté scientifique. Néanmoins, elle reste extensive et ne prétend pas à l'exhaustivité. Les documents identifiés sont accompagnés des résumés.

En France, l'éducation du patient s'est développée à partir des années 90, de manière non structurée et non coordonnée, alors qu'il n'existait pas d'encadrement juridique. Les premiers programmes d'éducation thérapeutique ont été conçus et mis en œuvre essentiellement en milieu hospitalier ou dans des réseaux de santé par des professionnels de santé. Le développement s'est ensuite poursuivi avec un accompagnement des pouvoirs publics à partir de l'année 2005, et, plus particulièrement, dans le cadre de la définition du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007- 2011. Enfin, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) du 21 juillet 2009 a introduit l'ETP par son article 84 dans le droit français. Cette bibliographie a été réalisée dans le cadre d'un projet de recherche en cours à l'Irdes sur la thématique de l'éducation thérapeutique du patient en

## Prevision-Evaluation

### ► **Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017**

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
2018

**Paris Haut Conseil de la santé publique.**

[www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=677](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=677)

Le programme national de sécurité des patients (PNSP) 2013- 2017 est le premier programme déployé en France porteur d'une vision transversale de sécurité tout au long du parcours de soins. Ce programme doté d'objectifs ambitieux (amélioration de la sécurité des prises en charge, de la culture de sécurité associant les usagers) a permis de définir un cadre réglementaire fort, avec la rédaction de textes juridiques et l'élaboration par la Haute Autorité de santé (HAS) d'outils et de guides à visée pédagogique pour les acteurs de terrain. L'évaluation porte sur les 3 premiers axes du programme (1 : information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité; 2 : amélioration de la déclaration et de la prise en charge des événements indésirables associés aux soins; 3 : formation, culture de sécurité, appui). Le HCSP formule 9 préconisations pour la politique de sécurité des patients, organisées selon 3 axes : promouvoir de nouveaux objectifs pour développer la sécurité des patients; poursuivre une politique forte consacrée à la sécurité des patients; déterminer les modalités de la future gouvernance de la politique de sécurité des patients. Ces préconisations concernent notamment la consolidation du circuit des événements indésirables, la poursuite de la construction d'une culture commune de sécurité des patients, et le renforcement de la communication. Compte-tenu des enjeux actuels de santé publique le HCSP propose qu'il y ait une suite rapide au PNSP 2013- 2017 (résumé de l'éditeur).

### ► **Rapport d'analyse prospective 2018 : de nouveaux choix pour soigner mieux**

LEGULUDEC P. ET JULIENNE K.  
2018

**Paris Haute Autorité de santé.**

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-07/rapport\\_analyse\\_prospective\\_2018.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-07/rapport_analyse_prospective_2018.pdf)

La Haute Autorité de Santé (HAS) s'est vue confier, par l'ordonnance du 26 janvier 2017, la mission annuelle de remettre au Parlement une analyse prospective comprenant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience du système de santé. Ce premier rapport prospectif 2018 rassemble 21 propositions pour agir et garantir sur le long terme un système de santé de qualité, efficient et équitable, tout en s'assurant que l'offre de santé répond aux priorités des usagers en France. Ce document préconise notamment une gestion plus dynamique du panier de biens et services de santé pris en charge, qui devra être portée par une forte volonté politique.

## Psychiatrie

### ► **La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique**

CENTRE PRIMO LEVI MÉDECINS DU MONDE  
2018

**Paris Médecins du Monde, Paris Centre Primo Levi.**

[https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s\\_Rapport%20pages.pdf](https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport%20pages.pdf)

La santé mentale, et plus largement la souffrance psychique, se situe dans l'exact angle mort des politiques publiques concernant les personnes exilées, encore majoritairement orientées vers le soin des maladies infectieuses et la prise en charge des urgences médicales. Elle constitue pourtant une urgence sanitaire et un enjeu de santé publique majeur. Le Centre Primo Levi et Médecins du Monde, tous deux engagés dans l'accueil et le soin des personnes exilées, réunissent leurs constats dans ce rapport. Ils dressent un tableau sans concession de la situation et mettent en avant des propositions afin que soit enfin élaborée, au niveau national, une réponse de santé publique adaptée à l'enjeu majeur que représente la santé mentale de ces personnes.

### ► **Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée**

COLDEFY M. ET GANDRE C.  
2018

**Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(237).**

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf>

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès apparées aux données de consommation de soins dans le Système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance Maladie. La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations

en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé. Ces premiers résultats encouragent à développer des travaux visant à expliquer cette surmortalité ainsi qu'à mener en parallèle des actions ciblées pour réduire les inégalités de santé dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique.

### ► **Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé**

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
2018

**In: Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018, Paris : Ministère chargé de la santé**

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire, au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'Assurance Maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes, incluant les soins de ville (30 %), les hospitalisations (48 %) et les prestations en espèces (22 %), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus. Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposent en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

### ► **Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960**

LOPEZ A. ET TURAN-PELLETIER G.  
2017

**Paris IGAS.**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000071/index.shtml>

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de

soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés; parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

► **Mental Health Atlas 2017**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2018

Genève OMS.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf>

The 2017 version of Mental Health Atlas continues to provide up-to-date information on the availability of mental health services and resources across the world, including financial allocations, human resources and specialised facilities for mental health. This information was obtained via a questionnaire sent to designated focal points in each WHO Member State. Latest key findings are presented in the Box opposite

► **Mental Health, Human Rights and Standards of Care**

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2018

Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health,-human-rights-and-standards-of-care-2018>

The WHO project on adults with psychosocial and intellectual disabilities living in institutions in the WHO European Region targets a highly marginalized, vulnerable group whose quality of life, human rights and reinclusion in society are seriously compromised

by outdated, often inhumane institutional practices. The specific objectives of the project were to address gaps in knowledge about the number and characteristics of such long-term institutions and to identify deficiencies in current care standards through the lens of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Le projet de l'OMS sur les adultes présentant des déficiences psychosociales et intellectuelles et vivant en institution dans la Région européenne de l'OMS vise un groupe très marginalisé et vulnérable dont les droits, la qualité de vie et la réinsertion dans la société sont sérieusement compromis par des pratiques institutionnelles dépassées et souvent inhumaines. Son but est de promouvoir et de faciliter la désinstitutionalisation. Les objectifs spécifiques du projet étaient de pallier le manque de connaissances sur le nombre et les caractéristiques de ces établissements de long séjour, et de recenser les lacunes actuelles en matière de normes de soins sous l'angle de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Cette publication examine et évalue la qualité des soins et la protection des droits de l'homme dans des établissements de plus de 20 pays de la Région à l'aide du kit QualityRights de l'OMS. Elle définit les mesures à prendre afin de parvenir à la désinstitutionalisation et d'assurer le respect des droits des personnes présentant des déficiences psychosociales et intellectuelles.

## Primary health care

► **Financial Incentives and Physician Prescription Behavior. Evidence from Dispensing Regulations**

BURKHARD D., SCHMID C. ET WUTHRICH G.  
2018

**HEDG Working Paper ; 18/17. York University of York.**

In many healthcare markets, physicians can respond to changes in reimbursement schemes by changing the volume (volume response) and the composition of services provided (substitution response). We examine the relative importance of these two behavioral responses in the context of physician drug dispensing in Switzerland. We find that dispensing increases drug costs by 52% for general practitioners and 56% for specialists. This increase is mainly due to a volume increase. The substitution response is negative on average, but not significantly different from zero for large parts of the distribution. In addition, our results reveal substantial effect heterogeneity.

► **Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2018**

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS

2018

**Paris CNOP.**

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/399974/1888607/version/1/file/brochure-la-demographie-+2018.pdf>

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques/Les-Pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2018-fascicules-regionaux>

Comme chaque année, l'Ordre national des pharmaciens publie son panorama démographique des pharmaciens au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Les tendances observées précédemment se confirment : Une profession qui poursuit sa restructuration avec une nette tendance au regroupement des officines, des laboratoires de biologie médicale et des établissements de santé ; une profession en renouvellement, la tranche des moins de 33 ans est prépondérante (15,9 % des pharmaciens) ; une profession féminisée puisque 67,3 % des pharmaciens sont des un maillage territorial équilibré, sécurisant l'accès aux médicaments et produits de santé.

► **Medicare : Small and Rural Practices' Experiences in Previous Programs and Expected Performance in the Merit-Based Incentive Payment System**

COSGROVE J.

2017

**Washington GAO.**

<https://www.gao.gov/assets/700/692179.pdf>

Medicare provides payment incentives to physician practices that provide efficient and high-quality care. In 2017, it consolidated its previous payment incentive programs into a new Merit-based Incentive Payment System (MIPS). We found that small practices did not perform as well as larger practices in the previous incentive programs. Medicare estimates that small practices will do better under MIPS in part because the new system offers increased flexibility, such as allowing practices with 10 or fewer providers to participate as a virtual group that can work together and share resources with small practices in other areas of the country.

► **Understanding Physician Decision Making: The Case of Depression**

CURRIE J. ET MACLEOD B.

2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24955. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24955>

Faulty physician decision making has been blamed for everything from medical errors to excessive procedure use and wasteful spending. Yet medical treatment is often complex, requiring a sequence of decisions that may involve trade-offs between selecting the choice with the highest expected value or selecting a choice with higher possible payoffs. We show that the best choice depends on a physician's diagnostic skill so that the optimal treatment can vary even for identical patients. Bringing the model to patient claims data for depression, we show that doctors who experiment more with drug choice achieve better patient outcomes, except when physician decisions violate professional guidelines for drug choice.



► **Rapport de la Mission deuxième cycle des études de médecine**

DUBOIS-RANDE J., HENNIION-IMBAULT Q.  
2018

Paris AEF.

<https://asemdpu.eu/wp-content/uploads/2018/05/Rapport2emeCycle2018.pdf>

L'ancien président de la conférence des doyens des facultés de médecine, le Pr Jean-Luc Dubois-Randé et l'ex vice-président de l'Anemf, Quentin Hennion-Imbault ont rendu en décembre 2017 un rapport sur la réforme du deuxième cycle des études de médecine. Resté jusqu'alors confidentiel, ce rapport comprend 13 propositions de refonte du cursus. La piste la plus emblématique de ce rapport est la suppression des ECNi. Décision attendue, le rapport rappelle que le classement général apparaît aujourd'hui comme « obsolète et inadapté » et propose donc un remplacement progressif des ECNi par un système inspiré du Canada et des États-Unis le principe du « matching ».

► **Les « deux têtes » du médecin**

EVEN G.  
2018

Paris : l'Harmattan

Qu'attend-on du médecin ? Quelle place notre médecine de plus en plus efficace et technicisée peut-elle faire à la personne malade ? L'idée directrice de cet ouvrage est que la médecine a atteint un seuil à partir duquel de profondes modifications sont nécessaires pour que l'attention au sujet occupe la place qui lui revient. C'est à partir de rencontres avec des patients et d'événements ayant marqué l'itinéraire professionnel de l'auteur qu'il sera proposé au lecteur d'entrer dans cette réflexion sur la médecine actuelle et son devenir.

► **Advanced Primary Care: A Key Contributor to Successful ACOs**

JABBARPOU Y., COFFMAN M., HABBIB A., *et al.*  
2018

Washington Patient Centered Primary Care Collaboration.

<https://www.pcpcc.org/resource/evidence2018>

Public and private policymakers have spent more than a decade transforming care delivery and exploring

alternative payment models to improve the quality of care. Two of the most promising approaches—the Patient Centered Medical Home (PCMH) and Accountable Care Organizations (ACO)—both focus on increasing coordinated, outcomes-driven care, but little research has been done on how these models interact to achieve the 'triple aim' of better clinical quality, lower costs, and improved population health. The Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC) convened experts to consider the implications of a first-of-its-kind analysis aimed at filling this important knowledge gap. Their preliminary analysis found that ACOs that leverage advanced primary care models achieved improved population health, lowered costs, and enhanced patient experiences to a greater extent than those that did not. Nearly all results were positive, although not all were statistically significant. Researchers say that ACOs and advanced primary care models are well-positioned to work together to achieve respective goals. With a focus on population health management, ACOs depend on the tenets of strong primary care. Primary care, in turn, depends on the larger healthcare system to meet its full potential to improve patient outcomes.

► **Les professions de santé. Tome 1 : la notion de professions de santé**

LAUDE A. ET TABUTEAU D.  
2018

Paris : IDS

<https://www.calameo.com/read/00531799035fbd0ce4a02>

Cette étude rassemble des éléments comparés sur les professions de santé dans les pays de l'Union européenne. Afin de parvenir à cerner cette notion de « professions de santé », il convient dans un premier temps de s'intéresser à la manière dont la définition est abordée - ou n'est pas abordée - par le droit des différents États en Europe, le droit de l'Union européenne - le droit international ne définissant pas précisément cette notion. À partir de ce constat selon lequel une telle définition n'existe pas, les professions de santé doivent être étudiées sous l'angle de trois éléments dont il faut tenir compte pour délimiter la profession : la qualification, les compétences, puis les missions du système de santé.

► **Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires**

MESNIER T.

2018

**Paris Ministère chargé de la santé.**

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>

A la demande du ministre des solidarités et de la santé, la mission avait pour but de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Il fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement.

► **La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie**

MORIN D.

2018

**Montréal : Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)**

[www.sidiief.org/produit/la-pratique-infirmiere-avancee-vers-un-consensus-au-sein-de-la-francophonie](http://www.sidiief.org/produit/la-pratique-infirmiere-avancee-vers-un-consensus-au-sein-de-la-francophonie)

Cette publication a pour objectif de soutenir le développement de la profession infirmière au sein de l'espace francophone. L'analyse de ses fondements et de sa valeur économique conclut sur des considérations et des énoncés stratégiques capables de soutenir son évolution pour la configurer à la hauteur des besoins de santé d'une population, et ce, dans le respect des contextes culturel, politique, économique et professionnel propres à chaque système de santé.

► **L'activité des médecins libéraux à travers la CCAM**

ROZIERE T., RODTS U., IGONDJO L., *et al.*

2018

**Points De Repère(50)**

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_50\\_-\\_L\\_activite\\_des\\_medecins\\_liberaux\\_a\\_travers\\_la\\_CCAM.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_50_-_L_activite_des_medecins_liberaux_a_travers_la_CCAM.pdf)

Ce Points de repère présente une analyse de l'activité technique médicale réalisée en secteur libéral (cabinets de ville, cliniques privées et centres de santé) et prise en charge par l'Assurance Maladie en 2016, ainsi que de la croissance des actes et des honoraires remboursables sur la période récente. En 2016, les actes techniques (y compris les forfaits techniques d'imagerie) représentaient une dépense de 9,3 milliards d'euros en progression de 4 % par rapport à l'année précédente.

► **Measuring Physicians' Response to Incentives: Evidence on Hours Worked and Multitasking**

SHEARER B., SOME N. H. ET FORTIN B.

2018

**Bonn IZA.**

<http://ftp.iza.org/dp11565.pdf>

We measure the response of physicians to monetary incentives using matched administrative and time-use data on specialists from Québec (Canada). These physicians were paid fee-for-service contracts and supplied a number of different services. Our sample covers a period during which the Québec government changed the prices paid for clinical services. We apply these data to a multitasking model of physician labour supply, measuring two distinct responses. The first is the labour-supply response of physicians to broad-based fee increases. The second is the response to changes in the relative prices of individual services. Our results confirm that physicians respond to incentives in predictable ways. The own-price substitution effects of a relative price change are both economically and statistically significant. Income effects are present, but are overridden when prices are increased for individual services. They are more prominent in the presence of broad-based fee increases. In such cases, the income effect empirically dominates the substitution effect, which leads physicians to reduce their supply of clinical services.

## Health systems

### ► Health system review : Spain

BERNAL-DELGADO E., GARCIA-ARMESTO S., OLIVA J., *et al.*  
2018

**Health systems in transition review ; Vol. 20 No. 2. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.**

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf)

The underlying principles and goals of the Spanish national health system continue to focus on universality, free access, equity and fairness of financing. The evolution of performance measures over the last decade shows the resilience of the health system to macroeconomic conditions, although some structural reforms may be required to improve chronic-care management and the reallocation of resources to high-value interventions (résumé de l'éditeur).

### ► Reforming Payment for Health Care in Europe to Achieve Better Value

CHARLESWORTH A., DAVIES A. ET DIXON J.  
2016

**Londres Nuffield Trust.**

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/reforming-payment-for-health-care-in-europe-to-achieve-better-value>

This report compares different payment systems for health care used across Europe and examines their role in improving the efficiency and quality of care. This study suggests that rather than a single payment system such as 'pay for performance' or diagnosis-related groups, blended payment systems have repeatedly been found to contribute to the delivery of high-quality, affordable care. It also explores the reasons why, despite the strong interest in rewarding providers for good quality care and developing payments that cover entire patient care pathways, such reforms have not yet been systematically implemented in Europe. The authors conclude that, while payment systems are an important tool for policy-makers, they should be seen as part of a basket of measures for maximising efficiency and effectiveness that also includes professional culture, public attitudes, and the legal and regulatory framework. Therefore, changes to payment systems need to be part of a wider programme of reform.

### ► Health system review : Greece

ECONOMOU C., KAITELIDOU D., KARANIKOLOS M., *et al.*  
2017

**Health systems in transition review ; Vol. 19 No. 5. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe.**

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf)

This report examines the impact of the economic crisis on Greece's health systems and the multiple reforms that have been implemented in response. The HiT provides a detailed account of the success and shortcomings of the country's efforts to respond to the challenges it faced. While in the past, long-needed reforms stagnated, the country's Economic Adjustment Programme imposed by international lenders has acted as a catalyst to tackle an unprecedentedly large number of changes in the health sector since 2010. These changes aimed to cut spending, reduce inefficiencies and improve monitoring within a very ambitious time frame, but not all have been successful. Squeezed to the limits, Greece's health system now needs longer-term strategic measures that can ensure a balance of resources, improve responsiveness, and deliver high-quality services equitably and in appropriate settings.

### ► Availability of National Health Services Delivery Data Across the WHO European Region: Scanning Survey Results (2018)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
2018

**Copenhague Office des publications du bureau régional de l'Europe.**

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2018/availability-of-national-health-services-delivery-data-across-the-who-european-region-scanning-survey-results-2018>

This publication describes the results of a data availability scanning survey on the sources and availability of data on health services delivery. The survey was initiated with integrated health services delivery focal points at the annual meeting of this network in June 2017. The survey found that information is available on the health workforce and financing across the

Region. Information on equipment and infrastructure at the health facility level is less readily available and, for regional monitoring purposes, likely needs to be supplemented by survey data. Information on the performance of health services delivery can be gathered from existing information systems, except for long-term care. Data on patient experience are collected in a few

countries on an ad hoc basis and are not linked to other databases. Key informants to supplement information on the performance and capacity of health services delivery can be identified from existing associations of patients and health professionals since these are available across countries.

## Occupational Health

### ► **Has the Economic Crisis Worsened the Work-Related Stress and Mental Health of Temporary Workers in Spain?**

BARTOLL X., GIL J. ET RAMOS R.

2018

**Bonn IZA.**

<http://ftp.iza.org/dp11701.pdf>

This paper analyses the causal effects of temporary employment on work-related stress and mental health before (2006/07) and during the economic crisis (2011/12) and examines whether the economic recession worsened these two health outcomes. To control for selection bias, propensity scores (PS) are computed separately for men and women using microdata from two cross-sectional surveys, considering temporary (treatment group) versus permanent employment (control group). Next, we use difference-in-differences estimators stratifying by age, education level, and regional unemployment differences using PS as weights. Our results indicate that a male salaried worker with a temporary labour contract tends to have lower levels of work-related stress in the pre-crisis period, but not for women. The stratification analysis shows lower work-related stress levels among older male adults, workers with a high education level, and employees in regions with high unemployment rates. The economic crisis is responsible for increasing stress only among older temporary workers and male university graduates, without affecting women. We also see evidence of a positive link between temporary employment and poor mental health in both periods, although only for men. We neither find significant impacts for our sample of men or women, nor for most of our population subgroups with the exception of male workers with a university degree.

### ► **Working Times and Overweight: Tight Schedules, Weaker Fitness?**

COSTA-FONT J. ET SAENZ DE MIERA JUAREZ B.

2018

**IZA Discussion Paper ; 11702. Bonn IZA.**

<http://ftp.iza.org/dp11702.pdf>

Although the rise in obesity and overweight is related to time constraints influencing health investments (e.g., exercise, shopping and cooking time, etc.), there is limited causal evidence to substantiate such claims. This paper estimates the causal effect of a change in working times on overweight and obesity drawing from evidence from the Aubry reform implemented in the beginning of the past decade in France. We use longitudinal data from GAZEL (INSERM) 1997-2006 that contains detailed information about health indicators, including measures of height and weight. Taking the Alsace-Moselle department as a control group and a difference-in-differences strategy, we estimate the effect of a differential reduction in working times on body weight. Our results show evidence of 0.7% increase in average BMI and an 8pp increase in the probability of overweight among blue collars exposed to the reform. In contrast, we find no effect among white collar workers. The effects are robust to different specifications and placebo tests.

► **Point statistique AT-MP France. Données 2016**

EUROGIP  
2018

Paris Eurogip.

[www.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/5012-point-statistique-at-mp-france-donnees-2016](http://www.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/5012-point-statistique-at-mp-france-donnees-2016)

Ce document présente une synthèse descriptive des principales données statistiques disponibles sur les accidents du travail (AT) les accidents de trajet et les maladies professionnelles (MP) en France.

► **Exemples d'incitations financières à la prévention des risques professionnels en Europe**

EUROGIP  
2018

Paris Eurogip

[https://www.eurogip.fr/images/pdf/Eurogip133F-Incitations\\_Prev\\_Europe.pdf](https://www.eurogip.fr/images/pdf/Eurogip133F-Incitations_Prev_Europe.pdf)

La plupart des organismes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP) soutiennent les entreprises dans la prévention de ces risques à travers des incitations financières. Différenciation des primes, bonus/malus... Les incitations fondées sur la sinistralité qu'enregistre l'entreprise sont ainsi largement utilisés via les systèmes de tarification des AT/MP. Parallèlement, des incitations économiques sont mises en place pour valoriser l'effort en prévention. L'accent est alors mis sur l'accompagnement des entreprises et de leurs salariés et la promotion d'une culture de prévention durable. Dans cette note, Eurogip présente différents systèmes d'incitations à la prévention des risques professionnels en Allemagne, Autriche, au Danemark et en Italie. Les exemples retenus concernent des dispositifs intéressants pour différentes raisons cumulables : forte dissémination, implication des branches professionnelles, simplicité de mise en œuvre, disponibilité d'informations détaillées.

► **Inequalities in Labour Market Consequences of Common Mental Disorders**

JARL J., LINDER A. ET BUSCH H.  
2018

Lund Lund University.

[https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2018\\_015.html](https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2018_015.html)

The burden of mental disorders continues to grow and is now a leading cause of disability worldwide. The prevalence of mental disorders is unequal between population subgroups, and these disorders are associated with unfavourable consequences in social and economic conditions, health and survival. However, how the negative effects of mental disorders are distributed among population subgroups is less studied. Our aim is to investigate how labour market consequences of Common Mental Disorders (CMD) differ over gender, age, education, and country of birth. We use a population sample from southern Sweden of patients diagnosed with CMD 2009-2012 and a matched general population control group with linked register information on employment, long-term sick leave, and disability pension. Logistic regression with interaction effects between CMD and sociodemographic indicators are used to estimate labour market consequences of CMD in the different population subgroups. CMD have a negative impact on all labour market outcomes studied, reducing employment while increasing the risk of long term sick leave and disability pension. However, the associated effect is found to be stronger for men than women, except for disability pension where consequences are similar. Surprisingly, high educated individuals suffer worse labour market consequences than low educated. Consequences of CMD in labour market outcomes are not consistent across different age-groups and country of birth. Inequalities in the labour market consequences of common mental disorders sometimes contributes to, and sometimes mitigates, societal inequalities in employment, long term sick leave and disability pension. When developing new strategies to tackle mental ill health in the population, it may therefore be motivated to consider not only inequalities in the prevalence of mental disorders, but also inequalities in the consequences of these disorders.

► **Quantifying the Benefits of Social Insurance: Unemployment Insurance and Health**

KUKA E.

2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24766. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24766>

While the Unemployment Insurance (UI) program is one of the largest safety net program in the U.S., research on its benefits is limited. This paper exploits plausibly exogenous changes in state UI laws to empirically estimate whether UI generosity mitigates any of the previously documented negative health effects of job loss. The results show higher UI generosity increases health insurance coverage and utilization, and leads to improved self-reported health. Moreover, these effects are stronger during periods of high unemployment rates. Finally, I find no effects on risky behaviors nor on health conditions.

► **Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée**

LECOCQ C., DUPUIS B. ET FOREST H.

2018

**Paris Igas.**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000578/index.shtml>

Commandé par le gouvernement le 22 janvier dernier, ce rapport sur la santé au travail rassemble les propositions de la mission pour améliorer l'efficacité de la prévention des risques professionnels. Parmi les pistes retenues : la création de « France Santé Travail », un établissement qui réunirait « sous la même bannière » l'INRS, l'Anact et l'OPPBTP, la création de structures régionales de droit privé regroupant les services de santé au travail interentreprises (SSTI), les compétences des Aract, des agences régionales de l'OPPBTP, les agents des Carsat affectés aux actions de prévention, et une refonte du mode de financement, avec une cotisation unique pour les employeurs. Les différentes ressources par ailleurs consacrées à la prévention (fonds de l'Etat, de la branche AT-MP, fonds issus des cotisations finançant des structures régionales de prévention...) seraient réunies dans un unique fonds national. La répartition des dotations sur l'ensemble du territoire pourrait être décidée par la structure nationale de prévention, et la gestion des fonds être assurée par la Cnam.

► **Self-Employment Can Be Good for Your Health**

NIKOLOVA M.

2018

**GLO Discussion Paper Series ; 226. Maastricht GLO.**

<https://econpapers.repec.org/paper/zbwglodps/226.htm>

Drawing upon theoretical insights from the Job Demand-Control model, which links occupational characteristics to health, this paper provides the first causal evidence of the physical and mental health consequences of self-employment. Specifically, I utilize German longitudinal data for the period 2002-2014 and difference-in-differences estimations and find that both switches from unemployment to self-employment (necessity entrepreneurship) and transitions from regular employment to self-employment (opportunity entrepreneurship) lead to health enhancements for entrepreneurs with and without employees. Specifically, necessity entrepreneurs experience improvements in mental but not physical health, while opportunity entrepreneurship is associated with both physical and mental health gains, which is in line with the theoretical predictions. Importantly, the health improvements cannot be explained by changes in income or working conditions and are not driven by personality and risk preferences or the local unemployment conditions. The results have implications for entrepreneurship theory and practice, current and would-be entrepreneurs as well as policy-makers.

► **Health and Economic Activity over the Lifecycle: Literature Review**

PRINZ D., CHERNEW M., CUTLER D., *et al.*

2018

**NBER Working Paper Series ; n° 24875. Cambridge NBER.**

<http://papers.nber.org/papers/W24875>

We systematically review the literature linking health to economic activity, particularly education and labor market outcomes, over the lifecycle. In the first part, we review studies that link childhood health to later-life outcomes. The main themes we focus on are in-utero exposures, birthweight, physical health and nutrition, mental health, and the environment. In the second part, we review studies of the impact of health on labor market success for adults. The main themes we focus on are the environment, disability, physical health shocks, within-household spillovers, cancer, and mental health.

## Aging

### ► Care Needed : Improving the Lives of People with Dementia

ATKINS T., SUZUKI E.

2018

Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/publications/care-needed-9789264085107-en.htm>

Across the OECD, nearly 19 million people are living with dementia. Millions of family members and friends provide care and support to loved ones with dementia throughout their lives. Globally, dementia costs over USD 1 trillion per year and represents one of the leading causes of disability for elderly adults. These numbers will continue to rise as population's age. Until a cure or disease-modifying treatment for dementia is developed, the progress of the disease cannot be stopped. This report presents the most up-to-date and comprehensive cross-country assessment of the state of dementia care in OECD countries. In recent years, OECD countries have enhanced their efforts to provide high-quality dementia care during diagnosis, early and advanced dementia, but improving measurement is necessary for enhancements in care quality and outcomes for people with dementia. The report advises a set of policies that can help countries to improve diagnosis, strengthen access to care services, improve the quality of care, and support the families and carers of people living with dementia. Measuring and comparing the services that are delivered to people with dementia and the outcomes they achieve is a crucial part of improving dementia care. Most health systems have very poor data on dementia care and countries should work to strengthen the measurement of quality and outcomes of dementia care.

### ► Health and Income: Testing for Causality on European Elderly People

ADELIN A. ET DELATTRE E.

2018

THEMA Working Paper n°2018-07. Cergy- Pontoise Université de Cergy-Pontoise.

<https://thema.u-cergy.fr/IMG/pdf/2018-07.pdf>

Socioeconomic status and health are positively related, also known as the «health income gradient». However, when considering the causal impact of income on

health, the reverse causality might be at play. Income inequalities are an important factor in health inequality such that policy makers who aim at improving general health or narrowing inequalities using public policies, need to understand the sources and the direction of the causality between income and health. We thus investigate bivariate causal effects between the two by highlighting the Granger causality. Using the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE), we find evidence of persistent causal effects running from income to health and from health to income. Results, using a Full Information Maximum Likelihood estimator (FIML), suggest that considering a simultaneous equations approach is required because there are unobservable factors common to both equations in the individual effects (statistically significant correlation between the two equations).

### ► How to Improve the Organisation of Mental Healthcare for Older Adults in Belgium?

ADRIAENSSENS J., FARFAN-PORTET M. I., BENAHMED N., *et al.*

2018

Bruxelles KCE.

[https://kce.login.kanooh.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_301\\_Organisation\\_Mental\\_Health\\_Care\\_Elderly\\_Report.pdf](https://kce.login.kanooh.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_301_Organisation_Mental_Health_Care_Elderly_Report.pdf)

Les enfants et les adultes ont leurs réseaux spécifiques de soins de santé mentale, mais qu'en est-il des personnes âgées ? Faut-il organiser leurs soins en un réseau séparé ou peut-on les intégrer dans le système de soins des « adultes » ? À cette question, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) répond que l'âge chronologique ne doit pas servir de critère décisif car les « personnes âgées » constituent un groupe de population très hétérogène, avec des individus en pleine forme et d'autres très fragiles. Il est également d'avis qu'il faut maintenir leurs contacts privilégiés avec leur médecin généraliste, tant pour leurs problèmes somatiques que psychiques. Toutefois, certains problèmes de santé mentale nécessitent des connaissances spécifiques. Le KCE plaide donc pour une extension des différentes offres de soins de santé mentale des « adultes » aux personnes âgées, tout en prévoyant de les renforcer par des spécialistes (à

former) en santé mentale de la personne âgée et en mettant l'accent sur les interventions dans les lieux de vie et sur la collaboration entre tous les intervenants d'aide et de soin.

► **Les attentes en termes de services pour les seniors : Le rôle de l'altruisme et de l'anticipation de la dépendance**

APOUEY B. H.

2018

**PSE Working Papers ; 2017-48. Paris PSE.**

<https://hal-pjse.archives-ouvertes.fr/hal-01627093>

Dans le contexte du vieillissement de la population, cet article s'intéresse aux attentes en termes de nouveaux services qui pourraient faciliter le bien vieillir en France. À partir de données originales sur les adhérents d'une mutuelle, nous nous concentrons sur les attentes relatives à sept types de services (services liés à la vie sociale, et à la santé et aux soins, entre autres) et étudions leurs déterminants. Nos analyses montrent le rôle majeur joué par l'altruisme, la solidarité, et l'anticipation de la dépendance dans ces attentes.

► **Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018**

BRAS P. L.

2018

**Paris Conseil d'orientation des retraites.**

<http://www.cor-retraites.fr/article519.html>

Le rapport annuel 2018 du COR, Évolutions et perspectives des retraites en France, s'inscrit dans le cadre du processus de suivi et de pilotage du système de retraite français mis en place par la loi retraite du 20 janvier 2014. Pour cette cinquième édition du rapport annuel du COR, il a été procédé à une actualisation des projections à court, moyen et long terme du système de retraite. Le présent rapport est organisé en deux parties. La première partie (le contexte) présente le cadrage démographique et économique qui détermine en partie les évolutions des indicateurs de suivi et de pilotage. La deuxième partie (les résultats) décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, à l'aune des indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le COR.

► **Uncertain Altruism and Non-Linear Long-Term Care Policies**

CANTA C. ET CREMER H.

2018

**Tse -924. Toulouse TSE.**

<https://econpapers.repec.org/paper/tsewpaper/32682.htm>

We study the design of public long-term care (LTC) insurance when the altruism of informal caregivers is uncertain. We consider non-linear policies where the LTC benefit depends on the level of informal care, which is assumed to be observable while children's altruism is not. The traditional topping up and opting out policies are special cases of ours. Both total and informal care should increase with the children's level of altruism. This obtains under full and asymmetric information. Social LTC, on the other hand, may be non-monotonic. Under asymmetric information, social LTC is lower than its full information level for the lowest level of altruism, while it is distorted upward for the higher level of altruism. This is explained by the need to provide incentives to high altruism children. The implementing contract is always such that social care increases with formal care.

► **Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1990 à nos jours**

CAPUANO C.

2018

**Paris : SciencesPo Les Presses**

Il est probable que nous vivions vieux, incertain que nous vivions en bonne santé. Pour mieux cerner la question de la dépendance des personnes âgées, de plus en plus aiguë avec le vieillissement de la population, Christophe Capuano apporte son regard d'historien et revient sur la genèse de l'État social depuis les années 1880. Les dispositifs mis en place, fondés sur l'assistance ou l'aide sociale, ont toujours été déficients. Longtemps assimilées aux grands infirmes ou aux handicapés, les personnes âgées ont perdu les bénéfices de la politique du handicap à la fin du XXe siècle. Quant au cinquième risque de la Sécurité sociale – celui de la dépendance –, sa création s'est vue constamment repoussée jusqu'à nos jours. Au travers du sujet de la dépendance, l'auteur souligne la priorité donnée aux économies budgétaires et aux logiques des finances publiques dans les politiques sociales menées envers les troisième et quatrième âges. Il insiste également sur le rôle essentiel des familles, qui se maintient



au fil du temps n'en déplaie aux pouvoirs publics qui ne cessent de pointer leur désengagement.

► **Le vieillissement de la population et ses enjeux Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017**

DE LAPASSE B.  
2018

Paris : CGET

<http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>

Phénomène mondial, le vieillissement des populations touche aussi bien des pays développés comme le Japon que des pays émergents comme la Chine. En Europe, il a d'abord concerné les pays du Nord avant de s'étendre à ceux du Sud. Cette augmentation de la part de personnes âgées dans la population européenne (13,7 % des personnes avaient 65 ans et plus en 1990, 19,2 % en 2016 dans l'UE 28) est la dernière conséquence de la transition démographique, qui se traduit par la baisse de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie. La population française vieillit elle aussi, mais à un rythme légèrement moins rapide. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016. Ce vieillissement affecte toutefois différemment les territoires français. Les territoires peu denses accueillent une forte proportion de populations âgées mais ne vieilliront plus. L'enjeu principal sera le problème de l'isolement. Le périurbain des années 1970 est jeune et va connaître au moins ponctuellement un vieillissement marqué. Un des enjeux majeurs y sera l'accessibilité aux services. Enfin, le littoral méditerranéen cumule les trois facteurs à considérer : une population déjà vieille, une population qui va continuer à vieillir et, du fait d'un territoire attractif, une forte augmentation du nombre de personnes âgées. L'enjeu sera d'adapter les capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour qu'elles accompagnent cette importante augmentation.

► **The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)**

EUROPEAN COMMISSION  
2018

European Economy Institutional Papers; 079.  
Luxembourg Publications Office of the European Union.

[https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en)

This report looks at the long-run economic and fiscal implications of Europe's ageing population. This report is structured in two parts. The first part describes the underlying assumptions: the population projection, the labour force projection and the macroeconomic assumptions used. The second part presents the long-term budgetary projections on pensions, health care, long-term care, education and unemployment benefits. A Statistical Annex gives an overview of the main assumptions and macroeconomic projections as well as projection results of age-related expenditure items by area and by country.

► **Le financement de l'aide à l'autonomie : comment adapter notre système de protection sociale au défi du vieillissement ?**

FONTAINE R.  
2018

Recherche Sur Le Vieillissement(13)

[https://www.ined.fr/fichier/rte/65/Lettre\\_dinformation\\_13\\_ILVV\\_juin\\_2018.pdf](https://www.ined.fr/fichier/rte/65/Lettre_dinformation_13_ILVV_juin_2018.pdf)

Les dépenses d'aide à l'autonomie des personnes âgées représentaient au total près de 30 m milliards d'euros en 2014. Environ 79 % de ces dépenses sont aujourd'hui couvertes par des financements publics, le reste étant laissé à la charge des ménages confrontés à une situation de perte d'autonomie.

► **Débattre des enjeux : le vieillissement**

LOVE P.

2018

**Les essentiels de l'OCDE.**

[www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/debattre-des-enjeux-le-vieillissement\\_9789264289697-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/debattre-des-enjeux-le-vieillissement_9789264289697-fr)

Le vieillissement a de nombreuses répercussions sur les individus et la société dans son ensemble. Mais ses conséquences sur les soins de santé, la vie professionnelle et le bien-être en général ne sont pas toujours telles que nous l'imaginons. Le rapport de la série Les essentiels de l'OCDE : débattre des enjeux consacrés au vieillissement examine les problèmes, les défis et les opportunités que représente le vieillissement pour les citoyens et les pouvoirs publics des pays développés et en développement. Des experts de l'OCDE ou d'ailleurs dans les domaines de la démographie, de la recherche médicale, des retraites, de l'emploi et autres, y présentent leurs analyses et points de vue sur l'une des tendances les plus déterminantes pour nos sociétés.

► **Perte d'autonomie des personnes âgées : étude nationale et études régionales**

MICHEL M.

2018

**Paris : Insee**

[www.insee.fr/fr/statistiques/3554333](http://www.insee.fr/fr/statistiques/3554333)

<https://www.insee.fr/fr/information/3562458>

L'Insee publie un ensemble d'études nationale et régionales sur la perte d'autonomie des seniors vivant à domicile, réalisées à partir des données de l'enquête Vie Quotidienne et Santé de 2014. La part des seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre, indépendamment des différences

d'âge au sein de la population des seniors. Les régions dans lesquelles les seniors connaissent le plus de difficultés sociales sont celles où les seniors résident le plus souvent à domicile et où les situations de perte d'autonomie sont les plus fréquentes.

► **The Kids Are Alright - Labour Market Effects of Unexpected Parental Hospitalisations in the Netherlands**

RELLSTAB S., BAKX P., GARCIA-GOMEZ P., *et al.*

2018

**Tinbergen Institute Discussion Paper ; 2018-049/V. Rotterdam Tinbergen Institute.**

<https://ideas.repec.org/p/tin/wpaper/20180049.html>

Unexpected negative health shocks of a parent may reduce adult children's labour supply via informal caregiving and stress-induced mental health problems. We link administrative data on labour market outcomes, hospitalisations and family relations for the full Dutch working age population for the years 1999-2008 to evaluate the effect of an unexpected parental hospitalisation on the probability of employment and on conditional earnings. Using a difference-in-differences model combined with coarsened exact matching and individual fixed effects, we find no effect of an unexpected parental hospitalisation on either employment or earnings for Dutch men and women, and neither for the full population nor for subpopulations most likely to become caregivers. These findings suggest that the extensive public coverage of formal long-term care in the Netherlands provides sufficient opportunities to deal with adverse health events of family members without having to compromise one's labour supply.

# Index

## A

Adeline A. ....	41
Adriaenssens J. ....	41
Apouey B. H. ....	42
Aragon M. J. ....	17
Atkins T. ....	41

## B

Baena A. ....	13
Bakx P. ....	44
Bartoll X. ....	38
Beaudet T. ....	11
Benahmed N. ....	41
Bergeron P. ....	23
Bernal-Delgado E. ....	37
Boisguerin B. ....	22
Bojke C. ....	14
Bras P. L. ....	42
Burkhard D. ....	34
Busch H. ....	39

## C

Canta C. ....	42
Capuano C. ....	42
Castelli A. ....	14
Cazenave-Lacroutz A. ....	21
Centre International de Recherche sur le Cancer..	18
Centre Primo Levi Médecins du Monde .....	32
Charlesworth A. ....	37
Chazelle E. ....	27
Chen L. ....	27
Cherie Challine L. ....	27
Chernew M. ....	14 , 40

Clarke P. M. ....	27
Cloarec-Le Nabour C. ....	28
Cnil. ....	13
Coffman M. ....	35
Coldefy M. ....	32
Commissariat Général à l'Égalité du Territoire .	19
Commission des Comptes de la Sécurité Sociale ..	15 , 25 , 32
Com-Ruelle L. ....	20
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens ..	34
Cooke O. D. N. ....	11
Cooper Z. ....	14
Cosgrove J. ....	34
Costa-Font J. ....	38
Coveney M. ....	23
Crawford R. ....	24
Cremer H. ....	42
Culyer A. J. ....	15
Currie J. ....	34
Cutler D. ....	40
Cylus J. ....	16

## D

Damon J. ....	28
Daudigny Y. ....	26
Davies A. ....	37
Dedet G. ....	27
De Lapasse B. ....	43
Delattre E. ....	41
Deleire T. ....	11
Deroche C. ....	26
Desgree Du Loû A. ....	24
Desomer A. ....	20
Dherbecourt C. ....	24
Dixon J. ....	37
Dubois-Rande J. ....	35

Duchene C. ....	28
Dupuis B. ....	40
Duran A. ....	22

## E

Economou C. ....	37
Escarce J. J. ....	25
Eurogip ....	39
European Commission.....	43
Evans T. ....	12
Even G. ....	35

## F

Farfan-Portet M. I. ....	41
Fauchier-Magnan E.....	19
Fontaine R. ....	43
Forest H. ....	40
Fortin B. ....	36
Fouquet N.....	27

## G

Gandre C.....	32
Garcia-Armesto S.....	37
Garcia-Gomez P. ....	23, 44
Gil J. ....	38
Grasic K.....	14
Guillot V. ....	26

## H

Haasis M.A.....	27
Habbib A.....	35
Haut Conseil de la Santé Publique.....	31
Hayen A. P.....	16
Hennion-Imbault Q.....	35
Holder H. D.....	11
HOPE Survey.....	23

Hopp W. J.....	22
Huguet M. ....	21
Huteau G. ....	29

## I

Igondjo L.....	36
INCa.....	18
Inforoute Santé Canada.....	14
Issaad V.....	29

## J

Jabbarpou Y. ....	35
Jarl J.....	39
Joutard X.....	21
Julienne K. ....	31

## K

Kaitelidou D. ....	37
Karanikolos M.....	37
Khan R. ....	26
Kieny M. P. ....	12
Kierzek G.....	26
Klein M. ....	29
Klein T. J. ....	16
Kuka E. ....	40
Kumpunen S. ....	11

## L

Landriault J. P.....	23
Lapinte A. ....	12
Larsen-Hallock E. ....	14
Laude A.....	35
Lebihan L. ....	25
Lecocq C. ....	40
Leguludec P.....	31
Leo M.....	26

Linder A. ....	39
Lopez A. ....	32
Love P. ....	44

## M

Macleod B. ....	34
Mao Takongmo C. O. ....	25
McKellips F. ....	25
Mesnier T. ....	36
Michel M. ....	44
Ministère chargé de la santé .....	21
Morin D. ....	36

## N

Nestrigue C. ....	20
Nikolova M. ....	40
Nishi T. ....	16
Nolte E. ....	16

## O

Oliva J. ....	37
Organisation Mondiale de la Santé ..	18 , 19 , 33 , 37
Or Z. ....	21 , 29

## P

Perotti R. ....	17
Perronnin M. ....	12
Petrie D. J. ....	27
Pierron L. ....	11
Pitollat C. ....	29
Prinz D. ....	40
Proshin A. ....	21

## R

Rachiq C. ....	13
Ramos R. ....	38
Ray-Coquard I. ....	21
Rayssiguier Y. R. ....	29
Rechel B. ....	22
Rellstab S. ....	44
Rice N. ....	17
Rocco L. ....	25
Rodts U. ....	36
Roland D. ....	16
Roziere T. ....	36

## S

Saenz De Miera Juarez B. ....	38
Safon M. O. ....	29 , 30
Saghafian S. ....	22
Salm M. ....	16
Saltman R. ....	22
Scarpetta S. ....	12
Schmid C. ....	34
Shearer B. ....	36
Socha-Dietrich K. ....	26
Some N. H. ....	36
Stoye G. ....	24
Suzuki E. ....	41

## T

Tabuteau D. ....	35
Tertrais B. ....	13
Toulemonde F. ....	22
Tremblay M. ....	23
Triemstra M. ....	20
Turan-Pelletier G. ....	32

## V

Van Den Heede K. ....	20
Van Doorslaer E. ....	23

Vigier J. P..... 30  
Vogler S..... 27

**W**

Wallon V..... 19  
Wuthrich G. .... 34

**Z**

Zarenko B..... 24