

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Février 2019 / February 2019

Assurance maladie	<i>Health insurance</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health economics</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Prévention de la santé	<i>Health Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Mise en ligne web

Aude Sirvain

ISSN : 2556-2827

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

Web publishing

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

Sommaire Contents

Assurance maladie

Health insurance

13 The Promise and Peril of Universal Health Care

Bloom D. E., Khoury A. et Subbaraman R.

13 The Three-Year Impact of the Affordable Care Act on Disparities in Insurance Coverage

Courtemanche C., Marton J., Ukert B., et al.

13 Health Insurance and Poverty in Trajectories of Out-Of-Pocket Expenditure Among Low-Income Middle-Aged Adults

Kwon E., Park S. et McBride T. D.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical technologies

14 The Determinants of Access to Information on the Internet and Knowledge of Health Related Topics in European Countries

LiobikienE G. et BernatoniE J.

14 La télémédecine appliquée à l'hémodialyse ou la machine connectée

Simon P.

15 Le développement de la télémédecine, une question de financement ? Un éclairage par l'analyse lexicométrique du discours parlementaire

Thorigny M.

Économie de la santé

Health economics

15 Impact of Type 2 Diabetes on Health Expenditure: Estimation Based on Individual Administrative Data

Baudot F.-O., Aguadé A.-S., Barnay T., et al.

16 The Impact of Financial Incentives on Health and Health Care: Evidence from a Large Wellness Program

Einav L., Lee S. et Levin J.

16 A Systematic Review of the Indirect Costs of Schizophrenia in Europe

Fasseeh A., Nemeth B., Molnar A., et al.

16 Professionalism, Performance, and the Future of Physician Incentives

Khullar D., Wolfson D. et Casalino L. P.

17 The Cyclicalities of Government Health Expenditure and Its Effects on Population Health

Liang L.-L. et Tussing A. D.

17 L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé

Math A.

17 Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe

Math A.

18 Variation in Prostate Cancer Treatment and Spending Among Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations

Modi P. K., Kaufman S. R., Borza T., et al.

18 Effective Healthcare Cost-Containment Policies: A Systematic Review

Stadhouders N., Kruse F., Tanke M., et al.

18 How Much Does the Treatment of Each Major Disease Cost? A Decomposition of Swiss National Health Accounts

Wieser S., Riguzzi M., Pletscher M., et al.

19 Medicaid Incentives for Preventing Chronic Disease: Effects of Financial Incentives for Smoking Cessation

Witman A., Acquah J., Alva M., et al.

État de santé

Health Status

19 Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique

Éditorial
Bourdillon F.

- 20 **Psychological Characteristics of Stress in Nursing Student**
Dugue M., Garnarczyk C. et Dosseville F.
- 20 **The Perinatal Health of Immigrant Women in France: A Nationally Representative Study**
El-Khoury Lesueur F., Sutter-Dallay A. L., Panico L., et al.
- 20 **Burnout in Medical Students Before Residency: A Systematic Review and Meta-Analysis**
Frajerman A., Morvan Y., Krebs M.-O., et al.
- 21 **Socioeconomic Profile and Smoking Among Adolescents in Vocational Training**
Gagne T., Omorou A. Y., Kivits J., et al.
- 21 **Santé des personnes sous main de justice**
Halley Des Fontaines V. et Czernichow P.
- 21 **Migration-Related Changes in Smoking Among Non-Western Immigrants in France**
Khlal M., Legleye S. et Bricard D.
- 22 **Risk of Pressure Ulcers in Tetraplegic People: A French Survey Crossing Regional Experience with a Long-Term Follow-Up**
Le Fort M., Espagnacq M., Albert T., et al.
- 22 **La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017**
Pasquereau A., Andler R., Guignard R., et al.
- 23 **The Relationship Between Social Capital and Self-Rated Health: A Gendered Analysis of 17 European Countries**
Pinillos-Franco S. et Kawachi I.
- 23 **Consommations préoccupantes de substances psychoactives parmi les consultants des CeGIDD. Languedoc-Roussillon, 2014**
Rousseau C., Mano Q., Peyrière H., et al.
- 24 **European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017**
Timmis A., Townsend N., Gale C., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

- 24 **Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français**
Chevallard G. et Mousquès J.

- 24 **A Spatial Analysis of Health Status in Britain, 1991–2011**
Dearden E. K., Lloyd C. D. et Catney G.
- 25 **Déserts médicaux et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ?**
Lucas-Gabrielli V. et Chevillard G.
- 25 **What Drives Variation in Spending for Breast Cancer Patients Within Geographic Regions?**
Sinaiko A. D., Chien A. T., Hassett M. J., et al.

Handicap Disability

- 25 **An Evaluation of the 1987 French Disabled Workers Act: Better Paying Than Hiring**
Barnay T., Duguet E., Le Clainche C., et al.
- 26 **The Earnings and Employment Losses Before Entering the Disability System**
Cervini-Pla M. et Vall Castelló J.
- 26 **Handicap et santé bucco-dentaire : les réseaux de soins, une solution temporaire qui perdure !**
Denis F., Guyet P. et Moussa-Badran S.

Hôpital Hospitals

- 26 **Emergency and Urgent Care Systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing Organization, Payment and Reforms**
Baier N., Geissler A., Bech M., et al.
- 27 **Les privatisations du soin**
Batifoulrier P.
- 27 **Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?**
Benallah S. et Domin J. P.
- 27 **Impact of Early Primary Care Follow-Up After Discharge on Hospital Readmissions**
Bricard D. et Or Z.

- 27 **Planned and Unplanned Hospital Admissions and Their Relationship with Social Factors: Findings from a National, Prospective Study of People Aged 76 Years or Older**

Dahlberg L, Agahi N, Schon P., et al.

- 28 **Impact de la dépendance à l'alcool sur le coût et la durée des séjours hospitaliers**

Delo C., Van Wilder P., Van Den Bulcke J., et al.

- 28 **Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals**

Eliason P. J., Grieco P. L. E., McDevitt R. C., et al.

- 29 **Public Reporting of Hospital Quality Data: What Do Referring Physicians Want to Know?**

Geraedts M., Hermeling P., Ortwein A., et al.

- 29 **International Comparison of Minimum Volume Standards for Hospitals**

Morche J., Renner D., Pietsch B., et al.

- 29 **Hospital Responses to Price Shocks Under the Prospective Payment System**

Shin E.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 30 **Health Differentials Between Citizens and Immigrants in Europe: A Heterogeneous Convergence**

Bousmah M.-a.-Q., Combes J.-B. S. et Abu-Zaineh M.

- 30 **Bartley Mel, 2016, Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods, Cambridge (UK), Polity Press, IX-244 P**

Bricard D.

- 31 **Socioeconomic Differences in Healthy and Disease-Free Life Expectancy Between Ages 50 and 75: A Multi-Cohort Study**

Head J., Chungkham H. S., Hyde M., et al.

- 31 **Health Polarization and Inequalities Across Europe: An Empirical Approach**

Pascual M., Cantarero D. et Lanza P.

- 31 **Effects of Undocumented Immigrants Exclusion from Health Care Coverage in Spain**

Peralta-Gallego L., Gené-Badia J. et Gallo P.

Médicaments Pharmaceuticals

- 32 **Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique**

Abecassis P. et Coutinet N.

- 32 **Vers la disparition (un jour) du prix du médicament ?**

Baseilhac É.

- 32 **NICE et les interférences pharmaceutiques. La négociation de prix exorbitants**

Benamouzig D.

- 33 **Benzodiazepine Use and Misuse in France**

Benard-Laribiere A. et Pariente A.

- 33 **De l'administration des prix à la régulation du marché : enjeux et modalités de la fixation des prix des médicaments en France depuis 1948**

Benoît C. et Nouguez É.

- 33 **Attributable Deaths and Disability-Adjusted Life-Years Caused by Infections with Antibiotic-Resistant Bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: A Population-Level Modelling Analysis**

Cassini A., Hogberg L. D., Plachouras D., et al.

- 34 **Prices, Patents and Access to Drugs: Views on Equity and Efficiency in the Global Pharmaceutical Industry**

Cavalan Q., Hazan M., Hu I., et al.

- 34 **L'importance des remises dans la comparaison internationale des prix du médicament**

Dahmouh A., Ferretti C. et Vergier N.

- 35 **Barriers for Access to New Medicines: Searching for the Balance Between Rising Costs and Limited Budgets**

Godman B., Bucsecs A., Vella Bonanno P., et al.

- 35 **Le prix des médicaments en France : présentation synthétique des évolutions récentes du système français de fixation des prix**

Jacquet L. R., Toulemon L., Raimond V., et al.

- 35 **Drug Pricing in the United States: Prospects for Balancing Affordability, Access, and Rewards for Innovation**

Kaltenboeck A.

- 36 **Trial Implementation of Quasi Value-Based Pricing for Pharmaceuticals and Medical Devices in Japan: Issues in Dispute**
Kamae I.
- 36 **Existe-t-il un « juste prix » du médicament ?**
Le Pen C.
- 36 **Une (brève) histoire de la Commission de la transparence**
Le Pen C.
- 37 **Avant-propos**
Legal R. et Planel M.-P.
- 37 **The Impact of New Drug Launches on Life-Years Lost in 2015 from 19 Types of Cancer in 36 Countries**
Lichtenberg F. R.
- 38 **Médicaments innovants onéreux : vers le paiement de résultats contractualisés ?**
Megerlin F.
- 38 **Benzodiazepine Cessation in Ambulatory Practice. A Review**
Naccache F. et Vorspan F.
- 38 **Early Access Schemes and Pricing Strategies: A Case Study on Temporary Authorization for Use in France from 1994 to 2016**
Raïs Ali S., Raimond V., Degrossat-Théas A., et al.
- 38 **Good Practices in Prescribing Benzodiazepines**
Revet A., Yrondi A. et Montastruc F.
- 39 **Des savoirs économiques au prix du médicament. La trajectoire bureaucratique des avis d'efficience en France**
Robelet M., Benamouzig D. et Minonzio J.
- 39 **Use and Misuse of Benzodiazepines Out of France**
Tournier M., Pariente A., Begaud B., et al.
- 39 **Le rôle de l'évaluation économique dans la régulation des prix des médicaments innovants protégés par des brevets**
Wittwer J.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

- 40 **Matching and Regression to the Mean in Difference-In-Differences Analysis**
Daw J. R. et Hatfield L. A.
- 40 **Décrire les abords et l'état des logements pour redresser une enquête en face-à-face : l'exemple de l'enquête santé**
Dourgnon P.
- 40 **Testing the Grossman Model of Medical Spending Determinants with Macroeconomic Panel Data**
Hartwig J. et Sturm J.-E.
- 41 **The MIPEX Health Strand: A Longitudinal, Mixed-Methods Survey of Policies on Migrant Health in 38 Countries**
Ingleby D., Petrova-Benedict R., Huddleston T., et al.
- 41 **Les sources de données sur les populations âgées en Europe : comparaison de l'enquête Générations et genre (GGS) et de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite (SHARE)**
Keenan K., Foverskov E. et Grundy E.
- 41 **Parangonnage du codage des DAS producteurs de sévérité**
Philippon J.-F. et Caridade G.

Politique de santé

Health Policy

- 42 **Crise et réformes au prisme de la santé**
Batifoulier P., Da Silva N., Math A., et al.
- 42 **Neighborhood Disadvantage and Chronic Disease Management**
Durfey S. N. M., Kind A. J. H., Buckingham W. R., et al.
- 43 **Associations de patients et innovations thérapeutiques : de la mobilisation pour l'accès précoce à la mise en question des prix. L'exemple des associations de lutte contre le VIH et les hépatites**
Izambert C., Toullier A., Glémarec C., et al.
- 43 **The Highly Controversial Payment Reform of Dentists in France: Seeking a New Compromise After the 2017 Strike**
Mazevet M. E., Garyga V., Pitts N. B., et al.

43 **Effets du programme d'accompagnement du retour à domicile sur les pratiques des services de Protection maternelle et infantile**

Saïas T., Clavel C. et Bodard J.

44 **Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale**

Saïas T., Clavel C., Dugravier R., et al.

44 **Impact du plan AVC sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués : évolution 2011-2016 des indicateurs d'évaluation de la Haute Autorité de santé. »**

Schnitzler A., Erbault M., Solomiac A., et al.

44 **Impact de la rééducation à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral en France en 2016**

Schnitzler A., Erbault M., Solomiac A., et al.

45 **The Public Health Status and Foresight Report 2014: Four Normative Perspectives on a Healthier Netherlands in 2040**

Schoemaker C. G., Van Loon J., Achterberg P. W., et al.

45 **Who Benefits Most in Disease Management Programs: Improving Target Efficiency**

Simcoe T., Catillon M. et Gertler P.

Politique publique Public Policy

46 **Taxation et prix du tabac en France et conséquences sur la consommation**

Hill C. et Legoupil C.

Politique sociale Social Policy

46 **L'expertise en sciences sociales : une affaire politique ? Le cas de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses)**

Benamouzig D., Borrax O., Jouzel J.-N., et al.

46 **De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social**

Dussuet A., Nirello L. et Puissant E.

Prévision – Evaluation Prevision - Evaluation

47 **How Well Do Discrete Choice Experiments Predict Health Choices? A Systematic Review and Meta-Analysis of External Validity**

Quaife M., Terris-Prestholt F., Di Tanna G. L., et al.

Prévention de la santé Health Prevention

47 **A Systematic Review of the Effectiveness of Health Education Interventions to Increase Cervical Cancer Screening Uptake**

Agide F. D., Garmaroudi G., Sadeghi R., et al.

48 **La place de la sociologie au sein d'une recherche-action collaborative : retour d'expérience sur une innovation en prévention des risques**

Boutroy E. et Soulé B.

48 **The Effect of Organized Breast Cancer Screening on Mammography Use: Evidence from France**

Buchmueller T. C. et Goldzahl L.

48 **Le Programme national de réduction du tabagisme : retour sur trois années d'une stratégie d'ensemble pour réduire l'impact du tabac en France Focus**

Chazalon S., Cardenas M., Drouin C., et al.

49 **Impact, prévention et gestion du risque infectieux épidémique (infections respiratoires et gastro-entérites aiguës) dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées d'Occitanie au cours de la saison hivernale 2016-2017**

Durand C., Guinard A., Sabatier P., et al.

49 **Plain Tobacco Packaging, Increased Graphic Health Warnings and Adolescents' Perceptions and Initiation of Smoking: DePICT, A French Nationwide Study**

El-Khoury Lesueur F., Bolze C., Gomajee R., et al.

50 **Discrepancies and Overdiagnosis in Breast Cancer Organized Screening. A «Methodology» Systematic Review**

Gocko X., Leclerq M. et Plotton C.

50 **The Legal Framework for European Cervical Cancer Screening Programmes**

Májek O., Anttila A., Arbyn M., et al.

- 50 **Identifying the Barriers to Effective Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening in Thirty One European Countries Using the Barriers to Effective Screening Tool (BEST)**
Priaulx J., de Koning H. J., de Kok I. M. C. M., et al.
- 51 **Results of a Health Systems Approach to Identify Barriers to Population-Based Cervical and Colorectal Cancer Screening Programmes in Six European Countries**
Turnbull E., Priaulx J., de Kok I. M. C. M., et al.
- 51 **A Health Systems Approach to Identifying Barriers to Breast Cancer Screening Programmes. Methodology and Application in Six European Countries**
Turnbull E., Priaulx J., Van Ravesteyn N. T., et al.
- 52 **France's Citizen Consultation on Vaccination and the Challenges of Participatory Democracy in Health**
Ward J. K., Cafiero F., Fretigny R., et al.
- 53 **Contemporary Public Perceptions of Psychiatry: Some Problems for Mental Health Professions**
Dixon J. et Richter D.
- 54 **La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017**
Gigonzac V., Delézire P., Khireddine-Medouni I., et al.
- 54 **La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017**
Léon C., Chan Chee C., du Roscoät E., et al.
- 55 **Whose Income Is More Important: Mine, Yours or Ours? Income Inequality and Mental Health in Northern Sweden**
San Sebastian M., Mosquera P. A. et Gustafsson P. E.
- 55 **Peer Support Programs in Mental Health in France: Status Report and Challenges**
Villani M. et Kovess-Masfety V.

Prévision – Evaluation Prevision - Evaluation

- 52 **Using Health Technology Assessment to Assess the Value of New Medicines: Results of a Systematic Review and Expert Consultation Across Eight European Countries**
Angelis A., Lange A. et Kanavos P.
- 52 **Potentiel et limites d'une évaluation technologique des produits de santé à l'échelle européenne : l'évaluation des technologies de santé (ETS) européenne face à ses contradictions**
Hirtz B.
- 53 **Evaluation of Cost and Length of Stay's Homogeneity Per APR-DRG for Oncological Inpatient Stays in 11 Belgian Hospitals**
Van Wilder P., Van Den Bulcke J., Martins D., et al.

Psychiatrie Psychiatry

- 53 **Symbolic Violence and Disempowerment as Factors in the Adverse Impact of Immigration Detention on Adult Asylum Seekers' Mental Health**
Cleveland J., Kronick R., Gros H., et al.

Soins de santé primaires Primary Health Care

- 56 **Faut-il limiter la liberté d'installation des médecins libéraux ?**
Barnay T. et Schmitt Y.
- 56 **La part des médecins à diplôme hors Union européenne dans la démographie médicale en France depuis 10 ans**
Bertrand D.
- 56 **Primary Health Care 40 Years After Alma Ata 1978: Addressing New Challenges in a Changing Society**
De Maeseneer J. et Kendall S.
- 56 **Strengthening Primary Care: The Veneto Region's Model of the Integrated Medical Group**
Ghiotto M. C., Rizzolo Y., Gandolfo E., et al.
- 57 **Do Skilled Nursing Facilities Selected to Participate in Preferred Provider Networks Have Higher Quality and Lower Costs?**
Huckfeldt P. J., Weissblum L., Escarce J. J., et al.
- 57 **Understanding Inter-Organizational Trust Among Integrated Care Service Provider Networks: A Perspective on Organizational Asymmetries**
Li W., Islam A., Johnson K., et al.

- 57 **Moving Organizational Culture from Volume to Value: A Qualitative Analysis of Private Sector Accountable Care Organization Development**
McAlearney A. S., Walker D. M. et Hefner J. L.
- 58 **Educational Training Requirements for General Practice/Family Medicine Specialty Training: Recommendations for Trainees, Trainers and Training Institutions**
Michels N. R. M., Maagaard R., Buchanan J., et al.
- 58 **An Investigation of the Effect of Accessibility to General Practitioner Services on Healthcare Utilisation Among Older People**
Mohan G., Nolan A. et Lyons S.
- 58 **Lessons for 'Large-Scale' General Practice Provider Organisations in England from Other Inter-Organisational Healthcare Collaborations**
Pettigrew L. M., Kumpunen S., Rosen R., et al.
- 59 **Comparing Occasional and Persistent Frequent Attenders in Occupational Health Primary Care – A Longitudinal Study**
Reho T., Atkins S., Talola N., et al.
- 59 **Optimal Timing of Physician Visits After Hospital Discharge to Reduce Readmission**
Riverin B. D., Strumpf E. C., Naimi A. I., et al.
- 59 **Does the Primary Care Behavioral Health Model Reduce Emergency Department Visits?**
Serrano N., Prince R., Fondow M., et al.
- 60 **Task Shifting Potential in Primary Care: A Cross-Sectional Study of Patients with Type 2 Diabetes in France**
Supper I., Bourgueil Y., Ecochard R., et al.

Systemes de santé Health Systems

- 60 **L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé**
Duchesne V.
- 60 **Behavioral Health's Integration Within a Care Network and Health Care Utilization**
McClellan C., Flottesmesch T. J., Ali M. M., et al.

- 61 **Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe**
Sebai J. et Yatim F.

Travail et santé Occupational Health

- 61 **Santé au travail : pas de prévention sans coercition. Premières réactions au rapport Lecocq**
Carré A., Barnier L. M. et Regui S.
- 61 **Good Jobs, Good Pay, Better Health? The Effects of Job Quality on Health Among Older European Workers**
Henseke G.
- 62 **Employment Pathways of Cancer Survivors—Analysis from Administrative Data**
Lo J. C.
- 62 **Le chômage : un problème de santé publique majeur**
Meneton P., Plessz M. et Courtin E.
- 62 **The Effects of Provider Choice Policies on Workers' Compensation Costs**
Neumark D. et Savych B.
- 63 **The Impact of Health on Wages: Evidence for Europe**
Rodriguez-Alvarez A. et Rodriguez-Gutierrez C.

Vieillesse Ageing

- 63 **Comparaison de l'entraide familiale à l'échelle européenne : idées reçues, réalités et incertitudes**
Attias-Donfut C. et Litwin H.
- 64 **L'engagement collectif des aînés au prisme du genre : évolutions et enjeux**
Baeriswyl M.
- 64 **Biopsychosocial Approach to Caregiving Burden: Why Should We Care About Caregivers' Health?**
Leurs A., Trojak B., Ponavoy E., et al.
- 64 **Health Care Utilization at Retirement: The Role of the Opportunity Cost of Time**
Lucifora C. et Vigani D.

- 64 **Demander (ou pas) l'aide à domicile au grand âge. L'agency des personnes âgées**
Masotti B.
- 65 **Défis du vieillissement et enjeux de santé publique**
Monod S.
- 65 **Vieillessement « actif » ou « précaire » : du pouvoir d'agir aux âges avancés**
Phillipson C.
- 65 **Le corps autonome des classes supérieures : expression d'un « pouvoir d'agir » ?**
Pillonel A.
- 66 **Do Medical Homes Improve Quality of Care for Persons with Multiple Chronic Conditions?**
Swietek K. E., Domino M. E., Beadles C., *et al.*

Assurance maladie

Health insurance

► **The Promise and Peril of Universal Health Care**

BLOOM D. E., KHOURY A. ET SUBBARAMAN R.
2018

Science 361(6404): eaat9644.

<http://science.sciencemag.org/content/sci/361/6404/eaat9644.full.pdf>

Universal health care (UHC) is garnering growing support throughout the world, a reflection of social and economic progress and of the recognition that population health is both an indicator and an instrument of national development. Substantial human and financial resources will be required to achieve UHC in any of the various ways it has been conceived and defined. Progress toward achieving UHC will be aided by new technologies, a willingness to shift medical tasks from highly trained to appropriately well-trained personnel, a judicious balance between the quantity and quality of health care services, and resource allocation decisions that acknowledge the important role of public health interventions and nonmedical influences on population health.

► **The Three-Year Impact of the Affordable Care Act on Disparities in Insurance Coverage**

COURTEMANCHE C., MARTON J., UKERT B., *et al.*
2018

Health Serv Res : Ahead of print

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13077>

The aim of this study is to estimate the impact of the major components of the ACA (Medicaid expansion, subsidized Marketplace plans, and insurance market reforms) on disparities in insurance coverage after three years. Data Source The 2011-2016 waves of the American Community Survey (ACS), with the sample restricted to nonelderly adults. Design We estimate a difference-in-difference-in-differences model to separately identify the effects of the nationwide and Medicaid expansion portions of the ACA using the methodology developed in the recent ACA literature. The differences come from time, state Medicaid

expansion status, and local area pre-ACA uninsured rates. In order to focus on access disparities, we stratify our sample separately by income, race/ethnicity, marital status, age, gender, and geography. Principal Findings : After three years, the fully implemented ACA eliminated 43% of the coverage gap across income groups, with the Medicaid expansion accounting for this entire reduction. The ACA also reduced coverage disparities across racial groups by 23%, across marital status by 46%, and across age-groups by 36%, with these changes being partly attributable to both the Medicaid expansion and nationwide components of the law. Conclusions : The fully implemented ACA has been successful in reducing coverage disparities across multiple groups.

► **Health Insurance and Poverty in Trajectories of Out-Of-Pocket Expenditure Among Low-Income Middle-Aged Adults**

KWON E., PARK S. ET MCBRIDE T. D.
2018

Health Serv Res 53(6): 4332-4352.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.12974>

This aim of this analysis is to assess the effects of longitudinal patterns of health insurance and poverty on out-of-pocket expenditures among low-income late middle-aged adults. Data Sources/Study Setting Six waves (2002–2012) of the Health and Retirement Study, in combination with RAND Center for the Study of Aging data, were used. Study Design : A random coefficient regression analysis was conducted in a multi-level growth curve framework to estimate the impact of health insurance and poverty on out-of-pocket expenditures. Principal Findings : At baseline, individuals with private insurance or unstable coverage were more likely to have out-of-pocket expenditures and financial burdens than public insurance holders. Over time, the poor who had no insurance, unstable coverage, or insurance type change had higher out-of-pocket expenditures; private coverage holders had higher odds of financial burden. Conclusions : Unstable insurance coverage had a discernible effect on the



long-term, out-of-pocket expenditures among low-income adults. Findings have an important policy implication to protect poor late middle-aged population; as this population enters old age, the high financial

burden it faces may exacerbate persistent socioeconomic health disparity among older people with unstable insurance coverage.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical technologies

► **The Determinants of Access to Information on the Internet and Knowledge of Health Related Topics in European Countries**

LIOBIKIENE G. ET BERNATONIENE J.

2018

Health Policy 122(12): 1348-1355.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305402>

The aim of this study is to analyze the determinants of access to health-related information on the Internet and their influence on perceived knowledge of health-related topics in European countries. Referring to the European citizens' digital health literacy survey and applying structural equation modelling hypotheses, the obtained results showed that assumption of acceptance of information and capacity level are the main determinants which have the biggest influence on the perception of access to health-related information on the Internet. The access to health-related information negatively determined the perceived level of knowledge about health-related topics, which reveals that people making more use of the information are more critical in assessing the level of their knowledge. People who evaluated their health status as poor stated that they knew about health-related topics less. Therefore, the high level of access to health-related information does not mean that people would assume having more knowledge about health-related topics. The establishment of a platform on the Internet, which would supply all understandable information on health-related topics, would be the main tool for enhancing the level of knowledge of health-related topics.

► **La télémédecine appliquée à l'hémodialyse ou la machine connectée**

SIMON P.

2018

Bulletin de l'Académie nationale de médecine 202(3-4): 559-571.

<http://www.academie-medecine.fr/la-telemedecine-appliquee-a-lhemodialyse-ou-la-machine-connectee/>

Au XXI^e siècle, l'insuffisance rénale est une maladie chronique qui touche plusieurs millions de personnes, en France et dans le monde. Sa prévalence dans la population générale augmente avec l'allongement de l'espérance de vie qui marque les pays développés et qui commence à apparaître dans les pays en voie de développement. L'hémodialyse chronique est un traitement qui a sauvé au 20^e siècle de nombreux enfants ou jeunes adultes dont les reins étaient détruits par plusieurs agents infectieux, toxiques et par des accès d'hypertension maligne dus à des hypertensions non traitées. Ces causes ont été maîtrisées grâce aux mesures d'hygiène, les agents pharmacologiques anti-infectieux ou protecteurs du système cardiovasculaire. Les causes de l'insuffisance rénale terminale sont dominées aujourd'hui par les maladies dégénératives du vieillissement que sont le diabète et la maladie vasculaire chronique. Le traitement par hémodialyse ne peut pas être toujours relayé par la transplantation rénale. De nombreux patients restent en hémodialyse chronique jusqu'à leur décès. Il importe d'adapter les conditions du traitement à leur vie sociale pour que celles-ci soient les meilleures possibles. C'est l'objectif de la télé dialyse qui consiste à réaliser les séances d'hémodialyse au plus proche du domicile, voire au domicile, tout en assurant la surveillance à distance des séances par la télémédecine. Les pratiques de télémédecine qui caractérisent la télé dialyse sont la télésurveillance médicale, la téléconsultation et la télé-expertise. Le moniteur d'hémodialyse est

connecté à la plateforme et envoi en quasi temps réel les principaux paramètres biologiques et cliniques de la séance, lesquels permettent au médecin néphrologue du centre ambulatoire d'évaluer la qualité de la séance. Le système de télé dialyse est construit avec des logiciels spécifiques de mesure des différents paramètres de surveillance et les moyens de communication par vidéo transmission.

► **Le développement de la télémédecine, une question de financement ? Un éclairage par l'analyse lexicométrique du discours parlementaire**

THORIGNY M.
2018

Journal de gestion et d'économie médicales 36(4): 181-200.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2018-4-page-181.htm>

La télémédecine est une activité qui a des difficultés à se développer et ses modalités de financements évoluent rapidement, parfois dans des sens contradictoires, ce qui peut apparaître comme un élément de blocage. À partir d'une analyse lexicométrique des discours parlementaires, nous identifions différents pics d'activité législative sur la notion de télémédecine : en 2009, avec la loi HPST, fin 2013 avec la LFSS pour 2014 et fin 2017 avec la LFSS pour 2018. L'objectif est de montrer comment évoluent, à ces moments clés, les questions autour du financement de l'activité. Quatre dimensions du financement qui ont un impact sur le développement de la pratique sont alors mises en évidence : la maîtrise des dépenses de santé, le financement des acteurs, le financement des équipements et les modalités de rémunération des actes.

Économie de la santé

Health economics

► **Impact of Type 2 Diabetes on Health Expenditure: Estimation Based on Individual Administrative Data**

BAUDOT F.-O., AGUADÉ A.-S., BARNAY T., *et al.*
2019

The European Journal of Health Economics : Ahead of print.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-1024-9>

Only limited data are available in France on the incidence and health expenditure of type 2 diabetes. The objective of this study, based on national health insurance administrative database, is to describe the expenditure reimbursed to patients newly treated for type 2 diabetes and the proportion of expenditure attributable to diabetes. The study is conducted over a 6-year period from 2008, the year of incidence of treated diabetes, to 2014. Type 2 diabetic patients aged 45 years and older are identified on the basis of their drug consumption. To estimate expenditure attributable to diabetes, a matched control group is selected among more than 13 million beneficiaries

over 44 years old not taking antidiabetic treatment. The expenditure attributable to diabetes is estimated by two methods: simple comparison of reimbursed health expenditure between both groups, and a difference-in-differences method including control variables. The cohort of incident type 2 diabetic patients comprises 170,013 patients in 2008. Mean global reimbursed expenditure is €4700 per patient in 2008 and €5500 in 2015. Expenditure attributable to diabetes, estimated by direct comparison with controls, is €1500 in the first year. We, thus, observe a decrease in the following year due to decreased hospitalisations, and then expenditure increase by an average of 7% per year to reach €1900 in the eighth year after the initiation of treatment.

► **The Impact of Financial Incentives on Health and Health Care: Evidence from a Large Wellness Program**

EINAV L., LEE S. ET LEVIN J.

2018

Health Econ : 28(2): 261-279.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3840>

Workplace wellness programs have become increasingly common in the United States, although there is not yet consensus regarding the ability of such programs to improve employees' health and reduce health care costs. In this paper, we study a program offered by a large U.S. employer that provides substantial financial incentives directly tied to employees' health. The program has a high participation rate among eligible employees, around 80%, and we analyze the data on the first 4 years of the program, linked to health care claims. We document robust improvements in employee health and a correlation between certain health improvements and reductions in health care cost. Despite the latter association, we cannot find direct evidence causally linking program participation to reduced health care costs, although it seems plausible that such a relationship will arise over longer horizons.

► **A Systematic Review of the Indirect Costs of Schizophrenia in Europe**

FASSEEH A., NEMETH B., MOLNAR A., *et al.*

2018

Eur J Public Health 28(6): 1043-1049.

Background: Schizophrenia is a chronic disease associated with significant and long-lasting effects on health, and it is also a social and financial burden, not only for patients but also for families, other caregivers, and the wider society. It is essential to conduct the assessment of indirect costs, to understand all the effects of the disease on society. Our aim is to gain a better understanding of the indirect costs of schizophrenia in Europe. Methods: We conducted a comprehensive systematic literature review covering EMBASE, Medline, and PsycINFO as well as reviewing Health Technology Assessment databases from different countries. We used a qualitative research synthesis for presenting information, as most of the studies were methodologically diverse, a quantitative analysis would have been impractical. Results: Indirect cost adjusted to inflation ranged vastly between studies included in

the review from 119 Euros to 62, 034 Euros annually. The average proportion of indirect costs of total costs was 44%. Studies highlighted important cost drivers as age, gender, and disease severity, explaining the variation in costs between treatment and patient groups. Conclusions: Regardless of the methodological heterogeneity of the reviewed studies, there was an agreement about the significance of indirect costs of schizophrenia on the society. Considering the relatively high prevalence of schizophrenia in Europe, a need for more cost of illness studies especially from Central Eastern and Southern Europe is suggested.

► **Professionalism, Performance, and the Future of Physician Incentives**

KHULLAR D., WOLFSON D. ET CASALINO L. P.

2018

JAMA 320(23): 2419-2420.

<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.17719>

These efforts, such as Medicare's Value-Based Payment Modifier and many commercial performance-based payment programs, often use pay-for-performance (P4P) and other financial incentives. Overall, these programs have not been shown to consistently improve patient outcomes or reduce costs, and, in some cases, have distracted attention from other important areas of health care, such as improving patient experience and minimizing low-value care, and possibly exacerbated health disparities by penalizing physicians and health care organizations who care for more socially or medically complex patients. Several factors have contributed to the failure of these performance improvement programs, but among them is an often unstated assumption that care is below expected performance levels because physicians are not sufficiently motivated or do not know how to improve care. This has spurred programs that are often inconsistent with physician professionalism and fail to harness what motivates most physicians: autonomy, mastery, and purpose.

► **The Cyclicity of Government Health Expenditure and Its Effects on Population Health**

LIANG L.-L. ET TUSSING A. D.

2019

Health Policy : 123 (1): 96-103

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306420>

Scholars have raised concerns that cutbacks on government health expenditure (GHE) during recessions may jeopardise population health. The present research investigates the extent to which population health outcomes are affected by responses of GHE to business cycles, i.e., cyclicity of GHE. We estimate GHE cyclicity by regressing detrended GHE on detrended gross domestic product (GDP). Our analysis of data for 1995 through 2014 from 135 developing countries shows that mean cyclicity is 0.61, or that a one percent deviation from the GDP trend is positively correlated with a 0.61 percent deviation from the GHE trend. Further, countries in which GHE is less procyclical appear to have shorter life expectancies and higher adult mortality rates. These results suggest that reducing procyclicality of GHE by protecting GHE in bad times may generate substantial health gains. Importantly, our results show that increasing the weight of social security funds in health budgets, and improving institutional quality, can be critical to breaking the procyclical pattern of GHE.

► **L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé**

MATH A.

2017

Revue de l'Ires(91-92): 49-75

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

La réponse principale à la violente crise économique commencée en 2007 a été la mise en place et le renforcement de politiques de rigueur dans de nombreux pays. Or, les difficultés économiques marquent les corps et les vies de celles et ceux qui en souffrent. Dans ce contexte, mener une politique d'austérité ou de relance peut avoir des effets différenciés sur la santé de la population. Cet article a pour objectif de proposer un état de l'art sur la relation ambiguë entre conditions macroéconomiques et santé – est-ce la crise économique ou l'austérité qui détériore l'état

de santé? Si les travaux des économistes ont tendance à montrer que la crise économique est bonne pour la santé, une littérature plus récente issue de l'épidémiologie démontre qu'en cas de fluctuation économique la réponse politique est déterminante : quand la relance peut sauver des vies, l'austérité tue.

► **Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe**

MATH A.

2017

Revue de l'Ires(91-92): 17-48.

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Cet article analyse l'évolution des politiques et des dépenses de santé depuis la grande récession (2008-2009) dans les pays européens. Dans un premier temps, l'article analyse les modalités des réformes et des mesures prises dans le secteur de la santé, en particulier depuis le tournant de l'austérité débuté en 2010, qu'il s'agisse de mesures visant à diminuer directement le volume et le prix des soins au moyen d'une limitation des emplois et des rémunérations dans le secteur de la santé ou à travers des réformes plus « structurelles ». La compression des dépenses publiques de santé a été d'autant plus forte que les mesures ont porté sur le facteur travail. Dans un second temps, l'article documente et analyse l'évolution des dépenses de santé. Si la croissance des dépenses (totales et publiques) de santé a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009, une rupture est intervenue dans tous les pays après 2009 (l'Allemagne faisant exception). Certains pays « périphériques » ont connu une baisse des dépenses de santé sans équivalent dans l'histoire contemporaine. L'article conclut sur les limites des politiques d'austérité appliquées au champ de la santé, non pas tant au regard de leurs effets sur le soin ou la situation sanitaire, mais au regard même de leur objectif de réduction des déficits publics. Les travaux montrent que les restrictions opérées dans les dépenses publiques de santé, mais aussi celles en matière d'éducation et de protection sociale, ont des effets récessifs désastreux et s'avèrent inefficaces, ou moins efficaces que des réductions d'autres dépenses publiques.

► **Variation in Prostate Cancer Treatment and Spending Among Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations**

MODI P. K., KAUFMAN S. R., BORZA T., *et al.*

2018

Cancer 124(16): 3364-3371.

Accountable care organizations (ACOs) have been shown to reduce prostate cancer treatment among men unlikely to benefit because of competing risks (ie, potential overtreatment). This study assessed whether the level of engagement in ACOs by urologists affected rates of treatment, overtreatment, and spending. A 20% sample of national Medicare data was used to identify men diagnosed with prostate cancer between 2012 and 2014. The extent of urologist engagement in an ACO, as measured by the proportion of patients in an ACO managed by an ACO-participating urologist, served as the exposure. The use of treatment, potential overtreatment (ie, treatment in men with a $\geq 75\%$ risk of 10-year noncancer mortality), and average payments in the year after diagnosis for each ACO were modeled. Among 2822 men with newly diagnosed prostate cancer, the median rates of treatment and potential overtreatment by an ACO were 71.3% (range, 23.6%-79.5%) and 53.6% (range, 12.4%-76.9%), respectively. Average Medicare payments among ACOs in the year after diagnosis ranged from \$16,523.52 to \$34,766.33. Stronger urologist-ACO engagement was not associated with treatment (odds ratio, 0.87; 95% confidence interval, 0.6-1.2; $P = .4$) or spending (9.7% decrease in spending; $P = .08$). However, urologist engagement was associated with a lower likelihood of potential overtreatment (odds ratio, 0.29; 95% confidence interval, 0.1-0.86; $P = .03$). **CONCLUSIONS:** ACOs vary widely in treatment, potential overtreatment, and spending for prostate cancer. ACOs with stronger urologist engagement are less likely to treat men with a high risk of noncancer mortality, and this suggests that organizations that better engage specialists may be able to improve the value of specialty care. *Cancer* 2018. (c) 2018 American Cancer Society.

► **Effective Healthcare Cost-Containment Policies: A Systematic Review**

STADHOUDERS N., KRUSE F., TANKE M., *et al.*

2019

Health Policy 123(1): 71-79.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306341>

Unsustainable growth in healthcare expenditure demands effective cost-containment policies. We review policy effectiveness using total payer expenditure as primary outcome measure. We included all OECD member states from 1970 onward. After a rigorous quality appraisal, we included 43 original studies and 18 systematic reviews that cover 341 studies. Policies most often evaluated were payment reforms (10 studies), managed care (8 studies) and cost sharing (6 studies). Despite the importance of this topic, for many widely-used policies very limited evidence is available on their effectiveness in containing healthcare costs. We found no evidence for 21 of 41 major groups of cost-containment policies. Furthermore, many evaluations displayed a high risk of bias. Therefore, policies should be more routinely and rigorously evaluated after implementation. The available high-quality evidence suggests that the cost curve may best be bent using a combination of cost sharing, managed care competition, reference pricing, generic substitution and tort reform.

► **How Much Does the Treatment of Each Major Disease Cost? A Decomposition of Swiss National Health Accounts**

WIESER S., RIGUZZI M., PLETSCHER M., *et al.*

2018

The European Journal of Health Economics 19(8): 1149-1161.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0963-5>

In most countries, surprisingly little is known on how national healthcare spending is distributed across diseases. Single-disease cost-of-illness studies cover only a few of the diseases affecting a population and in some cases lead to untenably large estimates. The objective of this study was to decompose healthcare spending in 2011, according to Swiss National Health Accounts, into 21 collectively exhaustive and mutually exclusive major disease categories. Diseases were classified following the Global Burden of Disease Study. We first assigned the expenditures directly mapping

from National Health Accounts to the 21 diseases. The remaining expenditures were assigned based on diagnostic codes and clues contained in a variety of microdata sources. Expenditures were dominated by non-communicable diseases with a share of 79.4%. Cardiovascular diseases stood out with 15.6% of total spending, followed by musculoskeletal disorders (13.4%), and mental and substance use disorders (10.6%). Neoplasms (6.0% of the total) ranked only sixth, although they are the leading cause of premature death in Switzerland. These results may be useful for the design of health policies, as they illustrate how healthcare spending is influenced by the epidemiological transition and increasing life expectancy. They also provide a plausibility check for single cost-of-illness studies. Our study may serve as a starting point for further research on the drivers of the constant growth of healthcare spending.

► **Medicaid Incentives for Preventing Chronic Disease: Effects of Financial Incentives for Smoking Cessation**

WITMAN A., ACQUAH J., ALVA M., *et al.*
2018

Health Serv Res 53(6): 5016-5034.

This aim of this study is to test the effectiveness of financial incentives for smoking cessation in the Medicaid population. This analysis is based on Secondary data from the Medicaid Incentives for Prevention of Chronic Disease (MIPCD) program and Medicaid claims/encounter data from 2010 to 2015 for five states. Beneficiaries were randomized into receipt or no receipt of financial incentives. We ran multivariate regression models testing the impact of financial incentives on the use of counseling services, smoking behavior, and Medicaid expenditures and utilization. Participants who received incentives were more likely to call the Quitline and complete counseling sessions. Incentive receipt was positively associated with self-reported quit attempts, self-reported quits, or passing cotinine tests of smoking cessation in most programs, although results were only statistically significant in a subset. There was no systematic evidence that incentives affected health care use or spending. We could conclude that financial incentives are a promising policy lever to motivate behavioral change in the Medicaid population, but more evidence is needed regarding optimal incentive size, effectiveness of process-versus outcome-based incentives, targeting of incentives, and long-run cost-effectiveness.

État de santé

Health Status

► **Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique** **Éditorial**

BOURDILLON F.
2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)(14-15): 262-264.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2018/BEH-n-14-15-2018>

Selon les données du Baromètre santé 2017 de Santé publique France, la prévalence du tabagisme quotidien passe de 29,4 % en 2016 à 26,9 % en 2017, soit une baisse de 2,5 points. Cela représente un million de

fumeurs quotidiens de moins en un an. Ce constat est plus particulièrement marqué chez : les hommes de 18 à 24 ans : 44 % en 2016 vs 35 % en 2017; les femmes de 55 à 64 ans : 21 % vs 18 % en 2017. Par ailleurs, les données du Baromètre santé 2017, soulignent de fortes disparités régionales : l'Île-de-France et les Pays-de-Loire sont les régions où l'on fume le moins en 2017 avec des prévalences respectives de 21,3 % et de 23 %. A l'inverse, dans quatre régions les prévalences étaient plus élevées que dans le reste de la métropole : Paca (32,1 %), Hauts-de-France (30,5 %), Occitanie (30,3 %) et Grand-Est (30,1 %).

► **Psychological Characteristics of Stress in Nursing Student**

DUGUE M., GARNCARZYK C. ET DOSSEVILLE F.
2018

Rev Epidemiol Sante Publique 66(6): 347-354.

Student nurses have perceived stress higher than students taking other training courses. The objective of this work was to investigate psychological characteristics of nursing students in an attempt to understand why they are more subject to stress than others. We carried out a self-administered questionnaire survey to compare students taking various training courses (i.e., sport sciences, psychology, medicine, and nursing). Perceived stress and health, high-risk behaviors, different psychological determinants of stress (i.e. coping, emotional skills, resilience, self-esteem, personality, chronotype) were assessed. Multiple linear regression analysis yielded a model showing that seven independent variables were correlated with perceived stress among students: perceived health, neuroticism, stress tolerance, active coping, understanding of one's own emotions, chronotype amplitude, and use of one's own feelings. Moreover, medicine and nursing students were more stressed and perceived their health in a more negative way than students taking other training courses. Nursing students were also less stress tolerant. The regression model suggests that psychological characteristics influence stress level among students. Moreover, the results show that medicine and nursing students differ from other students on resilience in stress tolerance dimension as well as on a set of behaviors. Practical perspectives are discussed.

► **The Perinatal Health of Immigrant Women in France: A Nationally Representative Study**

EL-KHOURY LESUEUR F., SUTTER-DALLAY A. L., PANICO L., *et al.*
2018

Int J Public Health 63(9): 1027-1036.

Despite the healthy migrant effect, immigrants and descendants of immigrants face health challenges and socio-economic difficulties. The objective of this study is to examine the perinatal health of women of migrant origin. The nationwide French ELFE (Etude Longitudinale Française Depuis l'Enfance) birth cohort study recruited approximately 18,000 women. We studied pre-pregnancy BMI, gestational diabetes mellitus

(GDM), as well as tobacco, and alcohol consumption during pregnancy according to migrant status and region of origin. Women from North Africa and Turkey had a higher risk of pre-pregnancy overweight and GDM, while women from Eastern Europe and Asia had a lower risk of pre-pregnancy overweight and obesity, but a higher risk of GDM compared to non-immigrants. Women from Sub-Saharan Africa had a higher risk of being overweight or obese pre-pregnancy. Compared to non-immigrants, immigrants-but not descendants of immigrants-had lower levels of tobacco smoking, while descendants of immigrants were less likely to drink alcohol during pregnancy. Pregnant women of migrant origin have particular health needs and should benefit from a medical follow-up which addresses those needs.

► **Burnout in Medical Students Before Residency: A Systematic Review and Meta-Analysis**

FRAJERMAN A., MORVAN Y., KREBS M.-O., *et al.*
2019

European Psychiatry 55: 36-42.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933818301640>

Applying the concept of burnout to medical students before residency is relatively recent. Its estimated prevalence varies significantly between studies. Our objective was to estimate the prevalence of burnout in medical students worldwide. We systematically searched Medline for English-language articles published between January 1, 2010 and December 31, 2017. We selected all the original studies about the prevalence of burnout in medical students before residency, using validated questionnaires for burnout. Statistical analyses were conducted using the OpenMetaAnalyst software. Prevalence of current burnout was extracted from 24 studies encompassing 17,431 medical students. Among them, 8060 suffered from burnout and we estimated the prevalence to be 44.2% [33.4%–55.0%]. The information about the prevalence of each subset of burnout dimensions was given in nine studies including 7588 students. Current prevalence was estimated to be 40.8% for 'emotional exhaustion' [32.8%–48.9%], 35.1% [27.2%–43.0%] for 'depersonalization' and 27.4% [20.5%–34.3%] for 'personal accomplishment'. There is no significant gender difference in burnout. The prevalence of burnout is slightly different across countries with a higher prevalence in Oceania and the Middle East than in other

continents. The results of this meta-analysis suggest that one student out of two is suffering from burnout, even before residency. Again, our findings highlight the high level of distress in the medical population. These results should encourage the development of preventive strategies.

► **Socioeconomic Profile and Smoking Among Adolescents in Vocational Training**

GAGNE T., OMOROU A. Y., KIVITS J., *et al.*
2018

Rev Epidemiol Sante Publique 66(6): 375-383.

Targeted interventions among vulnerable youth populations represent an important approach to the reduction of health inequalities. We must, however, ensure that impacts are not unequally distributed according to the range of resources available to them. We explore these concerns among youth in vocational training to be enrolled in a smoking cessation intervention by describing (1) their socio-economic profile and (2) the association between their socioeconomic characteristics, their smoking practices, and key factors that could be targeted in interventions. A total of 234 young people aged 15-20 years were recruited in three centers in the Lorraine region in France in 2016-2017 as part of the Social Network and Tobacco Cessation (Réseau social et sevrage tabagique [RESIST]) study. We measured participants' socio-economic characteristics using their parents' education and occupational grade. We examined the associations of these characteristics with participants' smoking habits, intention to quit, nicotine dependence, presence of smokers in their network, and representation of a young smoker. We examined the associations between variables with bivariate tests depending on the nature of the variables. Participants were more likely to be from a socio-professional background more modest than the national average (56% versus 33%), but still exhibited considerable socioeconomic variability. Smoking status did not vary significantly according to the educational level of the participants' parents (from 52% to 57%, $P = 0.78$) or occupational grade (from 52% to 58%, $P = 0.35$). Compared to participants whose parents had completed a professional or pre-university degree, participants with parents in the lowest education category were less likely to report not intending to quit ($P = 0.01$) and more likely to report seriously considering to quit in the next six months ($P = 0.03$) and to have already tried to quit but failed ($P = 0.01$).

It is tempting to define youth in vocational training as a homogeneous group, especially when they share the same school environment, employment status, and income. Our results, however, highlight substantial variability in their socioeconomic profiles and smoking characteristics. Researchers are encouraged to further consider these equity issues to contribute to the reduction of health inequalities.

► **Santé des personnes sous main de justice**

HALLEY DES FONTAINES V. ET CZERNICHOV P.
2018

Actualité et Dossier en Santé Publique(104): 7-50.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef = 161>

En publiant l'avis sur l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice, le Haut Conseil de la santé publique a rappelé que ces personnes devaient bénéficier de la logique globale de la stratégie nationale de santé, privilégiant la promotion de la santé, la prévention, la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, la qualité de ces soins, leur sécurité et leur pertinence. Dire que les états de santé conditionnent la réinsertion des personnes placées sous main de justice est une évidence. Il s'agit donc de leur garantir un accès aux soins équivalent à celui dont bénéficie par principe la population générale. Cela implique, si la population sous main de justice est exposée à des risques spécifiques, qu'ils soient identifiés, que l'information soit connue, et que la réponse apportée soit adéquate. Après une définition des personnes sous main de justice qui révèle des situations très diverses, ce dossier aborde l'état de santé de ces personnes ainsi que les différents dispositifs de prise en charge.

► **Migration-Related Changes in Smoking Among Non-Western Immigrants in France**

KHLAT M., LEGLEYE S. ET BRICARD D.
2018

European Journal of Public Health: cky230-cky230.

<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky230>

Migrants make up a growing share of European populations, and very little is known about the impact of migration on their smoking patterns. We develop a longitudinal analysis of smoking prevalence among

native-born and immigrants in France based on retrospective data collected in the 2010 national Baromètre santé health survey. Analyses concerned 19 578 individuals aged 18–70 years and born in metropolitan France, in the Maghreb or in sub-Saharan Africa. Person-years with and without smoking were reconstructed using migration and smoking histories and analyzed with discrete-time regression models. Prior to migration, immigrants from both the Maghreb and sub-Saharan Africa had lower smoking prevalence than the native-born of similar birth cohort, age and education. After migration, the prevalence increased over time among Maghrebin men up to levels beyond those of the native-born (odds ratio: 1.54 [1.09–2.17] for 10 years of residence or more), while it remained much lower throughout among men from sub-Saharan Africa (odds ratio: 0.36 [0.19–0.68] for 10 years of residence or more). Starting at extremely low levels, the prevalence in both groups of women rose considerably after migration. Women from sub-Saharan Africa nearly caught up to the native-born (odds ratio: 0.70 [0.37–1.32] for 10 years of residence or more), but this was not the case for those from the Maghreb (odds ratio: 0.52 [0.33–0.81] for 10 years of residence or more). The findings uncover the low pre-migration prevalence and the diversity of post-migration trajectories. Tobacco control programs targeting recently arrived migrants would contribute to prevent unhealthy assimilation.

► **Risk of Pressure Ulcers in Tetraplegic People: A French Survey Crossing Regional Experience with a Long-Term Follow-Up**

LE FORT M., ESPAGNACQ M., ALBERT T., *et al.*
2018

[Eur J Public Health 28\(6\): 993-999.](#)

Pressure ulcer risk assessment provides an indicator of quality of care in French health establishments. The reliability and validity of assessment tools have been shown to be lower for people with spinal cord injury (SCI). We hypothesized that skin complications would be less frequent in people with traumatic SCI and tetraplegia (TSCI), who were initially managed in French regions with a high level of specialized SCI rehabilitation experience. First, we used the most recent French territorial survey about SCI to determine a 'Level of Regional Experience (LRE) in Specialized Physical Medicine and Rehabilitation'. We then studied the individual variables reported in the Tetrafigap

survey (which compiled a cohort of TSCI people to assess their trajectory and life conditions following their return to community life by questionnaires) using univariate analysis according to these LREs (chi2 test using a significance threshold of $P < 0.05$). Finally, we performed a series of logistic regressions to determine the link between LREs and pressure ulcers. Management in high-LRE regions was linked with a lower declaration of pressure ulcers during early treatment and in the long term (on average, 8 years post-trauma). Using pressure ulcers as a marker, our study showed the protective element of regional experience in the early management of TSCI patients. A dilution effect between SCI specialized units and more polyvalent physical medicine and rehabilitation departments should be prevented within each region within the scope of a regional organization that would link referral centres and local health care networks.

► **La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017**

PASQUEREAU A., ANDLER R., GUIGNARD R., *et al.*
2018

[Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire \(BEH\)\(14-15\): 265-273.](#)

Cet article propose un état des lieux de la consommation de tabac en France métropolitaine après la mise en place, fin 2016, de mesures d'envergure dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme. Le Baromètre santé 2017 est une enquête aléatoire représentative de la population des 18- 75 ans résidant en France métropolitaine, menée par téléphone entre janvier et juillet 2017 auprès d'un échantillon de 25 319 individus. En 2017, 31,9 % des personnes de 18- 75 ans interrogées ont déclaré qu'elles fumaient au moins occasionnellement et 26,9 % quotidiennement. Ces prévalences sont en baisse de respectivement 3,2 et 2,5 points par rapport à 2016. La consommation quotidienne de tabac a diminué parmi les hommes de 18- 24 ans (passant de 44,2 % à 35,3 %). Elle a également diminué parmi les hommes de 45- 54 ans et les femmes de 55- 64 ans, premières baisses dans ces deux tranches d'âges après des hausses continues depuis 2005. C'est la première fois depuis 2000 que la prévalence du tabagisme quotidien diminue parmi les fumeurs les plus défavorisés : de 38,8 % en 2016 à 34,0 % en 2017 parmi les personnes aux revenus les plus faibles, de 49,7 % à 43,5 % parmi les personnes au chômage. Le

contexte de la lutte antitabac, marqué par une intensification des mesures réglementaires et de prévention (augmentation du forfait de prise en charge des substituts nicotiniques prescrits, paquet neutre, opération « Mois sans tabac », nouvelle application pour mobile Tabac info service) a probablement contribué à l'ampleur inédite de la baisse de la prévalence du tabagisme observée. Ces premiers résultats encourageants, en particulier parmi les plus jeunes adultes et les plus défavorisés, incitent à poursuivre les actions menées.

► **The Relationship Between Social Capital and Self-Rated Health: A Gendered Analysis of 17 European Countries**

PINILLOS-FRANCO S. ET KAWACHI I.

2018

Social Science & Medicine 219: 30-35.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618305768>

Women live longer than men, but they report worse self-rated health. Using data from 17 European countries, we sought to test whether gender differences in social capital could account for the male/female gap in self-rated health. **Methods** We used the first release of the 8th European Social Survey which includes information about individuals' social networks, participation in social groups, trust in institutions, and sense of belonging. Multilevel Poisson regression models were performed, regressing fair/poor self-rated health on social capital dimensions. **Results** Stronger social integration was associated with lower prevalence of fair/poor health for both men and women, with the exception of religious involvement and meeting socially with relatives, friends or colleagues. For women, the presence of people with whom to discuss personal and intimate matters was protective for fair/poor self-rated health (prevalence ratio: 0.98; 95% CI: 0.97–1.00), whereas for men participation in political parties or action groups was most protective (PR 0.81; 95% CI: 0.73–0.90). When comparing across types of welfare state regimes, citizens of Eastern European countries reported lower levels of participation in social activities, institutional trust and sense of belonging. **Conclusion** : We observed gender differences in the specific dimensions of social capital that were correlated with self-rated health. However social capital did not explain the gender gap in fair/poor self-rated health.

► **Consommations préoccupantes de substances psychoactives parmi les consultants des CeGIDD. Languedoc-Roussillon, 2014**

ROUSSEAU C., MANO Q., PEYRIÈRE H., *et al.*

2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)(37): 726-734.

Cette étude transversale, basée sur un questionnaire anonyme, décrit la consommation de substances psychoactives (SPA) parmi les personnes fréquentant les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) de la région Languedoc-Roussillon en 2014, leurs caractéristiques et comportements sexuels à risque, ainsi que leur perception du risque d'infection par le VIH. Les 5 368 participants, d'âge médian 24 ans, étaient pour 56 % des hommes, dont 19 % d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), et pour 44 % des femmes dont 6 % de femmes homo- ou bisexuelles. Les personnes ayant déjà consommé des SPA représentaient 53 % des participants, avec le cannabis en tête, mais aussi des stimulants (cocaïne) et des hallucinogènes à une fréquence significative; 7 % des usagers consommaient au moins trois SPA. À l'aide d'une analyse des correspondances multiples et d'une classification ascendante hiérarchique, sept profils de consommateurs ont été identifiés, dont notamment un profil d'étudiants consommateurs et expérimentateurs de cannabis, cocaïne, poppers et hallucinogènes, un profil de polyconsommateurs de SPA utilisées en contexte sexuel, comportant une forte proportion de jeunes HSH et de jeunes femmes bisexuelles, et un profil de consommateurs plus âgés, consommant significativement de l'héroïne. Alors que les prises de risque sexuel en lien avec les SPA et l'alcool sont nombreuses, la perception du risque sexuel est peu élevée et peu différenciée entre les différents consommateurs de SPA, à l'exception des HSH qui se perçoivent davantage à risque. Ces résultats plaident pour une prévention adaptée aux comportements des usagers, à l'occasion du dépistage, dans une optique de réduction simultanée des risques sexuels et des risques attachés aux consommations de substances psychoactives.

► **European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017**

TIMMIS A., TOWNSEND N., GALE C., et al.
2018

European Heart Journal 39(7): 508-579.

<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehx628>

<https://www.escardio.org/Research/ESC-Atlas-of-cardiology#R5061739-6d009956>

The European Society of Cardiology (ESC) Atlas has been compiled by the European Heart Agency to document cardiovascular disease (CVD) statistics of the 56 ESC member countries. A major aim of this 2017 data presentation has been to compare high-income and middle-income ESC member countries to identify inequalities in disease burden, outcomes, and service

provision. The Atlas utilizes a variety of data sources, including the World Health Organization, the Institute for Health Metrics and Evaluation, and the World Bank to document risk factors, prevalence, and mortality of cardiovascular disease and national economic indicators. It also includes novel ESC-sponsored survey data of health infrastructure and cardiovascular service provision provided by the national societies of the ESC member countries. Data presentation is descriptive with no attempt to attach statistical significance to differences observed in stratified analyses. Important differences were identified between the high-income and middle-income member countries of the ESC with regard to CVD risk factors, disease incidence, and mortality.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français**

CHEVILLARD G. ET MOUSQUÈS J.
2018

Cybergéo(873).

<https://journals.openedition.org/cybergeo/29737>

Cet article présente la méthodologie et les résultats d'une typologie socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie. Cette typologie ambitionne d'offrir un cadre d'étude à l'analyse des soins de premier recours en France et à l'évaluation d'un certain nombre de dispositifs pour améliorer la répartition de l'offre de soins. À partir de la littérature nous identifions les dimensions et indicateurs pertinents pour répondre à ces enjeux. Nous réalisons ensuite une analyse en composante principale des 32 variables retenues puis une classification ascendante hiérarchique. Nous obtenons de la sorte 6 groupes de territoires de vie dont la répartition spatiale est parfois fortement contiguë (littoraux, « diagonale du vide », départements homogènes), plus hétérogène avec des départements ayant tous les types de territoires de vie ou encore une répartition illustrant des oppositions entre centres et périphéries.

► **A Spatial Analysis of Health Status in Britain, 1991–2011**

DEARDEN E. K., LLOYD C. D. ET CATNEY G.
2019

Social Science & Medicine 220: 340-352.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618306488>

Using Census-derived data for consistent spatial units, this paper explores how the population of Britain in 1991, 2001 and 2011 was spatially structured by self-reported health including exploring the trajectories of change. This paper uses consistent small area units to examine the changing spatial structure of census-derived Limiting, Long-Term Illness (LLTI) in Britain over the twenty year period and utilises the 2011 Office for National Statistics Output Area Classification (OAC) as a geodemographic indicator. The results allow the geography of change to be captured, highlighting how health is inextricably linked to geography, demonstrating quantitatively a complex, yet distinctive, spatial organisation of health inequalities within Britain. Overall decreasing unevenness values, coupled with increased positive spatial association suggests that neighbouring areas have become more similar over time – the distinction between areas characterised by poor health or by good health is decreasing.

► **Déserts médicaux et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ?**

LUCAS-GABRIELLI V. ET CHEVILLARD G.
2018

Médecine/Sciences 34(6-7): 599-603.

www.medecinesciences.org/fr/

L'accessibilité aux soins des Français apparaît menacée par l'existence ou l'apparition d'espaces caractérisés par un manque de soignants souvent appelés « déserts médicaux ». Ces espaces renvoient en fait à des réalités multiples relatives à la faiblesse de l'offre médicale disponible couplée à l'enclavement des territoires et à l'importance des besoins de soins. Nous proposons ici d'exposer les différentes manières de mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ou de qualifier les espaces avec des inadéquations entre offre et besoins de soins afin de montrer la confusion que peut générer ce concept, ainsi que les enjeux pour les pouvoirs publics quand il s'agit de définir des mesures pour y faire face (résumé d'auteur).

► **What Drives Variation in Spending for Breast Cancer Patients Within Geographic Regions?**

SINAICO A. D., CHIEN A. T., HASSETT M. J., *et al.*
2018

Health Serv Research : Ahead of print.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13068>

This aim of this study is to estimate and describe factors driving variation in spending for breast cancer patients within geographic region. The analysis is based on Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)-Medicare database from 2009-2013. The proportion of variation in monthly medical spending within geographic region attributed to patient and physician factors was estimated using multilevel regression models with individual patient and physician random effects. Using sequential models, we estimated the contribution of differences in patient and disease characteristics or use of cancer treatment modalities to patient-level and physician-level variance in spending. Services associated with high spending physicians were estimated using linear regression. We observed substantial between-patient and between-provider variation in spending following diagnosis and at the end-of-life. Immediately following diagnosis, 48% of between-patient and 31% of between-physician variation were driven by differences in delivery of cancer treatment modalities to similar patients. At the end-of-life, patients of high spending physicians had twice as many inpatient days, double the chemotherapy spending, and slightly more hospice days. Conclusions Similar patients receive very different treatments, which yield significant differences in spending. Efforts to reduce unwanted variation may need to target treatment choices within patient-doctor discussions.

Handicap

Disability

► **An Evaluation of the 1987 French Disabled Workers Act: Better Paying Than Hiring**

BARNAY T., DUGUET E., LE CLAINCHE C., *et al.*
2018

The European Journal of Health Economics : Ahead of print.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-1020-0>

This paper presents the first evaluation of the French Disabled Workers Act of 1987, which aimed to promote the employment of disabled people in the private sector. We use a panel data set, which includes both the health and the labour market histories of workers. We

account both for unobserved heterogeneity and for the change in the disabled population over time. We find that the law had a negative impact on the employment of disabled workers in the private sector. This counterproductive effect likely comes from the possibility to pay a fine instead of hiring disabled workers.

► **The Earnings and Employment Losses Before Entering the Disability System**

CERVINI-PLA M. ET VALL CASTELLÓ J.

2018

The European Journal of Health Economics 19(8): 1111-1128.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0960-8>

Although a number of papers in the literature have shown the employment and wage differences between individuals receiving disability benefits and non-disabled individuals, not much is known about the potential employment and wage losses that disabled individuals suffer before being officially accepted into the disability insurance system (DI). Therefore, in this paper we compare individuals that enter into the DI system due to a progressive deterioration in the health status (ordinary illness) to similar non-disabled individuals. Our aim is to identify the differences in employment and wages between these two groups before disabled individuals are officially accepted into the DI system. We combine matching models and difference-in-difference and we find that the wage (employment) growth patterns of both groups of workers become significantly different three (five) years before entering the DI system. More specifically, our estimates suggest that 1 year before entering the system, there is a difference of 79 Euros/month in the wages of the two groups (8.3% of average wage) as well as a 7.8% point difference in employment probabilities.

► **Handicap et santé bucco-dentaire : les réseaux de soins, une solution temporaire qui perdure !**

DENIS F., GUYET P. ET MOUSSA-BADRAN S.

2018

Santé Publique 30(4): 533-534.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-533.htm>

Dans l'article « Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés » publié dans la revue Santé publique (Volume 29/N° 5 de septembre-octobre 2017), Pujade et al. rappellent les obstacles à la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées tels que l'accessibilité de certains lieux de soins, voire parfois l'indisponibilité des professionnels de santé. Ils notent aussi que l'accompagnement pour une bonne hygiène bucco-dentaire au quotidien par les aidants s'organise souvent de manière intuitive, en raison d'un parcours de formation lacunaire, voire inexistant. Ils montrent également la pertinence de la collaboration du réseau de soins bucco-dentaires Rhapsod'if avec le service hospitalier Albert Chenevier en Île-de-France. Ce service hospitalier offre des soins de recours grâce à son personnel hautement qualifié. En 7 ans, 434 patients ont ainsi été pris en charge ! Les réseaux de santé se sont développés sur fond de militantisme et ont été proposés comme une solution organisationnelle permettant de pallier les insuffisances d'un système de santé jugé trop rigide.

Hospitals

► **Emergency and Urgent Care Systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing Organization, Payment and Reforms**

BAIER N., GEISSLER A., BECH M., et al.

2018

Health Policy 123 (1) : 1-10

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306390>

Increasing numbers of hospital emergency department (ED) visits pose a challenge to health systems in many countries. This paper aims to examine emer-

gency and urgent care systems, in six countries and to identify reform trends in response to current challenges. Based on a literature review, six countries – Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – were selected for analysis. Information was collected using a standardized questionnaire that was completed by national experts. These experts reviewed relevant policy documents and provided information on (1) the organization and planning of emergency and urgent care, (2) payment systems for EDs and urgent primary care providers, and (3) reform initiatives. In the six countries four main reform approaches could be identified: (a) extending the avail-

ability of urgent primary care, (b) concentrating and centralizing the provision of urgent primary care, (c) improving coordination between urgent primary care and emergency care, and (d) concentrating emergency care provision at fewer institutions. The design of payment systems for urgent primary care and for emergency care is often aligned to support these reforms. Better guidance of patients and a reconfiguration of emergency and urgent care are the most important measures taken to address the current challenges. Nationwide planning of all emergency care providers, closely coordinated reforms and informing patients can support future reforms.

► **Les privatisations du soin**

BATIFOULIER P.

2018

Possibles (Les)(18): 1-5.

Le secteur de la santé connaît une multitude de réformes sans que la situation des hôpitaux s'améliore et sans avoir éradiqué des restes à charge (ce qui reste à la charge du patient après remboursement de la Sécurité sociale) parfois catastrophiques pour certains patients. Ces réformes ne combattent pas la trajectoire de privatisation du soin. Elles la confortent. Elles accentuent dès lors les inégalités tout en étant coûteuses en finances publiques.

► **Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?**

BENALLAH S. ET DOMIN J. P.

2017

Revue de l'Ires(91-92): 155-183.

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Ce travail interroge les changements organisationnels qui se sont imposés au secteur hospitalier depuis le début des années 1990 et ce qu'ils sont susceptibles de produire sur le travail et la santé des personnels du secteur. Pour cela, nous étudions la logique des réformes menées sur la période (transformation du mode de financement des établissements, développement des procédures d'accréditation). Nous montrons que celles-ci sont mises en place dans un double objectif d'accroissement de la productivité du travail

et d'amélioration de la qualité des soins et qu'elles s'imposent dans un environnement de travail déjà très contraint. À partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, nous analysons ensuite la manière dont ces réformes semblent se traduire sur les contraintes de rythme imposées aux travailleurs du secteur et les conflits de valeur auxquelles ces contraintes sont associées.

► **Impact of Early Primary Care Follow-Up After Discharge on Hospital Readmissions**

BRICARD D. ET OR Z.

2019

Eur J Health Econ. Ahead of print

Reducing repeated hospitalizations of patients with chronic conditions is a policy objective for improving system efficiency. We test the hypothesis that the risk of readmission is associated with the timing and intensity of primary care follow-up after discharge, focusing on patients hospitalized for heart failure in France. We propose a discrete-time model which takes into account that primary care treatments have a lagged and cumulative effect on readmission risk, and an instrumental variable approach, exploiting geographical differences in availability of generalists. We show that the early consultations with a GP after discharge can reduce the 28-day readmission risk by almost 50%, and that patients with higher ambulatory care utilization have smaller odds of readmission. Furthermore, geographical disparities in primary care affect indirectly the readmission risk. These results suggest that interventions which strengthen communication between hospitals and generalists are elemental for reducing readmissions and for developing effective strategies at the hospital level, it is also necessary to consider primary care resources that are available to patients.

► **Planned and Unplanned Hospital Admissions and Their Relationship with Social Factors: Findings from a National, Prospective Study of People Aged 76 Years or Older**

DAHLBERG L., AGAHI N., SCHON P., et al.

2018

Health Serv Res 53(6): 4248-4267.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13001>

This aim of this study is to examine the relationship between social factors and planned and unplanned hospital admissions among older people. The analysis is based on 2011 data from the Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD) and data from the Swedish National Patient Register until December 31, 2012. The study had a prospective design. Data were analyzed via Cox proportional hazard regressions with variables entered as blocks (social factors, sociodemographic and ability factors, health factors). Data were collected via interviews with people aged 76+ (n = 931). Living in institutions was negatively associated with planned admissions (hazard ratio (HR): 0.29; confidence interval (CI): 0.09-0.88), while being in receipt of home help was positively associated with unplanned admissions (HR: 1.57; CI: 1.15-2.14). Low levels of social contacts and social activity predicted unplanned admissions in bivariate analyses only. Higher ability to deal with public authorities was positively associated with planned admissions (HR: 1.77; CI: 1.13-2.78) and negatively associated with unplanned admissions, although the latter association was only significant in the bivariate analysis. Hospital admissions are not only due to health problems but are also influenced by the social care situation and by the ability to deal with public authorities.

► **Impact de la dépendance à l'alcool sur le coût et la durée des séjours hospitaliers**

DELO C., VAN WILDER P., VAN DEN BULCKE J., *et al.*
2018

Journal de gestion et d'économie médicales 36(4): 201-216.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2018-4-page-201.htm>

En 2013, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié des statistiques alarmantes montrant que la consommation excessive de l'alcool est toujours aussi présente. Elle estime que l'alcool est la cause de plus de 3,3 millions de décès chaque année. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la dépendance à l'alcool, en tant que comorbidité sur le coût et la durée des séjours hospitaliers. La population étudiée reprend 136.664 séjours hospitalisés classiques dans 12 institutions hospitalières francophones en Belgique. La sélection des séjours dépendants à l'alcool a été faite

sur base des diagnostics secondaires (classification ICD9CM). Nous avons étudié 4 variables dépendantes (durée de séjour, coût selon la perspective hospitalière, coût pour la sécurité sociale et coût pour le patient) provenant de la base de données du Projet d'Analyse des Coûts des Hôpitaux Associés (PACHA), et 9 variables indépendantes provenant du résumé hospitalier minimum (RHM). 4.569 séjours ont un diagnostic secondaire de dépendance à l'alcool. Le coût médian (selon la perspective hospitalière) pour ces séjours est de 4.651,11 € et leur durée de séjour médiane est de 6,93 jours. A contrario, le coût médian (pour l'hôpital) des séjours sans ce diagnostic secondaire est de 3.607,68€ et leur durée de séjour médiane est de 3,94 jours ($p < 0,005$). La dépendance à l'alcool est un facteur augmentant le coût des séjours ce qui se confirme pour la plupart des pathologies. Dans un contexte de réforme du financement hospitalier, différentes pistes explicatives abordées dans cet article pourront intéresser les gestionnaires hospitaliers.

► **Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals**

ELIASON P. J., GRIECO P. L. E., MCDEVITT R. C., *et al.*
2018

American Economic Review 108(11): 3232-3265.

<http://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/aer.20170092>

Medicare's prospective payment system for long-term acute-care hospitals (LTCHs) provides modest reimbursements at the beginning of a patient's stay before jumping discontinuously to a large lump-sum payment after a prespecified number of days. We show that LTCHs respond to the financial incentives of this system by disproportionately discharging patients after they cross the large-payment threshold. We find this occurs more often at for-profit facilities, facilities acquired by leading LTCH chains, and facilities collocated with other hospitals. Using a dynamic structural model, we evaluate counterfactual payment policies that would provide substantial savings for Medicare.

► **Public Reporting of Hospital Quality Data: What Do Referring Physicians Want to Know?**

GERAEDTS M., HERMELING P., ORTWEIN A., *et al.*
2018

Health Policy 122(11): 1177-1182.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018304986>

The aim of this study is to identify ambulatory care physicians' priorities for hospital quality criteria to support them in counselling patients what hospital to choose. Three hundred non-hospital-based stratified randomly sampled physicians, representing the five main referring specialties in Germany participated in a cross-sectional survey. Physicians rated the importance of 80 hospital quality criteria to be used in their counselling of patients in need of hospital care. Criteria selection was based on a literature analysis and the content of Germany's mandatory hospital quality reports. We calculated the most important criteria and performed an ordinal regression analysis to examine whether the physicians' characteristics 'age', 'sex', 'specialty', 'practice type' and 'region' affected physicians' importance ratings. Results : To counsel patients in need of a hospital referral, physicians preferred hospital quality criteria that reflect their own and their patients' experiences with a hospital. Additionally, hospitals' expertise and results of treatment were rated highly important. In contrast, hospitals' structural characteristics and compliance with external requirements were rated less important. Physicians' characteristics affected importance ratings only negligibly. To support referring physicians' counselling of patients regarding what hospital to choose in order to achieve optimal patient outcomes eventually, hospital report cards must be enriched by information on physicians' and their patients' experiences with hospitals. Hospitals' structural characteristics play a minor role in counselling of patients needing hospital care.

► **International Comparison of Minimum Volume Standards for Hospitals**

MORCHE J., RENNER D., PIETSCH B., *et al.*
2018

Health Policy 122(11): 1165-1176.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101830424X>

Minimum volume standards have been implemented in various countries for quality or safety policies. We present minimum volume standards in an international comparison, focusing on regulatory approaches, selected sets of procedures and thresholds as well as predetermined consequences of non-compliance. We combined a comprehensive literature search in electronic databases in March 2016 with a hand-search of governmental and related organisations' webpages. We also contacted international experts to verify the information we found in the literature and to obtain additional data. Minimum volume standards have been introduced in different countries predominantly for highly specialized surgical procedures. The same evidence has led to different definitions and ways of implementation of minimum volume standards in Germany, Canada (Ontario), the Netherlands, Switzerland, and Austria. The regulatory approaches to minimum volume standards and the predetermined consequences of non-compliance differ across the countries. The sets of procedures for which minimum volume standards and corresponding thresholds have been introduced vary across countries, possibly due to different regulatory approaches. In addition, key attributes of the health care system might affect the development and implementation of minimum volume standards. Therefore, it is not feasible to formulate uniform recommendations that are applicable to all countries. Our results provide a comprehensive overview of international minimum volume standards and can be used to inform policy decisions.

► **Hospital Responses to Price Shocks Under the Prospective Payment System**

SHIN E.

2018

Health Econ : Ahead of print.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3839>

Under the prospective payment system (PPS), hospitals receive a bundled payment for an entire episode of treatment based on diagnosis-related groups (DRG). Although there is ample evidence regarding the impact of the introduction of the PPS, there is little research on the effects of the ensuing changes in payment levels under the PPS. In 2005, the Medicare PPS changed its definition of payment areas from the Metropolitan Statistical Areas to the Core-Based Statistical Areas, generating substantial area-specific price shocks. Using these exogenous price variations, this study

examines hospital responses to price changes under the PPS. The results demonstrate that, while the average payment amount significantly increases in the affected areas, no parallel trend is observed in admission volume, treatment intensity, and quality of services. Conversely, hospitals facing a price increase are more liable to the perverse incentives that the PPS

is known to encourage, namely, selecting or shifting patients into higher-paying DRGs. These results suggest that paying a higher price for a given service may not induce hospitals to offer services of better quality, but can rather prompt even higher payments through other behavioral responses.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Health Differentials Between Citizens and Immigrants in Europe: A Heterogeneous Convergence**

BOUSMAH M.-A.-Q., COMBES J.-B. S. ET ABU-ZAINEH M.

2018

Health Policy : Ahead of print.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306833>

The literature on immigration and health has provided mixed evidence on the health differentials between immigrants and citizens, while a growing body of evidence alludes to the unhealthy assimilation of immigrants. Relying on five different health measures, the present paper investigates the heterogeneity in health patterns between immigrants and citizens, and also between immigrants depending on their country of origin. We use panel data on more than 100,000 older adults living in nineteen European countries. Our panel data methodology allows for unobserved heterogeneity. We document the existence of a healthy immigrant effect, of an unhealthy convergence, and of a reversal of the health differentials between citizens and immigrants over time. We are able to estimate the time threshold after which immigrants' health becomes worse than that of citizens. We further document some heterogeneity in the convergence of health differentials between immigrants and citizens in Europe. Namely, the unhealthy convergence is more pronounced in terms of chronic conditions for immigrants from low-HDI countries, and in terms of

self-assessed health and body-mass index for immigrants from medium- and high-HDI countries.

► **Bartley Mel, 2016, Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods, Cambridge (UK), Polity Press, IX-244 P**

BRICARD D.

2018

Population 73(3): 600-601.

Dans la seconde édition de son ouvrage, Mel Bartley (University College of London) présente un état des lieux passionnant des connaissances sur les inégalités sociales de santé, et en même temps une vision renouvelée des théories explicatives et des nouveaux enjeux de recherche dans ce domaine. Malgré la création d'un système national de santé en 1948 et les politiques ambitieuses de réduction de la pauvreté des années 2000, les inégalités sociales de santé n'ont pas diminué et se sont même aggravées en Angleterre. Le constat est semblable pour la plupart des pays européens, même si la disponibilité et la comparabilité des données rendent parfois difficile le suivi des évolutions et l'évaluation du succès ou de l'échec des politiques de santé qui y sont conduites. Ces résultats témoignent d'un besoin de mieux comprendre les mécanismes en jeu dans la construction des inégalités sociales de santé, et de mettre au jour les limites des politiques menées jusqu'ici, pour les réduire.

► **Socioeconomic Differences in Healthy and Disease-Free Life Expectancy Between Ages 50 and 75: A Multi-Cohort Study**

HEAD J., CHUNGKHAM H. S., HYDE M., et al.
2018

European Journal of Public Health: cky215-cky215.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky215>

There are striking socioeconomic differences in life expectancy, but less is known about inequalities in healthy life expectancy and disease-free life expectancy. We estimated socioeconomic differences in health expectancies in four studies in England, Finland, France and Sweden. We estimated socioeconomic differences in health expectancies using data drawn from repeated waves of the four cohorts for two indicators: (i) self-rated health and (ii) chronic diseases (cardiovascular, cancer, respiratory and diabetes). Socioeconomic position was measured by occupational position. Multistate life table models were used to estimate healthy and chronic disease-free life expectancy from ages 50 to 75. In all cohorts, we found inequalities in healthy life expectancy according to socioeconomic position. In England, both women and men in the higher positions could expect 82–83% of their life between ages 50 and 75 to be in good health compared to 68% for those in lower positions. The figures were 75% compared to 47–50% for Finland; 85–87% compared to 77–79% for France and 80–83% compared to 72–75% for Sweden. Those in higher occupational positions could expect more years in good health (2.1–6.8 years) and without chronic diseases (0.5–2.3 years) from ages 50 to 75. There are inequalities in healthy life expectancy between ages 50 and 75 according to occupational position. These results suggest that reducing socioeconomic inequalities would make an important contribution to extending healthy life expectancy and disease-free life expectancy.

► **Health Polarization and Inequalities Across Europe: An Empirical Approach**

PASCUAL M., CANTARERO D. ET LANZA P.
2018

The European Journal of Health Economics 19(8): 1039-1051.
<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0997-8>

This paper examines inequality and polarization in self-assessed health, contributing towards the limited research existing on health economics. We use data

from the European Health Interview Survey (EHIS) to investigate the relationship between health inequality and polarization across 27 European countries in two periods: 2006–2009 and 2013–2015. As our key variable is of an ordinal nature, we employ median based measures. Our empirical results suggest that Greece is the country with the highest level of health polarization in both periods, whereas Ireland has the lowest one when we consider countries where the median category is “very good”, coinciding with the findings obtained in the inequality index. Estonia, Hungary and Lithuania have the highest degree of health polarization in both periods while Malta, The Netherlands and Spain are the countries with the lowest when we focus on those countries whose median category is “good” health.

► **Effects of Undocumented Immigrants Exclusion from Health Care Coverage in Spain**

PERALTA-GALLEGO L., GENÉ-BADIA J. ET GALLO P.
2018

Health Policy 122(11): 1155-1160.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018304160>

In 2012 the Spanish government passed Royal Decree-Law 16/2012 (RDL) aimed at containing public expenditure in response to the economic crisis. This RDL redefined just who would be entitled to public health care. As a result, a large proportion of undocumented immigrants in Spain were excluded from basic publicly financed health care with access only being granted under particular circumstances (emergency care, maternal care, children under 18, asylum seekers and victims of human trafficking). The aims of this paper are to identify the specific traits of this policy, review its impact on health and health care access, and to evaluate its economic impact. Most political parties and health professional groups opposed the RDL, and a large number of Spanish regions either declined to apply it or opted to apply it partially. To date, the RDL has had a considerable impact on the access of undocumented immigrants to public health care, with evidence suggesting that approximately 870,000 people have been excluded. A slight increase in infectious diseases has been reported, albeit not as high as originally predicted, and recent evidence points to an increase in mortality among this population subgroup. Conclusions Regional legislation favouring the coverage of undocumented immigrants might have acted

as a counterweight and thus contained the negative health effects in this population subgroup. But the

Constitutional Court invalidated all regional arrangements obliging regions to comply with the RDL.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique**

ABECASSIS P. ET COUTINET N.
2017

Revue de L'ires(91-92): 111-140.

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Les politiques d'austérité instaurées en France et au Royaume-Uni depuis les années 1990, renforcées après la crise de 2008, ont conduit à une rationalisation drastique des dépenses de santé, en particulier pour les dépenses de médicaments qui représentent une part importante des dépenses de santé. Bien que les politiques menées dans les deux pays semblent très différentes, cette rationalisation a pris la forme d'une privatisation accrue, d'un durcissement des mécanismes de contrôle des prix des médicaments les plus coûteux et d'incitations à la consommation de médicaments les moins chers, comme les génériques. Les firmes pharmaceutiques n'ont pourtant pas beaucoup souffert de ces mesures. Si elles ont d'abord réagi en acceptant provisoirement de développer la production de médicaments génériques, elles ont, à partir de 2012, déployé un nouveau modèle de production de médicaments innovants à prix élevés, fondé sur les biotechnologies et la médecine personnalisée. Cette stratégie, menée avec la bienveillance des systèmes de santé, s'appuie sur une production externalisée permettant aux firmes de réduire leurs risques financiers et de réaliser d'importants profits.

► **Vers la disparition (un jour) du prix du médicament ?**

BASEILHAC É.
2018

Revue française des affaires sociales(3): 307-315.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-307.htm>

La fixation du prix du médicament constitue une entrée très ciblée dans le système de santé français. Il s'agit pourtant d'un sujet très présent dans le débat public, comme en témoignent les interrogations concernant les traitements innovants du cancer ou de l'hépatite C. Pour éclairer notre réflexion, plus de dix ans après la publication, en 2007, du numéro de la Revue française des affaires sociales intitulé « Le médicament », nous avons souhaité consacrer un nouveau dossier à cette question. Il est composé de quatorze articles répartis en trois chapitres : la fixation des prix en France, la place de la médico-économie dans la fixation du prix des médicaments et la fixation des prix à l'étranger. S'y ajoutent des éléments de cadrage sur la pertinence de mettre en place une HTA (health technology assessment) européenne, ainsi qu'un point de vue intitulé « Vers la disparition (un jour) du prix des médicaments ».

► **NICE et les interférences pharmaceutiques. La négociation de prix exorbitants**

BENAMOUZIG D.
2018

Revue française des affaires sociales(3): 181-201.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-181.htm>

En vingt ans, NICE (National Institute for Clinical Excellence) s'est imposé comme une agence de référence internationale en matière d'évaluation

médico-économique. Créée en 1999, l'agence a conservé deux spécificités : le caractère central des analyses coûts-résultats dans ses travaux, et une expertise en matière de médicament. NICE a acquis une capacité administrative dans des contextes débats, sur lesquels les industriels se sont efforcés d'exercer une influence récurrente, comme l'illustre l'analyse sociologique du cas de l'interféron bêta dans le traitement de la sclérose en plaques. L'introduction du médicament à un prix élevé en 1995, dans un contexte de réorganisation du système de soins, accompagne la création d'une agence nationale. Mais des stratégies de contournement mises en œuvre par des industriels donnent à voir des formes d'influence, voire d'interférences avec la décision publique, qui aboutissent à l'invention d'un « schéma de partage de risques » dont la mise en œuvre se déploie jusqu'aujourd'hui. Tout en contournant les avis négatifs de NICE, l'accord garantit durablement un prix élevé à des médicaments controversés.

► **Benzodiazepine Use and Misuse in France**

BENARD-LARIBIERE A. ET PARIENTE A.
2018

Presse Med 47(10): 878-881.

Benzodiazepine use remains high in France in 2015, especially among the elders. However, encouraging trend is observed regarding hypnotic benzodiazepines initiation: between 2008 and 2015, incident use of hypnotics, including that of Z-drugs, decreased while incident use of anxiolytics remained stable. Most of new benzodiazepine users (86%) had treatment duration that complies with guidelines. Owing to the high number of user initiating a treatment each year and associated risks, the remaining 14% of long-term users is of concern. Roughly half of benzodiazepine users presented with comorbidities and concurrent medications increasing the risk of adverse drug reactions, especially central nervous system depressant effects.

► **De l'administration des prix à la régulation du marché : enjeux et modalités de la fixation des prix des médicaments en France depuis 1948**

BENOÎT C. ET NOUGUEZ É.
2018

Revue française des affaires sociales(3): 91-109.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-91.htm>

L'article étudie les évolutions de la fixation du prix des médicaments par l'État en France depuis 1948. Si les objectifs de cette politique sont restés les mêmes depuis 70 ans (assurer l'accès des patients à des traitements de qualité, sans grever les comptes de l'Assurance maladie ni compromettre le développement de l'industrie), ses modalités concrètes ont de leur côté fortement évolué, passant d'une administration unilatérale des prix par l'État à une co-régulation du marché des médicaments. Cette transformation a amené les représentants de l'État et de l'Assurance maladie (le Comité économique des produits de santé) à composer avec un nombre croissant d'acteurs (industriels, experts indépendants, professionnels de santé mais aussi politiques pratiquées dans d'autres pays). Pour autant, elle n'a pas conduit à un retrait de l'État : au contraire, la portée de la régulation s'est étendue à l'ensemble des acteurs et des dispositifs déterminant les dépenses de médicaments remboursés.

► **Attributable Deaths and Disability-Adjusted Life-Years Caused by Infections with Antibiotic-Resistant Bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: A Population-Level Modelling Analysis**

CASSINI A., HOGBERG L. D., PLACHOURAS D., *et al.*
2018

Lancet Infect Dis. : 19 (1) : 56-66

Infections due to antibiotic-resistant bacteria are threatening modern health care. However, estimating their incidence, complications, and attributable mortality is challenging. We aimed to estimate the burden of infections caused by antibiotic-resistant bacteria of public health concern in countries of the EU and European Economic Area (EEA) in 2015, measured in number of cases, attributable deaths, and disability-adjusted life-years (DALYs). We estimated the incidence of infections with 16 antibiotic resistance-bacterium combinations from European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2015 data that was country-corrected for population coverage. We multiplied the number of bloodstream infections (BSIs) by a conversion factor derived from the European Centre for Disease Prevention and Control point prev-

alence survey of health-care-associated infections in European acute care hospitals in 2011-12 to estimate the number of non-BSIs. We developed disease outcome models for five types of infection on the basis of systematic reviews of the literature. Our results present the health burden of five types of infection with antibiotic-resistant bacteria expressed, for the first time, in DALYs. The estimated burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and EEA is substantial compared with that of other infectious diseases, and has increased since 2007. Our burden estimates provide useful information for public health decision-makers prioritising interventions for infectious diseases. FUNDING: European Centre for Disease Prevention and Control.

► **Prices, Patents and Access to Drugs: Views on Equity and Efficiency in the Global Pharmaceutical Industry**

CAVALAN Q., HAZAN M., HU I., et al.
2018

Revue française des affaires sociales(3): 249-268.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-249.htm>

Dans cet article consacré à la fixation du prix des médicaments sur le marché pharmaceutique mondial, nous nous intéressons à la question de l'accès aux traitements dans les pays en développement. La définition du prix des médicaments dans un contexte international suppose la prise en compte du dilemme entre équité et efficacité. D'un côté, les pays en développement veulent pouvoir accéder à des médicaments à prix abordables pour traiter des maladies telles que le sida, le paludisme ou la tuberculose. De l'autre, l'industrie pharmaceutique a besoin de protéger ses droits de propriété intellectuelle pour avoir un intérêt à investir dans l'innovation et le développement de nouveaux médicaments. Nous posons donc la question des politiques qui peuvent être mises en œuvre pour concilier ces deux exigences. Nous présentons d'abord les caractéristiques du marché pharmaceutique mondial et les difficultés d'accès aux traitements qu'elles entraînent pour les pays en développement. Dans un deuxième temps, nous mettons en perspective différentes politiques actuelles relatives à la tarification des médicaments (tarification différenciée et réglementation des prix) et aux brevets pharmaceutiques, en décrivant les principes qui les sous-tendent ainsi que leurs effets et leurs limites. Nous examinons enfin deux approches

innovantes issues de la littérature économique et évaluons dans quelle mesure elles permettent de concilier équité et efficacité. La première, qui allie forte protection de la propriété intellectuelle et tarification différenciée, ne permet pas cette conciliation, notamment parce que le commerce parallèle et le référencement externe restent d'actualité. La deuxième, connue sous le nom d'Advance Market Commitment (AMC) ou garantie de marché, repose sur un accord passé entre un pays en développement, un financeur et un laboratoire et encourage la concurrence pour l'innovation. Elle pourrait se révéler plus prometteuse même s'il reste des obstacles à surmonter.

► **L'importance des remises dans la comparaison internationale des prix du médicament**

DAHMOUH A., FERRETTI C. ET VERGIER N.
2018

Revue française des affaires sociales(3): 269-296.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-269.htm>

Face aux contraintes budgétaires des systèmes de santé et aux prix élevés demandés par les laboratoires pharmaceutiques lors de la commercialisation de nouveaux médicaments, le mode de régulation du marché des médicaments est un enjeu majeur pour les États. En Europe, un des principaux leviers de régulation porte sur les prix et sur les remises versées à l'assurance maladie. Dans ce contexte, l'objectif de l'étude est d'examiner les véritables écarts de prix fabricants hors taxe des médicaments remboursables protégés par des brevets et délivrés en ville entre la France et les pays qui lui servent de référence dans la fixation des prix (Allemagne, Royaume-Uni, Espagne et Italie). Cet article met en évidence des prix faciaux français inférieurs à ceux de ses comparateurs européens, cet écart pouvant atteindre 38 % avec l'Allemagne. Toutefois, la prise en compte des remises pour la France et l'Allemagne montre, malgré un écart important observé sur les prix faciaux, une différence de prix réels payés par l'Assurance Maladie obligatoire aux laboratoires qui serait réduite à 21 %, voire à seulement 6 %, après remises.

► **Barriers for Access to New Medicines: Searching for the Balance Between Rising Costs and Limited Budgets**

GODMAN B., BUCSICS A., VELLA BONANNO P., *et al.*
2018

Frontiers in Public Health 6(328).

<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00328>

There is continued unmet medical need for new medicines across countries especially for cancer, immunological diseases and orphan diseases. However, there are growing challenges with funding new medicines at ever increasing prices along with funding increased medicine volumes with the growing prevalence of both infectious diseases and non-communicable diseases across countries. This has resulted in the development of new models to better manage the entry of new medicines, new financial models being postulated as well as strategies to improve prescribing efficiency. However, more needs to be done. Consequently, the primary aim of this paper is to consider potential ways to optimise the use of new medicines balancing rising costs with increasing budgetary pressures to stimulate debate especially from a payer perspective. A narrative review of pharmaceutical policies and implications, as well as possible developments, based on key publications and initiatives known to the co-authors principally from a health authority perspective. A number of initiatives and approaches have been identified including new models to better manage the entry of new medicines based on three pillars (pre-, peri-, and post-launch activities). We conclude that there are a number of ongoing activities across countries to try and fund new valued medicines whilst attaining or maintaining universal healthcare. Such activities will grow with increasing resource pressures and continued unmet need.

► **Le prix des médicaments en France : présentation synthétique des évolutions récentes du système français de fixation des prix**

JACQUET L. R., TOULEMON L., RAIMOND V., *et al.*
2018

Revue française des affaires sociales(3): 47-67.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-47.htm>

Cet article présente les différents aspects de la détermination du prix des médicaments remboursables en

France. Nous abordons la manière dont les prix des médicaments sont fixés selon le statut du médicament, en ville (princeps et génériques) et à l'hôpital (liste de rétrocession et liste en sus). Les enjeux de la fixation du prix et les évolutions récentes sont abordés, ainsi que le rôle des institutions concernées telles que le Comité économique des produits de santé (CEPS) et la Haute Autorité de santé (HAS).

► **Drug Pricing in the United States: Prospects for Balancing Affordability, Access, and Rewards for Innovation**

KALTENBOECK A.

2018

Revue française des affaires sociales(3): 203-225.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-203.htm>

Aux États-Unis, les produits pharmaceutiques occupent une place à la fois considérable et grandissante dans des dépenses de santé qui représentent elles-mêmes plus de 17 % du produit intérieur brut (PIB). Le niveau élevé et croissant des prix, en particulier de ceux des médicaments brevetés, explique en grande partie cette tendance et remet en cause l'accessibilité financière des médicaments et l'accès des patients aux traitements. Face au mécontentement de la population devant cette situation, des réformes ont été proposées, mais leurs conséquences potentielles sur le financement de l'innovation future suscitent des interrogations. Pour réaliser une évaluation critique de l'impact que pourrait avoir une réforme sur l'équilibre entre accessibilité financière, accès aux traitements et rémunération de l'innovation aux États-Unis, il faut au préalable bien comprendre le fonctionnement du système actuel d'achat et de remboursement des médicaments. Dans cet article, nous analysons les relations et transactions financières qui ont lieu entre les différents maillons de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique et qui exercent une influence sur le marché, certaines d'entre elles pouvant être à l'origine d'une inflation des prix. Nous dressons ensuite un état des lieux de l'innovation dans cet environnement, avant d'examiner les pistes de réforme qui pourraient être suivies pour endiguer la hausse du prix des médicaments brevetés.

► **Trial Implementation of Quasi Value-Based Pricing for Pharmaceuticals and Medical Devices in Japan: Issues in Dispute**

KAMAE I.

2018

[Revue française des affaires sociales\(3\): 227-248.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-227.htm)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-227.htm>

Au Japon, le prix des médicaments remboursables est égal à un prix de base majoré d'une « prime » reflétant le caractère plus ou moins innovant du produit. Bien que des considérations économiques interviennent dans ce calcul, la méthode employée laisse une large place à la subjectivité – raison pour laquelle nous parlons de « Quasi Value-Based Pricing ». Confronté à une explosion des dépenses de santé, le ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales a chargé un comité ad hoc créé au sein du CMC, l'instance compétente en matière de fixation du prix des médicaments, de définir une nouvelle méthode d'évaluation économique des technologies de santé. Une expérimentation a été lancée en avril 2016 pour sept médicaments et six dispositifs médicaux remboursables. L'objectif était de définir une méthode pour recalculer le prix de ces produits, puis de déployer l'expérimentation à plus grande échelle. Initialement prévu pour mars 2018, ce déploiement a été reporté d'une année faute de consensus, la méthode de calcul proposée ayant suscité de vives critiques des scientifiques et de l'industrie pharmaceutique. La proposition consiste à calculer le ratio différentiel coûts-résultats (RDCR) en lui appliquant un taux d'actualisation pour tenir compte de critères éthiques et sociaux, puis à calculer le prix en fonction de formules algorithmiques différentes selon le niveau du RDCR. Nous insistons sur le fait que la mise au point d'une méthode de calcul, quelle qu'elle soit, exige des compétences extrêmement pointues, qui sont rares au Japon, ce qui plaide en faveur de la création d'une autorité publique d'évaluation des technologies de santé. Nous concluons notre article en invitant les autres pays à tirer des enseignements de l'expérience du Japon et des controverses soulevées par la réforme.

► **Existe-t-il un « juste prix » du médicament ?**

LE PEN C.

2018

[Revue française des affaires sociales\(3\): 15-25.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-15.htm)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-15.htm>

Le thème du « juste prix » du médicament revient fréquemment dans le débat public sur les prix du médicament sans que cette notion ne soit clairement définie. Selon une opinion répandue elle relèverait de conceptions morales, philosophiques, politiques, étrangères au corpus théorique de la science économique, exclusivement vouée à la détermination des prix « efficaces ». Toutefois cette conception apparaît restrictive. Les questions éthiques et morales ont toujours été présentes dans la pensée des économistes qui se sont prononcés – directement ou indirectement – sur ce pourrait être un « juste prix » d'un point de vue économique. C'est ce que nous rappelons dans cet article. En fait, l'analyse historique révèle non pas une mais trois conceptions différentes du « juste prix » que nous qualifierons respectivement de déontologique, essentialiste et contractualiste. La première définit le juste prix comme un prix de marché sans fraude; la seconde comme un prix exprimant une valeur intrinsèque dissimulée dans les biens; la troisième comme un prix résultant d'une procédure de détermination « équitable ». Si cette multiplicité des définitions ne peut conduire à qualifier cette notion de « scientifique », elle met en valeur des dimensions permettant de rendre les prix plus « justes » comme l'approfondissement de la définition et de la mesure de la valeur thérapeutique et l'amélioration de l'efficacité des procédures institutionnelles de négociation des prix.

► **Une (brève) histoire de la Commission de la transparence**

LE PEN C.

2018

[Revue française des affaires sociales\(3\): 111-127.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-111.htm)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-111.htm>

La Commission de la transparence (CT), cette instance médico-administrative chargée de se prononcer sur l'opportunité d'une prise en charge des médicaments par l'Assurance Maladie, a peu été étudiée en dépit du rôle éminent qu'elle joue dans le fonctionnement du

système de santé. Nous proposons d'en écrire l'histoire du point de vue de sa logique interne de fonctionnement, de ses missions et de ses outils d'analyse. Créée en 1980, 35 ans après la Sécurité sociale, elle s'est inscrite dans une continuité doctrinale en matière d'accès au marché des médicaments, inspirée et défendue par l'État. Elle s'efforcera d'y rester fidèle, en dépit des réformes auxquelles elle a été constamment soumise. Cet historique éclaire les débats actuels sur la place de la Commission et sur la pertinence de ses concepts de « service médical rendu » ou « d'amélioration du service médical rendu ». La question se pose, en outre, de savoir si les ajustements empiriques, respectueux des principes fondateurs, auxquels l'État a dû procéder pour adapter la CT à de nouvelles données scientifiques, sociales et économiques seront toujours possibles dans l'avenir. Des réformes plus doctrinales ne s'imposent-elles pas, bousculant des principes fermement établis comme le caractère national des procédures d'accès au marché ou la séparation de l'évaluation médicale et de l'évaluation économique ?

► Avant-propos

LEGAL R. ET PLANEL M.-P.

2018

Revue française des affaires sociales(3): 5-14.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-5.htm>

La fixation du prix du médicament constitue une entrée très ciblée dans le système de santé français. Il s'agit pourtant d'un sujet très présent dans le débat public, comme en témoignent les interrogations concernant les traitements innovants du cancer ou de l'hépatite C. Pour éclairer notre réflexion, plus de dix ans après la publication, en 2007, du numéro de la Revue française des affaires sociales intitulé « Le médicament », nous avons souhaité consacrer un nouveau dossier à cette question. Il est composé de quatorze articles répartis en trois chapitres : la fixation des prix en France, la place de la médico-économie dans la fixation du prix des médicaments et la fixation des prix à l'étranger. S'y ajoutent des éléments de cadrage sur la pertinence de mettre en place une HTA (health technology assessment) européenne, ainsi qu'un point de vue intitulé « Vers la disparition (un jour) du prix des médicaments ».

► The Impact of New Drug Launches on Life-Years Lost in 2015 from 19 Types of Cancer in 36 Countries

LICHTENBERG F. R.

2018

Journal of Demographic Economics 84(3): 309-354.

<https://www.cambridge.org/core/article/impact-of-new-drug-launches-on-lifeyears-lost-in-2015-from-19-types-of-cancer-in-36-countries/E8E3676D201904130F877D647511E871>

This study employs a two-way fixed effects research design to measure the mortality impact and cost-effectiveness of cancer drugs: It analyzes the correlation across 36 countries between the relative mortality from 19 types of cancer in 2015 and the relative number of drugs previously launched in that country to treat that type of cancer, controlling for relative incidence. The sample size (both in terms of number of observations and population covered) of this study is considerably larger than the sample sizes of previous studies; a new and improved method of analyzing the lag structure of the relationship between drug launches and life-years lost is used; and a larger set of measures of the burden of cancer is analyzed. The number of DALYs and life-years lost are unrelated to drug launches 0–4 years earlier. We estimate that drugs launched during the entire 1982–2010 period reduced the number of cancer DALYs in 2015 by about 23.0%, and that, in the absence of new drug launches during 1982–2010, there would have been 26.3 million additional DALYs in 2015. Also, the nine countries with the largest number of drug launches during 1982–2010 are estimated to have had 14% fewer cancer DALYs (controlling for incidence) in 2015 than the nine countries with the smallest number of drug launches during 1982–2010. Estimates of the cost per life-year gained in 2015 from drugs launched during 2006–2010 range between \$1,635 (life-years gained at all ages) and \$2,820 (life-years gained before age 65). These estimates are similar to those obtained in previous country-specific studies of Belgium, Canada, and Mexico, and are well below the estimate obtained in one study of Switzerland. Mortality in 2015 is strongly inversely related to the number of drug launches in 2006–2010. If the relationship between mortality in 2020 and the number of drug launches in 2011–2015 is similar, drug launches 5–9 years earlier will reduce mortality even more (by 9.9%) between 2015 and 2020 than they did (by 8.4%) between 2010 and 2015.

► **Médicaments innovants onéreux : vers le paiement de résultats contractualisés ?**

MEGERLIN F.
2018

[Revue française des affaires sociales\(3\): 129-146.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-129.htm)
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-129.htm>

Aucun accord ne peut prétendre déterminer les prix des médicaments innovants onéreux sur une base scientifique exclusive ou dominante. Ces prix relèvent de ce fait de difficiles négociations commerciales, multifactorielles. Dans un contexte international d'inflation continue et de désarroi des décideurs, les accords se diversifient, les prix publics voient leur justification évoluer et perdent leur signification, au prix de délais d'accès insupportables, voire d'une rupture de dialogue entre acheteurs et producteurs. Entre ces derniers, un contrat de partage de risques économiques peut parfois être justifié pour motiver le co-développement d'une technologie et/ou une transformation organisationnelle sur notre territoire national. Mais pour les contrats d'achat-vente qui ne recouvrent pas cet objet, la garantie commerciale de résultats définis par avance à l'échelle individuelle ou populationnelle nous semble une voie raisonnable, et l'approche dite value-based pricing inappropriée.

► **Benzodiazepine Cessation in Ambulatory Practice. A Review**

NACCACHE F. ET VORSPAN F.
2018

[Presse Med 47\(10\): 899-912.](#)

Seven studies evaluated pharmacological treatments and 12 studies evaluated non-pharmacological interventions including Cognitive Behavioural Therapy (CBT), minimal interventions toward patients, pharmacists or physicians, or dedicated visits, in order to discontinue benzodiazepines treatments. Among pharmacological treatments, only melatonin was significantly efficacious in patients suffering from insomnia alone. BCT showed efficacy in increasing self-efficacy feeling toward BZD cessation and in patients with sleep disorders. Minimal interventions and dedicated visits were significantly efficacious with favourable cost-effectiveness ratio. No study investigated patients with high-doses of benzodiazepine, or with addiction, somatic or psychiatric disorders.

► **Early Access Schemes and Pricing Strategies: A Case Study on Temporary Authorization for Use in France from 1994 to 2016**

RAÏS ALI S., RAIMOND V., DEGRASSAT-THÉAS A., et al.
2018

[Revue française des affaires sociales\(3\): 69-89.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-69.htm)
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-69.htm>

Les procédures d'accès précoce à l'innovation rendent possible l'accès aux médicaments qui n'ont pas encore obtenu leur autorisation de mise sur le marché (AMM) à une population prédéfinie de patients. Dans le cadre réglementaire français, sous ce régime appelé « Autorisation Temporaire d'Utilisation » (ATU), les prix ne sont pas réglementés : ils sont librement fixés par le laboratoire pharmaceutique, ce qui contraste avec le système des prix administrés en vigueur pour les médicaments remboursés. Cette étude contribue à la littérature peu abondante sur le sujet en analysant le régime d'ATU depuis sa mise en œuvre en 1994 jusqu'en 2016. Cette longue période permet de documenter et de décrire le régime des ATU et son impact sur les prix. Nous analysons la différence de prix entre le prix librement établi sous ATU et le prix post AMM, après négociation avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). Notre principal résultat montre qu'après la réforme réglementaire de 2007 qui a contraint, le cas échéant, les laboratoires pharmaceutiques à rembourser la différence entre le prix ATU et le prix post AMM, les prix post AMM négociés par le Ceps sont plus souvent inférieurs aux prix ATU.

► **Good Practices in Prescribing Benzodiazepines**

REVEL A., YRONDI A. ET MONTASTRUC F.
2018

[Presse Med 47\(10\): 872-877.](#)

Due to pharmacologic tolerance and dependence, benzodiazepines and z-drugs have to be used over short duration of treatment. Three pharmacokinetic characteristics should be taken into account by the prescriber: the galenic form, the plasma half-life, and the presence of an active metabolite. The patient and the prescriber should talk about possible adverse events and treatment discontinuation before treatment initiation. Treatment duration should be as short as possible

et should not be longer than recommended by the marketing authorization. Several benzodiazepine drugs should not be prescribed at the same time, because there is no advantage in terms of effectiveness and adverse events may occur.

► **Des savoirs économiques au prix du médicament. La trajectoire bureaucratique des avis d'efficience en France**

ROBELET M., BENAMOUZIG D. ET MINONZIO J.
2018

Revue française des affaires sociales(3): 161-180.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-161.htm>

Depuis 2012, la négociation sur le prix des médicaments innovants entre l'État et les industriels prend en compte un « avis sur l'efficience » émis par une commission de la Haute Autorité de santé. Cette nouvelle procédure mobilise des savoirs économiques, dont l'introduction n'a rien d'évident dans le contexte institutionnel français, traditionnellement rétif à l'usage de l'économie. À partir d'une enquête sociologique conduite auprès des services et de la Commission d'évaluation économique de la HAS, cet article analyse la façon dont le calcul coûts-résultats a été introduit dans la fixation des prix des médicaments, en insistant sur le travail opéré par les économistes de la HAS sur les méthodes et les procédures d'évaluation économique. Ces dernières se caractérisent par un degré accru de formalisation. Il pointe aussi les effets institutionnels de l'introduction des avis d'efficience, qui rapprochent des acteurs ayant jusqu'alors travaillé de manière largement séparée, sans pour autant ouvrir publiquement les débats relatifs aux prix des médicaments.

► **Use and Misuse of Benzodiazepines Out of France**

TOURNIER M., PARIENTE A., BEGAUD B., *et al.*
2018

Presse Med 47(10): 882-885.

Among 8 countries included in the report of ANSM, France is second behind Spain, when defined daily doses (DDD) are considered. Few studies, recent and based on representative samples of population, investigated the use of benzodiazepines in other countries and data are limited to compare France and other countries. In most countries, the use of benzodiazepines increases with age and is more frequent in women than in men. Variations of benzodiazepines use that were observed in other countries are similar to those observed in France, with a slight decrease but persistent high levels of use. In most countries, the long-term use of benzodiazepines is stable over time even though simple use decreases.

► **Le rôle de l'évaluation économique dans la régulation des prix des médicaments innovants protégés par des brevets**

WITTEWER J.
2018

Revue française des affaires sociales(3): 147-159.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-147.htm>

L'objet de cette contribution est de revenir sur le rôle théorique de l'évaluation économique des médicaments innovants dans le cadre d'une régulation du marché des médicaments fondée sur une protection par brevet des innovations. Après un rappel sur les mécanismes incitatifs d'une régulation d'un marché par brevet, le rôle de l'évaluation économique dans ce cadre de régulation est précisé. Le contexte spécifique de la fixation du prix du médicament en France et la place qu'y trouve l'évaluation économique sont étudiés dans un dernier temps.

Methodology - Statistics

► **Matching and Regression to the Mean in Difference-In-Differences Analysis**

DAW J. R. ET HATFIELD L. A.

2018

Health Serv Res 53(6): 4138-4156.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.12993>

The aim of this paper is to demonstrate regression to the mean bias introduced by matching on preperiod variables in difference-in-differences studies. We performed a Monte Carlo simulation to estimate the effect of a placebo intervention on simulated longitudinal data for units in treatment and control groups using unmatched and matched difference-in-differences analyses. We varied the preperiod level and trend differences between the treatment and control groups, and the serial correlation of the matching variables. We assessed estimator bias as the mean absolute deviation of estimated program effects from the true value of zero. When preperiod outcome level is correlated with treatment assignment, an unmatched analysis is unbiased, but matching units on preperiod outcome levels produces biased estimates. The bias increases with greater preperiod level differences and weaker serial correlation in the outcome. This problem extends to matching on preperiod level of a time-varying covariate. When treatment assignment is correlated with preperiod trend only, the unmatched analysis is biased, and matching units on preperiod level or trend does not introduce additional bias. Researchers should be aware of the threat of regression to the mean when constructing matched samples for difference-in-differences. We provide guidance on when to incorporate matching in this study design.

► **Décrire les abords et l'état des logements pour redresser une enquête en face-à-face : l'exemple de l'enquête santé**

DOURGNON P.

2018

137es Journées de méthodologie statistique de l'Insee (JMS), 12-14 juin 2018; 14p.

Le redressement d'une enquête peut bénéficier d'une première étape de correction de la non réponse en amont d'un calage. Dans cette première étape, les variables auxiliaires de la base de sondage, mais aussi les parodonnées (c.-à-d. les données générées par la collecte, comme l'historique des tentatives de contact) sont des variables attrayantes parce qu'elles sont enregistrées pour les répondants et les non-répondants et qu'elles peuvent se rapporter à la probabilité de réponse et aux variables cibles. Nous testons la pertinence de quatre variables de parodonnées dans le sous échantillon de l'enquête de 2014 interrogé en face-à-face Santé, les soins de santé et l'assurance (ESPS) : le nombre de tentatives de visite, le type de logement, son apparence et la présence de personnes qui découragent son accès. La base de sondage est par ailleurs riche de variables auxiliaires, dont les indicateurs de consommation de santé (dépenses en ambulatoire et chez des spécialistes, nombre de consultations etc.). Nous comparons le calage direct classique d'ESPS à trois procédures en deux étapes, mobilisant chacune uniquement les variables auxiliaires, les parodonnées ou une combinaison des deux. Les résultats montrent que le calage direct assure une très bonne estimation des totaux de dépenses de santé, et ne modifie que très marginalement les estimations de l'état de santé déclarée au sein de l'enquête. Les limites et les généralisations possibles sont discutées.

► **Testing the Grossman Model of Medical Spending Determinants with Macroeconomic Panel Data**

HARTWIG J. ET STURM J.-E.

2018

The European Journal of Health Economics 19(8): 1067-1086.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0958-2>

Michael Grossman's human capital model of the demand for health has been argued to be one of the major achievements in theoretical health economics. Attempts to test this model empirically have been sparse, however, and with mixed results. These attempts so far relied on using—mostly cross-sectional—micro data from household surveys. For the first time in the

literature, we bring in macroeconomic panel data for 29 OECD countries over the period 1970–2010 to test the model. To check the robustness of the results for the determinants of medical spending identified by the model, we include additional covariates in an extreme bounds analysis (EBA) framework. The preferred model specifications (including the robust covariates) do not lend much empirical support to the Grossman model. This is in line with the mixed results of earlier studies.

► **The MIPEX Health Strand:
 A Longitudinal, Mixed-Methods
 Survey of Policies on Migrant Health
 in 38 Countries**

INGLEBY D., PETROVA-BENEDICT R., HUDDLESTON T., *et al.*

2018

Eur J Public Health. : Ahead of print.

Within health systems, equity between migrants and native-born citizens is still a long way from being achieved. Benchmarking the equitability of policies on migrant health is essential for monitoring progress and identifying positive and negative aspects of national policies. For this purpose, the 2015 round of the Migrant Integration Policy Index (MIPEX) was expanded to include a strand on health, in a collaborative project carried out between 2013 and 2017 in 38 countries. Indicators of policies to promote equity were derived from the 2011 Recommendations of the Council of Europe on ‘mobility, migration and access to health care’ and used to construct a questionnaire compatible with MIPEX methodology. This yielded scores for Entitlement, Accessibility, Responsiveness and Measures to achieve change. As a measuring instrument, the questionnaire has a high degree of internal consistency, while exploratory factor analysis showed a coherent relationship between its statistical structure and the four scales it comprises. Measures to achieve change were strongly associated with Responsiveness, but not at all with Entitlements and only slightly with Accessibility. Examining the results from the sub-sample of 34 ‘European’ countries, wide variations in the equitability of policies were found: these were mainly associated with a country’s wealth (GDP), but differences between EU13 and EU15 countries were too extreme to explain completely in such terms. The MIPEX Health strand is a robust measurement tool that has already yielded a number of impor-

tant results and is providing a valuable resource for both researchers and policy-makers.

► **Les sources de données
 sur les populations âgées en Europe :
 comparaison de l’enquête Générations
 et genre (GGS) et de l’enquête sur la santé,
 le vieillissement et la retraite (SHARE)**

KEENAN K., FOVERSKOV E. ET GRUNDY E.

2016

Population 71(3): 547-573.

<https://www.cairn.info/revue-population-2016-3-page-547.htm>

L’enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) et l’enquête Générations et genre (GGS) sont deux études longitudinales européennes portant sur des sujets sociodémographiques et sanitaires. Cet article les compare pour les individus âgés de 50 à 80 ans dans sept pays européens (Allemagne, Belgique, Estonie, France, Hongrie, Pays-Bas et Pologne) afin d’évaluer la qualité de leurs données et les possibilités d’analyses conjointes. L’information et la répartition par âge, sexe, mariage et niveau de fécondité sont similaires dans les deux sources. Pour certains pays, des différences existent dans la répartition des niveaux d’éducation bien que les deux enquêtes utilisent la même classification internationale, ce qui est peut-être dû à des différences dans le calendrier des enquêtes. Des écarts sont également observés pour l’état de santé, probablement en lien avec la formulation des questions sur la santé et leurs places différentes dans le questionnaire selon les enquêtes. Nous étudions les inégalités de santé par niveau d’instruction et par statut conjugal en menant des analyses multivariées sur deux indicateurs de santé courants : la santé autoévaluée (SAE) et les affections de longue durée (ALD).

► **Parangonnage du codage des DAS
 producteurs de sévérité**

PHILIPPON J.-F. ET CARIDADE G.

2018

Journal de gestion et d’économie médicales 36(4): 235-248.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2018-4-page-235.htm>

La présente étude a pour objet le parangonnage des GHM d'un CHU de référence avec quatre autres CHU afin de rechercher les faiblesses du CHU de référence en termes de codage des DAS producteurs de sévérité, non exclue par le DP ou la racine du GHM. La population se compose des RSA du CHU de référence, et de quatre autres CHU. La population des quatre centres comparés a été standardisée sur le sexe et l'âge de celle du CHU de référence. Les RSA sélectionnés étaient dans des GHM éligibles aux 4 niveaux de sévérité. Les données ont été obtenues grâce à des requêtes SQL sur la base PMSI MCO nationale 2012. Elles ont été traitées avec SPSS pour les tests statistiques. L'analyse des DAS producteurs de sévérité nous montre qu'un

nombre important de ces pathologies ne sont jamais codées par le CHU de référence. Ces DAS manquants diffèrent en fonction des Sous-CMD. L'étude se termine par une extraction des séjours groupés dans les GHM qui ont été sélectionnés afin d'affiner les caractéristiques de ces séjours. Cette méthode permet d'analyser rapidement les performances d'un établissement en termes de codage des DAS. Elle présente l'avantage de mettre en évidence non seulement la faiblesse du codage CIM-10 des dossiers, mais également la qualité de recueil des DAS par les cliniciens. In fine l'amélioration du codage des séjours pourra se faire sur des dossiers ciblés.

Politique de santé

Health Policy

► Crise et réformes au prisme de la santé

BATIFOULIER P., DA SILVA N., MATH A., *et al.*
2017

Revue de l'Ires(91-92): 245.

La santé est un besoin fondamental et universel dont la satisfaction conditionne de façon cruciale le bien-être des populations. Elle occupe de ce fait une place centrale dans l'évaluation des problèmes économiques et sociaux et constitue un étalon majeur pour étudier les transformations de la société. Les contributions rassemblées dans ce numéro spécial analysent certaines de ces transformations à l'aune de leurs effets sur la santé des populations. Une première série d'articles porte sur les politiques d'austérité et leurs conséquences sur les dépenses de santé, sur l'organisation du secteur de santé et, in fine, sur l'état de santé des populations. Les auteurs mobilisent fortement les comparaisons internationales, ce qui permet de mettre en évidence, derrière la spécificité des trajectoires nationales, la toile de fond commune qui se met en place dans l'ensemble des pays. Une deuxième série d'articles se concentre sur la situation française et s'intéresse aux conséquences du chômage ainsi qu'aux conditions de travail du personnel soignant, que ce soit dans le système hospitalier ou dans les Ehpad. Dans un contexte marqué par diverses formes de « privatisation » du secteur de la santé, ces contributions mettent en lumière les conséquences souvent négatives des

politiques publiques, à la fois sur l'état de santé des populations mais aussi sur les conditions de travail du personnel soignant.

► Neighborhood Disadvantage and Chronic Disease Management

DURFEY S. N. M., KIND A. J. H., BUCKINGHAM W. R.,
et al.
2018

Health Serv Res. : Ahead of print.

The aim of this paper is to assess the relationship between a composite measure of neighborhood disadvantage, the Area Deprivation Index (ADI), and control of blood pressure, diabetes, and cholesterol in the Medicare Advantage (MA) population. This study is based on Secondary analysis of 2013 Medicare Healthcare Effectiveness Data and Information Set, Medicare enrollment data, and a neighborhood disadvantage indicator. We tested the association of neighborhood disadvantage with intermediate health outcomes. Generalized estimating equations were used to adjust for geographic and individual factors including region, sex, race/ethnicity, dual eligibility, disability, and rurality. Compared with enrollees residing in the least disadvantaged neighborhoods, enrollees in the most disadvantaged neighborhoods were 5 percentage

points ($P < 0.05$) less likely to have controlled blood pressure, 6.9 percentage points ($P < 0.05$) less likely to have controlled diabetes, and 9.9 percentage points ($P < 0.05$) less likely to have controlled cholesterol. Adjustment attenuated this relationship, but the association remained. The ADI is a strong, independent predictor of diabetes and cholesterol control, a moderate predictor of blood pressure control, and could be used to track neighborhood-level disparities and to target disparities-focused interventions in the MA population.

► **Associations de patients et innovations thérapeutiques : de la mobilisation pour l'accès précoce à la mise en question des prix. L'exemple des associations de lutte contre le VIH et les hépatites**

IZAMBERT C., TOULLIER A., GLÉMAREC C., *et al.*
2018

Revue française des affaires sociales(3): 27-45.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-27.htm>

Depuis la perspective d'une association de patients, cet article analyse l'histoire des mobilisations des associations de lutte contre le VIH pour l'accès aux innovations thérapeutiques en France. L'article propose une étude critique et chronologique de l'évolution de cet activisme et des relations entre associations et industrie pharmaceutique. Des années 1980 aux années 2000, l'impératif de l'accès précoce à des traitements de qualité l'emporte sur la préoccupation du prix. Celle-ci se pose alors avant tout au Sud où les prix constituent une barrière à l'accès aux traitements. En 2014, l'arrivée d'un nouveau traitement contre l'hépatite C propulse la question des prix des médicaments au Nord. Les associations se mobilisent à partir de l'expertise développée au Sud en matière de propriété intellectuelle. Ce combat contre les prix comme barrière à l'accès transforme les mobilisations des associations, les incite à investir de nouveaux champs d'expertise et à revendiquer une meilleure représentation au sein de certaines instances.

► **The Highly Controversial Payment Reform of Dentists in France: Seeking a New Compromise After the 2017 Strike**

MAZEVET M. E., GARYGA V., PITTS N. B., *et al.*
2018

Health Policy 122(12): 1273-1277.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305591>

France possesses a mixed public-private oral health system with no out of pocket payments for most routine dental treatments. The «Convention» regulates tariffs between the elected dental trade unions, the National Health Insurance and Complimentary Health Insurers. It is periodically revised and negotiated by the three parties in order to introduce new procedures, improve the access to dental care of the population and to adjust procedure costs for inflation. At the beginning of the last negotiations in September 2016 health minister Marisol Touraine introduced a new legal procedure, the Arbitrary Judgment, which came into force if the Dentists failed to agree to the NHI's propositions. These propositions included setting caps on most of the previously unregulated dental prosthetics and a global price ceiling on the whole dental market. This sparked a nationwide strike of the profession, a blockade of all 16 Dental Schools and several national protests. This movement raised nationwide debates regarding the access to dental treatments, preventive care and out of pocket payments for patients. The political tensions generated between the stakeholders, as well as the lack of both robust epidemiological and economic data challenges the ability of this policy making process to produce comprehensive, evidence based and economically sustainable reforms.

► **Effets du programme d'accompagnement du retour à domicile sur les pratiques des services de Protection maternelle et infantile**

SAÏAS T., CLAVEL C. ET BODARD J.
2018

Santé Publique 30(4): 489-496.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-489.htm>

L'introduction par l'assurance maladie en 2010 du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) après un séjour en maternité questionne

son articulation avec un dispositif de santé publique pré-existant : la Protection maternelle et infantile (PMI). Prévoyant le remboursement de deux visites à domicile postnatales à des sages-femmes libérales, il intervient en superposition aux interventions à domicile de la PMI. Dans le cadre d'une enquête nationale sur la PMI, cette étude a porté sur l'analyse d'une question ouverte à laquelle quarante-huit services départementaux de PMI ont répondu. Cette question portait sur l'effet induit par le PRADO sur leur fonctionnement. L'articulation PMI-PRADO a généré selon les répondants des problèmes de liaison entre les deux dispositifs, des effets négatifs sur l'activité des PMI et, plus globalement, des effets négatifs sur les familles. La discussion porte sur les enjeux d'empilement de services, spécifiquement en période périnatale, et sur des pistes de solution pour éviter que la multiplicité des offres ne crée des inégalités sociales de santé.

► **Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale**

SAÏAS T., CLAVEL C., DUGRAVIER R., *et al.*
2018

Santé Publique 30(4): 477-487.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-477.htm>

Les services de Protection maternelle et infantile constituent en France la porte d'entrée en matière de prévention précoce dans la trajectoire de vie. Intervenant notamment à domicile, ils permettent d'offrir des services de prévention et de promotion de la santé aux familles accueillant un nouveau-né. Cet article présente les résultats d'une enquête nationale menée auprès des conseils départementaux français et portant sur l'intervention à domicile, son cadre, son contenu et ses limites. Soixante départements ont répondu à l'enquête. Les principaux résultats font état d'une difficulté actuelle pour rejoindre la population-cible et lui proposer des services adaptés. Les limites structurelles et fonctionnelles des services ne permettent pas de garantir l'universalité de ceux-ci, ni leur effet auprès des familles. Les interventions sont désormais ciblées en fonction de facteurs de vulnérabilité et les professionnels bénéficient de peu de cadrage et de supervision. La multiplicité des missions confiées à ces services ainsi que le manque d'investissements publics expliquent en partie les difficultés rencontrées par ces services pour renforcer l'action à domicile.

► **Impact du plan AVC sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués : évolution 2011-2016 des indicateurs d'évaluation de la Haute Autorité de santé. »**

SCHNITZLER A., ERBAULT M., SOLOMIAC A., *et al.*
2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) (5-6): 78-84.

Une large partie du plan national AVC 2010-2014 avait pour but d'améliorer la prise en charge aiguë des patients ayant une ischémie cérébrale (AIC). Dans le cadre de son suivi, quatre campagnes d'évaluation nationales ont été coordonnées par la Haute Autorité de santé. Les dossiers analysés ont été identifiés via le PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine, chirurgie, obstétrique) en 2011, 2012, 2014 et 2016, chaque structure éligible ayant un maximum de 80 dossiers à analyser (échantillon réalisé par tirage au sort aléatoire). Au total, 87 365 dossiers de patients AIC ont été analysés. Le délai médian (DM) entre l'apparition des symptômes et l'arrivée à l'hôpital est resté stable entre 2011 et 2016 (3h07mn en 2016 vs 3h03mn en 2011, $p = 0,013$). Le DM arrivée à l'hôpital-réalisation de l'imagerie a significativement diminué (1h42mn en 2016 vs 1h54mn en 2011, $p < 0,001$). Le taux de thrombolyse a significativement augmenté (8,6 % en 2011 vs 14,3 % en 2016, $p < 0,001$). Hormis pour le délai apparition des symptômes-arrivée à l'hôpital, cette étude met en avant une amélioration de la qualité de la prise en charge aiguë des patients AIC, cohérente et concomitante avec les restructurations organisées dans le cadre du plan national AVC.

► **Impact de la rééducation à la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral en France en 2016**

SCHNITZLER A., ERBAULT M., SOLOMIAC A., *et al.*
2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)(29): 595-601.

À la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC), la prise en charge rééducative multidisciplinaire vise à récupérer ou compenser des limitations d'activité. Le but de cette étude était de déterminer si son intensité avait un effet sur l'amélioration fonctionnelle. Les patients hospitalisés en soin de suite et de réadapt-

tation (SSR) pour AVC (codes CIM10 I60 à I64, à l'exception d'I63.6) au cours des huit premiers mois de l'année 2016 ont été sélectionnés dans le PMSI-SSR. La durée quotidienne de rééducation et son impact fonctionnel ont été obtenus dans le PMSI-SSR. Trois analyses multivariées ont été réalisées pour analyser les facteurs liés à un meilleur pronostic (présentés sous la forme d'odds ratios - OR- avec intervalle de confiance - IC95 %-). Résultats : la population d'étude comptait 12 122 patients, d'âge médian 76 ans. La durée médiane (DM) du séjour était de 56 jours et la DM de rééducation par jour de 90 minutes. En analyse multivariée, une durée de rééducation entre 90 et 120 minutes par jour (contre moins de 30 minutes) conduisait à une probabilité plus grande de gain d'autonomie, de faible dépendance et de sortie à domicile à l'issue de l'hospitalisation (OR respectivement de 1,87 [1,56- 2,22], 1,88 [1,51- 2,33] et 2,02 [1,65- 2,46]). Cette étude a montré le probable impact fonctionnel de l'intensité de la rééducation à la phase subaiguë d'un AVC. La portée de cette étude rétrospective reste limitée par le fait que les patients les plus enclins à progresser ont possiblement bénéficié d'une rééducation plus intense.

► **The Public Health Status and Foresight Report 2014: Four Normative Perspectives on a Healthier Netherlands in 2040**

SCHOEMAKER C. G., VAN LOON J., ACHTERBERG P. W., et al.

2018

Health Policy. Ahead of print

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306316>

Policy-oriented foresight reports aim to inform and advise decision-makers. In value-laden areas such as public health and healthcare, deliberative scenario methods are clearly needed. For the sixth Dutch Public Health Status and Forecasts-report (PHSF-2014), a new approach of co-creation was developed aiming to incorporate different societal norms and values in the description of possible future developments. The major future trends in the Netherlands were used as a starting point for a deliberative dialogue with stakeholders to identify the most important societal challenges for public health and healthcare. Four societal challenges were identified: 1) To keep people healthy as long as possible and cure illness promptly, 2) To support vulnerable people and enable social participation, 3) To promote individual autonomy and freedom of

choice, and 4) To keep health care affordable. Working with stakeholders, we expanded these societal challenges into four corresponding normative scenarios. In a survey the normative scenarios were found to be recognizable and sufficiently distinctive. We organized meetings with experts to explore how engagement and policy strategies in each scenario would affect the other three societal challenges. Possible synergies and trade-offs between the four scenarios were identified. Public health foresight based on a business-as-usual scenario and normative scenarios is clearly practicable. The process and the outcomes support and elucidate a wide range of strategic discussions in public health.

► **Who Benefits Most in Disease Management Programs: Improving Target Efficiency**

SIMCOE T., CATILLON M. ET GERTLER P.

2018

Health Econ 28(2) : 189-203

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3836>

Disease management programs aim to reduce cost by improving the quality of care for chronic diseases. Evidence of their effectiveness is mixed. Reducing health care spending sufficiently to cover program costs has proved particularly challenging. This study uses a difference in differences design to examine the impact of a diabetes disease management program for high risk patients on preventive tests, health outcomes, and cost of care. Heterogeneity is examined along the dimensions of severity (measured using the proxy of poor glycemic control) and preventive testing received in the baseline year. Although disease management programs tend to focus on the sickest, the impact of this program concentrates in the group of people who had not received recommended tests in the preintervention period. If confirmed, such findings are practically important to improve cost-effectiveness in disease management programs by targeting relevant subgroups defined both based on severity and on (missing) test information.

Public Policy

► **Taxation et prix du tabac en France et conséquences sur la consommation**

HILL C. ET LEGOUPIL C.
2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)(14-15): 309-316.

Le prix des produits du tabac est un déterminant important de la consommation. Le gouvernement fixe les taxes mais ne fixe pas les prix. Il est donc important d'étudier la politique fiscale du tabac en relation avec l'évolution des prix et des ventes. Cette étude décrit les évolutions des prix du tabac et de sa fiscalité en France et analyse le rapport entre les variations annuelles des ventes et du prix, c'est-à-dire de l'élas-

ticité de la demande sur le prix. La politique fiscale du tabac en France a été erratique de 2004 à septembre 2017. La politique annoncée de 2017 à 2020 est ambitieuse, mais les paramètres qui ont servi à en estimer les conséquences sont optimistes. Le gouvernement prévoit une élasticité de -0,75 (-0,85 en Corse) alors que l'élasticité observée dans le passé n'a jamais été inférieure à -0,5. De plus le gouvernement prévoit un transfert complet des augmentations des taxes sur le prix de vente, mais le passé nous montre que l'industrie du tabac ne procède jamais de cette manière. Il va probablement falloir renforcer la politique fiscale pour arriver au prix de 10€ pour 20 cigarettes fin 2020 et poursuivre cette politique au-delà de 2020 si on veut réduire considérablement la consommation de tabac.

Politique sociale

Social Policy

► **L'expertise en sciences sociales : une affaire politique ? Le cas de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses)**

BENAMOUZIG D., BORRAZ O., JOUZEL J.-N., *et al.*
2018

Sociologies pratiques 37(2): 39-47.

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2018-2-page-39.htm>

On a parfois reproché aux agences sanitaires de techniciser et de dépolitiser les controverses scientifiques. Jusqu'à quel point le recours croissant aux sciences sociales par ces agences participe-t-il d'une dépolitisation de l'expertise sanitaire? Révèle-t-il au contraire les dimensions politiques intrinsèques du travail d'expertise? L'observation empirique d'expertises réalisées au sein de l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation) montre que l'inclusion des sciences sociales dans l'évaluation des risques contribue à renforcer ses dimensions politiques, en accompagnant l'émergence de nouveaux enjeux, en faisant apparaître des intérêts ou des valeurs divergentes, ou en renouvelant les modalités d'expertise

sur des questions plus anciennes. Elle met aussi en évidence les stratégies que déploient les experts en sciences sociales pour légitimer leur rôle singulier dans l'expertise.

► **De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social**

DUSSUET A., NIRELLO L. ET PUISSANT E.
2017

Revue de l'Ires(91-92): 184-211.

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Les politiques publiques gérontologiques se sont succédé depuis les années 1980, oscillant entre politiques sociales et médico-sociales, et politiques de l'emploi. Depuis deux décennies, mais avec une nette accélération depuis les années 2000, ces politiques publiques, intervenant aussi bien dans le champ de l'hébergement que dans celui du domicile, se caractérisent par un

changement de référentiel : le référentiel industriel de ces secteurs tertiaires, qui se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés », est désormais affiché au niveau politique national. Il s'accompagne d'une rationalisation importante de l'organisation des services et du travail, aussi bien dans les établissements d'hébergement pour personnes

âgées dépendantes (Ehpad) que dans les organisations d'aide à domicile; la rationalisation étant perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses publiques. L'article s'attache à analyser les répercussions de cette rationalisation sur les conditions de travail des salariées qui se dégradent.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

► **How Well Do Discrete Choice Experiments Predict Health Choices? A Systematic Review and Meta-Analysis of External Validity**

QUAIFE M., TERRIS-PRESTHOLT F., DI TANNA G. L., et al.

2018

The European Journal of Health Economics 19(8): 1053-1066.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0954-6>

Discrete choice experiments (DCEs) are economic tools that elicit the stated preferences of respondents. Because of their increasing importance in informing the design of health products and services, it is critical to understand the extent to which DCEs give reliable predictions outside of the experimental context. We

systematically reviewed the literature of published DCE studies comparing predictions to choices made in reality; we extracted individual-level data to estimate a bivariate mixed-effects model of pooled sensitivity and specificity. Eight studies met the inclusion criteria, and six of these gave sufficient data for inclusion in a meta-analysis. Pooled sensitivity and specificity estimates were 88% (95% CI 81, 92%) and 34% (95% CI 23, 46%), respectively, and the area under the SROC curve (AUC) was 0.60 (95% CI 0.55, 0.64). Results indicate that DCEs can produce reasonable predictions of health-related behaviors. There is a great need for future research on the external validity of DCEs, particularly empirical studies assessing predicted and revealed preferences of a representative sample of participants.

Prévention de la santé

Health Prevention

► **A Systematic Review of the Effectiveness of Health Education Interventions to Increase Cervical Cancer Screening Uptake**

AGIDE F. D., GARMAROUDI G., SADEGHI R., et al.

2018

European Journal of Public Health: cky197-cky197.

<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky197>

Cervical cancer screening reduced cancer morbidity and mortality in developed countries. Health education interventions are expected to enhance screening and early detection. Thus, this review is aimed to see the effectiveness of the interventions in cervical cancer screening uptake. Online databases (PubMed/MEDLINE/PubMed Central, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Web of Science and Google Scholar) were searched for all published eligible research articles in the past 12 years (as of

January 2005–2017). A total of 17 research articles were included. The interventions were classified as 'individual level', 'community level' and 'cultural sensitive educations' which contains various interventions in their content as compared with usual care. A quality coding system was assessed using Cochrane checklists and rated by each researcher independently and the average score was given accordingly. This study was registered in PROSPERO 2017: CRD42017060405. The review dovetailed 17 studies. Ten studies (58.82%) were conducted in the United States, three in Iran (17.65%) and one each in Malaysia, China, Cameroon and Nigeria (23.53%). Almost all levels of the interventions boosted the screening uptake and the Pap test. However, the individual level health education interventions were prioritized in many of the studies. The review indicated that health education interventions have immense contributions in boosting the screening uptake. However, the effectiveness varies with study setting, populations and the way of delivery. Therefore, the limited quality of the studies indicated that further research is required to develop a simple and effective intervention to boost cervical cancer screening uptake.

► **La place de la sociologie au sein d'une recherche-action collaborative : retour d'expérience sur une innovation en prévention des risques**

BOUTROY E. ET SOULÉ B.

2018

Sociologies pratiques 37(2): 59-69.

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2018-2-page-59.htm>

À partir d'une expérience de cinq années de recherche soutenue par une fondation d'entreprise (2012- 2017), cette contribution décrit nos pratiques d'enquête, de plus en plus finalisées et collaboratives. De quelle manière, et avec quels effets, un collectif de chercheurs a-t-il glissé d'une posture distanciée, initialement destinée à réaliser un état des lieux de l'accidentologie dans les sports de montagne, à une recherche-action centrée sur la coproduction d'une plateforme de partage de retours d'expérience? Dans le cadre de commandes peu sociologisées, nous montrerons en quoi le fait d'être sociologues a facilité la réalisation des travaux, sans en occulter les limites et les compromis.

► **The Effect of Organized Breast Cancer Screening on Mammography Use: Evidence from France**

BUCHMUELLER T. C. ET GOLDZAHN L.

2018

Health Econ 27(12): 1963-1980.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3813>

In 2004, France introduced a national program of organized breast cancer screening. The national program built on preexisting local programs in some, but not all, départements. Using data from multiple waves of a nationally representative biennial survey of the French population, we estimate the effect of organized screening on the percentage of women obtaining a mammogram. The analysis uses difference-in-differences methods to exploit the fact that the program was targeted at women in a specific age group: 50 to 74 years old. We find that organized screening significantly raised mammography rates among women in the target age range. Just above the lower age threshold, the percentage of women reporting that they had a mammogram in the past 2 years increased by over 10 percentage points after the national program went into effect. Mammography rates increased even more among women in their 60s. Estimated effects are particularly large for women with less education and lower incomes, suggesting that France's organized screening program has reduced socioeconomic disparities in access to mammography.

► **Le Programme national de réduction du tabagisme : retour sur trois années d'une stratégie d'ensemble pour réduire l'impact du tabac en France Focus**

CHAZALON S., CARDENAS M., DROUIN C., et al.

2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)(14-15): 296-298.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2018/BEH-n-14-15-2018>

En 2014, le tabagisme quotidien était particulièrement élevé en France : il concernait 28,2 % des 15- 75 ans et 32,5 % des adolescents de 17 ans 2. Pour la première fois, le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014- 2019 a permis à la France de disposer d'une ambitieuse stratégie d'ensemble de lutte contre le tabac.

► **Impact, prévention et gestion du risque infectieux épidémique (infections respiratoires et gastro-entérites aiguës) dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées d'Occitanie au cours de la saison hivernale 2016-2017**

DURAND C., GUINARD A., SABATIER P., *et al.*

2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)(37): 719-725.

Du fait de leur morbi-mortalité importante, les infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) constituent une problématique majeure. Un système de surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) et des gastro-entérites aiguës (GEA) en Ehpad a été mis en place depuis 2010 en Occitanie et il convenait de l'évaluer. Une enquête descriptive transversale a été réalisée durant l'été 2017 afin de décrire rétrospectivement les épisodes de cas groupés survenus entre le 1^{er} octobre 2016 et le 30 avril 2017, la préparation des établissements au risque infectieux et leur perception du système de surveillance. Un échantillon stratifié de 412 Ehpad (50 % des Ehpad de la région) a été constitué à partir du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux. Les données étaient collectées au moyen d'un questionnaire en ligne. Au total, 67 % des Ehpad de l'échantillon ont participé à l'enquête. Concernant la survenue d'épisodes de cas groupés, 28,4 % [22,7-34,2] des Ehpad ont connu au moins un épisode d'IRA et 20,6 % [15,2-26,0] au moins un épisode de GEA. La majorité des caractéristiques de ces épisodes étaient proches de celles des épisodes signalés dans le cadre de la surveillance hivernale. Le renforcement des mesures d'hygiène et le maintien en chambre des malades ont été les mesures mises en place le plus rapidement, suivies des mesures d'informations, de la limitation des activités collectives et des visites. La couverture vaccinale antigrippale des soignants était encore très insuffisante (30,4 % [26,4-34,3]), notamment dans le secteur public. Différentes pistes d'amélioration sont évoquées dans cette enquête pour améliorer la prévention et la gestion du risque infectieux dans les Ehpad.

► **Plain Tobacco Packaging, Increased Graphic Health Warnings and Adolescents' Perceptions and Initiation of Smoking: DePICT, A French Nationwide Study**

EL-KHOURY LESUEUR F., BOLZE C., GOMAJEE R., *et al.*

2018

Tobacco Control / Ahead of print.

<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/early/2018/11/08/tobaccocontrol-2018-054573.full.pdf>

Plain packaging (PP) of tobacco products and increased graphic warnings may contribute to lower attractiveness of smoking, particularly among youths. In France, this policy was introduced on 1 January 2017. We examined changes in smoking-related perceptions and behaviours among a nationwide sample of French adolescents before (2016) and 1 year post (2017) implementation. DePICT is a two-wave cross-sectional national telephone survey of adolescents aged 12–17 years per study wave (2016: n = 2046 2017: n = 1999). All participants reported smoking-related perceptions, as well as ever and current tobacco use. Smokers were also asked about their perceptions of tobacco brands. Data were weighted to be representative of youths in the French population: adjusted prevalence ratios (PRs, 95% CI) estimating changes between the two study waves were calculated using multivariate log-binomial regression models. In 2017, as compared with 2016, French adolescents were more likely to report fear of the consequences of smoking (PR = 1.06, 95% CI 1.02 to 1.09) and that smoking is dangerous (PR = 1.08, 95% CI 1.05 to 1.11). They were also less likely to report that their friends (PR = 0.61, 95% CI 0.54 to 0.70) and family (PR = 0.51, 95% CI 0.44 to 0.60) accept smoking. Additionally, smoking initiation significantly decreased (PR = 0.96, 95% CI 0.93 to 0.98) and a non-statistically significant drop in current tobacco use was observed (PR = 0.93, 95% CI 0.78 to 1.11). Smokers' attachment to their tobacco brand also decreased (PR = 0.47, 95% CI 0.30 to 0.73). Conclusion Our findings suggest that PP and increased graphic warnings could contribute to changes in smoking norms and rates among adolescents.

► **Discrepancies and Overdiagnosis in Breast Cancer Organized Screening. A «Methodology» Systematic Review**

GOCKO X., LECLERQ M. ET PLOTTON C.

2018

Rev Epidemiol Sante Publique 66(6): 395-403.

The risk-benefit ratio of breast cancer organized screening is the focus of much scientific controversy, especially about overdiagnosis. The aim of this study was to relate methodological discrepancies to variations in rates of overdiagnosis to help build future decision aids and to better communicate with patients. A systematic review of methodology was conducted by two investigators who searched Medline and Cochrane databases from 01/01/2004 to 12/31/2016. Results were restricted to randomized controlled trials (RCTs) and observational studies in French or English that examined the question of the overdiagnosis computation. Twenty-three observational studies and four RCTs were analyzed. The methods used comparisons of annual or cumulative incidence rates (age-cohort model) in populations invited to screen versus non-invited populations. Lead time and ductal carcinoma in situ (DCIS) were often taken into account. Some studies used statistical modeling based on the natural history of breast cancer and gradual screening implementation. Adjustments for lead time lowered the rate of overdiagnosis. Rate discrepancies, ranging from 1 to 15% for some authors and around 30% for others, could be explained by the hypotheses accepted concerning very slow growing tumors or tumors that regress spontaneously. Apparently, research has to be centered on the natural history of breast cancer in order to provide responses concerning the questions raised by the overdiagnosis controversy.

► **The Legal Framework for European Cervical Cancer Screening Programmes**

MÁJEK O., ANTTILA A., ARBYN M., *et al.*

2018

European Journal of Public Health: sept 27.

<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky200>

A comprehensive legal framework needs to be developed to run the health services and to regulate the information systems required to manage and to ensure the quality of cancer screening programmes. The aim of our study was to document and to compare the status of legal basis for cervical screening registration

in European countries. An electronic questionnaire including questions on governance, decision-making structures and legal framework was developed. The primary responses were collected by September 2016. We sent the questionnaire to representatives of 35 European countries (28 countries of the EU, with the United Kingdom included as 4 countries; 4 EFTA member countries: Iceland, Liechtenstein, Norway, and Switzerland); responses were collected from 33 countries. Although the majority of EU/EFTA countries have implemented population-based screening, only half of them have successfully performed record linkage studies, which are nevertheless a key recommendation for quality assurance of the entire screening process. The European legislation is open to the possibility of using health data for these purposes; however, member states themselves must recognize the public interest to create a legal basis, which would enable all the necessary functions for high-quality cancer screening programmes.

► **Identifying the Barriers to Effective Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening in Thirty One European Countries Using the Barriers to Effective Screening Tool (BEST)**

PRIAULX J., DE KONING H. J., DE KOK I. M. C. M., *et al.*

2018

Health Policy 122(11): 1190-1197.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018303816>

The aim of this study was to identify barriers to effective breast, cervical and colorectal cancer screening programmes throughout the whole of the European region using the Barriers to Effective Screening Tool (BEST). The study was part of the scope of the EU-TOPIA (TOwards imPROved screening for breast, cervical and colorectal cancer In ALL of Europe) project and respondents were European screening organisers, researchers and policymakers taking part in a workshop for the project in Budapest in September 2017. 67 respondents from 31 countries responded to the online survey. The study found that there are many barriers to effective screening throughout the system from identification of the eligible population to ensuring appropriate follow-up and treatment for the three cancers. The most common barriers were opportunistic screening, sub-optimal participation, limited capacity (including trained human resource), inadequate and/

or disjointed information technology systems and complex administration procedures. Many of the barriers were reported consistently across different countries. This study identified the barriers that, in general, require further investment of resources.

► **Results of a Health Systems Approach to Identify Barriers to Population-Based Cervical and Colorectal Cancer Screening Programmes in Six European Countries**

TURNBULL E., PRIAULX J., DE KOK I. M. C. M., *et al.*
2018

Health Policy 122(11): 1206-1211.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018303853>

The aim of this study was to identify barriers to effective cervical and colorectal cancers screening programmes in Europe. The Barriers to Effective Screening Tool (BEST), based on a health systems approach, was completed by teams of three to six experts on cancer screening in each of the six countries involved in leading the EU-TOPIA project (TOwards imProved screening for breast, cervical and colorectal cancer In All of Europe). While the basic components of screening systems and the challenges they face, such as low participation, are similar, there are also many differences, both in the structures underpinning particular functions, such as maintenance of population registers and monitoring outcomes, and the ways that they operate. Many of these lie outside the strict organisational boundaries of screening programmes. BEST offers a means to identify and prioritise issues for further detailed exploration. The holistic health systems approach to assessing barriers differs from previous approaches. Those focus on individual characteristics that determine participation. The approach described here provides additional opportunities to improve outcomes with measures that are largely within the control of those managing the health system.

► **A Health Systems Approach to Identifying Barriers to Breast Cancer Screening Programmes. Methodology and Application in Six European Countries**

TURNBULL E., PRIAULX J., VAN RAVESTEYN N. T., *et al.*

2018

Health Policy 122(11): 1198-1205.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018303804>

The benefits of population-based screening for breast cancer are now accepted although, in practice, programmes often fail to achieve their full potential. In this paper, we propose a conceptual model that situates screening programmes within the broader health system to understand the factors that influence their outcomes. We view the overall screening system as having multiple sub-systems to identify the population at risk, generate knowledge of effectiveness, maximise uptake, operate the programme, and optimise follow-up and assurance of subsequent treatment. Based on this model we have developed the Barriers to Effective Screening Tool (BEST) for analysing government-led, population-based screening programmes from a health systems perspective. Conceived as a self-assessment tool, we piloted the tool with key informants in six European countries (Estonia, Finland, Hungary, Italy, The Netherlands and Slovenia) to identify barriers to the optimal operation of population-based breast cancer screening programmes. The pilot provided valuable feedback on the barriers affecting breast cancer screening programmes and stimulated a greater recognition among those operating them of the need to take a health systems perspective. In addition, the pilot led to further development of the tool and provided a foundation for further research into how to overcome the identified barriers.

► **France's Citizen Consultation on Vaccination and the Challenges of Participatory Democracy in Health**

WARD J. K., CAFIERO F., FRETIGNY R., *et al.*

2019

Social Science & Medicine 220: 73-80.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618306282>

Confronted with a rise in vaccine hesitancy, public health officials increasingly try to involve the public in the policy decision-making process to foster consensus and public acceptability. In public debates and citizen consultations tensions can arise between the principles of science and of democracy. To illustrate this, we analyzed the 2016 citizen consultation on vaccination organized in France. This consultation led to the decision to extend mandatory vaccination. The analysis combines qualitative and quantitative methods. We analyze the organization of the consultation and its

reception using the documents provided by its organizing committee, articles of newsmedia and the contents of 299 vaccine-critical websites. Using methods from computational linguistics, we investigate the 10435 public comments posted to the consultation's official website. The combination of a narrow framing of debates (how to restore trust in vaccination and raise vaccination coverages) and a specific organization (latitude was given to the orientation committee with a strong presence of medical experts) was successful in avoiding legitimizing vaccine critical arguments. But these choices have been at the expense of a real reflection on the acceptability of mandatory vaccination and it did not quell vaccine-critical mobilizations. Public health officials must be aware that when trying to increase democratic participation into their decision-making process, how they balance inputs from the various actors and how they frame the discussion determine whether this initiative will provide meaningful information and democratic legitimacy.

Prévission – Evaluation

Prevision - Evaluation

► **Using Health Technology Assessment to Assess the Value of New Medicines: Results of a Systematic Review and Expert Consultation Across Eight European Countries**

ANGELIS A., LANGE A. ET KANAVOS P.

2018

The European Journal of Health Economics 19(1): 123-152.

<https://doi.org/10.1007/s10198-017-0871-0>

Although health technology assessment (HTA) systems base their decision making process either on economic evaluations or comparative clinical benefit assessment, a central aim of recent approaches to value measurement, including value based assessment and pricing, points towards the incorporation of supplementary evidence and criteria that capture additional dimensions of value.

► **Potentiel et limites d'une évaluation technologique des produits de santé à l'échelle européenne : l'évaluation des technologies de santé (ETS) européenne face à ses contradictions**

HIRTZ B.

2018

Revue française des affaires sociales(3): 297-305.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-3-page-297.htm>

À la fin du mois de mars 2018, les États membres de l'Union européenne ainsi que le Parlement européen ont envoyé leur réponse construite suite à la proposition de régulation concernant l'évaluation technologique des produits de santé (HTA, health technology assessment européenne) rendue publique par la Commission européenne le 31 janvier 2018. Elle annonce une régulation de l'HTA à l'échelle européenne qui inclut une adoption obligatoire des États membres par l'intermédiaire de leurs agences de santé (HTA bodies) des évaluations cliniques conjointes. Les évaluations cliniques ne représentent cependant

qu'une partie du processus d'HTA. Cette considération est cruciale et il faut insister sur le fait que le processus HTA est multidisciplinaire. L'HTA est un outil qui aide les autorités nationales de santé à analyser et à établir la valeur thérapeutique ajoutée d'un nouveau produit de santé par rapport aux produits déjà existants. Cette évaluation permet de savoir s'il y a un intérêt à rembourser la nouvelle technologie de santé, et si oui à quel prix. L'EUnetHTA définit l'HTA ainsi : « Une démarche multidisciplinaire qui étudie les implications médicales, sociales, économiques et éthiques en lien avec l'utilisation d'une nouvelle technologie de santé, de manière systématique, transparente, non biaisée et robuste. Son objectif est d'informer au mieux les politiques de santé qui cherchent à atteindre la meilleure valeur pour les patients ». Cette définition souligne les préoccupations de l'HTA dont le développement a fait basculer les systèmes de santé dans un nouveau paradigme.

► **Evaluation of Cost and Length of Stay's Homogeneity Per APR-DRG for Oncological Inpatient Stays in 11 Belgian Hospitals**

VAN WILDER P., VAN DEN BULCKE J., MARTINS D., et al.
2018

Journal de gestion et d'économie médicales 36(4): 217-233.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2018-4-page-217.htm>

Un mécanisme de financement prospectif peut être difficile dans des domaines innovatifs comme le cancer. Cette étude aspirait à estimer la durée de séjour (DS) et le coût de séjours hospitaliers en oncologie, d'évaluer leur variabilité et d'identifier les facteurs affectant le coût par All Patient Refined Diagnosis Related Group (APR-DRG). Les séjours oncologiques (2012) ont été extraits parmi les séjours de 11 hôpitaux belges. Les séjours ont été classés selon la combinaison d'APR-DRG et de sévérité de maladie. Les données furent considérées comme hétérogènes si le coefficient de variation (CV) était > 1. La réduction de la variabilité était évaluée selon 1) une exclusion des outliers et 2) une transformation logarithmique des données. Les facteurs impactant le coût de certains APR-DRG ont été analysés par une analyse de la variance. Les résultats obtenus furent les suivants : les séjours oncologiques ont un coût plus élevé que celui de séjours non-oncologiques. La transformation logarithmique des données réduisait la variabilité du coût et permettait d'identifier les facteurs impactant le coût ce qui rend un financement prospectif par APR-DRG possible. L'effet significatif de l'hôpital sur le coût implique qu'un montant forfaitaire non ajusté par APR-DRG sur- ou sous-estimerait les coûts réels de l'hôpital.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Symbolic Violence and Disempowerment as Factors in the Adverse Impact of Immigration Detention on Adult Asylum Seekers' Mental Health**

CLEVELAND J., KRONICK R., GROS H., et al.
2018

International Journal of Public Health 63(8): 1001-1008.

<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1121-7>

The first objective of this qualitative component of a mixed-methods study is to provide a descriptive account of adult asylum seekers' experience of deten-

tion in Canadian immigration detention centers. The second objective is to identify the main underlying factors accounting for their reported feelings of distress.

► **Contemporary Public Perceptions of Psychiatry: Some Problems for Mental Health Professions**

DIXON J. ET RICHTER D.
2018

Social Theory & Health 16(4): 326-341.

<https://doi.org/10.1057/s41285-017-0059-9>

Social constructionist critiques of psychiatry have primarily focussed on the function of diagnosis for society. Less attention has been paid to the diverse ways that service users and carers have come to construct mental disorder. Social movements led by service users/survivors have worked to contest biomedical models whilst carer groups have campaigned for a greater emphasis on biomedicine. However, population-based research reveals a more complex picture, indicating that whilst public acceptance of biomedicine has grown, the public continue to see mental disorder as being highly influenced by social factors and display a high degree of ambivalence towards psychiatric treatment. Through focussing on debates in psychiatry, social work and nursing in the UK, we argue that public perceptions have particular consequences for the mental health professions. Specifically, they impact on the way that professionals can present themselves as holding a specialist knowledge base. Professional mental health workers therefore need to be transparent about the assumptions and limitations of psychiatric knowledge and base therapeutic decisions around the way in which service users and carers construct mental disorder.

► **La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017**

GIGONZAC V., DELÉZIRE P., KHIREDINE-MEDOUNI I., *et al.*

2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)(32-33): 645-652.

Les objectifs de cette étude sont de décrire la prévalence de la dépression chez les actifs occupés en France métropolitaine et d'analyser les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et la dépression, à partir des données du Baromètre santé 2017. Les données étudiées concernent 14 520 actifs occupés. Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) ont été mesurés à l'aide du questionnaire standardisé CIDI-SF. La prévalence des EDC a été décrite notamment selon la catégorie socio-professionnelle et le secteur d'activité. Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées pour tester l'association entre les facteurs professionnels étudiés (expositions à des facteurs psychosociaux au travail et événements

professionnels indésirables) et l'EDC. Le taux de prévalence d'EDC parmi les actifs occupés était de 8,2 %. Les femmes présentaient une prévalence deux fois plus élevée que les hommes (11,4 % vs 5,3 %). Les taux de prévalence étaient significativement différents chez les hommes selon le secteur d'activité. Les secteurs les plus touchés étaient l'hébergement et la restauration ainsi que les activités financières et d'assurance. Quel que soit le sexe, les facteurs professionnels étudiés étaient associés à un risque plus élevé de présenter un EDC. Pour conclure, cette étude apporte un nouvel éclairage sur la dépression dans la population active française. Le milieu du travail étant un environnement favorable pour développer des actions de promotion et de prévention en santé mentale, ces résultats devraient permettre d'orienter des actions de prévention notamment dans les secteurs d'activité les plus touchés.

► **La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017**

LÉON C., CHAN CHEE C., DU ROSCOËT E., *et al.*

2018

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)(32-33): 637-644.

Le fardeau sanitaire, économique et social induit par les troubles mentaux a contribué à inscrire la santé mentale au premier rang des priorités de santé publique. L'objectif de ce travail est de présenter les données de prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) en France métropolitaine en 2017, d'identifier les segments de population les plus concernés et d'observer les évolutions depuis 2005. En 2017, le Baromètre santé a interrogé 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans par collecte assistée par téléphone et informatique selon un sondage aléatoire. L'EDC a été mesuré par le biais du Composite International Diagnostic Interview-Short Form (CIDI-SF). Près d'une personne sur dix avait vécu un EDC au cours des 12 derniers mois. Les femmes, notamment celles âgées de 35-44 ans, les personnes de moins de 45 ans, les chômeurs et autres inactifs, les personnes veuves ou divorcées et les personnes déclarant de faibles revenus présentaient les niveaux de prévalence les plus élevés. Après une stabilité observée entre 2005 et 2010, la prévalence de l'EDC a augmenté de 1,8 points sur la période 2010-2017; cette augmentation concerne davantage les femmes (+3 points), les 35-44 ans (+4 points), les chômeurs (+5 points) et les individus déclarant des revenus faibles (+3 points). En conclusion :

la prévalence élevée de la dépression ainsi que son augmentation au cours des dernières années plaident pour un renforcement des dispositifs de prévention et de prise en charge des troubles dépressifs, en particulier à destination des populations les plus vulnérables.

► **Whose Income Is More Important: Mine, Yours or Ours? Income Inequality and Mental Health in Northern Sweden**

SAN SEBASTIAN M., MOSQUERA P. A. ET GUSTAFSSON P. E.

2018

[Eur J Public Health 28\(6\): 1056-1061.](#)

Three main explanations of the relationship between income and population health have been identified: the absolute, the contextual and the relative income hypotheses. The evidence about their relevance particularly in egalitarian societies is, however, inconsistent. This study aimed to test the three hypotheses in relation to psychological distress in northern Sweden. Data come from the 2014 cross-sectional survey from the four northern-most counties in Sweden, and included people aged 25-84 years ($n = 21\,004$). Psychological distress was measured by the General Health Questionnaire-12 and income information came from population registers. Absolute income was operationalized by individual disposable income, contextual income as the municipal-level Gini coefficient and relative income by the Yitzhaki index. Prevalence ratios (PR) were calculated from log-binomial regression analyses. Results: A gradient in poor mental health was observed across quintiles of individual income, with the poorest substantially more likely to report poor health compared with the highest quintile (PR = 1.56; 95% CI = 1.19, 2.04). Second, municipalities in the quintiles 2-3 of the Gini coefficient had a better mental health compared with those in the most equal municipalities. Third, a gradient in poor mental health across quintiles of relative deprivation was also found, with the most deprived quintile the most likely to report poor health (PR = 1.37; 95% CI = 1.06, 1.76). This study suggests a strong, moderate and lack of support for the absolute, relative and contextual income effect hypotheses, respectively. Interventions targeting a reduction in the individual income gap may be necessary in order to reduce psychosocial distress differences in northern Sweden.

► **Peer Support Programs in Mental Health in France: Status Report and Challenges**

VILLANI M. ET KOVESS-MAFETY V.

2018

[Encéphale 44\(5\): 457-464.](#)

Recovery is a process through which people experiencing mental illness learn to live with their disorder and reach social insertion and citizenship. This positive approach focuses on a person's competencies and strengths rather than on the symptoms. Within this philosophy, peer support has been unevenly developing in mental health services worldwide with roots in the South-American social programs for homeless people and in the American recovery circles in the field of addiction. Therapeutic efficiency of peer support has been proven by several studies including a control group, as being at least as good as traditional services and even better in some specific areas such as reduction of need for emergency services and ability to reach «difficult» patients. The integration of former psychiatric services users in mental health services can take several forms, from the participation to scientific research studies to the direct involvement in a professional team at mental health facilities. In this context, our research aims to sum up the situation in France in comparison with other countries. We conducted a worldwide literature review in English and in French on peer support experiences and policies in mental health services, using medical and psychological databases (PsycInfo, PsycArticles, SantePsy, Cairn, Medline, Wiley Interscience and PubPsych) on a recent period: 2005-2016. Our results show that this movement has been long to develop in France, with controversies having been raised since the beginning on the role that peers should play and confusion with existing social integration programs in the associative sector. Drawing inspiration from the Canadian model, a recent «peer mentor» initiative has been analyzed after 2 years of existence: many benefits for services users such as the optional aspect of this care process, a more authentic therapeutic relationship, a less normative frame, an active partnership, and a more optimistic philosophy aiming to make «small steps» towards improvement have been reported. Health professionals and peer mentors themselves have found benefits during the process. In our presentation, taking into account the difficulties that were raised in French programs and the lessons of practical experiences at work in other countries, we propose recommendations for larger and more effective implementations of peer support programs in France. As this new kind of care is emerging

and seems promising in terms of benefits for not only the users but also the peer supporters and the teams of health professionals, we also insist on the need for

a systematic scientific and objective evaluation of the programs.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Faut-il limiter la liberté d'installation des médecins libéraux ?**

BARNAY T. ET SCHMITT Y.

2018

Cahiers français(406).

Dans un rapport sur l'avenir de l'assurance maladie publié fin 2017, la Cour des comptes proposait, dans l'idée de rendre l'accès aux soins plus équitable, de limiter la liberté d'installation des médecins libéraux par le biais d'un système de conventionnement sélectif, qui serait fonction de la zone géographique d'installation et des besoins de sur ce territoire. Yannick Schmitt et Thomas Barnay livrent dans cet article leurs points de vue respectifs sur le sujet.

► **La part des médecins à diplôme hors Union européenne dans la démographie médicale en France depuis 10 ans**

BERTRAND D.

2018

Bulletin de L'Académie nationale de médecine 202(3-4): 643-655.

Entre 2006 et 2016, 10,4 % des médecins s'inscrivant au tableau de l'Ordre des médecins ont un diplôme étranger hors Union européenne. Ils doivent passer par la procédure d'autorisation d'exercice, dispositif législatif prévoyant trois possibilités. Le nombre de médecins DHUE exerçant en France doit tenir compte des besoins et de la vérification d'une compétence identique à celle des médecins français.

► **Primary Health Care 40 Years After Alma Ata 1978: Addressing New Challenges in a Changing Society**

DE MAESENEER J. ET KENDALL S.

2018

European Journal of Public Health 28(6): 983-983.

<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky217>

The process has been evolutionary. The 1970s and 1980s saw implementation of new approaches to the physician-patient interaction. The 1990s observed the enthusiastic adoption of 'Evidence-Based Medicine' and development of integrated care for people with chronic conditions. In the first decade of the 21st century two new concepts, the social determinants of health and person-centred care, began to shape our thinking, focussing attention on the individual 'life-goals' of the patient and the barriers to achieving them.

► **Strengthening Primary Care: The Veneto Region's Model of the Integrated Medical Group**

GHIOTTO M. C., RIZZOLO Y., GANDOLFO E., *et al.*

2018

Health Policy 122(11): 1149-1154.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018304135>

This paper aims to illustrate the development of the Veneto Region's (Italy) new primary care model and to report on the preliminary results. Achieving integrated management and continuity of care are the two main aims of the Veneto Region's health planning legislation for 2012-2016. Under this framework, and to meet new emerging population needs, it has become necessary to adopt a new primary care model that embraces multi-professional teams. In response the Veneto Region has developed the Integrated Medical Group (IMG),

launched in 2016. The Integrated Medical Group is an innovative model at both the regional and national level and represents a key element of the health care system. It targets several goals: it provides more effective care than in the past; guarantees services within the region while optimizing the use of resources, through integrated patient care and its accompanying care pathways; it builds dialogue between hospitals and community based primary care services; develops relationships of trust between doctors and patients, pursuing shared team goals and enhances the different skills and roles of their constituent members. Regional legislation sets challenging objectives, stating that by the end 2017, 60% of all GPs in the region should conduct their activities as part of an IMG, with a further target of 80% by the end 2018.

► **Do Skilled Nursing Facilities Selected to Participate in Preferred Provider Networks Have Higher Quality and Lower Costs?**

HUCKFELDT P. J., WEISSBLUM L., ESCARCE J. J., *et al.*
2018

Health Serv Res 53(6): 4886-4905.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13027>

This aim of this paper is to determine whether skilled nursing facilities (SNFs) chosen by health systems to participate in preferred provider networks exhibited differences in quality, costs, and patient outcomes relative to other SNFs after accounting for differences in case mix. Data Sources came from Medicare provider and claims data, 2012 and 2013. We compared SNFs included in preferred networks relative to other SNFs in the same market, prior to the establishment of preferred provider networks. Our results imply that health systems selected SNFs with lower resource use and better performance on quality measures. Thus, the trend toward preferred provider networks could have implications for Medicare spending and patient health.

► **Understanding Inter-Organizational Trust Among Integrated Care Service Provider Networks: A Perspective on Organizational Asymmetries**

LI W., ISLAM A., JOHNSON K., *et al.*
2018

Health Policy 122(12): 1356-1363.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101830455X>

The aim of this study is to explore the factors that influence trust among the integrated healthcare service provider network in the context of seeking combined health and care services in the UK. Data sources/ study setting Primary data were collected from three regional integrated care service provider networks from March 2016 to October 2017. We conducted qualitative semi-structured interviews in three care networks and collected organizational documents from local integration boards from 2016 to 2017. Thematic analysis was performed in three large care networks with hospital staff, local councils, integration boards, and community and voluntary organizations under the NHS England Better Care Fund. Our findings reveal that trust among integrated care service provider networks is influenced by the following factors on various asymmetries: 1) recognition and knowledge asymmetries among care service partners of each other's skills, expertise and capabilities; 2) capacity and financial imbalances within the network; and 3) organizational differences in management, culture and attitudes toward change. There is a need to improve competence recognition and capacity imbalances and to foster open minds toward change within networks to build trust to overcome divisions and facilitate integrated services among health and care organizations.

► **Moving Organizational Culture from Volume to Value: A Qualitative Analysis of Private Sector Accountable Care Organization Development**

MCLEARNEY A. S., WALKER D. M. ET HEFNER J. L.
2018

Health Serv Res 53(6): 4767-4788.

The concept of shifting from volume (i.e., billing for as many patients and services as possible) to value (i.e., reducing costs while improving quality) has been a key underpinning of the development of accountable care organizations (ACOs), yet the cultural change necessary to make this shift has been previously unexplored. Primary data collected through site visits to four private sector ACOs. Cross-sectional, semi-structured interview study with analysis done at the ACO level to learn about ACO development. Data collection consisted in one hundred and forty-eight interviews

recorded and transcribed verbatim followed by rigorous qualitative analysis using a grounded theory approach. The importance of shifting organizational culture from volume to value was emphasized across sites and interviewees, particularly when defining an ACO; describing the shift in organizational focus to value; and discussing how to create value by emphasizing quality over volume. Value was viewed as more than cost-benefit, but rather encapsulated a paradigmatic cultural change in the way care is provided. To conclude, we found that moving from volume to value is central to the culture change required of an ACO. Our findings can inform future efforts that aim to create a more effective value-based health care system.

► **Educational Training Requirements for General Practice/Family Medicine Specialty Training: Recommendations for Trainees, Trainers and Training Institutions**

MICHELS N. R. M., MAAGAARD R., BUCHANAN J., *et al.*

2018

[Educ Prim Care 29\(6\): 322-326.](#)

High-quality training is a prerequisite to teaching future general practitioners. To inspire and guide all countries to implement General Practice (GP) specialist education and training and bring it to the highest standards, we aimed, within the European context, to produce a collaborative document entitled 'Educational Requirements for GP Specialty Training'. Through an iterative process existing documents from the European Academy of Teachers in GP and Family Medicine (EURACT) and the World Organization of Family Medicine Doctors (WONCA) were collated. Other reports, grey literature about specialty GP training and requirements for trainees, trainers and training institutions were included. State-of-the-art GP specialty training 'core' competences, characteristics and essential features of GP are described. General principles and specified tools for training and assessment are summarised. Recommendations on the duration and place(s) of training and selection of trainees are provided. Trainers should be accredited teachers and quality training institutions are essential. New insights, existing gaps and issues for debate have highlighted areas for further research. This document was produced in the specific context of Europe but its general principles are relevant to GP training in all countries.

► **An Investigation of the Effect of Accessibility to General Practitioner Services on Healthcare Utilisation Among Older People**

MOHAN G., NOLAN A. ET LYONS S.

2019

[Social Science & Medicine 220: 254-263.](#)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618306622>

Equity in access to healthcare services is regarded as an important policy goal in the organisation of modern healthcare systems. Physical accessibility to healthcare services is recognised as a key component of access. Older people are more frequent and intensive users of healthcare, but reduced mobility and poorer access to transport may negatively influence patterns of utilisation. We investigate the extent to which supply-side factors in primary healthcare are associated with utilisation of General Practitioner (GP) services for over 50s in Ireland. We explore the effect of network distance on GP visits, and two novel access variables: an estimate of the number of addresses the nearest GP serves, and the number of providers within walking distance of a person's home. The results indicate that geographic accessibility to GP services does not in general explain differences in the utilisation of GP services in Ireland. However, we find that the effect of the number of GPs is significant for those who can exercise choice in selecting a GP, i.e., those without public health insurance. For these individuals, the number of GPs within walking distance exerts a positive and significant effect on the utilisation of GP services.

► **Lessons for 'Large-Scale' General Practice Provider Organisations in England from Other Inter-Organisational Healthcare Collaborations**

PETTIGREW L. M., KUMPUNEN S., ROSEN R., *et al.*

2018

[Health Policy 123 \(1\) : 51-61](#)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306365>

Policymakers in England are increasingly encouraging the formation of 'large-scale' general practice provider collaborations with the expectation that this will help deliver better quality services and generate economies of scale. However, solid evidence that these expectations will be met is limited. This paper reviews

evidence from other inter-organisational healthcare collaborations with similarities in their development or anticipated impact to identify lessons. Medline, SSCI, Embase and HMIC database searches identified a range of initiatives which could provide transferable evidence. Iterative searching was undertaken to identify further relevant evidence. Thematic analysis was used to identify areas to consider in the development of large-scale general practice providers. Framework analysis was used to identify challenges which may affect the ability of such providers to achieve their anticipated impact. A narrative approach was used to synthesise the evidence. Trade-offs exist in 'scaling-up' between mandated and voluntary collaboration; networks versus single organisations; small versus large collaborations; and different types of governance structures in terms of sustainability and performance. While positive impact seems plausible, evidence suggests that it is not a given that clinical outcomes or patient experience will improve, nor that cost savings will be achieved as a result of increasing organisational size. Since the impact and potential unintended consequences are not yet clear, it would be advisable for policymakers to move with caution, and be informed by ongoing evaluation.

The aim of this study is to identify the optimal timing of in-person physician visit after hospital discharge to yield the largest reduction in readmission among elderly or chronically ill patients. We extracted insurance billing data on 620,656 admissions for any cause from 2002 to 2009 in Quebec, Canada. We used flexible survival models to estimate inverse probability weights for the precise timing (days) of in-person physician visit after discharge and weighted competing risk outcome models. Readmission reduction associated with in-person physician visits (compared to none) was seen early after discharge, with 67.8 fewer readmissions per 1,000 discharges if physician visit occurred within 7 days (95 percent CI: 66.7-69.0), and 110.0 fewer readmissions within 21 days (95 percent CI: 108.2-111.7). The period of largest contribution to readmission reduction was seen in the first 10 days, while physician visits occurring later than 21 days after discharge did not further contribute to reducing hospital readmissions. Larger risk reductions were observed among patients in the highest morbidity level and for in-person follow-up with a primary care physician rather than a medical specialist. To conclude: when provided promptly, post-discharge in-person physician visit can prevent many readmissions. The benefits appear optimal when such visit occurs within the first 10 days, or at least within the first 21 days of discharge.

► **Comparing Occasional and Persistent Frequent Attenders in Occupational Health Primary Care – A Longitudinal Study**

REHO T., ATKINS S., TALOLA N., *et al.*

2018

BMC Public Health 18(1): 1291.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6217-8>

The aim of the study was to compare occasional and persistent frequent attenders in occupational health (OH) primary care and to identify the diagnoses associated with persisting frequent attendance.

► **Does the Primary Care Behavioral Health Model Reduce Emergency Department Visits?**

SERRANO N., PRINCE R., FONDOW M., *et al.*

2018

Health Serv Res 53(6): 4529-4542.

The aim of this paper is to examine the impact of integrating behavioral health services using the primary care behavioral health (PCBH) model on emergency department (ED) utilization. Data sources came from three Dane County, Wisconsin hospitals and four primary care clinics from 2003 to 2011. We used a retrospective, quasi-experimental, controlled, pre-post study design. Starting in 2007, two clinics began integrating behavioral health into their primary care practices with a third starting in 2010. A fourth, non implementing, community clinic served as control. Change in emergency department and primary care utilization (number of visits) for patients diagnosed with mood and anxiety disorders was the outcomes of interest. Retrospective data were obtained from electronic

► **Optimal Timing of Physician Visits After Hospital Discharge to Reduce Readmission**

RIVERIN B. D., STRUMPF E. C., NAIMI A. I., *et al.*

2018

Health Serv Res 53(6): 4682-4703.

patient records from the three main area hospitals along with primary care data from participating clinics. Following the introduction of the PCBH model, one clinic experienced a statistically significant ($p < .01$, 95 percent CI 6.3-16.3 percent), 11.3 percent decrease in the ratio of ED visits to primary care encounters, relative to a control site, but two other intervention clinics did not. The PCBH model may be associated with a reduction in ED utilization, but better-controlled studies are needed to confirm this result.

► **Task Shifting Potential in Primary Care: A Cross-Sectional Study of Patients with Type 2 Diabetes in France**

SUPPER I., BOURGUEIL Y., ECOCHARD R., *et al.*
2018

[European Journal of Public Health 28\(suppl_4\): cky213.034-cky213.034.](#)

<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky213.034>

A cross-sectional multi-centre study was carried out in 2012 in 128 GP practices in France, comprising data of all patients consulting with their GP one day a week from December 2011 to April 2012. Encounters where type 2 diabetes was one of the managed health problems were selected for analysis. Capacity for task shifting and the health professional groups involved were the main outcomes assessed.

Systèmes de santé

Health Systems

► **L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé**

DUCHESNE V.

2018

[Journal de gestion et d'économie médicales 36\(4\): 159-180.](#)

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2018-4-page-159.htm>

Ce texte montre que la mise en place des Agences régionales de santé constitue une nouvelle forme d'intervention de l'État en santé. Cette nouvelle étiatisation marque le passage de la logique du plan à celle de l'incitation en dépassant les oppositions historiques qui ont animé le secteur santé (l'État contre la Sécurité sociale, la régulation locale contre la régulation centrale et l'hôpital contre la médecine libérale). Le tournant incitatif de l'organisation du système de santé s'appuie sur une structure organisationnelle originale (l'agence) et un outil de coordination (le contrat) qui est inédite par sa réussite, ampleur et spécificité. Cependant, le couple ARS-contrat n'échappe aux paradoxes d'une administration sous New Public Management : réformer sous contrainte budgétaire et négocier contractuellement sous tutelle. Les ARS

subissent elles-mêmes la logique incitative qu'elles mettent en œuvre.

► **Behavioral Health's Integration Within a Care Network and Health Care Utilization**

MCCLELLAN C., FLOTTEMESCH T. J., ALI M. M., *et al.*
2018

[Health Serv Res 53\(6\): 4543-4564.](#)

The aim of this paper is to examine how behavioral health (BH) integration affects health care costs, emergency department (ED) visits, and inpatient admissions. Data came from Truven Health MarketScan Research Databases. Social network analysis identified «care communities» (providers sharing a high number of patients) and measured BH integration in terms of how connected, or central, BH providers were to other providers in their community. Multivariable generalized linear models adjusting for age, sex, number of prescriptions, and Charlson comorbidity score were used to estimate the relationship between the centrality of BH providers and health care utilization of BH patients. Used outpatient, inpatient, and pharmacy claims data

from six Medicaid plans from 2011 to 2013 to identify study outcomes, comorbidities, providers, and health care encounters. Behavioral health centrality ranged from 0 (no BH providers) to 0.49. Relative to communities at the median BH centrality (0.06), in 2012, BH patients in communities at the 75th percentile of BH centrality (0.31) had 0.2 fewer admissions, 2.1 fewer all-cause ED visits, and accrued \$1,947 fewer costs, on average. To conclude: Increased behavioral centrality was significantly associated with a reduced number of ED visits, less frequent inpatient admissions, and lower overall health care costs.

► **Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe**

SEBAI J. ET YATIM F.

2018

Santé Publique 30(4): 517-526.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-517.htm>

La recherche de l'efficacité et la concentration sur les besoins du patient et sur sa satisfaction sont au cœur des conceptions actuelles en termes de qualité et d'organisation des services de santé. On constate, en effet, une relative consolidation des approches organisationnelles dites Patient-Centred Care (ex. CCM, DM, Case management, population management) pour une prise en charge structurée des patients atteints de maladies chroniques et une réelle volonté de leur mise en place dans le domaine de la santé. Cette évolution se prolonge au niveau du pilotage des systèmes de santé à travers le New Public Management – NPM. Une forte pression pèse ainsi sur les professionnels (professionnels du soin et gestionnaires) appelés à assurer une plus grande efficacité en termes d'activités et une plus grande efficacité en termes d'usage des moyens. Les deux évolutions vont dans le sens d'une plus grande place accordée à la personnalisation des prises en charge, à la différenciation des prestations et à la prise en compte de la satisfaction des bénéficiaires des services publics. Toutefois, sans être antinomiques, les deux évolutions sous-tendent des ressorts et des mécanismes divergents, voire paradoxaux.

Travail et santé

Occupational Health

► **Santé au travail : pas de prévention sans coercition. Premières réactions au rapport Lecocq**

CARRÉ A., BARNIER L. M. ET REGUI S.

2018

Possibles (Les)(18): 10p.

Le gouvernement annonce vouloir réformer le système de santé au travail. Il propose que la négociation interprofessionnelle s'engage sur la base du rapport Lecocq, qualifié de « base satisfaisante ». Il faut donc analyser ce rapport. Ces réformes se situent dans le prolongement de la disparition des CHSCT, de la réforme de l'inspection du travail, d'une réduction des budgets alloués aux organismes de prévention des risques professionnels (INRS, CARSAT), et d'une Loi Travail fragilisant les travailleurs et leurs organisations. Les travailleurs doivent s'emparer de ce débat pour défendre leur droit à la santé. Tel est l'objectif de notre contribution.

► **Good Jobs, Good Pay, Better Health? The Effects of Job Quality on Health Among Older European Workers**

HENSEKE G.

2018

The European Journal of Health Economics 19(1): 59-73.

<https://doi.org/10.1007/s10198-017-0867-9>

Using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, this study presents new evidence on the effects of job quality on the occurrence of severe acute conditions, the level of cardiovascular risk factors, musculoskeletal disorders, mental health, functional disabilities and self-assessed health among workers aged 50+. By combining intrinsic job quality with job insecurity and pay the study maps out multiple potential pathways through which work may affect health and well-being. Levering longitudinal data and external information on early retirement ages allows

for accounting of unobserved heterogeneity, selection bias and reverse causality. The empirical findings suggest that inequities in health correlate with inequities in job quality, though a substantial fraction of these associations reflect time-constant unobserved heterogeneity. Still, there is evidence for genuine protective effects of better jobs on musculoskeletal disorders, mental health and general health. The effect could contribute to a substantial number of avoidable disorders among older workers, despite relatively modest effect sizes at the level of individuals. Mental health, in particular, responds to changes in job quality. Selection bias such as the healthy worker effect does not alter the results. But the influence of job quality on health may be transitional among older workers. An in-depth analysis of health dynamics reveals no evidence for persistence.

► **Employment Pathways of Cancer Survivors—Analysis from Administrative Data**

LO J. C.

2019

The European Journal of Health Economics : Ahead of print.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-1025-8>

The incidence of cancer and its survival rate have been increasing worldwide, resulting in a greater number of cancer survivors. Since one's job often forms a central basis for self-esteem and provides financial security, knowing whether and how cancer can affect the employment of employed cancer survivors are important issues. While the past studies generally used survey data, this study utilizes pre-existing administrative data and employs the difference-in-differences model. We take newly diagnosed cancer patients in 2012, aged from 15 to 60 years and employed upon diagnosis, as the study group ($N = 12694$) and the propensity-score matching-adjusted non-cancer employed population as the control group. Monthly employment information for 2011–2014 was retrieved for both groups. We define the pre-event period as the months before the diagnosis and the post-event period as the months from the diagnosis and afterwards. A pseudo-date symbolizing the index point for cancer diagnosis is assigned to the control group. The logistic regression results show that the impact of cancer on the employment status of cancer survivors is significantly negative for both genders. However, if the differences in employment

status between the study and control groups prior to the incidence of cancer are significant, then some past research that used only post-period observations might have rendered biased estimates. The employment pathways indicate that 88% of female cancer survivors employed upon diagnosis continue to work during the full 12 months after diagnosis. Further analyses on earnings demonstrate the possibility of cancer survivors retaining their job, but at lower pay.

► **Le chômage : un problème de santé publique majeur**

MENETON P., PLESSZ M. ET COURTIN E.

2017

Revue de L'Ires(91-92): 141-154.

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Les études disponibles dans plusieurs pays et les quelques données obtenues récemment en France suggèrent que les conséquences du chômage sur la santé vont bien au-delà de l'augmentation de la fréquence des suicides. L'incidence des pathologies chroniques, maladies cardiovasculaires et cancers en premier lieu, semble également fortement augmentée chez les chômeurs par rapport aux travailleurs. Les mécanismes par lesquels le chômage est susceptible de dégrader l'état de santé sur le long terme sont encore à éclaircir : exposition accrue à des facteurs de risque comportementaux, accès réduit au système de soins, effets organiques plus directs sont autant de pistes possibles. D'ores et déjà, il serait souhaitable que le corps médical soit sensibilisé sur les risques encourus par les chômeurs afin de les aider à les réduire autant que faire se peut.

► **The Effects of Provider Choice Policies on Workers' Compensation Costs**

NEUMARK D. ET SAVYCH B.

2018

Health Serv Res 53(6): 5057-5077.

The aim of this study is to examine the effects of provider choice policies on workers' compensation medical and indemnity costs. Pooled cross-sectional analysis of administrative claims records for workers with work-related injuries primarily in 2007–2010 across 25 states ($n = 4,489,729$). We used linear and

quantile regression analyses to evaluate differences in claim costs (medical and indemnity) based on whether policies give employers or injured workers control over the choice of provider. We find no difference in average medical costs by provider choice policies, although a distributional analysis indicates higher developed medical costs for the costliest back injury cases in states where workers control provider choice. The evidence for indemnity costs is similar, although the point estimates also indicate (statistically insignificantly) higher average costs when policies give workers more control of the choice of provider. Our nuanced evidence suggests that policymakers seeking to reduce workers' compensation costs may need to focus on the highest cost cases in states where policy gives workers more control over the choice of provider, rather than the simpler and broader issue of whether policy gives workers or employers more control.

► **The Impact of Health on Wages: Evidence for Europe**

RODRIGUEZ-ALVAREZ A. ET RODRIGUEZ-GUTIERREZ C.
2018

The European Journal of Health Economics 19(8): 1173-1187.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0966-2>

This paper analyses the effects of health on wages in sixteen European countries using production frontier methodology. It is assumed that workers have a potential income/productivity which basically depends on their human capital, but due to several health problems, situations could exist where workers fail to reach their potential income frontier. The estimation of a true-random-effects model allows us to conclude that the potential hourly wage of workers is significantly influenced by their level of education and their job experience. However, health problems, especially those strongly influencing work activities, contribute towards an individual not attaining the potential income which would otherwise be guaranteed by their human capital endowment. Suffering a strong limitation reduces gross wage per hour by 6.1%. This wage reduction is also observed in the case of a weak limitation, but here the wage difference with respect to workers without any limitation is 2.6%. Additionally, other factors, such as being a woman, the economic cycle or having a temporary contract, appear to distance an individual from their wage frontier.

Vieillesse

Ageing

► **Comparaison de l'entraide familiale à l'échelle européenne : idées reçues, réalités et incertitudes**

ATTIAS-DONFUT C. ET LITWIN H.
2015

Informations sociales 188(2): 54-63.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2015-2-page-54.htm>

La solidarité familiale intergénérationnelle est bien vivace en Europe, ce que confirment les résultats des vagues successives de l'enquête SHARE. La variation de ses formes d'un pays à l'autre ne peut se résumer à l'opposition entre un Nord « individualiste » et un Sud « familialiste », et ne correspond pas nécessairement aux types d'État-Providence, définis par Esping-Andersen. Dans tous les pays, le soutien finan-

cier va des plus âgés vers les plus jeunes, à l'inverse de l'aide en temps, majoritairement dispensée par les femmes de la famille, indépendamment du taux de travail féminin. La prise en compte simultanée des deux formes d'aide montre que les plus âgés sont des « nets donateurs » jusqu'à 80 ans; ce n'est qu'après cet âge que cet équilibre change, les plus âgés recevant plus (en valeur) que ce qu'ils donnent. L'aide institutionnelle a tendance à venir compléter l'aide informelle plutôt qu'à s'y substituer, mais cette hypothèse reste à étayer.

► **L'engagement collectif des aînés au prisme du genre : évolutions et enjeux**

BAERISWYL M.
2018

Gérontologie et société 40 / 157(3): 53-78.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-3-page-53.htm>

Dans le nouveau contexte entourant le vieillissement, la participation sociale est devenue un enjeu central. Si tout semble favorable à un fort investissement social des aînés, les inégalités face aux chances d'accéder à de telles activités ne doivent pas être négligées. Cet article vise à les explorer en se centrant sur l'engagement collectif – associatif, bénévole, politique/syndical – sous l'angle du genre. En exploitant deux enquêtes transversales sur les conditions de vie des 65 ans et plus en Suisse, réalisées en 1979 (n = 1519) et en 2011 (n = 1097), nous montrons que les discriminations au détriment des femmes subsistent. Une analyse plus approfondie des données de 2011 confirme ce constat en considérant un système d'inégalités et de ressources plus large autour de l'engagement collectif. Nos résultats mettent aussi en évidence des logiques de participation spécifiques selon le genre. Ils révèlent notamment l'écart important entre les femmes dotées d'un haut niveau d'éducation et leurs consœurs dans l'accès aux pratiques impliquant un pouvoir de décision. L'engagement collectif des hommes apparaît pour sa part comme plus dépendant de leur réseau proche.

► **Biopsychosocial Approach to Caregiving Burden: Why Should We Care About Caregivers' Health?**

LEURS A., TROJAK B., PONA VOY E., et al.
2018

Presse Med 47(9): 732-740.

There are 11 million family caregivers in France and some estimates indicate that there will be 17 million in 2020. Caregiving is a source of chronic stress that requires adaptation and coping strategies. Caregiving may benefit the health of a caregiver with a positive coping style and altruistic goals. However, the caregiver's burden is frequently associated with negative effects in terms of biopsychosocial imbalance and medical conditions, with frequent anxiety and depression. The management of the caregiving burden starts with the recognition of health professionals - caregivers may benefit from consultation-liaison psychiatry

and multidisciplinary medico-social strategies, in addition to constant support from their GPs.

► **Health Care Utilization at Retirement: The Role of the Opportunity Cost of Time**

LUCIFORA C. ET VIGANI D.
2018

Health Econ 27(12): 2030-2050.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3819>

We investigate the causal impact of retirement on health care utilization using SHARE data for 10 European countries. We show that the number of doctor's visits and the probability of visiting a doctor more than four times a year (our measures of health care utilization) increase after retirement. The increase in health care utilization is found to depend mainly on the years spent in retirement, suggesting that adjustment may take time. We find evidence of heterogeneous effects by gender and across different patterns of time use prior to retirement (i.e., working long hours and combined work and out-of-work activities). Overall, the empirical findings suggest that the increase in health care utilization is consistent with the decrease in the opportunity cost of time faced by individuals when they retire.

► **Demander (ou pas) l'aide à domicile au grand âge. L'agency des personnes âgées**

MASOTTI B.
2018

Gérontologie et société 40 / 157(3): 79-95.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-3-page-79.htm>

L'assistance formelle à domicile est devenue une pratique de plus en plus répandue dans le monde occidental. Tôt ou tard, elle finit par constituer une des conditions du maintien à domicile dans la vieillesse : mais qu'en est-il de l'agency des personnes âgées lorsque, face aux pertes typiques du grand âge, celles-ci doivent faire appel à des services et à des individus étrangers à leur chez-soi ? Les entretiens menés avec des individus de 80 ans et plus vivant dans une région de Suisse montrent que leur rôle à ce sujet, s'il est parfois mis à mal par des contraintes, est loin d'être marginal. Sa compréhension demande

une considération du parcours de vie et des ressources de l'individu, ainsi que des contextes dans lesquels il est inséré. Le type de service – aide domestique ou soin personnel, aide publique ou privée – a aussi une influence, de même que leur mode d'organisation et le travail des soignants qui y opèrent.

► **Défis du vieillissement et enjeux de santé publique**

MONOD S.

2018

Gérontologie et société 40 / 157(3): 47-52.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-3-page-47.htm>

Les systèmes sanitaires vont être appelés à vivre dans un contexte très mouvant ces prochaines décennies. L'avenir de la santé sera marqué principalement par une croissance de la prévalence des maladies chroniques et un vieillissement de la population. Les changements épidémiologiques seront majeurs. Même en tenant compte d'une compression de la morbidité, et d'une croissance de l'espérance de vie en santé, les besoins en soins et en accompagnement vont exploser. Si l'utilisation du système de santé reste identique et que les pratiques des professionnels restent inchangées, nous pourrions nous attendre à de lourdes conséquences sur les besoins en infrastructures hospitalières, en hébergement de longue durée ainsi que sur les besoins de ressources à consacrer à l'aide et aux soins à domicile, ceci dans un contexte d'augmentation constante et marquée des coûts de la santé. En termes de planification et de régulation des systèmes, nos outils et notre manière de penser l'épidémiologie datent du siècle passé et seront probablement démodés d'ici peu... Il ne s'agit donc plus seulement de construire de nouveaux référentiels, de nouvelles réglementations ou de réformer des mécanismes d'allocation de ressources; il faut une mobilisation de la société qui devra se questionner à nouveau sur la santé, sur l'accès aux soins, sur l'équité, sur la vie, sur la mort.

► **Vieillesse « actif » ou « précaire » : du pouvoir d'agir aux âges avancés**

PHILLIPSON C.

2018

Gérontologie et société 40 / 157(3): 27-45.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-3-page-27.htm>

Les notions de vieillissement « actif » ou « réussi » ont acquis un rôle de premier plan dans les débats en matière de politiques concernant l'avancée en âge, notamment dans l'élaboration des programmes de l'Union européenne et de l'Organisation mondiale de la santé. Dans le même temps, l'applicabilité de la perspective du vieillissement actif à l'ensemble des situations rencontrées aux âges avancés a été mise en question, compte tenu en particulier des inégalités croissantes et de l'affaiblissement des dispositifs de protection sociale constatés dans de nombreux pays européens. En réponse à ces critiques, le présent article suggère que le concept de « précarité » peut offrir une clé d'interprétation d'une grande partie des nombreuses vulnérabilités auxquelles les personnes sont confrontées dans la vieillesse et permettre de développer de nouvelles approches en matière de politiques publiques. Dans cet article sont successivement présentés : tout d'abord le contexte sous-jacent à la promotion de la perspective du « vieillissement actif » ; deuxièmement, quelques critiques de cette approche ; en troisième lieu, la notion de « précarité » en tant que réalité contemporaine de l'expérience du vieillissement ; quatrième, la proposition d'un indice de précarité en matière de vieillissement ; enfin, la nécessité d'élaborer de nouvelles approches en gérontologie sociale, fondées sur les notions d'agentivité et de renforcement du pouvoir d'agir.

► **Le corps autonome des classes supérieures : expression d'un « pouvoir d'agir » ?**

PILLONEL A.

2018

Gérontologie et société 40 / 157(3): 97-110.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2018-3-page-97.htm>

À partir d'une étude ethnographique menée avec une vingtaine de personnes âgées issues de la bourgeoisie protestante genevoise, cet article, traite de la notion de pouvoir. Dans un contexte où l'évaluation des pro-

cessus de vieillissement se mesure en partie au regard du modèle du « bien-vieillir », et plus particulièrement selon une mesure de l'autonomie, il s'agit d'offrir une description des stratégies engagées par les membres de ces classes sociales afin de conserver leur autonomie durant la vieillesse. L'objectif est ensuite d'établir que le corps, lieu privilégié de cette acquisition, devient simultanément enjeu de son expression ainsi que lieu d'inscription de nombreuses stratégies visant à maintenir cette autonomie. En démontrant que l'autonomie des vieillesseuses bourgeoises se distingue de celle d'autres classes sociales, par la mobilisation de différents registres de stratégies, cet article soutient que le pouvoir dont disposent ces individus ne doit pas être uniquement lu en termes de domination – d'un « pouvoir sur », autrement dit d'un rapport de classe – mais également d'un « pouvoir de » contribuer à la construction de modèles de vieillissement.

► **Do Medical Homes Improve Quality of Care for Persons with Multiple Chronic Conditions?**

SWIETEK K. E., DOMINO M. E., BEADLES C., *et al.*
2018

Health Serv Res 53(6): 4667-4681.

This aim of this study is to examine the association between medical home enrollment and receipt of recommended care for Medicaid beneficiaries with multiple chronic conditions (MCC). This analysis is based on secondary claims data from fiscal years 2008-2010. The sample included nonelderly Medicaid beneficiaries with at least two of eight target conditions (asthma, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, hypertension, hyperlipidemia, seizure disorder, major depressive disorder, and schizophrenia). We used linear probability models with person- and year-level fixed effects to examine the association between patient-centered medical home (PCMH) enrollment and nine disease-specific quality-of-care metrics, controlling for selection bias and time-invariant differences between enrollees. Patient-centered medical home enrollment was associated with an increased likelihood of receiving eight recommended mental and physical health services, including A1C testing for persons with diabetes, lipid profiles for persons with diabetes and/or hyperlipidemia, and psychotherapy for persons with major depression and persons with schizophrenia. PCMH enrollment was associated with overuse of short-acting beta-agonists among benefi-

ciaries with asthma. In conclusion, the PCMH model can improve quality of care for patients with multiple chronic conditions.

Index des auteurs Author index

A

Abecassis P.....	32
Abu-Zaineh M.	30
Achterberg P. W.	45
Acquah J.....	19
Agahi N.....	27
Agide F. D.	47
Aguadé A.-S.	15
Albert T.	22
Ali M. M.	60
Alva M.....	19
Andler R.	22
Angelis A.	52
Anttila A.	50
Arbyn M.	50
Atkins S.....	59
Attias-Donfut C.	63

B

Baeriswyl M.....	64
Baier N.	26
Barnay T.....	15 , 25 , 56
Barnier L. M.	61
Baseilhac É.....	32
Batifoulier P.	27 , 42
Baudot F.-O.	15
Beadles C.	66
Bech M.....	26
Begaud B.....	39
Benallah S.....	27
Benamouzig D.....	32 , 39 , 46
Benard-Laribiere A.	33
Benoît C.	33
Bernatonien E J.....	14
Bertrand D.....	56
Bloom D. E.	13
Bodard J.	43
Bolze C.....	49
Borraz O.....	46
Borza T.....	18
Bourdillon F.....	19

Bourgueil Y.....	60
Bousmah M.....	30
Boutroy E.....	48
Bricard D.	21 , 27 , 30
Buchanan J.....	58
Buchmueller T. C.....	48
Buckingham W. R.....	42
Bucsics A.....	35

C

Cafiero F.....	52
Cantarero D.....	31
Cardenas M.	48
Caridade G.	41
Carré A.....	61
Casalino L. P.....	16
Cassini A.....	33
Catillon M.	45
Catney G.....	24
Cavalan Q.....	34
Cervini-Pla M.	26
Chan Chee C.....	54
Chazalon S.....	48
Chevillard G.....	24 , 25
Chien A. T.....	25
Chungkham H. S.	31
Clavel C.....	43 , 44
Cleveland J.....	53
Combes J.-B. S.....	30
Courtemanche C.	13
Courtin E.....	62
Coutinet N.....	32
Czernichow P.....	21

D

Dahlberg L.....	27
Dahmouh A.....	34
Da Silva N.....	42
Daw J. R.	40
Dearden E. K.....	24
Degrassat-Théas A.....	38

de Kok I. M. C. M.....	50 , 51
de Koning H. J.....	50
Delézire P.....	54
Delo C.....	28
De Maeseneer J.....	56
Denis F.....	26
Di Tanna G. L.....	47
Dixon J.....	53
Domin J. P.....	27
Domino M. E.....	66
Dosseville F.....	20
Dourgnon P.....	40
Drouin C.....	48
Duchesne V.....	60
Dugravier R.....	44
Dugue M.....	20
Duguet E.....	25
Durand C.....	49
Durfey S. N. M.....	42
du Roscoät E.....	54
Dussuet A.....	46

E

Ecochard R.....	60
Einav L.....	16
Eliason P. J.....	28
El-Khoury Lesueur F.....	20 , 49
Erbault M.....	44
Escarce J. J.....	57
Espagnacq M.....	22

F

Fasseeh A.....	16
Ferretti C.....	34
Flottemesch T. J.....	60
Fondow M.....	59
Foverskov E.....	41
Frajerman A.....	20
Fretigny R.....	52

G

Gagne T.....	21
Gale C.....	24
Gallo P.....	31
Gandolfo E.....	56

Garmaroudi G.....	47
Garncarzyk C.....	20
Garyga V.....	43
Geissler A.....	26
Gené-Badia J.....	31
Geraedts M.....	29
Gertler P.....	45
Ghiotto M. C.....	56
Gigonzac V.....	54
Glémarec C.....	43
Gocko X.....	50
Godman B.....	35
Goldzahl L.....	48
Gomajee R.....	49
Grieco P. L. E.....	28
Gros H.....	53
Grundy E.....	41
Guignard R.....	22
Guinard A.....	49
Gustafsson P. E.....	55
Guyet P.....	26

H

Halley Des Fontaines V.....	21
Hartwig J.....	40
Hassett M. J.....	25
Hatfield L. A.....	40
Hazan M.....	34
Head J.....	31
Hefner J. L.....	57
Henseke G.....	61
Hermeling P.....	29
Hill C.....	46
Hirtz B.....	52
Hogberg L. D.....	33
Huckfeldt P. J.....	57
Huddleston T.....	41
Hu I.....	34
Hyde M.....	31

I

Ingleby D.....	41
Islam A.....	57
Izambert C.....	43

J

Jacquet L. R.....	35
Johnson K.....	57
Jouzel J.-N.....	46

K

Kaltenboeck A.....	35
Kamae I.....	36
Kanavos P.....	52
Kaufman S. R.	18
Kawachi I.....	23
Keenan K.	41
Kendall S.....	56
Khireddine-Medouni I.	54
Khlat M.....	21
Khoury A.....	13
Khullar D.....	16
Kind A. J. H.	42
Kivits J.....	21
Kovess-Masfety V.....	55
Krebs M.-O.....	20
Kronick R.....	53
Kruse F.	18
Kumpunen S.....	58
Kwon E.....	13

L

Lange A.....	52
Lanza P.....	31
Le Clainche C.....	25
Leclerq M.....	50
Lee S.	16
Le Fort M.....	22
Legal R.	37
Legleye S.	21
Legoupil C.	46
Léon C.....	54
Le Pen C.....	36
Leurs A.....	64
Levin J.	16
Liang L.-L.	17
Lichtenberg F. R.....	37
LiobikienE G.....	14
Litwin H.....	63
Li W.	57
Lloyd C. D.....	24
Lo J. C.....	62
Lucas-Gabrielli V.....	25

Lucifora C.....	64
Lyons S.....	58

M

Maagaard R.	58
Májek O.....	50
Mano Q.....	23
Martins D.....	53
Marton J.....	13
Masotti B.....	64
Math A.	17, 42
Mazevet M. E.	43
McAlearney A. S.....	57
McBride T. D.....	13
McClellan C.....	60
McDevitt R. C.	28
Megerlin F.....	38
Meneton P.....	62
Michels N. R. M.....	58
Minonzio J.....	39
Modi P. K.	18
Mohan G.....	58
Molnar A.....	16
Monod S.....	65
Montastruc F.	38
Morche J.....	29
Morvan Y.	20
Mosquera P. A.....	55
Mousquès J.	24
Moussa-Badran S.....	26

N

Naccache F.....	38
Naimi A. I.	59
Nemeth B.....	16
Neumark D.....	62
Nirello L.....	46
Nolan A.....	58
Nouquez É.	33

O

Omorou A. Y.....	21
Ortwein A.....	29
Or Z.....	27

P

Panico L.	20
Pariente A.	33 , 39
Park S.	13
Pascual M.	31
Pasquereau A.	22
Peralta-Gallego L.	31
Petrova-Benedict R.	41
Pettigrew L. M.	58
Peyrière H.	23
Philippon J.-F.	41
Phillipson C.	65
Pietsch B.	29
Pillonel A.	65
Pinillos-Franco S.	23
Pitts N. B.	43
Plachouras D.	33
Planel M.-P.	37
Plessz M.	62
Pletscher M.	18
Plotton C.	50
Ponavoy E.	64
Priault J.	50 , 51
Prince R.	59
Puissant E.	46

Q

Quaife M.	47
----------------	----

R

Raimond V.	35 , 38
Rais Ali S.	38
Regui S.	61
Reho T.	59
Renner D.	29
Revet A.	38
Richter D.	53
Riguzzi M.	18
Riverin B. D.	59
Rizzolo Y.	56
Robelet M.	39
Rodriguez-Alvarez A.	63
Rodriguez-Gutierrez C.	63
Rosen R.	58
Rousseau C.	23

S

Sabatier P.	49
Sadeghi R.	47
Saïas T.	43 , 44
San Sebastian M.	55
Savych B.	62
Schmitt Y.	56
Schnitzler A.	44
Schoemaker C. G.	45
Schon P.	27
Sebai J.	61
Serrano N.	59
Shin E.	29
Simcoe T.	45
Simon P.	14
Sinaiko A. D.	25
Solomiac A.	44
Soulé B.	48
Stadhouders N.	18
Strumpf E. C.	59
Sturm J.-E.	40
Subbaraman R.	13
Supper I.	60
Sutter-Dallay A. L.	20
Swietek K. E.	66

T

Talola N.	59
Tanke M.	18
Terris-Prestholt F.	47
Thorigny M.	15
Timmis A.	24
Toulemon L.	35
Toullier A.	43
Tournier M.	39
Townsend N.	24
Trojak B.	64
Turnbull E.	51
Tussing A. D.	17

U

Ukert B.	13
---------------	----

V

Vall Castelló J.	26
Van Den Bulcke J.	28 , 53
Van Loon J.	45
Van Ravesteyn N. T.	51
Van Wilder P.	28 , 53
Vella Bonanno P.	35
Vergier N.	34
Vigani D.	64
Villani M.	55
Vorspan F.	38

W

Walker D. M.	57
Ward J. K.	52
Weissblum L.	57
Wieser S.	18
Witman A.	19
Wittwer J.	39
Wolfson D.	16

Y

Yatim F.	61
Yrondi A.	38

