

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Septembre 2019 / September 2019

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</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>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</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

- 11 **Moral Hazard in Health Insurance**
Grignon M., Hurley J., Feeny D., et al.
- 11 **Can Universal Access Be Achieved in a Voluntary Private Health Insurance Market? Dutch Private Insurers Caught Between Competing Logics**
Vonk R. A. A. et Schut F. T.

Démographie

Demography

- 12 **L'évolution démographique récente de la France. Naissances, décès, unions et migrations : à chacun sa saison**
Breton D., Barbieri M., d'Albis H., et al.
- 12 **Migrations en France et en Europe**
Héran F. et Sarthou-Lajus N.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical Technologies

- 13 **La santé : quoi de neuf ? Le recours aux outils numériques**
Bass H.-P., Brun D. et Sardas J.-C.
- 13 **Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine : le cas des Maisons de Santé en France**
Habib J., Yatim F. et Sebai J.
- 13 **Le règlement général européen sur la protection des données personnelles et la relation médecin-patient**
Picart E.

Économie de la santé

Health Economics

- 14 **Le financement du système de santé : dossier**
Andre J. M., Hubert J. et Kervasdoue J.
- 14 **Do Political Factors Influence Public Health Expenditures? Evidence Pre- and Post-Great Recession**
Bellido H., Olmos L. et Román-Aso J. A.
- 14 **Health Care Spending and Utilization in Public and Private Medicare**
Curto V., Einav L., Finkelstein A., et al.
- 14 **Neighborhood Socioeconomic Status and Health Care Costs: A Population-Wide Study in the Netherlands**
De Boer W. I. J., Buskens E., Koning R. H., et al.
- 15 **Testing the Myth of Fee-For-Service and Overprovision in Health Care**
Di Guida S., Gyrd-Hansen D. et Oxholm A. S.
- 15 **Medicare's Bundled Payments for Care Improvement Initiative Maintained Quality of Care for Vulnerable Patients**
Maughan B. C., Kahvecioglu D. C., Marrufo G., et al.
- 15 **Les biens de santé sont-ils privés ou communs ?**
Moine-Dupuis I.
- 16 **Maryland's Experiment with Capitated Payments for Rural Hospitals: Large Reductions in Hospital-Based Care**
Pines J. M., Vats S., Zocchi M. S., et al.
- 16 **Catastrophic Risk Associated with Out-Of-Pocket Payments for Long Term Care in Spain**
Del Pozo-Rubio R. et Jiménez-Rubio D.
- 16 **Re-Thinking Unmet Need for Health Care: Introducing a Dynamic Perspective**
Smith S. et Connolly S.
- 17 **Long-Term Medical Costs of Alzheimer's Disease: Matched Cohort Analysis**
Sopina E., Spackman E., Martikainen J., et al.

- 17 **Association of Medicare's Bundled Payments for Care Improvement Initiative with Patient-Reported Outcomes**
Trombley M. J., McClellan S. R., Kahvecioglu D. C., et al.
- 17 **Commercial Health Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss Health Systems Inefficiency?**
Unger J.-P. et De Paepe P.
- 18 **Design and Effects of Outcome-Based Payment Models in Healthcare: A Systematic Review**
Vlaanderen F. P., Tanke M. A., Bloem B. R., et al.
- 18 **Measuring Catastrophic Medical Expenditures: Reflections on Three Issues**
Wagstaff A.

État de santé Health Status

- 18 **Progress in Adolescent Health and Wellbeing: Tracking 12 Headline Indicators for 195 Countries and Territories**
Azzopardi P. S., Hearps S. J. C., Francis K. L., et al.
- 18 **Rising Rural Body-Mass Index Is the Main Driver of the Global Obesity Epidemic in Adults**
Bixby H., Bentham J., Zhou B., et al.
- 19 **The Relationships Between Democratic Experience, Adult Health, and Cause-Specific Mortality in 170 Countries Between 1980 and 2016: An Observational Analysis**
Bollyky T. J., Templin T., Cohen M., et al.
- 19 **Pourquoi l'espérance de vie augmente-t-elle moins vite en France ?**
Pison G.
- 19 **Outil d'aide à la réalisation du bilan Infirmier de la douzième année des élèves de l'académie de Grenoble**
Pothrat L., Fares A., Bres R., et al.
- 20 **Austerity Policies and Mortality Rates in European Countries, 2011-2015**
Rajmil L. et Fernandez de Sanmamed M. J.

Géographie de la santé Geography of Health

- 20 **The Development of an Index of Rural Deprivation: A Case Study of Norfolk, England**
Burke A. et Jones A.
- 20 **Évaluation des critères de choix du futur lieu d'exercice chez les internes lorrains de gynécologie**
Honoré-Rouge L., Chamagne M., Marnat M., et al.
- 21 **Disparités territoriales d'accès aux services des personnes âgées de 60 ans ou plus**
Levy D.
- 21 **Qu'est-ce que l'expérimentation dit ou fait des territoires ?**
Rufat S.
- 21 **L'émigration des immigrés, une dimension oubliée de la mobilité géographique**
Solignac M.
- 22 **Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**
Vigneron E.
- 22 **Adaptation des territoires au vieillissement : politiques publiques et formes d'agencement démocratique. Les exemples de la France et du Québec**
Viriot Durandal J.-P., Moulaert T., Scheider M., et al.

Handicap Disability

- 23 **Une sociologie du handicap est-elle possible ?**
Bodin R.
- 23 **Difficultés de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap**
Croze J., Leys M., Feugueur G., et al.
- 23 **(Dés)Intégrer sous contrainte. La fabrique d'un handicap par la justice des tutelles**
Minoc J.

- 24 **La rémunération des aidants profanes dans les politiques du handicap et du vieillissement : entre enrôlement et libre choix des proches de personnes dépendantes**

Touahria-Gaillard A. et Trenta A.

Hôpital Hospitals

- 24 **[Entre dynamique d'amélioration de la qualité des soins et conformisme administratif : comportements des établissements de sante français face au paiement à la performance (P4P)]**
Girault A., Gerves-Pinquier C., Moïsdon J. C. et Minvielle E.
- 24 **La construction juridique des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**
Bertrand D., Michot F. et Richard F.
- 25 **L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009**
Bras P. L.
- 25 **Impact of Early Primary Care Follow up After Discharge on Hospital Readmissions**
Bricard D. et Or Z.
- 25 **La médiation pour les professionnels des établissements hospitaliers et médico-sociaux publics : un service émergent face à de grands défis**
Couty É.
- 26 **The Role of Governance in Different Types of Interhospital Collaborations: A Systematic Review**
De Pourcq K., De Regge M., Van den Heede K., et al.
- 26 **Does Managed Competition Constrain Hospitals' Contract Prices? Evidence from the Netherlands**
Douven R., Burger M. et Schut F.
- 26 **Plus ou moins de pouvoirs dans la CME (Commission médicale d'établissement) : les contradictions du projet de loi de santé**
Geu-Coue M.
- 27 **Attente, urgences, gradation des soins : les faiblesses du système de santé suédois**
Jollivet J. F.

- 27 **A Payer Perspective of the Hospital Inpatient Additional Care Costs of Antimicrobial Resistance in France: A Matched Case–Control Study**

Touat M., Opatowski M., Brun-Buisson C., et al.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 27 **Exploring the Impact of Out-Of-Pocket Costs on the Quality of Life of Canadian Cancer Patients**
Fitch M. et Longo C. J.
- 27 **Here Comes the SUN: Self-Assessed Unmet Need, Worsening Health Outcomes, and Health Care Inequity**
Gibson G., Grignon M., Hurley J., et al.
- 28 **The Healthy Immigrant Effect: The Role of Educational Selectivity in the Good Health of Migrants**
Ichou M. et Wallace M.
- 28 **Discriminations dans l'accès à la banque et à l'assurance : Les enseignements de trois testings**
L'Horty Y., Bunel M., Mbaye S., et al.
- 29 **Sex Differences in Mortality in Migrants and the Swedish-Born Population: Is There a Double Survival Advantage for Immigrant Women?**
Oksuzyan A., Mussino E. et Drefahl S.

Médicaments Pharmaceuticals

- 29 **The Association of Potentially Inappropriate Medication Use on Health Outcomes and Hospital Costs in Community-Dwelling Older Persons: A Longitudinal 12-Year Study**
Hyttinen V., Jyrkkä J., Saastamoinen L. K., et al.
- 29 **The Effects of Payments for Pharmaceuticals: A Systematic Literature Review**
Kolasa K. et Kowalczyk M.
- 29 **Interest of Several Pharmaceutical Activities to Secure the Care Pathway of Elderly Patients?**
Tissot M., Berthou J., Gerard B., et al.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

- 30 **Identifying Diabetes Cases in Health Administrative Databases: A Validation Study Based on a Large French Cohort**
Fuentes S., Cosson E., Mandereau-Bruno L., et al.
- 30 **Valuation of Preference-Based Measures: Can Existing Preference Data Be Used to Select a Smaller Sample of Health States?**
Kharroubi S. A. et Rowen D.
- 30 **A Review of Attitudes Towards the Reuse of Health Data Among People in the European Union: The Primacy of Purpose and the Common Good**
Skovgaard L. L., Wadmann S. et Hoeyer K.
- 31 **Le réseau social de la communauté francophone des chercheurs en Systèmes d'Information**
Vitari C. et Pillet J.-C.

Politique de santé

Health Policy

- 31 **Macron's Grand Débat Speech Falls Short for Health Sector**
Devi S.
- 31 **Une co-construction des directives anticipées « patient-médecin » est-elle possible en unité de soins palliatifs ?**
Dyl C., Saussac C. et Burucoa B.
- 32 **A New End-Of-Life Law? An Italian Detour**
Maglio M.
- 32 **Banque de données en santé publique : les raisons de la colère ?**
Sizaret A., Laurent A. et Ferron C.

Prévention

Prevention

- 32 **Éducation thérapeutique du patient diabétique en médecine générale**
Ali-Kada A., Charles R., Valee J., et al.
- 33 **Les lobbies du tabac organisent l'anti-prévention du tabagisme**
Dautzenberg B.

- 33 **Le vaccinateur et la politique : être assis entre deux chaises n'est pas toujours confortables. Enquête sur la perception de la politique vaccinale par les pédiatres français**

Vie Lesage F., Gelbert N., Cohen R., et al.

- 33 **Les collégiens de 6e participant à l'essai de prévention du tabagisme en milieu scolaire en Essonne : « PEPITES »**

Vieira S., Cheruel F. et Sancho-Garnier H.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

- 34 **Évaluation des effets d'une intervention infirmière sur l'adhésion thérapeutique des personnes diabétiques de type 2**
Atallah R., Côté J. et Bekarian G.
- 34 **Le processus d'implication des patients dans l'évaluation des technologies de santé à l'HAS**
Nabarette H.

Psychiatrie

Psychiatry

- 35 **Gender Differences in the Influence of Mental Health on Job Retention**
Barnay T. et Defebvre É.
- 35 **Familles et handicaps mentaux ou psychiques**
Béliard A. et Eidelman J.-S.
- 35 **L'habitat inclusif : un progrès pour la santé mentale ?**
Camelot G. et Terrier G.
- 35 **La psychiatrie, déprimée ?**
Conrath P. et Ouazzani M.
- 36 **Mieux diffuser le savoir et l'expérience relative à l'intervention précoce dans les troubles psychiatriques : création d'une branche francophone de l'IEPA**
Conus P., Baki A. A., Krebs M.-O., et al.
- 36 **Oral Health in Schizophrenia Patients: A French Multicenter Cross-Sectional Study**
Denis F., Milleret G., Wallenhorst T., et al.

- 36 **Accompagner les transformations des organisations. Prendre soin du collectif et de chacun**
Dubreuil-Nayrac I., Caillat C., Boisson J.-F. et Werlen M.
- 37 **De l'hôpital psychiatrique vers la Maison d'Accueil Spécialisé**
Durand B.
- 37 **Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017)**
Einhorn L., Rivière M., Chappuis M., et al.
- 37 **Le CMP pensé comme une équipe mobile**
Fernández V. M., Castrien A. et Lagier F.
- 37 **Satisfaction with Emergency Departments and Other Mental Health Services Among Patients with Mental Disorders**
Fleury M.J., Grenier G. et Farand L.
- 38 **Geographic Variations in Involuntary Care and Associations with the Supply of Health and Social Care: Results from a Nationwide Study**
Gandre C., Gervaix J., Thillard J., et al.
- 38 **Thirty-Day Readmission Rates and Associated Factors: A Multilevel Analysis of Practice Variations in French Public Psychiatry**
Gandre C., Gervaix J., Thillard J., et al.
- 39 **Understanding Geographic Variations in Psychiatric Inpatient Admission Rates: Width of the Variations and Associations with the Supply of Health and Social Care in France**
Gandre C., Gervaix J., Thillard J., et al.
- 39 **La protection du migrant « non-éloignable » en raison de son état de santé dans la jurisprudence européenne**
Genonceau C.
- 40 **Raconter sa déraison. Émotions et crédibilité de la parole de représentantes d'usagers en santé mentale**
Godrie B.
- 40 **Équipes mobiles en santé mentale : quelle mobilité dans quel système de santé mentale ?**
Henckes N.
- 40 **Addressing Mental Health Issues Among Migrant and Refugee Pregnant Women: A Call for Action**
Iliadou M., Papadakaki M., Sioti E., et al.
- 40 **Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives**
Kannas S. et Pastour N.
- 41 **Aidants profanes en psychiatrie et politiques sociales**
Kovess-Masféty V. et Villani M.
- 41 **Rôle du pair-aidant en santé mentale**
Lamadon C.
- 41 **Influence of a Therapeutic Patient Education (TPE) Program on Quality of Life in Bipolar Disorder: Preliminary Results**
Lequimener-de Lorgeril V., Chirio-Espitalier M. et Grall-Bronnec M.
- 42 **De la mobilité à la mobilisation des ressources psychiques et/ou institutionnelles. Expérience d'Étape auprès des « adolescents difficiles » pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse**
Maccotta J.-C., Larose P., Piot M.-A., et al.
- 42 **Liens transnationaux et santé mentale : de la nécessité du lien entre ici et là-bas? Le cas des migrations africaines en Île-de-France**
Pannetier J.
- 42 **La santé mentale en migrations internationales**
Petit V. et Wang S.
- 43 **Implications des usagers en santé mentale : un défi permanent. Commentaire**
Roelandt J. L.

Sociologie de la santé Sociology of Health

- 43 **La surveillance relationnelle de la santé. Du soupçon au soutien : les réactions face à un proche qui ne se soigne pas**
Ferrand A.

- 43 **Patients' Perspective on How to Improve the Care of People with Chronic Conditions in France: A Citizen Science Study Within the Compare E-Cohort**

Tran V.-T., Riveros C., Péan C., et al.

- 44 **The Relation Between Patient Education, Patient Empowerment and Patient Satisfaction: A Cross-Sectional-Comparison Study**

Yeh M.-Y., Wu S.-C. et Tung T.-H.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

- 44 **Faire carrière ici ou là. Les trajectoires d'accès à l'emploi des jeunes docteurs**

Bernela B. et Bertrand I.

- 45 **Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville**

Bourgeois I.

- 45 **Bénéfices de la prise en charge intégrée de l'insuffisance cardiaque : l'exemple d'Intermountain Healthcare (États-Unis)**

Bréchat P.-H., Rasmusson K., Briot P., et al.

- 45 **Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ?**

Buttard A., Macé F., Morvan L., et al.

- 46 **Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins : La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé**

De Haas P.

- 46 **Patient Use of an Online Triage Platform: A Mixed-Methods Retrospective Exploration in UK Primary Care**

Eccles A., Hopper M., Turk A., et al.

- 46 **Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluri-professionnelles**

Fournier C.

- 47 **La situation des soins de santé primaires en France**

Gay B. et Duhamel S.

- 47 **Les rythmes d'une relation d'influence : médecins libéraux et visiteuses de l'industrie pharmaceutique**

Greffion J.

- 47 **The Relation Between Patient-Centeredness and Patient Empowerment: A Discussion on Concepts**

Holmstrom I. et Roing M.

- 48 **Primary Care Reform in Manitoba, Canada, 2011–15: Balancing Accountability and Acceptability**

Kreindler S. A., Metge C., Struthers A., et al.

- 48 **Coordination infirmière et maladies chroniques : état des lieux des activités en médecine adulte à l'Assistance Publique-hôpitaux de Paris**

Laurent J., Le Cossec C. et de Chambine S.

- 49 **La réforme de la première année commune aux études de santé. Construction et mise à l'épreuve d'un dispositif de gestion des flux étudiants**

Marques S.

- 49 **L'exercice regroupé et coordonné en maison de santé pluri-professionnelle est-il protecteur de l'épuisement professionnel ? Remise en question d'un paradigme**

Nguyen A., Joachim F., Lancrerot S. L., et al.

- 49 **Les maisons de santé pluri-professionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens**

Pedrot F., Fernandez G. et Le Borgne-Uguen F.

- 50 **Differences in Portuguese Primary Care Quality: An Analysis Using Geographical and Patient Satisfaction Data**

Raposo V., Ferreira P. et Tavares A.

- 50 **Regards sur la kinésithérapie en 2018**

Remondière R. et Durafour M.-P.

- 50 **Coordinating Primary Care Services: A Case of Policy Layering**

Rudoler D., Peckham A., Grudniewicz A., et al.

- 50 **Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation**

Schweyer F.-X.

- 51 **Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux**
Schweyer F.-X. et Vezinat N.
- 51 **Améliorer la prise en charge de l'enfant atteint de diabète de type 1 et celle de sa famille : quel rôle pour l'infirmière de pratique avancée, coordinatrice de parcours complexe de soins ? Une étude qualitative et exploratoire**
Tellier H., Colson S. et Gentile S.
- 51 **Temporary Removal: Who Had Access to Doctors Before and After New Universal Capitated Subsidies in New Zealand?**
Thomson M.
- 52 **La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying**
Vezinat N.
- 52 **Impact de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité sur la perception du système de santé français**
Virama-Latchoumy L., Chevillot D., Rousselot N., et al.

Systemes de santé Health Systems

- 52 **Why Do Accountable Care Organizations Leave the Medicare Shared Savings Program?**
Bleser W. K., Saunders R. S., Muhlestein D. B., et al.
- 53 **The Career of Medical Public Health Specialists Graduated from the French Public Health Medical Residency**
Guerra J. et Dugue F.
- 53 **Impact of Accountable Care Organizations on Utilization, Care, and Outcomes: A Systematic Review**
Kaufman B. G., Spivack B. S., Stearns S. C., et al.
- 53 **Les plateformes territoriales d'appui : une réforme partielle de plus pour répondre au défi de la prise en charge ambulatoire des patients complexes ?**
Sebai J.

- 54 **Community-Based Specialist Palliative Care Teams and Health System Costs at End of Life: A Retrospective Matched Cohort Study**
Seow H., Salam-White L. et Bainbridge D.
- 54 **Inappropriateness of Health Care in Canada: A Systematic Review Protocol**
Squires J. E., Graham I. D., Grinspun D., et al.

Travail et santé Occupational Health

- 55 **Impact of Late and Prolonged Working Life on Subjective Health: The Swedish Experience**
Anxo D., Ericson T. et Miao C.
- 55 **Changing Labour Market Conditions During the 'Great Recession' and Mental Health in Scotland 2007–2011: An Example Using the Scottish Longitudinal Study and Data for Local Areas in Scotland**
Curtis S., Pearce J., Cherrie M., et al.
- 56 **L'exercice salarié apporte-t-il une meilleure qualité de vie privée et professionnelle ?**
Siblini M., Trombert Paviot B. et Laval B.
- 56 **Les enjeux psychosociaux du télétravail : comment accompagner les organisations ?**
Vayre É. et Delfosse C.
- 56 **Les enjeux psychosociaux du télétravail : comment accompagner les organisations ?**
Vayre É. et Delfosse C.

Vieillesse Ageing

- 56 **Avis n° 128 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) sur les « Enjeux éthiques du vieillissement »**
Comité Consultatif National d'Éthique
- 57 **Le genre et l'aide familiale aux seniors dépendants**
Banens M., Thomas J. et Boukabza C.
- 57 **[Heart Failure in the Elderly: A Challenge for the Health System and a Model for the Management of Chronic Diseases]**
Belmin J., Lafuente-Lafuente C. et Hittinger L.

- 58 **Être salarié et aider un proche âgé dépendant : droits sociaux et arrangements locaux**
Charlap C., Caradec V., Chamahian A., et al.
- 58 **La diversité des formes d'aide et des répercussions de l'aide sur les aidants**
Cheneau A.
- 58 **The Impact of Long-Term Care on Primary Care Doctor Consultations for People over 75 Years**
Forder J., Gousia K. et Saloniki E.-C.
- 59 **Spécificités françaises de la démarche Villes amies des aînés : une dynamique politique soutenue par le Réseau francophone**
Giacomini A. et Lefebvre P.-O.
- 59 **La place des aidants profanes dans les politiques sociales, entre libre choix, enrôlements et revendications**
Giraud O., Outin J.-L. et Rist B.
- 59 **Favoriser les liens intergénérationnels en Ehpad**
Grillet A.
- 59 **Faisabilité de l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus en médecine générale**
Martin-Kleisch A., Drame M. et Zulfiqar A. A.
- 60 **Multimorbidity and Health Outcomes in Older Adults in Ten European Health Systems, 2006-15**
Palladino R., Pennino F., Finbarr M., et al.
- 60 **Dilemmes moraux et conflictualités autour des frontières du care entre aidé-e-s et aidant-e-s rémunéré-e-s**
Petiau A. et Rist B.
- 60 **Politiques de la vieillesse, politiques de l'autonomie : quelles dynamiques territoriales et démocratiques ?**
Pouchadon M.-L. et Martin P.
- 61 **Entre besoins d'aides et obligations familiales et professionnelles : les aidants sont-ils libres d'aider leur(s) parent(s) en situation de perte d'autonomie ?**
Zerrar N.

Assurance maladie

Health Insurance

► Moral Hazard in Health Insurance

GRIGNON M., HURLEY J., FEENY D., et al.
2018

Oeconomica 8(3): 367-405.

<https://journals.openedition.org/oeconomia/3470>

Cette histoire du risque moral en assurance maladie montre que ce concept est différent du concept de risque moral utilisé en économie hors de l'économie de la santé. Les économistes de la santé sont en désaccord sur l'interprétation et la conceptualisation du risque moral en assurance maladie et nous montrons que ces désaccords peuvent s'organiser autour de deux questions principales : une sur la nature de la demande de soins médicaux et l'autre sur la nature de la demande d'assurance maladie. La première controverse porte sur la capacité des consommateurs à choisir de manière informée et, par conséquent, sur la façon dont nous valorisons les soins consommés. La seconde porte sur l'idée que l'utilité dérivée de la consommation est affectée significativement par les changements dans l'état de santé d'un individu, et que l'assurance maladie peut être par conséquent conçue comme un transfert de revenu entre états du monde, plutôt que comme une protection contre le risque financier.

► Can Universal Access Be Achieved in a Voluntary Private Health Insurance Market? Dutch Private Insurers Caught Between Competing Logics

VONK R. A. A. ET SCHUT F. T.

2019

Health Econ Policy Law 14(3): 315-336.

For almost a century, the Netherlands was marked by a large market for voluntary private health insurance alongside state-regulated social health insurance. Throughout this period, private health insurers tried to safeguard their position within an expanding welfare state. From an institutional logics perspective, we analyze how private health insurers tried to reconcile the tension between a competitive insurance market pressuring for selective underwriting and actuarially fair premiums (the insurance logic), and an upcoming welfare state pressuring for universal access and socially fair premiums (the welfare state logic). Based on primary sources and the extant historiography, we distinguish six periods in which the balance between both logics changed significantly. We identify various strategies employed by private insurers to reconcile the competing logics. Some of these were temporarily successful, but required measures that were incompatible with the idea of free entrepreneurship and consumer choice. We conclude that universal access can only be achieved in a competitive individual private health insurance market if this market is effectively regulated and mandatory cross-subsidies are effectively enforced. The Dutch case demonstrates that achieving universal access in a competitive private health insurance market is institutionally complex and requires broad political and societal support.

Demography

► **L'évolution démographique récente de la France. Naissances, décès, unions et migrations : à chacun sa saison**

BRETON D., BARBIERI M., D'ALBIS H., *et al.*
2018

Population 73(4): 623-692.

Au premier janvier 2018, la France comptait près de 66,9 millions d'habitants, soit 122 300 personnes de plus que l'année précédente, mais l'accroissement annuel moyen, et tout particulièrement l'accroissement naturel, n'ont jamais été aussi faibles depuis 20 ans, voire 40 ans. L'indice conjoncturel de fécondité poursuit sa baisse, observée notamment chez les femmes les plus jeunes. Le nombre de titres de séjour délivrés augmente en 2016 (près de 220 000). La nuptialité continue de diminuer, tant pour les couples hétérosexuels que pour les couples de même sexe. En 2017, la mortalité recule de nouveau, mais le nombre de décès dépasse 600 000, chiffre lié au vieillissement de la population. Les causes de mortalité dont les évolutions sont les plus préoccupantes sont le cancer chez les femmes, les maladies par troubles mentaux et les maladies du système nerveux. Les événements démographiques ne se répartissent pas uniformément au fil de l'année : les mariages et mises en union libre sont plus souvent observés au printemps et en été, les naissances en été et à l'automne, tout comme les entrées sur le territoire; alors que l'hiver et la fin de l'année marquent une recrudescence d'enregistrements de pacs et des pics de mortalité.

► **Migrations en France et en Europe**

HÉRAN F. ET SARTHOU-LAJUS N.

2019

Études Avril(4): 45-55.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2019-4-page-45.htm>

Les migrations s'annoncent comme un thème incontournable des prochaines élections européennes. Les flux migratoires, liés à l'origine aux besoins économiques, sont de plus en plus régis par des logiques juridiques et éthiques qui excèdent le cadre national. Il revient aux politiques de clarifier les termes du débat, au lieu de suivre aveuglément les remous de l'opinion.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical Technologies

► **La santé : quoi de neuf ? Le recours aux outils numériques**

BASS H.-P., BRUN D. ET SARDAS J.-C.
2019

Le Journal des psychologues 365(3): 58-65.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2019-3-page-58.htm>

Le recours aux outils numériques devient incontournable dans la société actuelle. Le milieu de la santé en ressent particulièrement les mutations qu'ils induisent, touchant directement le système de santé, les dispositifs de soins, mais aussi les relations entre les différentes catégories professionnelles, entre le malade et le médecin. Des constats qui furent analysés lors du Colloque « La santé : quoi de neuf ? » dont cette revue retranscrit les contributions.

► **Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine : le cas des Maisons de Santé en France**

HABIB J., YATIM F. ET SEBAI J.
2019

Systèmes d'information & management 24(1): 47-85.

<https://www.cairn.info/revue-systemes-d-information-et-management-2019-1-page-47.htm>

En réponse à un contexte à la fois complexe et fragile marqué par une volonté d'amélioration de la qualité des soins et de maîtrise des dépenses de santé, les systèmes d'information appréhendés comme l'un des socles essentiels de la refonte organisationnelle actuelle du système de santé. Plus particulièrement, la télémédecine apparaît comme une innovation organisationnelle indispensable pour pallier les faiblesses du système et assurer l'accessibilité à tous à des soins de qualité. Considéré comme un maillon du processus de soin, le développement de la télémédecine semble exiger un changement organisationnel et culturel important pour les structures de soins et leurs patients. Partant de ce contexte, notre recherche propose d'étudier les facteurs de nature technologique, organisationnelle et externe susceptibles de favoriser l'émergence des pratiques de télémédecine dans les

maisons de santé en France. Pour cela, nous combinons dans une approche exploratoire deux sources de données. La première source de données, de nature secondaire et déclarative, mobilise le bilan établi à la fin de l'année 2014 par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) concernant les maisons de santé recensées depuis 2008 sur le territoire français. Pour approfondir cette première analyse, une seconde source de données de nature qualitative a été mobilisée. Celle-ci repose sur vingt-deux entretiens auprès d'acteurs impliqués dans la mise en place de dispositifs de télémédecine au sein de ces maisons de santé. Les résultats de cette recherche révèlent que l'émergence des pratiques de la télémédecine semble influencée par une logique de besoins de coordination externe sur le territoire de soins davantage que par une logique de croissance interne ou de maturité structurelle ou technologique. Sur ce dernier point, celui de la maturité technologique, nous observons au contraire un développement concomitant des projets de SI intégré et de télémédecine. Fort de ce résultat, la principale contribution théorique de cette recherche est de discuter le lien entre intégration interne et externe au sein des trajectoires d'informatisation.

► **Le règlement général européen sur la protection des données personnelles et la relation médecin-patient**

PICART E.
2018

Médecine : De la Médecine Factuelle à nos pratiques 14(10): 471-477

Le médecin est au cœur de la récolte et du traitement des données de santé. De ce fait, le nouveau règlement général sur la protection des données personnelles lui est applicable. D'un côté, le médecin est soumis à des obligations concernant le traitement des données de santé, alors que de l'autre, le patient détient des droits sur celles-ci.

Health Economics

► Le financement du système de santé : dossier

ANDRE J. M., HUBERT J. ET KERVASDOUE J.
2019

Gestions Hospitalières(583): 90-125.

En matière de financement du système de santé français, une chose semble être entendue : il faut en revoir les modalités. Critiquée de toute part et, dans l'esprit de certains, source de tous les maux, la tarification à l'activité, qu'elle s'applique en ville ou à l'hôpital, doit être adaptée. Elle avait pourtant apporté une bouffée d'oxygène lors de sa mise en place en 2008. Ce dossier revient sur sa mise en place et sur le modèle de financement du système de santé français.

► Do Political Factors Influence Public Health Expenditures? Evidence Pre- and Post-Great Recession

BELLIDO H., OLMOS L. ET ROMÁN-ASO J. A.
2019

The European Journal of Health Economics 20(3): 455-474.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-1010-2>

This paper analyses whether government ideology and other political- and electoral-related factors influence country-level public healthcare expenditures, focusing on the impact of the Great Recession on that relationship. We test this hypothesis for the OECD countries in 1970–2016. Our results reveal the presence of a partisan effect, left-wing governments being more likely to raise public expenditures in the health sector. We also find that coalitions increase these expenditures, whilst minority governments and those with a high presence in the lower house decrease them. Meanwhile, the opportunistic behaviour of incumbents related to the timing of elections is not supported by our results. The percentage of public expenditures over total health expenditures is also examined, obtaining similar results regarding the partisan effect. However, the onset of the Great Recession has altered these relationships, neutralizing the impact of political factors.

► Health Care Spending and Utilization in Public and Private Medicare

CURTO V., EINAV L., FINKELSTEIN A., *et al.*
2019

American Economic Journal: Applied Economics 11(2): 302-332.

We compare health care spending in public and private Medicare using newly available claims data from Medicare Advantage (MA) insurers. MA insurer revenues are 30 percent higher than their health care spending. Adjusting for enrollee mix, health care spending per enrollee in MA is 9 to 30 percent lower than in Traditional Medicare (TM), depending on the way we define “comparable” enrollees. Spending differences primarily reflect differences in health care utilization, with similar reductions for “high-value” and “low-value” care, rather than health care prices. We present evidence consistent with MA plans encouraging substitution to less expensive care and engaging in utilization management.

► Neighborhood Socioeconomic Status and Health Care Costs: A Population-Wide Study in the Netherlands

DE BOER W. I. J., BUSKENS E., KONING R. H., *et al.*
2019

Am J Public Health: e1-e7.

The aim of this study is to identify disparities in several types of insured health care costs in the Netherlands across neighborhoods with different socioeconomic statuses and to assess the room for improvement. We used 2015 Dutch whole-population registry data to estimate the age- and gender-specific cost structure by neighborhood for total, specialist, pharmaceutical, and mental health care. Classifying neighborhoods by the quintile of their neighborhood socioeconomic status (NSES), we determined differences in observed and expected health care costs for several scenarios of NSES improvement. From low to high NSES, we found a clear downward gradient in health care costs. Total health care costs would drop by 7.3% if each neighborhood's cost structure was equal to that of the most affluent neighborhoods. The potential for cost reduc-

tion appeared highest for females, for age groups between 40 and 60 years, and for pharmaceutical care. Low NSES is associated with relatively high health care costs, and represents considerable potential for cost savings in health care. Our research suggests that policies aimed at improving the socioeconomic determinants of health locally may be pivotal in containing health care costs

► **Testing the Myth of Fee-For-Service and Overprovision in Health Care**

DI GUIDA S., GYRD-HANSEN D. ET OXHOLM A. S.
2019

Health Econ 28(5): 717-722.

Paying on the basis of fee-for-service (FFS) is often associated with a risk of overprovision. Policymakers are therefore increasingly looking to other payment schemes to ensure a more efficient delivery of health care. This study tests whether context plays a role for overprovision under FFS. Using a laboratory experiment involving medical students, we test the extent of overprovision under FFS when the subjects face different fee sizes, patient types, and market conditions. We observe that decreasing the fee size has an effect on overprovision under both market conditions. We also observe that patients who are harmed by excess treatment are at little risk of overprovision. Finally, when subjects face resource constraints but still have an incentive to overprovide high-profit services, they hesitate to do so, implying that the presence of opportunity costs in terms of reduced benefits to other patients protects against overprovision. Thus, this study provides evidence that the risk of overprovision under FFS depends on fee sizes, patients' health profiles, and market conditions.

► **Medicare's Bundled Payments for Care Improvement Initiative Maintained Quality of Care for Vulnerable Patients**

MAUGHAN B. C., KAHVECIOGLU D. C., MARRUFO G.,
et al.
2019

Health Aff (Millwood) 38(4): 561-568.

The Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) initiative established four models to test whether linking payments for an episode of care could reduce

Medicare payments while maintaining or improving quality. Evaluations concluded that model 2, the largest, generally lowered payments without reducing quality for the average beneficiary, but these global results could mask adverse findings among vulnerable subpopulations. We analyzed changes in emergency department visits, unplanned hospital readmissions, and all-cause mortality within ninety days of hospital discharge among beneficiaries with one or more of three vulnerable characteristics-dementia, dual eligibility for Medicare and Medicaid, and recent institutional care-in 105,458 beneficiary episodes in the period October 2013-December 2016. The results for twelve types of medical and surgical BPCI episodes were evaluated relative to results in matched comparison groups. Our findings suggest that BPCI model 2 did not adversely affect care quality for beneficiaries with vulnerabilities. While this conclusion does not discourage the further development of bundled payment models, policy makers should support ongoing research to ensure that vulnerable populations are not adversely affected by these approaches.

► **Les biens de santé sont-ils privés ou communs ?**

MOINE-DUPOUIS I.
2019

Études Avril(4): 57-66.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2019-4-page-57.htm>

La question de la santé ne cesse de nous rappeler notre commune condition; dès lors, les biens censés la protéger ne devraient-ils pas être à tous? Permettre l'accès à des thérapies abordables est un moyen d'ajuster les règles qui en font trop souvent, aujourd'hui, l'apanage des plus favorisés. L'institution d'une sécurité sociale et de politiques corrigeant les excès de la propriété intellectuelle contribuent encore insuffisamment à nous rapprocher d'un statut de biens communs pour au moins les médicaments essentiels.

► **Maryland's Experiment with Capitated Payments for Rural Hospitals: Large Reductions in Hospital-Based Care**

PINES J. M., VATS S., ZOCCHI M. S., *et al.*

2019

Health Aff (Millwood) 38(4): 594-603.

In 2010 Maryland replaced fee-for-service payment for some rural hospitals with “global budgets” for hospital-provided services called Total Patient Revenue (TPR). A principal goal was to incentivize hospitals to manage resources efficiently. Using a difference-in-differences design, we compared eight TPR hospitals to seven similar non-TPR Maryland hospitals to estimate how TPR affected hospital-provided services. We also compared health care use by “treated” patients in TPR counties to that of patients in counties containing control hospitals. Inpatient admissions and outpatient services fell sharply at TPR hospitals, increasingly so over the period that TPR was in effect. Emergency department (ED) admission rates declined 12 percent, direct (non-ED) admissions fell 23 percent, ambulatory surgery center visits fell 45 percent, and outpatient clinic visits and services fell 40 percent. However, for residents of TPR counties, visits to all Maryland hospitals fell by lesser amounts and Medicare spending increased, which suggests that some care moved outside of the global budget. Nonetheless, we could not assess the efficiency of these shifts with our data, and some care could have moved to more efficient locations. Our evidence suggests that capitation models require strong oversight to ensure that hospitals do not respond by shifting costs to other providers.

► **Catastrophic Risk Associated with Out-Of-Pocket Payments for Long Term Care in Spain**

DEL POZO-RUBIO R. ET JIMÉNEZ-RUBIO D.

2019

Health Policy 123 (6) : 582-589

This study analyses the financial burden associated with the introduction of copayment for long term care (LTC) in Spain in 2012 for dependent individuals. We analyse and identify households for which the dependency-related out-of-pocket payment exceeds the defined catastrophic threshold (incidence), and the gap between the copayment and the threshold for the catastrophic copayment (intensity), for the full population sample and for subsamples based on the level of long-

term care dependency and on regional characteristics (regional income and political ideology of party ruling the region). The results obtained show there is a higher risk of impoverishment due to copayment among relatively well-off dependents, although the financial burden falls more heavily on less well-off households. Our findings also reveal interesting regional patterns of inequity in financing and access to long-term care services, which appear to be explained by an uneven development of LTC services (monetary transfers versus formal services) and varying levels of copayment across regions. Conclusions The new copayment for long-term care dependency in Spain is an important factor of catastrophic risk, and more attention should be addressed to policies aimed at improving the progressivity of out-of-pocket payments for LTC services within and between regions. In addition, formal services should be prioritised in all regions in order to guarantee equal access for equal need.

► **Re-Thinking Unmet Need for Health Care: Introducing a Dynamic Perspective**

SMITH S. ET CONNOLLY S.

2019

Health Econ Policy Law: 25 : 1-18.

There is an increasing interest in assessing unmet need for health care services particularly in European countries. Despite this there has been relatively little analysis of unmet need in the European or wider international setting. It remains a challenge to pin down what types of unmet need can and should be addressed by health care policymakers, and how to go about identifying and quantifying those unmet needs. The objective of this paper is to propose a new way of thinking about unmet need for health care which can in turn guide analysis of unmet need in terms of potential data sources and analytic approaches. Unmet need is shown to be a complex multi-faceted concept that cannot be captured by a single indicator or measurement. To advance the literature in this field, this paper considers what happens to unmet need over time. By introducing a dynamic perspective, three alternative trajectories for health care needs are outlined: non-use of health care, delayed use of health care and sub-optimal use of health care. These trajectories are discussed with a view to improving the focus, and policy applicability, of empirical research in this field.

► **Long-Term Medical Costs of Alzheimer’s Disease: Matched Cohort Analysis**

SOPINA E., SPACKMAN E., MARTIKAINEN J., *et al.*
2019

The European Journal of Health Economics 20(3): 333-342.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-1004-0>

Medical costs associated with Alzheimer’s disease (AD) are characterised by uncertainty and are often presented in a format unsuitable for decision modelling. We set out to estimate long-term medical costs attributable to AD compared to the general population for use in decision modelling.

► **Association of Medicare’s Bundled Payments for Care Improvement Initiative with Patient-Reported Outcomes**

TROMBLEY M. J., MCCLELLAN S. R., KAHVECIOGLU D. C., *et al.*
2019

Health Serv Res. [Ahead of print]

The objective of this paper is to determine whether the Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) initiative affected patient-reported measures of quality. Data sources came from the surveys of Medicare fee-for-service beneficiaries discharged from acute care hospitals participating in BPCI Model 2 and comparison hospitals between October 2014 and June 2017. Variables from Medicare administrative data and the Provider of Services file were used for sampling and risk adjustment. We estimated risk-adjusted differences in patient-reported measures of care experience and changes in functional status, for beneficiaries treated by BPCI and comparison hospitals. We selected a stratified random sample of BPCI and matched comparison beneficiaries. We fielded nine waves of surveys using a mail and phone protocol, yielding 29 193 BPCI and 29 913 comparison respondents. Most BPCI and comparison survey respondents reported a positive care experience and high satisfaction. BPCI respondents were slightly less likely than comparison respondents to report positive care experience or high satisfaction. Despite these differences in care experience, there was no difference between BPCI and comparison respondents in self-reported functional status approximately 90 days after hospital discharge. These findings reduce concerns that BPCI may have unintentionally harmed

patient health but suggest room for improvement in patient care experience.

► **Commercial Health Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss Health Systems Inefficiency?**

UNGER J.-P. ET DE PAEPE P.
2019

International Journal of Health Services 49 (3) :431-456

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020731419847113>

This article evaluates the performance of 3 industrialized nations that have pursued market-based financing models, focusing on equity in access to care, care quality, health status, and efficiency. It then assesses the consistency of the findings with those of different research teams. Using secondary data obtained from a semi-structured review of articles from 2000 to 2017, we discuss the hypothesis that commercial health care insurance is detrimental to accessing professional health care and to population health status. The results show that in 2010 the unmet care needs of both poor and rich Americans exceeded those of the poor in several industrial countries. The number of Dutch adults experiencing financial obstacles to health care quadrupled between 2007 and 2013, and 22% of Swiss adults reported skipping needed care in a 2016 survey. The most negative impacts of “managed care” on care quality are its tight constraints on physicians’ professional autonomy; a large reliance on the physicians’ material motivation; health service fragmentation; and the tendency to apply evidence-based medicine too rigidly. Countries with a commercial insurance monopoly generally remained above the maternal, infant, and neonatal mortality rates versus the health-spending regression line. We conclude that the most inefficient system is where the insurance market has achieved its maximal development and that care industrialization contributes to the comparatively poor performance of the U.S., Dutch, and Swiss health systems.

► **Design and Effects of Outcome-Based Payment Models in Healthcare: A Systematic Review**

VLAANDEREN F. P., TANKE M. A., BLOEM B. R., *et al.*
2019

The European Journal of Health Economics 20(2): 217-232.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0989-8>

Outcome-based payment models (OBPMs) might solve the shortcomings of fee-for-service or diagnostic-related group (DRG) models using financial incentives based on outcome indicators of the provided care. This review provides an analysis of the characteristics and effectiveness of OBPMs, to determine which models lead to favourable effects.

► **Measuring Catastrophic Medical Expenditures: Reflections on Three Issues**

WAGSTAFF A.
2019

Health Economics: Ahead of print.

In the “basic” approach, medical expenses are catastrophic if they exceed a prespecified percentage

of consumption or income; the approach tells us if expenses cause a large percentage reduction in living standards. The ability-to-pay (ATP) approach defines expenses as catastrophic if they exceed a prespecified percentage of consumption less expenses on nonmedical necessities or an allowance for them. The paper argues that the ATP approach does not tell us whether expenses are large enough to undermine a household’s ability to purchase nonmedical necessities. The paper compares the income-based and consumption-based variants of the basic approach, and shows that if the individual is a borrower after a health shock, the income-based ratio will exceed the consumption-based ratio, and both will exceed the more theoretically correct Flores *et al.* ratio; whereas if the individual continues to be a saver after a health shock, the ordering is reversed and the income-based ratio may not overestimate Flores *et al.*’s ratio. Last, the paper proposes a lifetime money metric utility (LMMU) approach defining medical expenses as catastrophic in terms of their lifetime consequences. Under certain assumptions, the LMMU and Flores *et al.* approaches are identical, and neither requires data on how households finance their medical expenses.

État de santé

Health Status

► **Progress in Adolescent Health and Wellbeing: Tracking 12 Headline Indicators for 195 Countries and Territories**

AZZOPARDI P. S., HEARPS S. J. C., FRANCIS K. L., *et al.*
2019

The Lancet 393(10176): 1101-1118.

Rapid demographic, epidemiological, and nutritional transitions have brought a pressing need to track progress in adolescent health. Here, we present country-level estimates of 12 headline indicators from the Lancet Commission on adolescent health and wellbeing, from 1990 to 2016.

► **Rising Rural Body-Mass Index Is the Main Driver of the Global Obesity Epidemic in Adults**

BIXBY H., BENTHAM J., ZHOU B., *et al.*
2019

Nature 569(7755): 260-264.

<https://doi.org/10.1038/s41586-019-1171-x>

Body-mass index (BMI) has increased steadily in most countries in parallel with a rise in the proportion of the population who live in cities^{1,2}. This has led to a widely reported view that urbanization is one of the most important drivers of the global rise in obesity^{3–6}. Here we use 2,009 population-based studies, with measurements of height and weight in more than 112 million adults, to report national, regional and global trends

in mean BMI segregated by place of residence (a rural or urban area) from 1985 to 2017. We show that, contrary to the dominant paradigm, more than 55% of the global rise in mean BMI from 1985 to 2017—and more than 80% in some low- and middle-income regions—was due to increases in BMI in rural areas. This large contribution stems from the fact that, with the exception of women in sub-Saharan Africa, BMI is increasing at the same rate or faster in rural areas than in cities in low- and middle-income regions. These trends have in turn resulted in a closing—and in some countries reversal—of the gap in BMI between urban and rural areas in low- and middle-income countries, especially for women. In high-income and industrialized countries, we noted a persistently higher rural BMI, especially for women. There is an urgent need for an integrated approach to rural nutrition that enhances financial and physical access to healthy foods, to avoid replacing the rural undernutrition disadvantage in poor countries with a more general malnutrition disadvantage that entails excessive consumption of low-quality calories.

► **The Relationships Between Democratic Experience, Adult Health, and Cause-Specific Mortality in 170 Countries Between 1980 and 2016: An Observational Analysis**

BOLLYKY T. J., TEMPLIN T., COHEN M., *et al.*
2019

[The Lancet 393\(10181\): 1628-1640.](#)

Previous analyses of democracy and population health have focused on broad measures, such as life expectancy at birth and child and infant mortality, and have shown some contradictory results. We used a panel of data spanning 170 countries to assess the association between democracy and cause-specific mortality and explore the pathways connecting democratic rule to health gains.

► **Pourquoi l'espérance de vie augmente-t-elle moins vite en France ?**

PISON G.
2019

[Population Et Sociétés\(564\)](#)

www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/pourquoi-espérance-vie-augmente-moins-vite-france/

L'espérance de vie ne progresse plus que faiblement en France depuis quelques années. Examinant si ce ralentissement est conjoncturel ou tient à une nouvelle tendance de fond, Gilles Pison le resitue parmi les évolutions observées dans les autres pays développés.

► **Outil d'aide à la réalisation du bilan Infirmier de la douzième année des élèves de l'académie de Grenoble**

POTHRAT L., FARES A., BRES R., *et al.*
2018

[Santé Publique 30\(6\): 845-857.](#)

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-845.htm>

Le rectorat de l'académie de Grenoble a pour mission d'assurer aux élèves de sa circonscription des visites médicales et de dépistage obligatoires, permettant la détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité. Le bilan de la douzième année de l'élève est à ce titre obligatoire. Nous avons voulu fournir un outil standardisé, Obi-12, pour aider la réalisation de ce bilan. L'objectif était double : permettre d'établir une synthèse académique représentative de l'état de santé d'élèves de 12 ans, et fournir, à une échelle plus locale, un diagnostic de terrain. Obi-12 a été proposé à tous les collèges de l'académie de Grenoble ; un descriptif détaillé des réponses obtenues (comparées aux données nationales) et des analyses statistiques (ACM et CAH) ont été réalisés dans ce cadre. Au total, 2 977 bilans ont été retournés (9 % des élèves de l'académie). Les élèves ayant passé ce bilan sont plus souvent en meilleure santé que les élèves de France. Par exemple, ils aiment plus souvent le collège, sont moins souvent fumeurs, ont moins de caries non soignées, ont plus souvent un poids normal. Une classification ascendante hiérarchique a permis d'établir six profils d'élèves, dont certains cumulant des caractéristiques sociales et de santé défavorables. La reconduction de ce bilan Obi-12 permettra de participer au diagnostic de santé des élèves d'un territoire à différentes échelles et permettra d'en suivre l'évolution. Cette connaissance du terrain permettra d'identifier les publics vulnérables pour prioriser les actions dans le cadre du parcours éducatif de santé.

► **Austerity Policies and Mortality Rates in European Countries, 2011-2015**

RAJMIL L. ET FERNANDEZ DE SANMAMED M. J.
2019

Am J Public Health 109(5): 768-770.

The aim of this study is to assess time trends in mortality rates in European countries for the period 2011 to 2015 by level of austerity measures imposed by governments in response to the economic and financial crisis. We analyzed standardized mortality rates (SMRs) for 2011 through 2015 in 15 European countries based on Eurostat data. We used the Cyclically Adjusted Primary Balance (CAPB) in terciles as an independent varia-

ble to represent the level of austerity adopted in each country. We conducted a longitudinal analysis of panel data using generalized estimating equation models of SMR. We included interaction terms to assess the influence of time period and level of austerity. SMRs generally declined in the study period, except in the last year of the study. In 2015, compared with countries in the low-austerity group, countries with intermediate austerity had excess mortality of 40.2 per 100 000 per year and those with high austerity had excess mortality of 31.22 per 100 000 per year. CONCLUSIONS: The results suggest a negative effect on mortality in those countries that apply a higher level of austerity.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **The Development of an Index of Rural Deprivation: A Case Study of Norfolk, England**

BURKE A. ET JONES A.
2019

Social Science & Medicine 227: 93-103.

Geographical deprivation indices such as the English Index of Multiple Deprivation (IMD) have been widely used in healthcare research and planning since the mid-1980s. However, such indices normally provide a measure of disadvantage for the whole population and can be inflexible to adaptation for specific geographies or purposes. This can be an issue, as the measurement of deprivation is subjective and situationally relative, and the type of deprivation experienced within rural areas may differ from that experienced by urban residents. The objective of this study was to develop a Rural Deprivation Index (RDI) using the English county of Norfolk as a case study, but with a view to adopting a flexible approach that could be used elsewhere. It is argued that the model developed in this research gives clarity to the process of populating an index and weighting it for a specific purpose such as rural deprivation. This is achieved by 'bundling' highly correlated indicators that are applicable to both urban and rural deprivation into one domain, and creating a separate domain for indicators relevant to the setting of interest, in this case rural areas. A further domain is proposed

to account for population differences in rural areas. Finally, a method was developed to measure variability in deprivation within small areas. The RDI results in more rural areas in Norfolk falling in the most deprived quintile, particularly those classified as 'Rural town and fringe in sparse settings'; these areas also have high levels of heterogeneity of deprivation when using the variability measure created. This model proposed has the potential to provide a starting point for those who wish to create a summary deprivation measure taking into account rurality, or other local geographic factors, and as part of a range of approaches that can be used to allocate, or apply for, resources.

► **Évaluation des critères de choix du futur lieu d'exercice chez les internes lorrains de gynécologie**

HONORÉ-ROUGE L., CHAMAGNE M., MARNAT M., et al.

2018

Santé Publique 30(6): 833-843.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-833.htm>

L'objectif de cette étude est d'évaluer les critères de choix de post-internat des internes inscrits au diplôme d'étude spécialisée (DES) de gynécologie-obstétrique (GO) et les mesures incitatives pouvant avoir un impact

sur l'attractivité des maternités. Une enquête régionale par questionnaire anonyme et composé de quatre parties a été réalisé auprès des 39 internes lorrains de GO durant la période universitaire 2015-2016. Le taux de réponse était de 89,7 %, avec une féminisation importante de la spécialité à 80 %. La quasi-totalité des internes désiraient effectuer un post-internat (97,1 %), 28,6 % souhaitaient être chef de clinique assistant (CCA) tout en restant dans une ville attractive (88,6 %). Au total, 51,4 % désiraient pratiquer l'obstétrique, 37,1 %, la chirurgie gynécologique et 11,4 %, l'assistance médicale à la procréation (AMP). Une carrière médicale en secteur hospitalier publique était souhaitée dans 82,8 % des cas. Pour les 31 internes pour qui le type de maternité était un critère de choix, 58,1 % désiraient travailler en maternité de type II, 32,2 % en type III et seulement 9,7 % en type I. Un poste à temps partagé entre deux structures était une possibilité envisageable pour 94,3 % des internes. La motivation évoquée par 42,4 % d'entre eux était l'accès à un travail et à un panel de pathologies plus diversifiées du fait d'une population plus vaste. Une carrière en cabinet de ville n'était envisagée que par 2,9 % des internes. Les internes de GO lorrains désiraient garder une pratique polyvalente avec une part prédominante de l'obstétrique, dans des maternités attractives, et ce en raison, d'une part, de leurs activités, leur plateau technique de qualité et leur sécurité et, d'autre part, de leur situation démographique. Cette tendance favorise la fermeture progressive des petites structures au profit des grands centres.

► **Disparités territoriales d'accès aux services des personnes âgées de 60 ans ou plus**

LEVY D.

2018

Retraite et société 79(1): 113-123.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-113.htm>

Une fois les territoires mieux définis dans notre premier volet, il nous faut maintenant étudier les enjeux de l'adaptation des territoires au vieillissement. Ce numéro consacre notamment plusieurs articles à l'analyse de la démarche Villes amies des aînés (VADA) lancée il y a une dizaine d'années par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec les exemples de la France, du Québec et de Barcelone. Si le programme connaît des adaptations en fonction des territoires, il

témoigne d'une constante : celle de redonner à tous les aînés leur pleine place de citoyens. En outre, il n'efface pas d'autres méthodologies où l'action communautaire joue aussi un rôle pivot. Mais les politiques publiques, bien qu'elles favorisent la participation des personnes âgées à la vie de la cité, ne parviennent pas à combler pleinement les inégalités : géographiques, avec notamment des disparités d'accès aux services de la vie quotidienne entre villes ou pôles urbains et milieu rural; sociales, avec une moindre inclusion des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle.

► **Qu'est-ce que l'expérimentation dit ou fait des territoires ?**

RUFAT S.

2019

L'Espace géographique 48(1): 57-76.

<https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2019-1-page-57.htm>

Les territoires et leurs habitants sont l'objet de toute une palette d'expérimentations. Mais il y a un curieux paradoxe : d'un côté, la particularité des sciences sociales serait que le « terrain » y aurait remplacé « l'expérimentation » ; d'un autre, les demandes de financement, articles et thèses insistent de plus en plus sur leur caractère « expérimental ». Alors, s'agit-il d'une facilité de langage ? La pression des institutions et des financements nous impose-t-elle une surenchère sur la façon de présenter la recherche et l'innovation ? La promotion de l'expérimentation par le politique cherche aussi à capter un aura scientifique, mais ne prend-t-on pas le risque d'en faire une fin en soi ? Ou bien ce paradoxe est-il le symptôme d'un nouvel horizon ?

► **L'émigration des immigrés, une dimension oubliée de la mobilité géographique**

SOLIGNAC M.

2018

Population 73(4): 693-718.

www.cairn.info/revue-population-2018-4-page-693.htm

Cet article analyse la mobilité géographique des immigrés par rapport à celle des natifs en tenant compte des départs du pays d'accueil. Alors que la mobilité résidentielle de la plupart des natifs s'effectue au

sein du territoire national, une proportion importante d'immigrés le quitte pour leur pays de naissance ou un pays tiers. Mais ces flux d'émigration sont souvent occultés, tant par l'approche rétrospective habituellement adoptée pour l'étude de la mobilité résidentielle, qu'en raison du manque de données adaptées pour mesurer les sorties du territoire. Ce travail se distingue en proposant une analyse du taux de départ des communes françaises, quelle que soit la destination. Dépassant la dichotomie entre migration interne et migration internationale, cette approche intégralement fondée sur un suivi individuel offre une mesure générale de la mobilité incluant l'émigration. Ce travail est mené à partir de l'exploitation d'un large panel administratif constitué de recensements exhaustifs et de l'état civil. Représentatif de la population, il permet un suivi systématique des trajectoires individuelles sur le territoire métropolitain français entre 1968 et 1999, tout en demeurant représentatif de l'ensemble de la population. La mobilité des immigrés se révèle nettement plus élevée que celle habituellement mesurée de façon rétrospective : elle est de 30 % à 50 % supérieure à celle des natifs. Un quart à un tiers des immigrés observés à un recensement donné ont quitté le territoire français au bout de 7 à 9 ans.

► **Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**

VIGNERON E.

2018

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 202(8-9): 1967-1979.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) constituent l'une des dispositions les plus importantes de la loi du 21 janvier 2016 qui vise notamment à réformer l'organisation territoriale de l'offre de santé. Au nombre de 135, ils s'enracinent dans la longue marche de la prise de contrôle de l'organisation hospitalière par l'État. Celle-ci date en réalité des débuts même de l'État, avec Charlemagne, se renforce à la Renaissance sous l'influence des idées Réformées, s'affirme avec les Lumières et la Révolution de 1789 dont elle est à la fois un fleuron et un échec et s'impose vraiment à partir de la IIIe République. Le but commun est d'abord celui du nécessaire contrôle par une autorité supérieure du bon usage de la dépense. Avec la médecine moderne, il devient celui d'instituer un réseau de soins gradué, coordonné, offrant davantage de qualité et de sécurité.

► **Adaptation des territoires au vieillissement : politiques publiques et formes d'agencement démocratique. Les exemples de la France et du Québec**

VIRIOT DURANDAL J.-P., MOULAERT T., SCHEIDER M., et al.

2018

Retraite et société 79(1): 17-41.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-17.htm>

La prise en compte des aînés dans l'adaptation des territoires au vieillissement de la population occupe aujourd'hui une place croissante dans les débats publics. Pour autant, quelle est la place réellement accordée aux plus âgés dans les institutions ou dans la construction des politiques publiques ? En fonction des contextes, comment s'organise la mise en œuvre des dispositifs participatifs dans les territoires ? Pour répondre à ces questions, nous comparons, dans une double focale, les modèles français et québécois d'adaptation des territoires au vieillissement. Nous étudions tout d'abord les schémas institutionnels de consultation des personnes âgées de part et d'autre de l'Atlantique. Ensuite, nous portons notre attention sur l'application, dans les deux modèles, du programme international des Villes amies des aînés (VADA) initié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'intérêt de ce programme réside dans la possibilité d'établir une comparaison internationale à partir d'un même protocole participatif. Au fil de la démonstration, se dessinent progressivement deux formes d'agencement démocratique de la place des aînés dans les politiques d'adaptation des territoires au vieillissement. En France, les niveaux centraux et locaux se déconnectent et la démarche VADA s'organise selon les ressources et les intérêts de ses porteurs locaux. Au Québec, la démarche VADA reflète une approche intégrée qui connecte les niveaux centraux et locaux et qui s'enracine dans une culture du développement communautaire, laissant largement la place à la parole des aînés.

Disability**► Une sociologie du handicap est-elle possible ?**

BODIN R.

2019

Savoir/Agir 47(1): 13-22.<https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2019-1-page-13.htm>

« Sociologie du handicap » ? Que peut bien avoir à dire la sociologie sur ce phénomène a priori biomédical ? Plus largement, que nous apprennent concrètement les recherches dans ce domaine ? Et pourquoi est-il possible d'affirmer qu'elles constituent aujourd'hui un enjeu majeur pour les personnes dites « handicapées » ou « en situation de handicap » ? C'est à ces questions que tente de répondre ce numéro. Pour ce faire ont été réunis un ensemble de travaux récents recouvrant des dimensions de la question du handicap aussi variées que possible (dimensions politique, juridique, scolaire, familiale, questions de l'accès à l'emploi, etc.) et apportant un éclairage indispensable sur ce que signifie être (dit) « handicapé-e » aujourd'hui. Chacune à sa manière, ces recherches montrent aussi à quel point le traitement de cette question est traversé par des contradictions et de nombreux paradoxes. À quel point, par conséquent, il est urgent d'y réfléchir en mobilisant les savoirs accumulés par les sciences sociales, trop longtemps considérées en ce domaine comme simple supplément d'âme.

► Difficultés de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicapCROZE J., LEÏS M., FEUGUEUR G., *et al.*

2018

Santé Publique 30(6): 821-827.<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-821.htm>

La Haute-Normandie présente plusieurs désavantages concernant la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap : une démographie médicale sinistrée, l'absence de faculté dentaire et de réseaux de soins odontologiques. Une enquête épidémiologique transversale a été réalisée entre novembre 2014 et février 2015 auprès de la

cohorte des chirurgiens-dentistes de cette région à l'aide d'un questionnaire. Les thématiques abordées dans ce questionnaire portaient, d'une part, sur l'accessibilité et la mise aux normes des cabinets dentaires ainsi que sur les facteurs d'influence freinant leur mise en accessibilité, et, d'autre part, sur la prise en charge des patients porteurs de handicap par les praticiens de cette région : impact des mesures incitatives, facteurs d'influence compliquant la prise en charge et recours à des correspondants de structures privées et publiques. Si la prise en charge du handicap concerne l'immense majorité des praticiens, nous relevons une appréhension chez ces derniers à adapter leurs protocoles de soins à cette patientèle spécifique. Les attentes des chirurgiens-dentistes dans le domaine du handicap sont multiples : création de réseaux spécifiques de soins, meilleure coordination des acteurs médicaux et sociaux, mise en place de formations spécifiques concernant la prise en charge des patients porteurs de handicap.

► (Dés)Intégrer sous contrainte. La fabrique d'un handicap par la justice des tutelles

MINOC J.

2019

Savoir/Agir 47(1): 43-52.<https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2019-1-page-43.htm>

S'intéresser au processus de placement sous « protection » de personnes majeures par la justice civile, c'est rapidement dresser le constat que les adultes placés sous mesures de tutelle ou curatelle ne le sont jamais d'abord en raison d'une maladie ou d'un handicap « reconnu ». La demande sociale de protection est avant tout motivée par des « événements » ou des « comportements » jugés socialement problématiques et une certaine impuissance collective à agir sur ceux-ci dans le cadre légal ordinaire. Les désordres identifiés peuvent se situer sur un plan disciplinaire – non ou « mauvaise » exécution d'attentes ou d'obligations sociales, économiques, familiales –, renvoyer à des troubles à l'ordre public ou du voisinage, à une « mise en danger » de soi ou d'autrui ; la démarche peut encore être suscitée par des suspicions de malveillances ou d'abus de faiblesse envers les intéressés.

► **La rémunération des aidants profanes dans les politiques du handicap et du vieillissement : entre enrôlement et libre choix des proches de personnes dépendantes**

TOUAHRIA-GAILLARD A. ET TRENTA A.
2019

Revue française des affaires sociales(1): 199-215.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-199.htm>

En France, les politiques du handicap et du vieillissement ont contribué à la reconnaissance du rôle des aidants profanes dans la prise en charge des personnes dépendantes et à l'émergence d'un référentiel d'action publique de l'aide. La constitution de ce référentiel a généré des coalitions entre des acteurs publics

et associatifs, mais aussi des oppositions notamment concernant la rémunération des proches. L'article se propose de cartographier les discours et les positions qui structurent ce débat sur la rémunération des aidants profanes. Les résultats montrent que les principales critiques de la rémunération sont formulées au niveau national et sur un registre moral, tandis que l'on observe des formes d'acceptation plus pragmatiques à l'échelle locale. L'insuffisance de l'offre institutionnelle et de la compensation financière contraignent les proches à s'impliquer dans l'aide et conduisent les travailleurs sociaux à utiliser les dispositifs de rémunération pour pallier des situations de précarité généralisée. L'analyse repose sur l'étude des débats publics et la réalisation de soixante entretiens auprès des principaux acteurs du domaine inscrits au niveau national et départemental.

Hôpital

Hospitals

► **[Entre dynamique d'amélioration de la qualité des soins et conformisme administratif : comportements des établissements de sante français face au paiement à la performance (P4P)]**

GIRAULT A., GERVES-PINQUIE C., MOISDON J. C. ET MINVIELLE E.
2019

Healthc Policy 14(3): 78-92.

Le paiement à la performance (P4P) continue de se développer dans les systèmes de sante des pays industrialisés, malgré des preuves encore assez limitées de son efficacité. Cette étude propose de comprendre le comportement des établissements de santé face à ce nouveau mode de paiement en se basant sur l'expérimentation de P4P hospitalier conduite en France. Nous avons, pour cela, combiné une approche quantitative basée sur un questionnaire auprès des établissements participants et une analyse qualitative dans neuf établissements afin de mieux identifier les processus à l'œuvre. L'étude montre que des actions correctives ont été réalisées dans certains établissements mais que les effets du programme sur l'organisation restent en fait assez limites puisqu'ils s'opèrent davantage à la marge. Les comportements semblent être essentiellement le

reflet d'une volonté de conformation des organisations aux attentes de la tutelle, sans transformations organisationnelles majeures. Il sera toutefois intéressant de voir comment des perceptions différentes structurent ces comportements sur le long terme.

► **La construction juridique des groupements hospitaliers de territoire (GHT)**

BERTRAND D., MICHOT F. ET RICHARD F.
2018

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 202(8-9): 1981-1992.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé les Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce sont des regroupements d'hôpitaux publics voulus par la puissance publique, sur la base d'un volontariat et sur un territoire commun. Ils se réunissent autour d'un projet médical partagé défini ensemble. C'est l'aboutissement d'une planification des moyens, lits et équipements lourds se transformant en une organisation graduée des soins au service du patient. Une mutualisation des moyens

et des équipes en est la conséquence et l'objectif. L'hétérogénéité des GHT résulte de la rapidité de leur mise en place, en moins de quatre mois, et l'absence d'une contrainte de l'État. Les hôpitaux resteront indépendants mais 135 GHT ont été créés pour des territoires de 100 000 à 2,5 millions d'habitants.

► **L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009**

BRAS P. L.

2018

Sève : Les Tribunes de la Santé(59): 109-117.

L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), plus que l'expression d'une politique de santé, est déterminé par les objectifs de la politique des finances publiques. Il est depuis 2009 particulièrement contraint. Or la production de soins à l'hôpital public augmente régulièrement. L'Ondam n'a donc pu être respecté que parce que les prix octroyés aux hôpitaux ont stagné. Cette faible évolution des prix s'est traduite d'une part par une faible évolution des salaires à l'hôpital entraînant une baisse du pouvoir d'achat du salaire moyen net, d'autre part par une forte augmentation de la productivité du travail. Pour autant, la situation financière des hôpitaux ne s'en est pas moins dégradée avec notamment une forte baisse du taux d'investissement. Aussi, même si le contexte économique sur la période 2018-2022 devrait être plus favorable, il est peu probable que les hôpitaux publics puissent sans dommage supporter un Ondam qui ne progresserait que de 2,3 % par an.

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

BRICARD D. ET OR Z.

2019

The European Journal of Health Economics 20 (4): 1-13.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-018-1022-y>

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.

► **La médiation pour les professionnels des établissements hospitaliers et médico-sociaux publics : un service émergent face à de grands défis**

COUZY É.

2019

L'information psychiatrique 95(5): 317-322.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-5-page-317.htm>

L'hôpital et les établissements médico-sociaux connaissent des conflits interpersonnels qui peuvent durer des années, s'exprimer parfois avec violence, sous forme de maltraitance, de harcèlement ou de relations exécrables entre deux ou plusieurs professionnels donnant lieu à des contentieux ordinaires, pénaux ou administratifs quand l'institution est impliquée. Ces conflits sont toujours douloureux pour ceux qui les vivent et ils ont des conséquences sur le fonctionnement du service, du pôle ou de l'établissement dans lesquels ils se déroulent. Ils pèsent sur la qualité de la prise en charge des patients. La souffrance au travail qu'ils génèrent et leur caractère délétère pour toute une équipe dégradent la qualité de vie au travail et nuisent à la bonne qualité des soins. Analyser les causes de ces conflits et tenter de les prévenir est aujourd'hui un enjeu majeur. La mise en place d'un service de médiation pour les personnels des établissements est, avec la conciliation locale à structurer, un outil de traitement de ces conflits. Un réseau de médiateurs régionaux, animé par un médiateur national va être mis en place en 2019. L'objectif est

de traiter précocement et de régler des conflits pour aider à mieux les connaître pour mieux les prévenir. Il n'y a pas de bons soins sans une bonne qualité de vie au travail, pas de bonne qualité de vie au travail sans reconnaissance de la bonne qualité des soins et reconnaissance des efforts de la recherche collective de l'efficacité et enfin pas de recherche d'efficacité possible sans bonne qualité des soins et bonne qualité de vie au travail.

► **The Role of Governance in Different Types of Interhospital Collaborations: A Systematic Review**

DE POURCQ K., DE REGGE M., VAN DEN HEEDE K.,
et al.

2019

Health Policy 123(5): 472-479.

Financial challenges and the need for high-quality care have vastly increased the number of hospital collaborations in recent decades. The governance of these collaborations remains a challenge. The goal of this study is twofold: (1) to investigate the governance characteristics in an interhospital collaboration and (2) explore the impact on the performance of the interhospital collaboration. A systematic review was conducted to provide a comprehensive overview of the evidence on governance in interhospital collaborations. Database searches yielded 9304 candidate articles, of which 26 studies fulfilled the inclusion criteria. Governance in collaborations differs in collaboration structure, governance characteristics and contextual factors. Although outcome factors are influenced by contextual determinants and the collaboration structure itself, governance characteristics are of great importance. A critical challenge for managers is to successfully adapt collaborations structures and governance characteristics to rapidly changing conditions. Policy makers should ensure that new legislation and guidelines for internal governance can be adapted to different contextual factors. Research in the future should investigate the impact of governance as a dynamic process. More longitudinal case study research is needed to provide an in-depth view of the relationship between this process and the performance of a collaboration.

► **Does Managed Competition Constrain Hospitals' Contract Prices? Evidence from the Netherlands**

DOUVEN R., BURGER M. ET SCHUT F.

2019

Health Econ Policy Law: 1-14. [Epub ahead of print]

In the Dutch health care system, health insurers negotiate with hospitals about the pricing of hospital products in a managed competition framework. In this paper, we study these contract prices that became for the first time publicly available in 2016. The data show substantive price variation between hospitals for the same products, and within a hospital for the same product across insurers. About 27% of the contract prices for a hospital product are at least 20% higher or lower than the average contract price in the market. For about half of the products, the highest and the lowest contract prices across hospitals differ by a factor of three or more. Moreover, hospital product prices do not follow a consistent ranking across hospitals, suggesting substantial cross-subsidization between hospital products. Potential explanations for the large and seemingly random price variation are: (i) different cost pricing methods used by hospitals, (ii) uncertainty due to frequent changes in the hospital payment system, (iii) price adjustments related to negotiated lumpsum payments and (iv) differences in hospital and insurer market power. Several policy options are discussed to reduce variation and increase transparency of hospital prices.

► **Plus ou moins de pouvoirs dans la CME (Commission médicale d'établissement) : les contradictions du projet de loi de santé**

GEU-COUE M.

2019

Gestions Hospitalières(584): 190-192.

L'une des mesures phares de la réforme « Ma santé 2022 » concerne l'élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement (CME) pour renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux. Cet article souligne pendant les contradictions du projet de loi de santé.

► **Attente, urgences, gradation des soins :
les faiblesses du système de santé suédois**

JOLLIVET J. F.
2019

Gestions Hospitalières(585): 207-214.

Si le système de santé suédois passe pour être globalement très bon, il constitue néanmoins un sujet majeur de préoccupation des Suédois, comme les élections générales de septembre 2018 l'ont rappelé. En particulier, l'accès aux soins de santé est perçu comme perfectible, tant pour les soins de premier recours en centre de santé que pour les urgences. Pour les adultes, le délai médian de contact médical aux urgences est deux fois plus élevé en Suède qu'en France, à environ 60 minutes. La durée médiane totale de passage aux urgences est d'environ 3 heures 30, ce qui est également plus important qu'en France d'environ 1 heure. Cette situation invite à des politiques publiques que les régions, en charge de la délivrance des soins de santé, articulent tant sur le volet préhospitalier que sur l'organisation des services d'urgences eux-mêmes.

► **A Payer Perspective of the Hospital
Inpatient Additional Care Costs
of Antimicrobial Resistance in France:
A Matched Case–Control Study**

TOUAT M., OPATOWSKI M., BRUN-BUISSON C., et al.
2019

**Applied Health Economics and Health Policy 17(3):
381-389.**

Antimicrobial resistance (AMR) has become one of the biggest threats to global public health given its association with mortality, morbidity and cost of health care. However, little is known on the economic burden of hospitalization attributable to AMR from a public health insurance perspective. We assessed the excess costs to the French public health insurance system attributable to AMR infections in hospitals.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Exploring the Impact of Out-Of-Pocket
Costs on the Quality of Life of Canadian
Cancer Patients**

FITCH M. ET LONGO C. J.
2018

J Psychosoc Oncol 36(5): 582-596.

This aim of this study is to explore cancer patients' perspective about the impact of financial burden on quality of life. A qualitative descriptive approach was utilized. In-depth interview transcripts from 14 survivors were subjected to a thematic analysis: All participants experienced reduced income and increased out-of-pocket costs following their diagnosis. None worked during their treatment interval. They described profound impacts on the social, psychological, and spiritual domains of quality of life from the financial challenges. Many were worried about having sufficient funds to support themselves in the long term and felt this added to the burden they were carrying. Most found the financial challenges surprising and

unexpected. Additionally, the impact was also experienced by their family members. Healthcare providers ought to be aware of the potential impact financial challenges can have and the distress they bring about. A discussion about financial concerns needs to occur at the beginning of the cancer journey, with appropriate resources made available, and monitored regularly.

► **Here Comes the SUN: Self-Assessed
Unmet Need, Worsening Health
Outcomes, and Health Care Inequity**

GIBSON G., GRIGNON M., HURLEY J., et al.
2019

Health Econ. 28 (6) : 727-735

Utilization-based approaches have predominated the measurement of socioeconomic-related inequity in health care. This approach, however, can be misleading when preferences over health and health care

are correlated with socioeconomic status, especially when the underlying focus is on equity of access. We examine the potential usefulness of an alternative approach to assessing inequity of access using a direct measure of possible barriers to access-self-reported unmet need (SUN)-which is documented to vary with socioeconomic status and is commonly asked in health surveys. Specifically, as part of an assessment of its external validity, we use Canadian longitudinal health data to test whether self-reported unmet need in one period is associated with a subsequent deterioration in health status in a future period, and find that it is. This suggests that SUN does reflect in part reduced access to needed health care, and therefore may have a role in assessing health system equity as a complement to utilization-based approaches.

► **The Healthy Immigrant Effect: The Role of Educational Selectivity in the Good Health of Migrants**

ICHOU M. ET WALLACE M.

2019

Demographic Research 40(4): 61-94.

<https://www.demographic-research.org/volumes/vol40/4/default.htm>

The Healthy Immigrant Effect (HIE) refers to the fact that recent migrants are in better health than the nonmigrant population in the host country. Central to explaining the HIE is the idea that migrants are positively selected in terms of their socioeconomic and health characteristics when compared to nonmigrants in their country of origin. However, due to a lack of reliable and comparable data, most existing studies rely on socioeconomic and health measures as collected in the host country after migration and do not actually measure selection. We directly test selection as an explanation of the HIE among migrants living in France. Using the French Trajectories and Origins (TeO) survey and Barro-Lee dataset, we construct a direct measure of migrants' educational selectivity. We then test its effect on health differences between migrants and nonmigrants using measures self-rated health, health limitations, and chronic illnesses, by fitting logistic regression and Karlson-Holm-Breen (KHB) decompositions. After demonstrating that migrants in France experience an HIE, especially males, we also

show that educational level as measured in the host country cannot account for the HIE. By contrast, we provide important evidence that educational selectivity constitutes a significant factor in explaining health disparities between migrant and nonmigrant populations. Capitalizing on a novel measure of migrants' educational selectivity, we give credit to the oft-cited but rarely tested theory that the HIE is a consequence of migrants' positive selection.

► **Discriminations dans l'accès à la banque et à l'assurance : les enseignements de trois testings**

L'HORTY Y., BUNEL M., MBAYE S., et al.

2019

Revue d'économie politique 129(1): 49-78.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2019-1-page-49.htm>

Cette recherche s'intéresse aux discriminations sur trois marchés qui ont encore été peu étudiés en France alors même que l'accès à ces marchés peut conditionner l'insertion professionnelle et sociale des personnes, en particulier des jeunes. Il s'agit de l'assurance automobile, des complémentaires santé et du crédit à la consommation. Nous évaluons la discrimination sur ces marchés à raison de l'âge, du sexe, de l'origine et de la réputation du lieu de résidence, à l'aide d'opérations de testing. Nous avons utilisé six profils d'individus fictifs qui ont formulé des demandes de devis similaires auprès d'offres de crédits, d'assurances et de complémentaires santé. En mars 2016, nous avons tout d'abord testé 38 établissements d'assurance en leur adressant une demande de devis pour une assurance automobile à partir d'une simulation effectuée sur leur site Internet. Puis, entre avril et mai 2016, nous avons testé les 52 établissements qui permettaient d'adresser une demande de devis pour une complémentaire santé à partir d'une simulation effectuée sur leur site Internet. Enfin, en juin 2016, nous avons testé 20 établissements financiers en adressant six demandes de devis pour un crédit à la consommation en vue d'acheter une voiture d'occasion. Ces trois campagnes de testing mettent en évidence l'existence de discrimination liée à l'âge, au sexe, au lieu de résidence et à l'origine, à la fois dans l'accès aux services et dans la tarification appliquée par les offreurs.

► **Sex Differences in Mortality in Migrants and the Swedish-Born Population: Is There a Double Survival Advantage for Immigrant Women?**

OKSUZYAN A., MUSSINO E. ET DREFAHL S.
2019

International Journal of Public Health 64(3): 377-386.

<https://doi.org/10.1007/s00038-019-01208-1>

In the present study, we examine whether the relationships between country of origin or reason for migration and mortality differ between men and women.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **The Association of Potentially Inappropriate Medication Use on Health Outcomes and Hospital Costs in Community-Dwelling Older Persons: A Longitudinal 12-Year Study**

HYTTINEN V., JYRKÄ J., SAASTAMOINEN L. K., *et al.*
2019

The European Journal of Health Economics 20(2): 233-243.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0992-0>

To determine (1) whether potentially inappropriate medication (PIM) use defined by the Meds75+ database is associated with fracture-specific hospitalisations and all-cause mortality, and (2) the association between PIM use and all-cause hospitalisation costs in a 12-year follow-up of a nationwide sample of people aged ≥ 65 years in Finland.

PubMed, Embase were searched with such keywords as: drug, pharmaceutical, cost sharing, out of pocket, co-payments paired with the following: impact, health outcomes, health care costs and utilization. The final review included 18 articles. A total of 11 publications reported the association between drug cost sharing and health care utilization patterns, of which nine found a statistically significant direct relationship. In all 10 publications concerned the association between drug copayments and health care costs. Majority were limited to the impact on the drug budget. Seven studies looked into the link between drug cost sharing and health outcomes, of which five reported statistically significant inverse relationship. There is some evidence for the association between drug copayments, health outcomes and health care services consumption. The optimal system of OOPs' payments for pharmaceuticals needs to prevent drugs' overconsumption and mitigate the risks of excessive cost sharing's burden.

► **The Effects of Payments for Pharmaceuticals: A Systematic Literature Review**

KOLASA K. ET KOWALCZYK M.
2019

Health Econ Policy Law 14(3): 337-354.

The existence of different forms of out-of-pocket payments (OOPs) for pharmaceuticals across the globe provokes the question whether they can achieve more negative or positive consequences. A systematic literature review was conducted to assess the association between drug cost sharing and health care services utilization, health care costs as well as health outcomes. Studies published in The Cochrane Library,

► **Interest of Several Pharmaceutical Activities to Secure the Care Pathway of Elderly Patients?**

TISSOT M., BERTHOU J., GERARD B., *et al.*
2019

Ann Pharm Fr 77(3): 222-231.

In order to prevent medication errors during patient's care pathway, all transition steps must be secured. The main objective of this study was to assess the interest of medication review at hospital discharge on the sustainability of therapeutic optimizations made during hospitalisation in a geriatric population. This was a three months prospective, single-centre study

performed in an acute geriatric unit of a university hospital. All patients hospitalized during the study were included. They were divided in two groups: the securing pathway (SP) group with admission reconciliation, step 3 prescription analysis (according to the French Society of clinical pharmacy) and medication review at hospital discharge were compared to the not concerned group (NSP) with only a step 2 (according to the French Society of clinical pharmacy) prescriptions analysis. The Medication Regimen Complexity Index was used to quantify the complexity of medication regimens. In total, 53 patients of the SP group and 44 patients of the NSP group got the benefit of whole clinical phar-

maceutical activities put in places. The average medications on discharge's drug prescription is lower in SP group (SP 8.4+/-3.4 medications and NSP 9.6+/-3.2 medications, $P=0.06$). The discharge's drug prescription complexity index is lower in SP group compared to NSP group (SP 27.9+/-9.8 and NSP 32.7+/-11.5, $P=0.02$). The same trend is observed 30 days post discharge. A medication review at hospital discharge reduces the subsequent drug prescription's complexity score. This multidisciplinary dynamic makes easier the communication between health care professionals and contributes to strengthen the city-hospital link.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

► Identifying Diabetes Cases in Health Administrative Databases: A Validation Study Based on a Large French Cohort

FUENTES S., COSSON E., MANDEREAU-BRUNO L., et al.

2019

International Journal of Public Health 64(3): 441-450.

<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1186-3>

In the French national health insurance information system (SNDS) three diabetes case definition algorithms are applied to identify diabetic patients. The objective of this study was to validate those using data from a large cohort.

► Valuation of Preference-Based Measures: Can Existing Preference Data Be Used to Select a Smaller Sample of Health States?

KHARROUBI S. A. ET ROWEN D.

2019

The European Journal of Health Economics 20(2): 245-255.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0991-1>

Different countries have different preferences regarding health, and there are different value sets for popular

preference-based measures across different countries. However, the cost of collecting data to generate country-specific value sets can be prohibitive for countries with smaller population size or low- and middle-income countries (LMIC). This paper explores whether existing preference weights could be modelled alongside a small own country valuation study to generate representative estimates. This is explored using a case study modelling UK data alongside smaller US samples to generate US estimates.

► A Review of Attitudes Towards the Reuse of Health Data Among People in the European Union: The Primacy of Purpose and the Common Good

SKOVGAARD L. L., WADMANN S. ET HOEYER K.

2019

Health Policy. 123 (6) : 564-571

Health data are used for still more purposes, and policies are enacted to facilitate data reuse within the European Union. This literature synthesis explores attitudes among people living in the European Union towards the use of health data for purposes other than treatment. Our findings indicate that while a majority hold positive attitudes towards the use of health data for multiple purposes, the positive attitudes are typically conditional on the expectation that data will be

used to further the common good. Concerns evolve around the commercialisation of data, data security and the use of data against the interests of the people providing the data. Studies of these issues are limited geographically as well as in scope. We therefore identify a need for cross-national exploration of attitudes among people living in the European Union to inform future policies in health data governance.

► **Le réseau social de la communauté francophone des chercheurs en Systèmes d'Information**

VITARI C. ET PILLET J.-C.

2019

Systèmes d'information & management 24(1): 87-105.

<https://www.cairn.info/revue-systemes-d-information-et-management-2019-1-page-87.htm>

À mesure que la communauté de recherche française en systèmes d'information s'agrandit, le besoin d'en comprendre les spécificités se fait de plus en plus pressant. Cet article s'attache à mettre en évidence la structure du réseau social qui sous-tend la communauté française de recherche en système d'information. Elle s'appuie sur l'analyse des réseaux de co-écritures dans la revue Systèmes d'Information et Management (SIM) et les communications au colloque de l'Association Information et Management (AIM). Cette étude du réseau social, qui manquait à la compréhension des particularismes de la communauté francophone, répond à trois questions : quelle est la structure du réseau social des co-écritures ? Qui sont les acteurs centraux ? Comment le parcours professionnel des chercheurs impacte-t-il leur niveau de centralité ? L'objet de cette étude est de contribuer à la discussion sur les spécificités de la communauté française des SI en vue de renforcer son identité collective. Elle est aussi un moyen pour chacun de ses acteurs de s'interroger sur ses pratiques de co-écritures et sur son rôle dans le réseau social de recherche.

Politique de santé

Health Policy

► **Macron's Grand Débat Speech Falls Short for Health Sector**

DEVI S.

2019

The Lancet 393(10183): 1793.

► **Une co-construction des directives anticipées « patient-médecin » est-elle possible en unité de soins palliatifs ?**

DYL C., SAUSSAC C. ET BURUCOA B.

2018

Revue internationale de soins palliatifs 33(4): 165-169.

<https://www.cairn.info/revue-infokara-2018-4-page-165.htm>

Pour les patients admis en unité de soins palliatifs (USP), les directives anticipées (DA) pourraient être un outil permettant de connaître leurs volontés et de s'inscrire dans le respect de leur autonomie. Cependant,

les DA sont rarement rédigées ou peu contributives. Cette étude a pour objectif d'évaluer la faisabilité de la co-construction des DA en USP. La méthode utilisée est qualitative, celle d'une recherche-action. Elle a été réalisée sur deux mois dans l'USP du CHU de Bordeaux. Il a été proposé à des patients éligibles de co-construire leurs DA avec l'aide d'un médecin au cours d'un entretien semi-directif à propos des soins et de l'accompagnement de leur fin de vie. Une analyse de contenu des entretiens a été réalisée, suivie d'une évaluation du processus par un questionnaire de satisfaction. Sur les 28 patients hospitalisés dans l'USP sur cette période, douze étaient éligibles pour participer à l'étude. Sept patients ont accepté, mais l'état de santé de cinq d'entre eux s'est rapidement aggravé et seulement deux entretiens ont finalement pu être réalisés. Les difficultés mises en évidence pour la réalisation des DA sont le choix du moment adéquat pour initier la démarche et la nécessité d'adaptation au patient et à la situation. Néanmoins, cette co-construction a semblé permettre une meilleure contextualisation des

DA dans le sens d'une démarche globale. La rédaction des DA a été difficilement réalisable du fait de la phase avancée de la maladie chez les personnes concernées. Il semblerait nécessaire d'anticiper l'information sur les DA plus précocement, comme par exemple durant la phase des traitements spécifiques. De plus, une co-construction des DA pourrait améliorer leur pertinence et leur utilité.

► **A New End-Of-Life Law? An Italian Detour**

MAGLIO M.

2019

Med Sci (Paris) 35(3): 258-262.

On January 31, 2018, advance directives law has come into effect in Italy. It is a law that grants the right to any individual of full age to express his or her preferences regarding treatment in anticipation of the days when he or she might be unable to do so. In France, however, two years after its entry into effect, the Claeys-Leonetti law is increasingly under attack. Some are even calling for a new end-of-life legislation altogether. A discussion of the Italian case, focused on the debates that led to the approval of this new legislation, can help us re-contextualize the French case. While there are many similarities between the two laws, their differences in terms of practices and intellectual frameworks may suggest additional avenues of thinking and help improve end-of-life conditions.

► **Banque de données en santé publique : les raisons de la colère ?**

SIZARET A., LAURENT A. ET FERRON C.

2018

Santé Publique 30(6): 765-766.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-765.htm>

16 novembre 2018 : la fermeture de la Banque de données en santé publique (BDSP) s'est imposée à l'ordre du jour de son assemblée générale. La mauvaise santé économique de la plateforme était certes connue, mais nul n'imaginait que ce colosse avait à ce point des pieds d'argile. Depuis cette triste assemblée générale, un bandeau avertit l'internaute de la fermeture prochaine du portail, au 1^{er} juillet 2019. Durant les six mois précédant cette date, le site et ses services resteront accessibles, mais ne seront plus ni alimentés, ni mis à jour. Un portail d'information sous sédation ! Au cimetière des réseaux documentaires, la BDSP sera-t-elle enterrée dans la même allée que l'association Toxibase, dissoute en 2006, le Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (Ctnerhi) et le Système d'accès aux publications sur le handicap avec traitement de l'information réparti (Saphir), disparus en 2011, le Centre national de documentation en gérontologie, tombé en 2013 lors de la cession d'activités de la Fondation nationale de gérontologie (FNG), Nosobase, enfanté par le réseau des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales et disparu à son tour en 2018... sans compter les petites structures documentaires, ensevelies dans l'anonymat du carré des indigents ?

Prévention

Prevention

► **Éducation thérapeutique du patient diabétique en médecine générale**

ALI-KADA A., CHARLES R., VALEE J., et al.

2018

Médecine : De la Médecine factuelle à nos pratiques 14(10): 457-462.

L'éducation thérapeutique occupe une place importante dans le suivi et la prise en charge du patient

diabétique de type 2, et doit lui permettre d'acquérir une réelle autonomie. Cet article a pour objectif de décrire les pratiques d'éducation thérapeutique des généralistes auprès de leurs patients diabétiques à partir d'une enquête réalisée par voie postale auprès de 50 % des médecins généralistes du Loiret et de l'Indre. Le taux de réponse a été de 51,5 %, soit 24,6 % des généralistes des deux départements ; 96,90 % des médecins généralistes répondants disaient pratiquer

l'éducation thérapeutique; 72,56 % estimaient manquer de temps; 56,73 % la définissaient comme un enseignement concernant majoritairement le savoir (95,87 % de ceux qui parlent d'enseignement); 53,80 % des niveaux de négociation étaient du type dépendance/expertise. Les médecins adhérant à un réseau insistaient davantage sur le partenariat, le dialogue et l'écoute et étaient plus nombreux à avoir un type de négociation partenariat/coopération (81,25 % de ces médecins disaient utiliser le réseau comme ressource d'éducation) que les médecins hors réseau. Pour améliorer l'éducation thérapeutique de leurs patients, 21,64 % des médecins souhaitaient plus de temps et 15,79 % étaient demandeurs de plus de structures ou de leur amélioration. Les médecins généralistes ont une vision incomplète de la nature de l'éducation thérapeutique et connaissent peu ou mal les outils qu'ils peuvent proposer, alors qu'ils en utilisent sans doute déjà, et les structures sur lesquelles ils peuvent s'appuyer. Les méthodes d'éducation thérapeutique au cours de consultations de médecine générale prennent peu de temps, mais nécessitent des savoirs, savoir-faire et savoir-être qui ne sont pas enseignés en formation initiale. Une formation spécifique à l'éducation thérapeutique doit être réalisée dans le cursus universitaire et en formation continue. Le temps nécessaire à ces pratiques doit être reconnu et valorisé. Les médecins peuvent s'appuyer sur des structures existantes : services hospitaliers, réseaux, maisons du diabète. De nouvelles coordinations des tâches sont à développer autour de l'autonomie des patients.

► **Les lobbies du tabac organisent l'anti-prévention du tabagisme**

DAUTZENBERG B.

2018

Sève : Les Tribunes de La Santé (58): 91-102.

Cet article analyse quelques exemples de lobbying anti-prévention du tabagisme conduit par l'industrie : pour initier les jeunes au tabac, pour maintenir une norme fumeur dans la société, pour imposer des produits du tabac dit « à moindre risque », pour freiner l'arrêt du tabac chez les fumeurs.

► **Le vaccinateur et la politique : être assis entre deux chaises n'est pas toujours confortable. Enquête sur la perception de la politique vaccinale par les pédiatres français**

VIE LESAGE F., GELBERT N., COHEN R., et al.
2018

Sève : Les Tribunes de La Santé (58): 81-89.

Cet article rend compte d'une enquête réalisée auprès de pédiatres afin d'appréhender leurs perceptions de la politique vaccinale, leurs visions des agences de santé et de leurs recommandations mais aussi de leurs ressentis vis-à-vis de la récente décision d'extension des obligations vaccinales.

► **Les collégiens de 6e participant à l'essai de prévention du tabagisme en milieu scolaire en Essonne : « PEPITES »**

VIEIRA S., CHERUEL F. ET SANCHO-GARNIER H.
2019

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 67(2): 114-119.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S039876201930001X>

De nombreux programmes internationaux visant la réduction du tabagisme chez les jeunes sont réalisés en milieu scolaire, permettant de suivre les interventions sur plusieurs années. Les approches prometteuses préconisent de mettre en place la prévention tabac durant toute la scolarité et sur le temps scolaire. Plusieurs études indiquent aussi qu'une initiation précoce aux substances psychoactives est un fort prédicteur de l'addiction à l'âge adulte. Ce constat nous a conduit à mettre en place en 2014 un programme éducatif expérimental (PEPITES) dès la 6^e et jusqu'en 3^e pour réduire l'expérimentation du tabac et le tabagisme ultérieur. Le programme repose sur une méthodologie d'essai randomisé en cluster comparant un groupe témoin et un groupe intervention (randomisés en deux groupes à partir de la 4^e). Cet article décrit la population des élèves de 6^e des six collèges essonniers inclus dans cet essai. Il étudie la représentativité nationale de cette population d'étude, la comparabilité entre le groupe témoin (T) et le groupe intervention initial (I) et les variables liées à l'expérimentation tabagique. En 2014, la population incluse était, dans le domaine du tabagisme, représentative des collégiens de 6^e en France avec 11,5 % d'expérimentateurs et 2,5 % de fumeurs réguliers. Les groupes témoin et intervention étaient

comparables sauf pour quatre variables (parents et copains fumeurs, enfant unique, quartier). La connais-

sance des facteurs liés à l'expérimentation tabac permettra leur prise en compte dans l'analyse de l'essai.

Préviation – Evaluation

Prevision - Evaluation

► **Évaluation des effets d'une intervention infirmière sur l'adhésion thérapeutique des personnes diabétiques de type 2**

ATALLAH R., CÔTÉ J. ET BEKARIAN G.
2019

Recherche en soins infirmiers 136(1): 28-42.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-1-page-28.htm>

Le diabète constitue un problème majeur de santé publique. Des programmes éducationnels ont démontré leur efficacité sur l'amélioration du contrôle du diabète. Au Liban, aucune intervention n'a été menée jusqu'à présent. L'objectif est d'évaluer les effets d'une intervention éducative auprès des patients diabétiques de type 2, sur l'adhésion thérapeutique. Un devis expérimental a été utilisé. L'échantillon a été formé de 136 patients diabétiques de type 2. Ils ont été randomisés et répartis en un groupe expérimental recevant l'intervention infirmière lors de deux séances d'éducation suivi de cinq appels téléphoniques au cours des deux mois suivant l'intervention et en un groupe contrôle. Les mesures ont été prises avant l'intervention et trois mois après. Comparativement au groupe contrôle, les participants du groupe expérimental ont montré une amélioration quant au sentiment d'auto-efficacité, aux comportements d'auto-soins (diète générale, diète spécifique, exercice physique et surveillance glycémique), à l'application des recommandations (diète et soins des pieds) et au taux d'HbA1c. Les résultats ont été conformes avec les études recensées. Une éducation assurée par une infirmière améliore les comportements de santé, rehausse le sentiment d'auto-efficacité et favorise l'adhésion thérapeutique chez les diabétiques de type 2.

► **Le processus d'implication des patients dans l'évaluation des technologies de santé à l'HAS**

NABARETTE H.
2018

Santé Publique 30(6): 767-775.

www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-767.htm

La Haute Autorité de santé (HAS) a voulu établir un bilan des premiers mois de fonctionnement de son nouveau processus d'implication des patients dans l'évaluation des médicaments et des dispositifs médicaux (débuté en novembre 2016), qui repose sur des contributions écrites transmises par les associations de patients et d'usagers. Différentes sources d'information ont été mobilisées : définition et suivi de données, comparaison avec les autres processus de contribution au sein de la HAS, partage de pratiques avec les homologues étrangers, discussion avec les associations, les industriels, les évaluateurs (membres des services et des commissions d'évaluation). Sur les 75 médicaments mis en ligne, 25 ont fait l'objet de contributions lors des six premiers mois. Le Collège de la HAS a défini en septembre 2017 trois ajustements pour améliorer la procédure : extension des délais pour contribuer, présentation systématique des contributions en commission avant délibération, publication des contributions. Des enjeux ont été identifiés pour la suite, notamment la possibilité de fournir plus d'informations aux associations pour contribuer, ou encore l'hypothèse d'une utilisation des contributions par les évaluateurs en amont, au stade de l'évaluation-instruction et pas seulement à celui de l'évaluation-appréciation (délibération de la commission). Les méthodes utilisées présentaient des avantages complémentaires et ont permis de définir des ajustements et d'identifier des enjeux pour ce nouveau processus. Des données de fonctionnement doivent être recueillies en routine. La comparaison des processus d'implication et les discussions avec les acteurs se font plutôt dans le cadre d'études ou de projets d'amélioration dédiés.

Psychiatry**► Gender Differences in the Influence of Mental Health on Job Retention**

BARNAY T. ET DEFEBVRE É.

2019

Labour 0(0).<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/labr.12154>

We measure gender differences in the causal impact of the 2006 self-assessed mental health status (anxiety disorders and depressive episodes) on job retention in 2010. We use data from the French Health and Professional Career Path survey. To control for endogeneity biases, we use bivariate probit models to simultaneously explain employment status and mental health. Anxiety disorders reduce men's job retention capacity by up to 12 percentage points (pp). Depressive episodes affect both genders almost equally (around 11 pp). More severe cases of both mental health conditions are relevant in determining the capacity of individuals to remain in employment.

► Familles et handicaps mentaux ou psychiques

BÉLIARD A. ET EIDELIMAN J.-S.

2019

Savoir/Agir 47(1): 73-82.<https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2019-1-page-73.htm>

« Sociologie du handicap » ? Que peut bien avoir à dire la sociologie sur ce phénomène a priori biomédical ? Plus largement, que nous apprennent concrètement les recherches dans ce domaine ? Et pourquoi est-il possible d'affirmer qu'elles constituent aujourd'hui un enjeu majeur pour les personnes dites « handicapées » ou « en situation de handicap » ? C'est à ces questions que tente de répondre ce numéro. Pour ce faire ont été réunis un ensemble de travaux récents recouvrant des dimensions de la question du handicap aussi variées que possible (dimensions politique, juridique, scolaire, familiale, questions de l'accès à l'emploi, etc.) et apportant un éclairage indispensable sur ce que signifie être (dit) « handicapé-e » aujourd'hui. Chacune à sa manière, ces recherches montrent aussi à quel point le traitement de cette question est traversé par des contradictions et de nombreux paradoxes. À quel point, par conséquent, il est urgent d'y réfléchir en mobilisant

les savoirs accumulés par les sciences sociales, trop longtemps considérées en ce domaine comme simple supplément d'âme.

► L'habitat inclusif : un progrès pour la santé mentale ?

CAMELOT G. ET TERRIER G.

2018

Santé Publique 30(6): 829-832.<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-829.htm>

Les personnes en situation de handicap psychique ont souvent des difficultés à investir un logement. Dans certaines situations, l'habitat individuel peut être un vecteur d'isolement tandis qu'un cadre collectif en institution peut se révéler trop contraignant. C'est dans cette optique que se sont développées des formes alternatives d'habitats regroupés. L'appellation d'« habitats inclusifs » comprend les maisons relais, pensions de famille, résidences accueil et familles gouvernantes. Le projet des structures, mis en œuvre par les hôtes, intègre la lutte contre l'exclusion sociale afin de s'ouvrir à la cité. Il offre la possibilité aux personnes de s'autonomiser dans le respect de leurs capacités, favorisant ainsi leur rétablissement. Lors de la conception des projets, le cadre doit être pensé pour s'adapter au besoin de contenance des locataires, mais il faut prendre garde à ne pas privilégier des règles de fonctionnement trop strictes. Le gouvernement français s'est engagé à promouvoir le développement de l'habitat inclusif dans les prochaines années. L'émergence rapide de projets doit se faire dans des conditions qui garantissent leur pérennité. Pour cela, il est nécessaire que les projets respectent l'autonomie des personnes.

► La psychiatrie, déprimée ?

CONRATH P. ET OUAZZANI M.

2019

Le Journal des psychologues 367(5): 3-3.<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2019-5-page-3.htm>

Les « mass » médias, bien après que les spécialistes, les médias professionnels, les associations aient alerté sur

les dommages de certains secteurs et, sur la dégradation des services, finissent par s'emparer du sujet tous ensemble et en même temps, pour sensibiliser l'opinion la plus large. C'est le cas pour la dégradation du secteur de la psychiatrie, alerte salutaire, mais qui ne doit pas être seulement considérée comme un effet de mode médiatique, mais dont les effets sont pérennes et bien réels, depuis de longues années. Libération, Le Monde, Le Parisien et récemment France 3 se sont d'ailleurs inquiétés dès le début de l'année de l'état scandaleux de la psychiatrie française. On peut en effet considérer la psychiatrie en état d'abandon, le fameux « parent pauvre de notre système de santé » selon la ministre de la Santé, touchée depuis plusieurs années par des réductions budgétaires drastiques, s'accompagnant souvent d'une belle indifférence des pouvoirs publics, voire du mépris ou d'un franc rejet affiché, cela dans un passé récent avec l'obsession sécuritaire comme étendard. Comme si le délaissement des soins allait faire disparaître les maladies mentales et les questions cruciales qu'elles posent à notre société tout entière.

► **Mieux diffuser le savoir et l'expérience relative à l'intervention précoce dans les troubles psychiatriques : création d'une branche francophone de l'IEPA**

CONUS P., BAKI A. A., KREBS M.-O., *et al.*
2019

L'information psychiatrique 95(3): 155-158.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-3-page-155.htm>

Bien que les concepts d'intervention précoce dans la psychose et les autres troubles psychiatriques soient bien établis et qu'ils se soient implantés dans plusieurs pays à travers le monde, les pays francophones sont en retard à l'égard de ces développements, à l'exception du Québec. De manière à promouvoir l'information relative à ce domaine, à la rendre accessible aux personnes ne maîtrisant pas l'anglais et à fédérer les forces de francophonie motivées à développer ce genre d'intervention, l'initiative a été prise de lancer une branche francophone de l'association IEPA (Early Intervention in Mental Health). Les objectifs sont d'organiser une conférence annuelle en français, de favoriser les échanges de compétence et les outils développés en français et de renforcer les collaborations en facilitant l'organisation de stages en immersion ainsi que de formations théoriques.

► **Oral Health in Schizophrenia Patients: A French Multicenter Cross-Sectional Study**

DENIS F., MILLERET G., WALLENHORST T., *et al.*
2019

Presse Med 48(2): e89-e99.

The aim of this study was to assess the oral health status of a sample of patients with schizophrenia (PWS) in Cote-d'Or region (France) and to determine the factors associated with dental status. A multicenter cross-sectional descriptive study was performed. PWS were selected using a random stratified method. Dental status was investigated using the Decayed, Missing, or Filled Teeth (DMFT) index, based on 32 teeth. The Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S), the Xerostomia Index (XI) and the Global Oral Health Assessment Index (GOHAI) for Oral Health-related Quality of Life (OHRqoL) were recorded. Among the 302 persons identified, 109 were included (acceptance rate was 49.1%). Of these, 61.5% were men. The mean age was 46.8 years+/-12.0 years. The majority (78%) had completed a secondary education (SE). The mean duration of mental illness (DMI) was 17.9+/-9.4 years, and 55.5% were taking drugs. The mean DMFT was 16.6+/-8.1. There was a significant relationship between age, SE, oral health variables, medical conditions and OHRqoL. PWS describe a poor OHRqoL. The dental and hygiene index scores are poor. We observed a lack of brushing and of dental visit for these persons and a gap in oral health between PWS and general population.

► **Accompagner les transformations des organisations. Prendre soin du collectif et de chacun**

DUBREUIL-NAYRAC I., CAILLAT C., BOISSON J.-F. ET WERLEN M.
2019

Le Journal des psychologues 367(5): 33-37.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2019-5-page-33.htm>

Qu'elle soit numérique, organisationnelle, toute transformation influe sur le vécu du salarié et sur le collectif de travail. Les auteures nous font part de leur expérience dans leur mise en pratique de deux méthodes d'accompagnement : la démarche de l'exploration appréciative et celle suivant le modèle de Bareil, toutes deux impliquant chaque acteur du changement.

► **De l'hôpital psychiatrique vers la Maison d'Accueil Spécialisé**

DURAND B.
2019

Pratiques en santé mentale 65(1): 4-10.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2019-1-page-4.htm>

Au début, seul existait l'hôpital psychiatrique, descendant du vieil asile, pour répondre à toutes les problématiques psycho-sociales. Et puis la loi de 75, véritable révolution a créé le secteur médico-social pour prendre en compte les conséquences sociales des troubles. Le « divorce » entre les champs fut douloureux et peut-être qu'il n'est toujours pas assumé totalement. Cet article en dresse un petit historique.

De par sa place spécifique dans le travail de secteur, ses missions, sa philosophie du soin, son histoire et les changements profonds qu'il a su accompagner et anticiper, de par son organisation toute collective, le CMP (centre médico-psychologique) est une équipe mobile. Mobile parce que mobilisé, mobilisable, attentif à l'évolution de son environnement, des besoins parfois nouveaux qui émergent. Le CMP est inscrit dans une histoire, il est né du mouvement politique qui a transformé la psychiatrie asilaire en une psychiatrie ancrée dans la cité en démocratisant l'accès au soin. Comment accorder cette histoire avec la rhétorique actuelle de « l'aller vers » ? Nous aborderons des questions issues de notre travail d'équipe au quotidien, un travail de réflexion qui nécessite de solides fondations pour pouvoir être suffisamment mobile.

► **Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017)**

EINHORN L., RIVIÈRE M., CHAPPUIS M., et al.
2018

Revue européenne des migrations internationales 34(2): 187-203.

<https://www.cairn.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2018-2-page-187.htm>

Cette note de recherche présente un projet « santé mentale et soutien psychosocial » mis en place par Médecins du Monde dans le Nord de la France sur le bidonville de Calais dans lequel survivent des exilés dans un contexte nuisant à leur santé psychique (en attente de rejoindre l'Angleterre ou en demande d'asile en France). Face aux difficultés de prise en charge dans les dispositifs de droit commun, différents dispositifs ont été co-construits avec la population, à partir de leurs besoins, dans une approche intégrative avec les autres systèmes de soutien.

► **Satisfaction with Emergency Departments and Other Mental Health Services Among Patients with Mental Disorders**

FLEURY M.J., GRENIER G. ET FARAND L.
2019

Healthcare Policy 14(3): 43-54.

Few studies have investigated satisfaction with emergency departments (EDs) among patients with mental health (MH) issues. This study evaluated the use of and satisfaction with EDs and other MH services among 328 patients with MH disorders, as well as specific characteristics of patient satisfaction and dissatisfaction. A mixed-methods study was conducted in four EDs located in different administrative healthcare regions of Quebec (Canada).</p><p>Results: Patients were highly satisfied with staff attitudes in EDs and other MH services (i.e., hospital in-patient services, outpatient services, community organizations). Major sources of dissatisfaction were the information received in EDs concerning community services and the physical environment or climate in EDs and other MH services. Dissatisfaction with services may be reduced by extending hours of operation in MH services; promoting collaboration between psychiatrists, family physicians and other primary care providers; further integrating EDs with other healthcare services; and improving the characteristically austere and restrictive atmosphere in EDs.</p>

► **Le CMP pensé comme une équipe mobile**

FERNÁNDEZ V. M., CASTRIEN A. ET LAGIER F.
2019

L'information psychiatrique 95(4): 251-254.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-4-page-251.htm>

► **Geographic Variations in Involuntary Care and Associations with the Supply of Health and Social Care: Results from a Nationwide Study**

GANDRE C., GERVAIX J., THILLARD J., *et al.*

2018

BMC Health Serv Res 18(1): 253.

Involuntary psychiatric care remains controversial. Geographic disparities in its use can challenge the appropriateness of the care provided when they do not result from different health needs of the population. These disparities should be reduced through dedicated health policies. However, their association with the supply of health and social care, which could be targeted by such policies, has been insufficiently studied. Our objectives were therefore to describe geographic variations in involuntary admission rates across France and to identify the characteristics of the supply of care which were associated with these variations. Involuntary admission rate per 100,000 adult inhabitants was calculated in French psychiatric sectors' catchment areas using 2012 data from the national psychiatric discharge database. Its variations were first described numerically and graphically. Several factors potentially associated with these variations were then considered in a negative binomial regression with an offset term accounting for the size of catchment areas. They included characteristics of the supply of care (public and private care, health and social care, hospital and community-based care, specialised and non-specialised care) as well as adjustment factors related to epidemiological characteristics of the population of each sector's catchment area and its level of urbanization. Such variables were extracted from complementary administrative databases. Supply characteristics associated with geographic variations were identified using a significance level of 0.05. Significant variations in involuntary admission rates were observed between psychiatric sectors' catchment areas with a coefficient of variation close to 80%. These variations were associated with some characteristics of the supply of health and social care in the sectors' catchment areas. Notably, an increase in the availability of community-based private psychiatrists and the capacity of housing institutions for disabled individuals was associated with a decrease in involuntary admission rates while an increase in the availability of general practitioners was associated with an increase in those rates. There is evidence of considerable variations in involuntary admission rates between psychiatric sectors' catchment areas. Our results provide lines

of thoughts to reduce such variations, in particular by supporting an increase in the availability of upstream and downstream care in the community.

► **Thirty-Day Readmission Rates and Associated Factors: A Multilevel Analysis of Practice Variations in French Public Psychiatry**

GANDRE C., GERVAIX J., THILLARD J., *et al.*

2018

J Ment Health Policy Econ 21(1): 17-28.

Inpatient psychiatric readmissions are often used as an indicator of the quality of care and their reduction is in line with international recommendations for mental health care. Research on variations in inpatient readmission rates among mental health care providers is therefore of key importance as these variations can impact equity, quality and efficiency of care when they do not result from differences in patients' needs. Our objectives were first to describe variations in inpatient readmission rates between public mental health care providers in France on a nationwide scale, and second, to identify their association with patient, health care providers and environment characteristics. We carried out a study for the year 2012 using data from ten administrative national databases. 30-day readmissions in inpatient care were identified in the French national psychiatric discharge database. Variations were described numerically and graphically between French psychiatric sectors and factors associated with these variations were identified by carrying out a multi-level logistic regression accounting for the hierarchical structure of the data. Our findings underscored that practice variations in psychiatry are a reality that merits the full attention of decision makers as they can impact the quality, equity and efficiency of care. A specific data system should be established to monitor practice variations in routine to promote transparency and accountability. Few associations were found between variations in 30-day inpatient readmissions and the supply of care. The routine collection of detailed organizational characteristics of health care providers at a national level should be supported to facilitate additional research work, both in France and in other contexts.

► **Understanding Geographic Variations in Psychiatric Inpatient Admission Rates: Width of the Variations and Associations with the Supply of Health and Social Care in France**

GANDRE C., GERVAIX J., THILLARD J., *et al.*
2018

BMC Psychiatry 18(1): 174.

Inpatient care accounts for the majority of mental health care costs and is not always beneficial. It can indeed have detrimental consequences if not used appropriately, and is unpopular among patients. As a consequence, its reduction is supported by international recommendations. Varying rates of psychiatric inpatient admissions therefore deserve to draw attention of researchers, clinicians and policy makers alike as such variations can challenge quality, equity and efficiency of care. In this context, our objectives were first to describe variations in psychiatric inpatient admission rates across the whole territory of mainland France, and second to identify their association with characteristics of the supply of care, which can be targeted by dedicated health policies. **METHODS:** Our study was carried out in French psychiatric sectors' catchment areas for the year 2012. Inpatient admission rates per 100,000 adult inhabitants were calculated using data from the national psychiatric discharge database. Their variations were described numerically and graphically. We then carried out a negative binomial regression to identify characteristics of the supply of care (public and private care, health and social care, hospital and community-based care, specialised and non-specialised care) which were associated with these variations while adjusting our analysis for other relevant factors, in particular epidemiological differences. **RESULTS:** Considerable variations in inpatient admission rates were observed between psychiatric sectors' catchment areas and were widespread on the French territory. Institutional characteristics of the hospital to which each sector was linked (private non-profit status, specialisation in psychiatry and participation to teaching activities and to emergency care) were associated with inpatient admission rates. Similarly, an increase in the availability of community-based private psychiatrists was associated with a decrease in the inpatient admission rate while an increase in the capacity of housing institutions for disabled individuals was associated with an increase in this rate. Our results advocate for a homogenous repartition of health and social care for mental disorders in lines with the health needs of the population served. This

should apply particularly to community-based private psychiatrists, whose heterogeneity of repartition has often been underscored.

► **La protection du migrant « non-éloignable » en raison de son état de santé dans la jurisprudence européenne**

GENONCEAU C.
2018

Revue européenne des migrations internationales 34(2): 319-333.

<https://www.cairn.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2018-2-page-319.htm>

Ce premier dossier que la Revue Européenne des Migrations Internationales consacre à la santé mentale intervient à un moment où en France et en Europe les politiques migratoires en raison de leurs effets délétères portent atteinte aux droits, à l'accès aux soins et à la santé de nombreux migrants et exilés. Ce dossier sur la santé mentale en migrations internationales propose à travers des recherches d'horizons disciplinaires variés, des travaux empiriques décrivant les recours aux soins et les relations thérapeutiques en santé mentale des migrants à différents moments de leur expérience migratoire. Le prisme que constitue la santé mentale renouvelle la lecture des rapports sociaux dans lesquels le migrant est inséré, il permet également d'analyser les conditions sociales de production, d'expression et de gestion de leurs souffrances psychiques, aux échelles micro-, méso- et macro-sociales. Les modes de prise en charge — institutionnel, social, juridique, sanitaire — des migrants diagnostiqués « comme ayant des troubles mentaux, des difficultés psychologiques, ou simplement en état de souffrances » mettent en lien les effets des politiques migratoires, les dynamiques d'accueil et de prise en charge des migrants, l'organisation des systèmes de soins et la production des subjectivités et de mise en parole de soi.

► **Raconter sa déraison. Émotions et crédibilité de la parole de représentantes d'usagers en santé mentale**

GODRIE B.

2019

Sciences sociales et santé 37(1): 43-67.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-1-page-43.htm>

Cet article traite des liens qui unissent les émotions et la mobilisation de militants qui participent à un comité d'organisation des services de santé mentale d'un établissement du réseau de la santé au centre-ville de Montréal. La perspective historique fait ressortir un déplacement des espaces dans lesquels se jouent les luttes des militants pour la défense des droits en santé mentale. Auparavant actifs hors des cadres institutionnels au sein d'associations d'usagers, ces derniers intègrent de plus en plus des espaces de participation façonnés par les pouvoirs publics. Ce déplacement s'accompagne d'un discrédit de certaines émotions comme la colère et l'indignation qui ont pourtant servi de levier de transformation des institutions publiques.

► **Équipes mobiles en santé mentale : quelle mobilité dans quel système de santé mentale ?**

HENCKES N.

2019

L'information psychiatrique 95(4): 245-250.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-4-page-245.htm>

Cet article propose quelques réflexions sur les enjeux de la mobilité dans les pratiques contemporaines de santé mentale. Après avoir suggéré de rechercher les raisons du succès contemporain des expériences d'équipes mobiles dans les idéaux sociaux dont elles sont porteuses, il emprunte à la sociologie des sciences les notions d'infrastructure et de « mobile immuable » pour discuter à la fois la nature et l'extension de ce qui peut être mobile dans les soins en santé mentale.

► **Addressing Mental Health Issues Among Migrant and Refugee Pregnant Women: A Call for Action**

ILIADOU M., PAPADAKAKI M., SIOTI E., et al.

2019

European Journal of Midwifery 3(May).

<http://dx.doi.org/10.18332/ejm/108626>

Migrant and refugee pregnant women constitute a highly vulnerable group to mental disorders. The rates of mental illness of migrants and refugees are higher than those of host populations, with migrant women being more likely to suffer from prenatal depression. A Policy Paper was developed based on a literature review conducted in Medline, Scopus and Google Scholar. Filtering criteria were: year of publication (2002–2017), study topic relevance, and English language. A total of 63 documents were identified. Most of the documents were scientific papers while a large number of documents were reports of EU committees and networks on migrant issues or annual reports of international bodies. From the analysis of existing evidence, four major topics emerged for the perinatal health of migrant women: 1) Prevalence and risk factors for antenatal mental disorders, 2) Assessment of mental disorders, 3) Healthcare professionals' training on supporting migrant and refugee pregnant women, and 4) Interventions for the mental health of migrant women. Midwives and other members of interdisciplinary teams have to be trained and culturally competent to successfully meet the needs of migrant and refugee pregnant women.

► **Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives**

KANNAS S. ET PASTOUR N.

2019

L'information psychiatrique 95(4): 237-243.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-4-page-237.htm>

L'équipe ÉRIC (Équipe rapide d'intervention de crise) a été créée en 1994. Il s'agit d'une équipe mobile d'urgence et de crise fonctionnant 24 h/24, 7 j/7, centrée sur l'alternative à l'hospitalisation psychiatrique et l'inclusion active de l'entourage du patient (famille et réseau social). Lors de sa création et bien après, cette équipe, unique en France, a fait l'objet de nombreuses critiques de la part des professionnels de la psychia-

trie. En 2018, beaucoup d'équipes mobiles existent en France, mais très peu sur la thématique de l'urgence et sur ce mode d'organisation, tandis que de nombreuses équipes similaires ont émergé dans de nombreux pays. C'est pourquoi il a paru intéressant d'établir un état des lieux de cette question, tant en France qu'à l'international, et de réfléchir à l'origine et l'évolution des idées, des services de santé mentale, de la psychiatrie en général, ou d'autres paramètres, qui ont poussé ou freiné au contraire leur développement.

► **Aidants profanes en psychiatrie et politiques sociales**

KOVESS-MASFÉTY V. ET VILLANI M.

2019

Revue française des affaires sociales(1): 55-74.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-55.htm>

Le rôle des aidants profanes en santé mentale s'est considérablement accru suite à la désinstitutionnalisation, la famille et les proches des patients se voyant alors assigner un rôle désormais central, celui d'aidants dits « naturels ». Malgré un certain nombre d'aides sociales, destinées d'abord au patient, mais aussi à ses aidants, les familles déclarent en bénéficier très peu et se sentir relativement seules face à la gestion quotidienne de la maladie. Outre cet enrôlement forcé, les familles et les proches font parfois le choix d'apporter leur aide bénévolement, dans le but de soutenir d'autres familles et des usagers confrontés à une situation similaire à la leur. Ces actions d'entraide s'inscrivent dans la mouvance des philosophies du self-help, sur la base de laquelle les usagers de la psychiatrie eux-mêmes ont fait émerger la notion de « pairs aidants », ces derniers venant contribuer au rétablissement d'autres usagers dans le cadre de programmes d'entraide informels ou structurés. Certains de ces programmes ont récemment promu une fonction d'aidant professionnalisée et rémunérée, dont la reconnaissance se fonderait sur un savoir expérientiel, à la limite entre profane et professionnel. Cette innovation a provoqué de vifs débats et porte de nombreux enjeux. Quoi qu'il en soit, le dynamisme des associations d'usagers et de familles devrait pouvoir s'appuyer sur la volonté des politiques publiques de créer les conditions du développement et du soutien des aidants profanes en santé mentale.

► **Rôle du pair-aidant en santé mentale**

LAMADON C.

2019

Pratiques en santé mentale 65e année(2): 36-43.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2019-2-page-36.htm>

Le médiateur pair-aidant en santé mentale constitue une nouvelle profession. Christophe Lamadon en montre tout l'intérêt, à la condition d'une pratique en alliance avec l'équipe soignante. Sans méconnaître les difficultés, il définit son rôle pour la restauration de la confiance et le rétablissement de la santé.

► **Influence of a Therapeutic Patient Education (TPE) Program on Quality of Life in Bipolar Disorder: Preliminary Results**

LEQUIMENER-DE LORGERIL V., CHIRIO-ESPITALIER M. ET GRALL-BRONNEC M.

2019

Encephale 45(2): 127-132.

Bipolar disorder is a mental illness that is associated with a long-term impairment in psychosocial functioning and quality of life. The objective of this study was to evaluate the influence of a therapeutic education program on the quality of life of patients with bipolar disorder (type 1 or 2). This study included 18 patients with bipolar disorder (type 1 or 2) following the therapeutic education program on bipolar disorder which includes 8 sessions of 2 hours each. The assessment of quality of life and mood, self-esteem, insight and global functioning was performed before and after the program using the following tools: World Health Organization Quality Of Life questionnaire in short version (WHOQOL-Bref), Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Birchwood Insight Scale and Global Assessment of Functioning Scale. The total score of WHOQOL-Bref constitutes the primary study outcome. The under-scores of WHOQOL-Bref as insight, self-esteem, functioning, depression and mania scores constitute secondary outcomes. Our results show an improvement in quality of life, regarding global and main dimension scores of WHOQOL-Bref. The mean total scores for quality of life at the beginning and the end of the program were respectively 55.47/100 (standard deviation=14.11) and 60.03/100 (standard deviation=12.62). However, the difference was still

not significant even after statistical adjustment with depression, mania and functioning scores. Self-esteem was significantly improved ($P=0.0469$). Quality of life and self-esteem evolutions were strongly related (correlation coefficient = 0.80, $P=0.0006$). At the end of the program, the less depressed the patients were, the better their quality of life was (correlation coefficient = 0.67, $P=0.0090$). We did not find any correlation between quality of life and mania intensity or global functioning level at the end of the program. This study suggests a need to focus on self-esteem perception in order to understand and ameliorate the quality of life of patients with bipolar disorders. Going further, the use of bipolar disorder specific scales to assess quality of life would be more relevant.

► **De la mobilité à la mobilisation des ressources psychiques et/ou institutionnelles. Expérience d'Étape auprès des « adolescents difficiles » pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse**

MACCOTTA J.-C., LAROSE P., PIOT M.-A., *et al.*
2019

L'information psychiatrique 95(4): 255-260.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-4-page-255.htm>

Les adolescents dits « incasables » qualifiés trop rapidement de « psychopathes », ceux chez qui l'acte est prépondérant, débordent les capacités de contenance des institutions éducatives et soignantes. La prépondérance de la pathologie du lien et de l'attachement se traduit par une expression symptomatique dans l'agir, et ne leur permet pas de pouvoir créer des espaces transitionnels. Leur prise en charge nécessite une adaptation des cadres institutionnels afin que le travail « trans-institutionnel » et leur rencontre permettent la mise en place ou la reprise du processus d'historicisation.

► **Liens transnationaux et santé mentale : de la nécessité du lien entre ici et là-bas ? Le cas des migrations africaines en Île-de-France**

PANNETIER J.
2018

Revue européenne des migrations internationales 34(2): 79-99.

<https://www.cairn.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2018-2-page-79.htm>

Les personnes migrantes peuvent être inscrites dans des logiques de dettes matérielles, sociales ou affectives vis-à-vis de leurs proches restés au pays, ainsi la question du coût des pratiques transnationales (notamment des transferts monétaires) pour leur santé a été soulignée. Cependant, peu d'études ont porté sur l'effet protecteur du soutien (matériel, social, affectif) des proches résidant dans le pays d'origine sur leur santé mentale. L'enquête Parcours a été menée en 2012-2013 dans 74 structures de soin en Île-de-France auprès de 2 468 personnes migrantes originaires d'Afrique. Cette enquête permet, à travers différents indicateurs, d'interroger le rôle de la parentalité transnationale et d'un soutien transnational sur la santé mentale des personnes migrantes. Cette recherche montre notamment que les femmes et les hommes qui déclarent pouvoir compter sur leurs proches, parents ou amis, à la fois dans le pays d'origine et en France présentent les niveaux d'anxiété et de dépression les plus bas. Un double réseau de soutien à la fois « ici et là-bas » aurait un effet protecteur sur la santé mentale des personnes migrantes.

► **La santé mentale en migrations internationales**

PETIT V. ET WANG S.
2018

Revue européenne des migrations internationales 34(2): 7-20.

<https://www.cairn.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2018-2-page-7.htm>

Ce premier dossier que la Revue Européenne des Migrations Internationales consacre à la santé mentale intervient à un moment où en France et en Europe les politiques migratoires en raison de leurs effets délétères portent atteinte aux droits, à l'accès aux soins et à la santé de nombreux migrants et exilés. Ce dossier sur la santé mentale en migrations internationales propose à travers des recherches d'horizons disciplinaires variés, des travaux empiriques décrivant les recours aux soins et les relations thérapeutiques en santé mentale des migrants à différents moments de leur expérience migratoire. Le prisme que constitue la santé mentale renouvelle la lecture des rapports sociaux dans lesquels le migrant est inséré, il permet également d'analyser les conditions sociales de production, d'expression et de gestion de leurs souffrances psychiques, aux échelles micro-, méso- et macro-sociales. Les modes

de prise en charge — institutionnel, social, juridique, sanitaire — des migrants diagnostiqués « comme ayant des troubles mentaux, des difficultés psychologiques, ou simplement en état de souffrances » mettent en lien les effets des politiques migratoires, les dynamiques d'accueil et de prise en charge des migrants, l'organisation des systèmes de soins et la production des subjectivités et de mise en parole de soi.

► **Implications des usagers en santé mentale : un défi permanent.**
Commentaire

ROELANDT J. L.
2019

Sciences sociales et santé 37(1): 69-74.

Quel est le parti pris des sciences sociales et psychologiques lorsqu'elles parlent de la colère, de l'indignation et de la revendication en faisant référence aux « émotions » ? N'est-ce pas, d'une certaine façon, mélanger sphère sociale et sphère intime et donner, subrepticement, le primat à cette dernière ? N'est-ce pas orienter le regard vers l'individu et son vécu, son éventuelle position de victime, plus que vers l'acteur ou l'actrice engagé.e dans la transformation sociale ? Les deux sont certainement liés car les actions des militant.e.s ont souvent des bases émotionnelles, psychologiques. L'amélioration de la société et des humains qui la composent se fera par l'élimination de la violence physique, psychique et politique - symbolique ou réelle - et cela demeure avant tout un combat.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► **La surveillance relationnelle de la santé. Du soupçon au soutien : les réactions face à un proche qui ne se soigne pas**

FERRAND A.
2019

Revue française des affaires sociales(1): 39-53.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-39.htm>

Les aidants profanes sont des acteurs importants de la prise en charge des malades. Cet article présente une démarche originale qui examine les trajectoires d'engagement d'un acteur dans l'aide en matière de santé. D'abord, comment peut-il percevoir parmi ses relations une personne qui s'occupe mal de sa santé ou même qui ne s'aperçoit pas qu'elle a un problème de santé ? Ensuite, envisage-t-il d'intervenir, et comment, auprès de cette personne ? Le cadre d'analyse est celui de l'interactionnisme symbolique et la méthodologie est dérivée de l'analyse des réseaux personnels. Une pré-enquête réalisée en milieu aisé (N=140) montre que l'on peut obtenir des informations de base sur la surveillance relationnelle de la santé. Elle interdit évidemment toute généralisation mais suggère des interrogations, notamment sur la réticence de certains acteurs à intervenir auprès d'une personne dont ils perçoivent cependant qu'elle a un problème de santé.

► **Patients' Perspective on How to Improve the Care of People with Chronic Conditions in France: A Citizen Science Study Within the Compare E-Cohort**

TRAN V.-T., RIVEROS C., PÉAN C., *et al.*
2019

BMJ Quality & Safety: bmjqs-2018-008593.

<https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2019/04/17/bmjqs-2018-008593.full.pdf>

This study aimed to involve patients with chronic conditions in generating ideas for improving their care. We performed a citizen science study. Participants were adult patients with chronic conditions recruited in Community of Patients for Research 'ComPaRe,' a French e-cohort of patients with chronic conditions. Participants generated ideas to improve their care in answer to the open-ended question, 'If you had a magic wand, what would you change in your healthcare?' Three researchers and two patients independently extracted ideas from open-ended answers by using thematic analysis. Ideas were grouped into areas for improvement at the consultation, hospital/clinic and health system levels. Findings were validated and enriched by a second sample of participants recruited in ComPaRe. Between May 2017 and April 2018, a total of 1636 patients provided 3613 ideas to improve con-

sultations (1701 ideas related to 58 areas for improvement), hospitals/clinics (928 ideas related to 41 areas for improvement) and the health system (984 ideas related to 48 areas for improvement). At the consultation level, most ideas were related to improving physician–patient discussions, informing patients about their own care, and adapting treatment to patient preferences and context. At the hospital/clinic level, most ideas aimed at improving the coordination and collaboration in care. At the health system level, most ideas were related to decreasing the administrative burden imposed on patients, improving access to care and reducing the costs of care. Conclusion Patients have many ideas to improve their care, from the content of consultations to the organisation of hospitals. Our study provides the proof of concept for a method to leverage patients' practical knowledge of the care system to improve it.

► **The Relation Between Patient Education, Patient Empowerment and Patient Satisfaction: A Cross-Sectional-Comparison Study**

YEH M.-Y., WU S.-C. ET TUNG T.-H.
2018

[Applied Nursing Research 39: 11-17.](#)

Purpose Patient empowerment is a paradigm of clinical practice. The goal of patient empowerment is to lead patients' health and wellbeing. The aim of this study is to evaluate the relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction based on multi-hospital cross-sectional study design in Taiwan. Methods In this cross-sectional survey, 609 inpatients in four teaching hospitals in northern Taiwan from August 2009 to July 2010 were recruited. Data were collected using Chinese version of the Patient Perceptions of Empowerment Scale (PPES), Sufficiency of Patient Education Questionnaire (SPEQ) and Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ). The multiple linear regression model was used to assess the independent effects of relevant factors on patient empowerment after controlling for the covariates. Results The overall mean empowerment scores was 44.80 ± 5.94 . There was a significant difference between the total scores and four dimensions of patient empowerment at different hospitals ($t = 5.44, p \leq 0.01$). Sufficient patient education ($\beta = 0.568, 95\%CI: 0.486-0.649$) and patient satisfaction ($\beta = 0.317, 95\%CI: 0.259-0.375$) could significantly predict patient empowerment based on the multiple linear regression analysis, with a total variance was 54.4%. Conclusions In conclusion, both sufficient patient education and patient satisfaction were positively related to patient empowerment. Hospitals in Taiwan should try to improve their patients' active involvement toward empowerment.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Faire carrière ici ou là. Les trajectoires d'accès à l'emploi des jeunes docteurs**

BERNELA B. ET BERTRAND I.
2018

[Géographie, économie, société 20\(4\): 395-421.](#)

<https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2018-4-page-395.htm>

L'enquête de suivi menée par une université française auprès de ses docteurs récemment diplômés couplée à des entretiens biographiques permet d'analyser leurs trajectoires d'accès à l'emploi. Ces trajectoires sont rarement linéaires. Alors que le projet de carrière académique est majoritaire à l'entrée en thèse, sa mise

en œuvre fait peser sur la sphère privée des individus des contraintes géographiques fortes. On observe une diversité de configurations qui témoigne de l'enchevêtrement des dimensions professionnelles, géographiques et personnelles.

► **Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville**

BOURGEOIS I.

2019

Journal de gestion et d'économie de la santé 1(1): 54-71.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-54.htm>

Fondé sur une méthodologie d'enquête du type participation observante dans le cadre d'interventions de terrain en santé publique, l'article propose de montrer en quoi l'accompagnement de professionnels de santé de premier recours permet de comprendre les transformations en cours de l'offre de soins de premier recours au sein du mouvement des Maisons et Pôles de Santé Pluri professionnels. Le mouvement de structuration de l'offre de soins de premier recours, depuis une dizaine d'années, promeut de nouvelles formes d'exercice coordonné pluri professionnel et transforme progressivement les prises en charge des patients en médecine de ville. L'analyse des transformations de l'offre de soins de premier recours, opérées dans le cadre d'une expérience d'accompagnement de ces transformations depuis une dizaine d'années, permet de montrer les modalités concrètes et les enjeux d'une action organisée naissante dans un milieu aux logiques professionnelles fortes.

► **Bénéfices de la prise en charge intégrée de l'insuffisance cardiaque : l'exemple d'Intermountain Healthcare (États-Unis)**

BRÉCHAT P.-H., RASMUSSEN K., BRIOT P., *et al.*

2018

Santé Publique 30(6): 877-885.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-877.htm>

Parmi les maladies chroniques, l'insuffisance cardiaque est une priorité de santé publique en France et aux États-Unis. Si des progrès sont possibles dans l'Hexagone, l'expérience d'Intermountain Healthcare (IH), aux États-Unis, peut être source d'expérimentations probantes. L'objectif de cet article est d'identifier les enseignements de l'intégration clinique des spécialistes en insuffisance cardiaque avec la médecine de ville de soins primaires qui pourraient être utiles en France. Cette recherche s'appuie sur l'analyse quali-

tative de données issues de travaux entre experts, de recherches bibliographiques, et de regroupements par item correspondant aux trois objectifs du Triple Aim de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI). Le programme de prise en charge intégrée de l'insuffisance cardiaque d'IH réalise les objectifs du Triple Aim d'IHI : l'amélioration de la santé de la population; l'accroissement de la qualité des soins et de la satisfaction de l'utilisateur; la réduction des coûts des soins. Ce programme améliore aussi le modèle des soins chroniques (Chronic Care Model) en y intégrant une équipe de spécialistes en insuffisance cardiaque, créant ainsi une équipe pluridisciplinaire centrée sur les besoins des patients et de leur famille. Cela permet une prise en charge multidisciplinaire globale protocolisée, stratifiée, planifiée et suivie de l'insuffisance cardiaque. La prévention et les soins ambulatoires intégrant les soins spécialisés de second recours aux soins de premier recours sont développés. Les usagers et leurs familles sont coresponsables de leur santé. L'évaluation, systématique, se base sur des indicateurs spécifiques. Ce programme améliore l'efficacité clinique et l'efficacité organisationnelle, ce qui permet des économies pour l'assurance maladie d'IH (SelectHealth). Il accroît également l'égalité d'accès à de meilleurs soins et à la santé pour toute la population.

► **Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ?**

BUTTARD A., MACÉ F., MORVAN L., *et al.*

2019

Journal de gestion et d'économie de la santé 1(1): 92-109.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-92.htm>

La coordination pluri professionnelle est un axe fort de la réorganisation des soins primaires en France. Si cette coordination concerne a priori tous les professionnels de santé, certains sont dans les faits, à l'instar du pharmacien d'officine, encore faiblement impliqués. Cet article se propose d'examiner les enjeux de l'intégration des pharmaciens à un exercice coordonné des soins primaires en France. Il s'appuie d'une part sur une analyse des expérimentations faites dans d'autres systèmes de santé et de leurs évaluations. D'autre part, il développe une première réflexion sur les obstacles qui pourraient expliquer la faible intégration actuelle des pharmaciens en France, et sur les enjeux d'une

présence plus affirmée de ces professionnels dans la coordination des soins primaires.

► **Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins : la coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé**

DE HAAS P.
2017

Médecine des Maladies Métaboliques 11(1): 18-21.

Les soins primaires sont profondément concernés et impactés par le développement des maladies chroniques, en particulier, diabète, maladies cardio-vasculaires, troubles cognitifs, situations médico-sociales complexes. Ceci nécessite de structurer un parcours de soins et l'organisation en maisons et pôles de santé qui peuvent mieux répondre aux besoins de cette nouvelle ère médicale.

► **Patient Use of an Online Triage Platform: A Mixed-Methods Retrospective Exploration in UK Primary Care**

ECCLES A., HOPPER M., TURK A., et al.
2019

British Journal of General Practice 69(682): e336-e344.

<https://bjgp.org/content/bjgp/69/682/e336.full.pdf>

Recent years have seen the introduction of online triage allowing patients to describe their problem via an online form. Subsequently, a GP telephones the patient, conducting a telephone consultation or arranging a face-to-face consultation. This study aimed to explore patterns-of-use and patients' experiences of using an online triage system. Design and setting This retrospective study analysed routinely collected data (from all practices using the 'askmyGP' platform for the duration of the study period, 19 May 2017 to 31 July 2017), using both quantitative and qualitative approaches. Data originated from an online triaging platform used by patients in nine general practices across the UK. Data from 5447 patients were quantitatively analysed to describe characteristics of users, patterns-of-use, and reasons given by patients for using the platform. Free-text comments left by patients (n=569) on their experience of use were qualitatively analysed. Highest levels of use were observed in

females (65.5%, n=3570) and those aged 25–34 years. Patterns of use were high between 0800 and 0959, and on Mondays and Tuesdays. Use outside of GP practice opening hours was low. Common reasons for using the platform were for medication-related enquiries, for administrative requests, and to report a specific symptom. Comments left by patients suggested advantages to using the platform, for example, convenience and the written format, but these did not extend to all users. Patterns-of-use and patient types were in line with typical contacts to GP practices. Though the age of users was broad, highest levels of use were from younger patients. The perceived advantages to using online triage, such as convenience and ease of use, are often context dependent.

► **Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluri-professionnelles**

FOURNIER C.
2019

Journal de gestion et d'économie de la santé 1(1): 72-91.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-72.htm>

Instrument récent de politique publique, une maison de santé pluri-professionnelle repose avant tout sur la création d'une équipe dont les membres, appartenant à différentes professions libérales, développent des pratiques collectives. Si chaque équipe s'inscrit dans une histoire, indissociable des trajectoires de ses membres et des opportunités liées à l'environnement local, ses pratiques et leur évolution dépendent également étroitement des politiques publiques qui les soutiennent, dans un contexte d'injonction croissante à l'organisation pluri-professionnelle des soins de premier recours. L'enquête renouvelée à quatre ans d'intervalle dans quatre maisons de santé aux caractéristiques variées permet de saisir des manières contrastées de construire des actions pluri-professionnelles et de travailler ensemble, dans des configurations et des environnements changeants, au fil de l'évolution des politiques publiques. Elle montre tout d'abord des tensions entre les dynamiques de chaque profession et une dynamique pluri-professionnelle émergente. Ces dynamiques se voient elles-mêmes bousculées de différentes manières par la logique gestionnaire, asso-

ciée à l'action publique et à ses instruments, qui s'est renforcée entre les deux moments de l'enquête. Cela permet d'étudier ce qui fait la force et la fragilité des équipes prises dans des dynamiques et des logiques qui se conjuguent ou s'opposent, transformant les rôles, les identités et les frontières professionnelles au fil de la structuration d'une offre de soins primaires renouvelée.

► **La situation des soins de santé primaires en France**

GAY B. ET DUHAMEL S.

2019

Médecine : de la Médecine factuelle à nos pratiques 15(1): 34-37.

Les soins de santé primaires, définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978, viennent d'être réaffirmés par la déclaration d'Astana comme la pierre angulaire de tous les systèmes de santé. Si leur définition est bien établie au niveau international, elle a été plus difficilement consensuelle en France et a laissé la place à de nombreuses interprétations. La perspective actuelle est de considérer les soins de santé primaires comme le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé sur un territoire de proximité. En termes de qualité, d'équité et de coût, ils se révèlent particulièrement performants : la littérature scientifique apporte des preuves indiscutables de leur efficacité, y compris dans les pays européens. L'implantation des soins de santé primaires en France a suscité des résistances dans un système hospitalocentré. Néanmoins, la Stratégie nationale de santé affiche clairement son intention de s'orienter vers les soins ambulatoires et de structurer les soins de santé primaires. Les dispositifs comme les maisons de santé pluri-professionnelles, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé sont de nature à concrétiser cette démarche, avec le soutien des plates-formes territoriales d'appui. Cette évolution devrait contribuer à la nécessaire hiérarchisation du système de santé français.

► **Les rythmes d'une relation d'influence : médecins libéraux et visiteuses de l'industrie pharmaceutique**

GREFFION J.

2019

Actes de la recherche en sciences sociales 226-227(1): 48-71.

<https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2019-1-page-48.htm>

Cet article documente la forte hétérogénéité du temps que les médecins prescripteurs consacrent aux démarcheurs de l'industrie pharmaceutique faisant la publicité de leurs médicaments. Il interroge les liens entre, d'un côté, l'économie de ce temps et, de l'autre, la position et les caractéristiques sociales des médecins, leur degré d'adhésion à cette publicité et leur niveau de capital économique et social. Il décrit une interaction qui met en relation une profession respectée, puissante et majoritairement masculine et des visiteuses médicales moins bien dotées en capital que leurs interlocuteurs. À partir d'une analyse statistique (régressions et ACM) enrichie de matériaux ethnographiques, l'auteur montre que la fréquence des visites est un paramètre beaucoup plus discriminant que leur durée, en particulier et de manière contre-intuitive, pour différencier les médecins selon leur opinion sur la publicité pharmaceutique, mais aussi selon leur capacité à convertir leur temps d'écoute en capital. En venant ainsi enrichir les approches sur les temporalités au travail, l'article éclaire par ailleurs les échanges de capitaux qui s'exercent en coulisses de la commercialisation d'un bien de santé publique : le médicament.

► **The Relation Between Patient-Centeredness and Patient Empowerment: A Discussion on Concepts**

HOLMSTROM I. ET ROING M.

2010

Patient Educ Couns 79(2): 167-172.

The concepts of patient-centeredness and patient empowerment offer opportunities for patients to increase their autonomy and involvement in their care and treatment. However, these concepts appear to be understood in different ways by professional groups involved in healthcare and research. The aims of this paper are to optimize understanding there is a need to create a common language, to explore and compare the concepts of patient-centeredness and

patient empowerment, and clarify a possible relationship between the two from the perspective of the encounter between patients and their healthcare providers. Concept analysis approach in which the concepts are compared based on literature review. Patient-centeredness can be the goal of an encounter between patient and caregiver. As a process, it is of great value in the process of patient empowerment. Patient empowerment appears to be broader than patient-centeredness, and may place greater demands on caregivers and the organisation of healthcare. Patient-centeredness and patient empowerment are complementary concepts which do not oppose one-another. Patient empowerment can be achieved by patient-centeredness, but patients can also empower themselves. Clarification of patient-centeredness and patient empowerment can facilitate their use by those involved in healthcare, improve the quality of healthcare, and aid future research.

► **Primary Care Reform in Manitoba, Canada, 2011–15: Balancing Accountability and Acceptability**

KREINDLER S. A., METGE C., STRUTHERS A., *et al.*
2019

Health Policy 123(6) : 532-537

Primary care reform cannot succeed without substantive change on the part of providers. In Canada, these are mostly fee-for-service physicians, who tend to regard themselves as independent professionals and not under managerial sway. Hence, policymakers must balance two conflicting imperatives: ensuring the acceptability of renewal efforts to these physicians while enforcing their accountability for defined actions or outcomes. In its 2011–15 strategy to improve access to primary care, the province of Manitoba introduced several linked initiatives, each striving to blend acceptability- and accountability-promoting elements. Clearly delimited initiatives that directly promoted a specific observable behaviour (accountability) through financial or non-financial support (acceptability) were most successfully implemented. System-wide initiatives with complicated designs (notably a primary care network model that established formal partnership among clinics and regional health authorities) encountered greater difficulties in recruiting and sustaining physician participation. Although such initiatives offered physicians considerable decision-making latitude (acceptability), many physicians questioned

the meaningfulness of opportunities for voice within a predetermined structure (accountability). Moreover, policymakers struggled to enhance the acceptability of such initiatives without sacrificing strong accountability mechanisms. Policymakers must carefully consider how acceptability and accountability elements may interact, and design them in such a way as to minimize the risk of mutual interference.

► **Coordination infirmière et maladies chroniques : état des lieux des activités en médecine adulte à l'Assistance Publique-hôpitaux de Paris**

LAURENT J., LE COSSEC C. ET DE CHAMBINE S.
2019

Recherche en soins infirmiers 136(1): 90-98.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-1-page-90.htm>

La transformation des métiers infirmiers peut être une opportunité pour l'organisation de parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques. L'objectif de cette étude était d'identifier et de décrire les activités des infirmiers de coordination (IDEC) intervenant auprès des malades chroniques dans les services de médecine adulte à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). Une enquête e-mail auprès des chefs de service a permis l'identification des IDEC. Des entretiens semi-dirigés ont été conduits avec les IDEC et des médecins référents afin de connaître les activités « en pratique » des IDEC. Quarante-huit IDEC ont été identifiées dans 115 services de médecine adulte contactés à l'AP-HP. Les IDEC exerçaient essentiellement des activités d'expertise et des activités de coordination. Les IDEC permettent de libérer du temps médical, les patients sont satisfaits d'avoir un interlocuteur dédié à qui s'adresser en cas de problème. Les IDEC interviennent dans de nombreuses pathologies chroniques. Leur expertise sert avant tout les malades mais aussi les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soins. Ce travail alimentera la réflexion sur la transformation des métiers infirmiers, notamment depuis la reconnaissance de l'exercice infirmier en pratique avancée.

► **La réforme de la première année commune aux études de santé. Construction et mise à l'épreuve d'un dispositif de gestion des flux étudiants**

MARQUES S.

2019

Revue d'anthropologie des connaissances 13, 1(1): 225-251.

<https://www.cairn.info/revue-anthropologie-des-connaissances-2019-1-page-225.htm>

L'article analyse la construction d'un programme d'enseignement dans le supérieur à l'Université d'Angers, dans le cadre d'une expérimentation de réforme de la Première année commune aux études de santé (PACES). Il montre que, loin d'être seulement un ensemble de savoirs à transmettre à un public étudiant, un programme d'enseignement peut aussi constituer un construit matériel dont les enjeux dépassent la connaissance. Ainsi, PluriPASS a été conçu en tant qu'un dispositif technique et organisationnel visant à réduire l'échec étudiant à l'issue du concours de première année d'études de santé, mais aussi afin de (ré)orienter des étudiants vers des filières d'enseignement souffrant d'un manque de « bons » étudiants. Vue par des universitaires comme un dispositif de captation et de gestion des flux étudiants de l'établissement, les étudiants s'en saisissent aussi en contournant et en détournant ses enseignements, ses modalités d'évaluation et de sélection, dans le but d'intégrer le numerus clausus de l'une des filières santé contingentes. La construction d'un programme d'enseignement apparaît comme le produit d'ajustements croisés des concepteurs et des usagers dont les intérêts diffèrent.

► **L'exercice regroupé et coordonné en maison de santé pluri-professionnelle est-il protecteur de l'épuisement professionnel ? Remise en question d'un paradigme**

NGUYEN A., JOACHIM F., LANCREROT S. L., *et al.*

2019

Médecine : De la Médecine Factuelle à Nos Pratiques 15(1): 38.

Les regroupements en maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ont toujours été présentés par leurs promoteurs et les agences régionales de santé comme un moyen d'éviter l'épuisement professionnel des soignants. Cette affirmation manquait de preuves. Ce

travail interrogeant 234 professionnels vient nuancer le dogme. La grande majorité des soignants ont déclaré se sentir bien en MSP mais plus de la moitié ont exprimé ressentir du stress au travail et quelques-uns une dégradation sur leur qualité de vie, leur santé ou leur moral. Les résultats permettent d'identifier des facteurs contribuant à l'épanouissement et d'autres qui soient plus délétères. Le travail coordonné et regroupé ne s'improvise pas et n'est pas systématiquement synonyme d'amélioration de la qualité de vie professionnelle ou personnelle. Tout dépend du projet mené avec cadrage de l'activité, répartition des tâches et du temps de travail.

► **Les maisons de santé pluri-professionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens**

PEDROT F., FERNANDEZ G. ET LE BORGNE-UGUEN F.
2019

Journal de gestion et d'économie de la santé 1(1): 110-126.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-110.htm>

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) connaissent actuellement un développement important dans le système de soins français en prolongement d'un processus de réforme de l'offre de soins de premiers recours. Celui-ci a tenté d'une part d'améliorer la coordination des soins entre différents professionnels (médecins spécialistes, généralistes, paramédicaux) et d'autre part d'accroître l'implication des patients souffrant de pathologies chroniques dans la gestion de leur trajectoire de soin. C'est à la rencontre de ces deux enjeux que se situent les MSP. De fortes attentes reposent sur ces nouvelles structures qui doivent construire un espace commun de production des soins où la pluridisciplinarité pourra se concrétiser et où les patients seront aussi amenés à prendre une place accrue, en particulier lorsqu'ils sont atteints d'une pathologie chronique. Les premiers résultats d'une enquête qualitative par entretiens auprès de médecins, de paramédicaux mais aussi des patients consultants dans ces lieux et de leurs proches engagés dans le soin montrent que l'attitude des patients joue un rôle fondamental dans le déploiement possible des pratiques de soins coordonnés. Les patients peuvent agir en conformité avec les logiques de coordination propres

aux MSP ou introduire un mode alternatif de régulation des liens entre les différents professionnels qui les suivent. Les parcours de soin antérieurs, les ressources dont disposent les patients (niveau de qualification, personnes ressources dans l'entourage) et les modes de raisonnement qu'ils déploient pour leurs soins prédisposent certains parmi eux à valoriser l'orientation des MSP vers la collégialité ou conduisent d'autres à les recomposer, au profit d'agencements spécialisés et hiérarchisés des soins.

► **Differences in Portuguese Primary Care Quality: An Analysis Using Geographical and Patient Satisfaction Data**

RAPOSO V., FERREIRA P. ET TAVARES A.
2019

European Journal of Public Health
29(Supplement_1).

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz034.018>

Since 2006 several primary-care reforms have been implemented in Portugal by creating new organizational models for healthcare units and reorganizing management units by geographic areas. Previous analysis related with patient satisfaction surveys in 2009 and 2015 show disparity of satisfaction indices by health-administrative regions and, within each, by primary care unit. The aim is to add accurate geographical data considering Portugal NUTs and typology of urban areas (TUA) defined by the National Institute of Statistics (INE) and understand if those elements act as moderators, mediators or confounders of patient satisfaction.

► **Regards sur la kinésithérapie en 2018**

REMONDIÈRE R. ET DURAFORG M.-P.
2018

Santé Publique 30(6): 869-876.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-869.htm>

À partir d'un état des lieux, les auteurs retracent les étapes de l'évolution de la kinésithérapie au cours des vingt dernières années. Le point fort de cette profession silencieuse est d'avoir achevé, en 2015, sa réforme dans le cadre des accords européens du processus de Bologne. Les mutations, les acquis en lien avec les progrès biologiques, médicaux et issus de la recherche clinique en font un ensemble qui ouvre encore largement ses champs de pratiques, suffisam-

ment pour être attractif auprès des futurs étudiants, mais insuffisamment pour susciter un exercice à l'hôpital. Les contraintes macro- et micro-économiques ont engendré des répercussions importantes et les kinésithérapeutes ont su s'adapter à la nouvelle prise en soins des patients sans altérer la reconnaissance dont ils sont l'objet de leur part. La nouvelle définition de la profession, accompagnée de nouveautés techniques de formation devrait réaffirmer leurs compétences qui n'ont, à ce jour, que peu de traduction au quotidien. La réforme des études doit être comprise comme le point de départ d'une profession en mutation, dont les champs de pratique qui se sont élargis depuis 2016 n'ont pas encore séduits la majorité des professionnels.

► **Coordinating Primary Care Services: A Case of Policy Layering**

RUDOLER D., PECKHAM A., GRUDNIEWICZ A., et al.
2019

Health Policy 123(2): 215-221.

In this paper, we discuss the processes of policy layering as they relate to health care reform. We focus on efforts to achieve systems of coordinated primary care, and demonstrate that material change can be achieved through processes of incremental policy layering. Such processes also have a high potential for unintended consequences. Thus, we propose new principles of 'smart' policy layering to guide decision-makers to do incrementalism better. We then apply these principles to recent primary care reforms in Ontario, Canada. This paper conceptualizes 'smart' policy layering as a mechanism to achieve productive policy change in contexts with strong institutional barriers to reform.

► **Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation**

SCHWEYER F.-X.
2019

Journal de gestion et d'économie de la santé 1(1): 33-53.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-33.htm>

Doubler le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) sur le territoire national est un objectif inscrit à l'agenda mais pour lequel les professionnels de santé libéraux sont peu mobilisés. Cet article ana-

lyse comment une coalition d'acteurs a créé en 2014 une formation de coordinateurs de maisons de santé pluri-professionnelles conçue comme un dispositif d'appui aux équipes de soins primaires. La principale hypothèse discutée est que par sa mise en œuvre, cette formation est devenue un dispositif d'action publique régional. L'analyse montre que la formation des coordinateurs implique aussi les leaders et les équipes de soins primaires et que l'activité organisatrice des coordinateurs transforme les pratiques professionnelles mais rencontre aussi de fortes résistances.

► **Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux**

SCHWEYER F.-X. ET VEZINAT N.

2019

Journal de gestion et d'économie de la santé 1(1): 3-10.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-3.htm>

Si dans beaucoup de pays l'offre de soins de première ligne se fait dans des structures où la pluri-professionnalité et l'intégration d'acteurs non médicaux ne font plus débat, l'exercice collectif et coordonné reste en France minoritaire. Depuis dix ans toutefois, les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) apparaissent comme des éléments structurants des politiques sanitaires et appellent à une analyse multi-niveaux pour saisir les différents enjeux qui s'y développent. Ce dossier se propose d'investiguer les maisons de santé à partir de deux axes : celui de la dynamique des groupes professionnels et celui de l'analyse de l'action des politiques publiques de santé. Sont étudiés le processus de gouvernance qui lie les différentes parties prenantes autour des enjeux d'une nécessaire coordination mais aussi les interdépendances avec leur environnement qui en font des « écologies liées ». Six articles traiteront du travail performatif de la fédération des maisons de santé (Vezinat), de l'émergence d'une fonction de coordination en équipe de soins primaires (Schweyer), de l'activité de conseil qui accompagne les équipes naissantes (Bourgeois), des forces et fragilités de quatre maisons de santé qui s'ajustent aux politiques publiques (Fournier), de la place du pharmacien dans l'exercice coordonné (Buttard, Macé, Morvan, Peyron) et de la perception des patients et de leurs proches de l'exercice coordonné (Fernandez, Leborgne-Uguen, Pedrot).

► **Améliorer la prise en charge de l'enfant atteint de diabète de type 1 et celle de sa famille : quel rôle pour l'infirmière de pratique avancée, coordinatrice de parcours complexe de soins ? Une étude qualitative et exploratoire**

TELLIER H., COLSON S. ET GENTILE S.

2019

Recherche en soins infirmiers 136(1): 80-89.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-1-page-80.htm>

La prévalence du diabète de type 1 chez l'enfant en Suisse et dans le monde est en constante augmentation. La coordination des soins semblerait être un élément déterminant et incontournable pour une prise en soin efficace et efficiente. L'objectif de cet article est d'identifier les difficultés et les leviers de coordination rencontrés par les soignants et les familles lors de la phase de découverte d'un diabète de type 1, de la naissance à 15 ans à partir d'une analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Trois familles et cinq soignants ont participé à l'étude. L'annonce de diagnostic est vécue comme douloureuse, un choc pour les familles. Les infirmières spécialisées en diabétologie pédiatrique sont reconnues comme des experts en soins et pour l'enseignement. La prise en charge est vécue comme stressante et complexe par les infirmières non spécialisées. La collaboration entre les unités est décrite comme cloisonnée. Les outils informatiques ne sont pas communs entre les unités. L'accompagnement psychologique est vécu comme non satisfaisant par les familles. Les infirmières ont besoin de travailler en interdisciplinarité et dans une coordination de soins structurée.

► **Temporary Removal: Who Had Access to Doctors Before and After New Universal Capitated Subsidies in New Zealand?**

THOMSON M.

2019

Health Policy(Ahead of print).

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305517>

The publisher regrets that this article has been temporarily removed. A replacement will appear as soon as possible in which the reason for the removal of the article will be specified, or the article will be reinstated. The full Elsevier Policy on Article Withdrawal

can be found at <https://www.elsevier.com/about/our-business/policies/article-withdrawal>.

► **La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying**

VEZINAT N.

2019

Journal de gestion et d'économie de la santé 1(1): 11-31.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-11.htm>

L'organisation de l'offre de soins primaire ambulatoire, en tant qu'accès aux soins et alternative à l'hospitalisation, constitue un enjeu important pour le système de protection sociale. Dans ce contexte, la fédération française des maisons et pôles de santé (la FFMPs) fait reconnaître leur utilité sociale en mobilisant la notion d'intérêt général. Ce discours permet à la fédération des maisons de santé d'obtenir, de la part de la société civile, un « mandat » pour accroître la légitimité de son mode d'organisation des soins. La fédération nationale des maisons de santé dispose donc d'un double statut car elle agit à la fois en tant qu'organe représentatif et de dialogue avec les différentes instances. En se présentant comme un groupe d'intérêt représentatif des maisons de santé et des fédérations régionales des maisons de santé, la FFMPs travaille à construire sa légitimité. Elle s'adresse donc

d'abord aux partisans du modèle des maisons de santé et les journées nationales organisées chaque année mettent en scène sa légitimité. Étudier ainsi la fédération consiste enfin à l'appréhender comme un acteur collectif capable d'élaborer un récit sur lui-même et sur la place qu'elle a vocation à occuper dans son environnement institutionnel.

► **Impact de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité sur la perception du système de santé français**

VIRAMA-LATCHOUMY L., CHEVILLOT D., ROUSSELOT N., et al.

2019

Médecine : De la Médecine factuelle à nosp 15(2): 85-90.

La médecine générale est devenue une spécialité en 2004 et les premiers spécialistes de médecine générale ont été qualifiés il y a plus de dix ans. Cette reconnaissance a-t-elle entraîné un changement dans le fonctionnement du système de santé français ? L'analyse de la perception des patients, des médecins généralistes et des représentants institutionnels permet d'apporter des éléments de réponse. Plus d'une décennie après sa création, le Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale a changé progressivement le paysage universitaire mais n'a permis ni la reconnaissance sociétale de la profession, ni sa restructuration.

Systemes de santé

Health Systems

► **Why Do Accountable Care Organizations Leave the Medicare Shared Savings Program?**

BLESER W. K., SAUNDERS R. S., MUHLESTEIN D. B., et al.

2019

Health Aff (Millwood) 38(5): 794-803.

The ability of accountable care organizations (ACOs) to continue reducing costs and improving quality

depends on understanding what affects their survival. We examined such factors for survival in the Medicare Shared Savings Program (MSSP) of 624 ACOs between performance years 2013 and 2017 (1,849 ACO-years). Overall, ACO exits from the MSSP decreased after ACOs' third year. Shared-savings bonus payment achievement, more care coordination, higher financial performance benchmarks, market-level Medicare cost growth, lower-risk patients, and contracts with upside-only risk were associated with longer survival. Quality

scores, postacute care spending, organizational traits, and most market-context characteristics had no significant association with survival, which indicates that diverse organizations and markets can be successful. Put in context with the recently finalized MSSP rule from December 2018, our findings suggest that while new flexibilities for low-revenue ACOs likely reduce uncertainty for some, MSSP ACOs may need more than the new period of one to three years to prepare for downside risk. Policy makers should offer more support to ACOs (especially those with higher-risk patients) for building organizational competencies and should consider how benchmarking policy can fairly assess ACOs from regions with differing levels of cost growth.

► **The Career of Medical Public Health Specialists Graduated from the French Public Health Medical Residency**

GUERRA J. ET DUGUE F.
2019

Rev Epidemiol Sante Publique 67(2): 106-113.

The French public health medical residency was created in 1984 to train medical public health specialists. Knowledge was lacking on the career of the trained practitioners, with the sole study dating from 1995. In this study, the French national association of medical public health residents aimed to describe the training and career of all medical public health specialists since the inception of the residency. METHODS: An online survey took place during the first semester of 2012 to collect information on all medical public health specialists graduated from the French public health medical residency. Descriptive analysis of the collected information was performed. RESULTS: Replies from 563 graduated medical public health residents were collected from all over the country and years since the inception of the training. Ninety-eight percent of the informants were in activity. They mostly worked in public healthcare facilities (56%) and public administration (16%). Their main areas of practice were: epidemiology, clinical research, biostatistics (37%); health management information system (19%); health policy (14%). Eighty-eight percent of the respondents held a master degree, 29% a PhD. Practical training during the medical residency was deemed as very useful or needed by 73% of the informants, theoretical training by 43%. Sixty-eight percent of informants were very or fully satisfied by their carrier, 29% rather satisfied. CONCLUSION: This is the first study to achieve cov-

erage of more than 45% of all medical public health specialists graduated since the inception of the public health medical residency. Full employment, wide-range activities, evolving carriers can explain the high satisfaction rates. The public health medical residency being the main access point to the public health medical specialty, the impact of the initial training on the career should lead to rethink the design of the public health medical residency to fulfil the needs in the public health sector.

► **Impact of Accountable Care Organizations on Utilization, Care, and Outcomes: A Systematic Review**

KAUFMAN B. G., SPIVACK B. S., STEARNS S. C., et al.
2019

Med Care Res Rev 76(3): 255-290.

Since 2010, more than 900 accountable care organizations (ACOs) have formed payment contracts with public and private insurers in the United States; however, there has not been a systematic evaluation of the evidence studying impacts of ACOs on care and outcomes across payer types. This review evaluates the quality of evidence regarding the association of public and private ACOs with health service use, processes, and outcomes of care. The 42 articles identified studied ACO contracts with Medicare (N=24 articles), Medicaid (N=5), commercial (N=11), and all payers (N=2). The most consistent associations between ACO implementation and outcomes across payer types were reduced inpatient use, reduced emergency department visits, and improved measures of preventive care and chronic disease management. The seven studies evaluating patient experience or clinical outcomes of care showed no evidence that ACOs worsen outcomes of care; however, the impact on patient care and outcomes should continue to be monitored.

► **Les plateformes territoriales d'appui : une réforme partielle de plus pour répondre au défi de la prise en charge ambulatoire des patients complexes ?**

SEBAI J.
2018

Sève : Les tribunes de la Santé(58): 103-113.

Cet article se penche sur le déploiement des plateformes territoriales d'appui. Il explique tout d'abord le contexte de leurs émergences en soulignant sa spécificité dans l'amélioration de la prise en charge de maladies chroniques. À travers les expériences internationales seront mis en exergue les facteurs de réussite permettant d'apprécier le rôle de ces dispositifs dans l'optimisation de la qualité des soins. Au regard des éléments empiriques présentés, un cadre conceptuel relatif aux maladies chroniques sera posé. L'article conclut par un regard critique de l'apport de ce dispositif par rapport aux modèles de coordination déjà existants.

► **Community-Based Specialist Palliative Care Teams and Health System Costs at End of Life: A Retrospective Matched Cohort Study**

SEOW H., SALAM-WHITE L. ET BAINBRIDGE D.
2019

CMAJ open 7(1): E73-E80.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30755414>

Access to community-based specialist palliative care teams has been shown to improve patients' quality of life; however, the impact on health system expenditures is unclear. This study aimed to determine whether exposure to these teams reduces health system costs compared with usual care. We conducted a retrospective matched cohort study in Ontario, Canada, using linked administrative data. Decedents treated by 1 of 11 community-based specialist palliative care teams in 2009/10 and 2010/11 (the exposed group) were propensity score matched (comorbidity, extent of home care, etc.) 1 to 1 to similar decedents in usual care (the unexposed group). The teams are comprised of a core group of specialized physicians, nurses and other providers; their role is to manage symptoms around the clock, provide education and coordinate care. Our primary outcome was the overall difference in health system costs (among 5 health care sectors) between all matched pairs of exposed versus unexposed patients in the last 30 days of life. The total cohort of decedents included 3109 matched pairs. Among matched pairs, the mean health system cost difference was \$512 (95% confidence interval [CI] -\$641 to -\$383) lower in the last 30 days among exposed than among unexposed patients. In the last 30 days, the mean home care costs of the exposed group were \$189 higher (95% CI -\$151 to \$227) than those of the unexposed group, but their

mean hospital costs were \$733 lower (95% CI -\$950 to -\$516). Our study suggests that health system costs are lower for patients who have access to community-based specialist teams than for those who receive usual care alone, largely because of decreased hospital costs. Ensuring access to in-home palliative care support, as provided by these teams, is an efficacious strategy for reducing health care expenditures at the end of life.

► **Inappropriateness of Health Care in Canada: A Systematic Review Protocol**

SQUIRES J. E., GRAHAM I. D., GRINSPUN D., *et al.*

2019

Systematic Reviews 8(1): 50.

<https://doi.org/10.1186/s13643-019-0948-1>

There is increasing recognition in Canada and globally that a substantial proportion of health care delivered is inappropriate as evidenced by (1) harmful and/or ineffective practices being overused, (2) effective clinical practices being underused, and (3) other clinical practices being misused. Inappropriate health care leads to negative patient experiences, poor health outcomes, and inefficient use of scarce health care resources. The purpose of this study is to conduct a systematic review of inappropriate health care in Canada. Our specific objectives are to (1) systematically search and critically review published and grey literature for studies on inappropriate health care in Canada; (2) estimate the nature and magnitude of inappropriate health care in Canada and its provincial and territorial jurisdictions.

Occupational Health**► Impact of Late and Prolonged Working Life on Subjective Health: The Swedish Experience**

ANXO D., ERICSON T. ET MIAO C.
2019

The European Journal of Health Economics 20(3): 389-405.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-1005-z>

This paper explores the relationship between the prolongation of working life and subjective health. Drawing on a unique combination of longitudinal data and the results of a postal survey in Sweden, we investigate the health consequences of extending working life beyond the normal retirement age of 65. To do this, we compare the health status of two groups of retired people: one group who left the labour market completely at the age of 65, and a second group who remained in employment after the age of 65. Using a standard linear probability model and controlling for a range of socio-economic variables as well as previous labour market experiences, perceived life expectancy, pre-retirement income and health, our estimations show that those continuing to work after 65 on average display a 6.8% higher probability of reporting better health during retirement than those leaving at the age of 65. However, we find that this positive correlation between the extension of working life and health is only transitory. After 6 years of retirement, the health advantage of working after the normal retirement age disappears. Furthermore, we did not find any evidence that working after the age of 65 is positively correlated with physical fitness, self-reported depressive symptoms or well-being.

► Changing Labour Market Conditions During the 'Great Recession' and Mental Health in Scotland 2007–2011: An Example Using the Scottish Longitudinal Study and Data for Local Areas in Scotland

CURTIS S., PEARCE J., CHERRIE M., *et al.*
2019

Social Science & Medicine 227: 1-9.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953618304271>

This paper reports research exploring how trends in local labour market conditions during the period 2007–2011 (early stages of the 'great recession') relate to reported mental illness for individuals. It contributes to research on spatio-temporal variation in the wider determinants of health, exploring how the lifecourse of places relates to socio-geographical inequalities in health outcomes for individuals. This study also contributes to the renewed research focus on the links between labour market trends and population health, prompted by the recent global economic recession. We report research using the Scottish Longitudinal Study (SLS), a 5.3% representative sample of the Scottish population, derived from census data (<https://sls.lscs.ac.uk/>). In Scotland, (2011) census data include self-reported mental health. SLS data were combined with non-disclosive information from other sources, including spatio-temporal trends in labour market conditions (calculated using trajectory modelling) in the 32 local authority areas in Scotland. We show that, for groups of local authorities in Scotland over the period 2007–2011, trends in employment varied. These geographically variable trends in employment rates were associated with inequalities in self-reported mental health across the country, after controlling for a number of other individual and neighbourhood risk factors. For residents of regions that had experienced relatively high and stable levels of employment the odds ratio for reporting a mental illness was significantly lower than for the 'reference group', living in areas with persistently low employment rates. In areas where employment declined markedly from higher levels, the odds ratio was similar to the reference group. The findings emphasise how changes in local economic conditions may influence people's health and wellbeing independently of their own employment status. We conclude that, during the recent recession, the economic life course of places across Scotland has been associated with individual mental health outcomes.

► **L'exercice salarié apporte-t-il une meilleure qualité de vie privée et professionnelle ?**

SIBLINI M., TROMBERT PAVIOT B. ET LAVAL B.

2019

Médecine : de La médecine factuelle à nos pratiques 15(2): 91-96.

La médecine générale évolue et la qualité de vie constitue l'un des premiers critères de choix professionnel, ce qui relève d'un effet de genre et de générations. L'attrait pour l'activité salariée continue de s'accroître au détriment de l'installation en libéral avec des répercussions considérables sur l'avenir du système de santé. Cette étude quantitative, réalisée en 2017 dans la Loire, tente de savoir si l'exercice salarié améliore la qualité de vie privée et professionnelle des médecins généralistes.

► **Les enjeux psychosociaux du télétravail : comment accompagner les organisations ?**

VAYRE É. ET DELFOSSE C.

2019

Le Journal des psychologues 367(5): 22-26.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2019-5-page-22.htm>

Si l'activité professionnelle exercée à distance se déploie de façon plus ou moins formalisée, occasionnelle ou permanente, le télétravail peut échapper en partie aux règles d'usage instituées par l'entreprise qui doit, pourtant, tenir compte de nouvelles conditions de travail. Cette modalité à laquelle adhèrent de plus en plus de salariés implique par conséquent un accompagnement soutenu par les psychologues afin que managers et salariés s'en approprient toutes les spécificités. Bien que les technologies digitales fassent partie de notre quotidien, leur appropriation et leurs usages dans le cadre professionnel ne vont pas de soi. Elles impliquent une évolution des conditions de réalisation des activités, des pratiques professionnelles, du rapport au travail comme des frontières du travail. Ces évolutions peuvent tout autant constituer des opportunités que des risques pour le travail, la qualité de vie au travail et la santé. Elles méritent de ce fait d'être examinées, expérimentées et accompagnées par des chercheurs et des professionnels, notamment en psychologie du travail et des organisations. Il est difficile d'avoir une idée précise de la progression du télétravail en France. Il semble s'instaurer de manière plutôt lente mais régulière, sa courbe de progression étant relativement comparable à la plupart des pays européens.

Vieillessement

Ageing

► **Avis n° 128 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) sur les « Enjeux éthiques du vieillissement »**

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE

2019

Droit, Santé et Société 1-2(1): 28-30.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2019-1-page-28.htm>

Cet avis dénonce un état de dégradation avancé de nos modalités de prise en soin des personnes âgées fragiles ou vulnérables, dont la précarité économique et l'isolement social ne laissent d'autres choix que le « placement » en Établissements d'hébergement spé-

cialisés. Dépassant les seules descriptions de situations insoutenables, l'avis lance un appel sans précédent à des changements radicaux et urgents, dans tous les domaines et à tous les niveaux de la société, pour penser autrement le vieillissement, restituer à la personne âgée fragile ou vulnérable sa pleine place dans notre société, changer de mentalité et de vocabulaire, mettre en route une refondation épistémologique du système de santé, de la médecine et de la formation des acteurs de la santé et du social, créer de nouvelles formes de solidarités, et renforcer considérablement sur le plan éthique les politiques d'accompagnement du vieillissement.

► **Le genre et l'aide familiale aux seniors dépendants**

BANENS M., THOMAS J. ET BOUKABZA C.
2019

Revue française des affaires sociales(1): 115-131.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-115.htm>

L'aide familiale aux personnes âgées dépendantes a été décrite comme genrée – les femmes y prenant la plus grande part et mettant en œuvre des compétences dont les hommes, du moins en France, disposeraient moins souvent. Cet article se base sur l'enquête Pegase (Poids et effets de genre dans l'aide aux seniors), basée sur des entretiens auprès d'aidants familiaux, associée à l'enquête Care (Capacités, aides et ressources des seniors, Drees, 2015). L'aide semble toujours s'organiser autour d'un·e aidant·e principal·e beaucoup plus impliqué·e que les autres, le ou la conjoint·e en première ligne. Le caractère genré de l'aide conjugale apparaît alors davantage dans la façon dont elle est vécue que dans sa (mise en) pratique. L'aide prodiguée par les hommes (conjoint·s mais aussi fil·s) semble mieux vécue, car plus valorisée socialement et individuellement, que l'aide apportée par les femmes. L'aide filiale, en revanche, paraît nettement genrée : la désignation (ou l'autodésignation) de l'enfant aidant principal porte le plus souvent sur l'une des filles lorsqu'il y a fratrie, en lien avec l'histoire familiale des places de chacun·e·s. Le genre, jamais évoqué comme argument de désignation, opère à travers des considérations de disponibilité et de proximité affective autant que géographique.

► **[Heart Failure in the Elderly: A Challenge for the Health System and a Model for the Management of Chronic Diseases]**

BELMIN J., LAFUENTE-LAFUENTE C. ET HITTINGER L.
2019

Presse Med 48(2): 118-119.

Les maladies chroniques et leur prise en charge représentent aujourd'hui un défi pour le système de santé. Dans le contexte de vieillissement de la population, le nombre de personnes concernées augmente chaque année et le nombre de bénéficiaires du système des affections de longue durée en France a dépassé 10 millions en 2016, soit près d'un Français sur 6. Au fur et à mesure de l'avancée en âge, la multimorbidité, définie par l'existence de plusieurs maladies chroniques chez

le même individu, devient la règle et le nombre moyen de maladies chroniques par personne augmente fortement avec l'âge [1]. Le retentissement fonctionnel des maladies chroniques s'accroît également avec l'âge, et le besoin d'aides humaines dans les gestes de la vie quotidienne devient fréquent. Selon les données de l'Assurance Maladie, les maladies chroniques représentent 65 % des dépenses annuelles de santé [2]. Enfin, le coût total de la prise en charge d'une maladie chronique est considérable, puisque par définition ces maladies durent plusieurs années, voire décennies. Ces malades complexes et leur prise en charge représentent un défi pour le système de santé : comment assurer des soins de qualité et accessibles ? Comment organiser les parcours de soins ? Comment contrôler les coûts ? L'insuffisance cardiaque du sujet âgé illustre en tous points ces problématiques. Elle est fréquente, grave et coûteuse. Cette pathologie est la première cause d'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans. Les patients âgés insuffisants cardiaques ont très souvent des problématiques gériatriques comme, la dépendance, les chutes, la dénutrition les troubles neurocognitifs, et la dépression. Une proportion importante de patients réduisent leur mobilité, ce qui limite l'accès aux médecins spécialistes et parfois même aux médecins généralistes qui se déplacent de moins en moins à domicile, accroissant un peu plus l'isolement des patients.

► **Être salarié et aider un proche âgé dépendant : droits sociaux et arrangements locaux**

CHARLAP C., CARADEC V., CHAMAHIAN A., et al.
2019

Revue française des affaires sociales(1): 181-198.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-181.htm>

Fondé sur une enquête qualitative auprès de trente-cinq aidants en emploi (ou récemment retraités) dont le proche âgé est atteint de troubles cognitifs et/ou de déficiences motrices, cet article s'intéresse au « travail d'articulation » que ces aidants réalisent pour pouvoir effectuer l'ensemble des tâches auxquelles ils doivent faire face. Il porte, plus spécifiquement, sur le travail d'articulation qui prend place dans la sphère professionnelle et sur les ressources qu'il mobilise dans la gestion des temps. Ce travail d'articulation passe, d'une part, par le recours à des droits sociaux communs à tous les salariés (comme les congés payés ou les

congés maladie) et, d'autre part, par des négociations et arrangements locaux, souvent assez peu officialisés. Ces assouplissements informels du contexte de travail engendrent de fortes inégalités entre les aidants car ils dépendent d'un ensemble de facteurs : les ressources dont dispose le salarié, l'attitude qu'il adopte face à l'organisation dans laquelle il travaille, les modes d'organisation du travail, l'attitude compréhensive ou indifférente de l'organisation à l'égard des aidants. Quant au dispositif de congé de proche aidant, il est mal connu et jugé inadapté.

► **La diversité des formes d'aide et des répercussions de l'aide sur les aidants**

CHENEAU A.

2019

Revue française des affaires sociales(1): 91-113.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-91.htm>

On dénombre 8,3 millions d'aidants de personnes de plus de 16 ans qui aident des personnes en situation de maladie ou de handicap (quel que soit leur âge) en France. Ces personnes, appelées aidants proches, ne présentent pas un profil unique. L'objectif de l'article est de mettre en évidence la diversité des formes d'aide et des effets de l'aide sur la vie professionnelle, la vie sociale, la situation économique et financière des aidants et sur leur santé. À partir des données issues de l'enquête Handicap-Santé 2008, nous établissons des groupes d'aidants en fonction de leur lien de proximité avec l'aidé et en fonction de l'âge de l'aidé puis nous analysons les formes d'aide et leurs répercussions. Les parents qui accompagnent un enfant jeune et, dans une moindre mesure, ceux qui s'occupent d'un enfant adulte sont les aidants qui aident le plus (en termes de nombre d'heures et de nombre de tâches d'aide) et ceux qui ressentent le plus les impacts négatifs de l'aide.

► **The Impact of Long-Term Care on Primary Care Doctor Consultations for People over 75 Years**

FORDER J., GOUSIA K. ET SALONIKI E.-C.

2019

The European Journal of Health Economics 20(3): 375-387.

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0999-6>

Many countries are adopting policies to create greater coordination and integration between acute and long-term care services. This policy is predicated on the assumption that these service areas have interdependent outcomes for patients. In this paper, we study the interdependencies between the long-term (home care) services and consultations with a primary care doctor, as used by people over 75 years. Starting with a model of individual's demand for doctor consultations, given supply, we formalize the hypothesis that exogenous increases to home care supply will reduce the number of consultations where these services are technical substitutes. Furthermore, greater coordination of public service planning and use of pooled budgets could lead to better outcomes because planners can account for these externalities. We test our main hypothesis using data from the British Household Panel Study for 1991–2009. To address potential concerns about endogeneity, we use a set of instrumental variables for home care motivated by institutional features of the social care system. We find that there is a statistically significant substitution effect between home care and doctor visits, which is robust across a range of specifications. This result has implications for policies that consider increased coordination between health care and social care systems.

► **Spécificités françaises de la démarche Villes amies des aînés : une dynamique politique soutenue par le Réseau francophone**

GIACOMINI A. ET LEFEBVRE P.-O.

2018

Retraite et société 79(1): 137-146.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-137.htm>

Une fois les territoires mieux définis dans notre premier volet, il nous faut maintenant étudier les enjeux de l'adaptation des territoires au vieillissement. Ce numéro consacre notamment plusieurs articles à l'analyse de la démarche Villes amies des aînés (VADA) lancée il y a une dizaine d'années par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec les exemples de la France, du Québec et de Barcelone. Si le programme connaît des adaptations en fonction des territoires, il

témoigne d'une constante : celle de redonner à tous les aînés leur pleine place de citoyens. En outre, il n'efface pas d'autres méthodologies où l'action communautaire joue aussi un rôle pivot. Mais les politiques publiques, bien qu'elles favorisent la participation des personnes âgées à la vie de la cité, ne parviennent pas à combler pleinement les inégalités : géographiques, avec notamment des disparités d'accès aux services de la vie quotidienne entre villes ou pôles urbains et milieu rural ; sociales, avec une moindre inclusion des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle.

► **La place des aidants profanes dans les politiques sociales, entre libre choix, enrôlements et revendications**

GIRAUD O., OUTIN J.-L. ET RIST B.

2019

Revue française des affaires sociales(1): 7-215.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-7.htm>

Dans son premier numéro de l'année 2019, la Revue française des affaires sociales traite des aidants profanes, c'est-à-dire des non-professionnels, entendus au sens large des relations sociales : il s'agit bien entendu de la famille mais aussi des cohabitants, des voisins ou des amis. Sont essentiellement traités la santé, le handicap et la dépendance. Les dix articles examinent deux dimensions du thème, chacun avec une perspective différente. La première est la tension ressentie par les individus entre contrainte et liberté d'aider. La seconde dimension est la tension des pouvoirs publics entre enrôlement et soutien, d'un côté, et enrôlement de force, de l'autre. Les enjeux sont en effet tant éthiques (répondre à la demande de personnes vulnérables qui souhaitent vivre « chez elles », en milieu ordinaire) que budgétaires. Une synthèse propose, quant à elle, un aperçu des propos tenus lors du séminaire organisé par la RFAS en 2018 sur l'action publique et la publication de travaux de recherche dans le champ du handicap et de la dépendance.

► **Favoriser les liens intergénérationnels en Ehpad**

GRILLET A.

2019

Le Journal des psychologues 368(6): 56-58.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2019-6-page-56.htm>

Les relations intergénérationnelles ont souvent été au cœur de mesures politiques pour favoriser la cohésion sociale. Mais en quoi consistent ces liens et quelles finalités y aurait-il à les favoriser ? Dans quelle mesure deux générations peuvent-elles s'appréhender, se côtoyer, s'enrichir, sans que soient entravés les désirs des uns et les valeurs des autres ? Quelques éléments de réponse sont ici rapportés à la lumière d'une expérience dans l'animation d'un atelier au sein d'un Ehpad.

► **Faisabilité de l'évaluation de la fragilité chez les patients de 65 ans et plus en médecine générale**

MARTIN-KLEISCH A., DRAME M. ET ZULFIQAR A. A.

2019

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 67(3): 169-174.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762019301713>

La fragilité est un concept complexe évaluée par des grilles comme le SEGA ou l'échelle de Fried. Son évaluation a souvent été mise en œuvre en milieu hospitalier. Cependant, la médecine générale doit être en première ligne dans l'évaluation et la prévention du syndrome de fragilité. L'objectif de l'étude était de tester la faisabilité et la concordance de deux outils de fragilité et d'évaluer la concordance entre l'avis subjectif d'un médecin généraliste par rapport aux différents outils. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique à Reims sur deux mois. Les patients inclus étaient âgés de 65 ans ou plus lors de la consultation de médecine générale ; étaient exclus les patients ayant déjà consulté afin de n'avoir qu'un dossier par patient. Nous avons recueilli les scores de SEGA et de Fried des patients ainsi que l'avis du médecin et de l'interne sur la présence de fragilité et la présence ou non d'aide à domicile. Il existe un accord excellent entre l'avis du médecin et le score de SEGA (Kappa = 0,89) et modéré avec l'échelle de Fried (Kappa = 0,46) contre respectivement 0,95 et 0,50 lors de l'évaluation par l'interne. L'adéquation entre l'avis de l'interne et du médecin est excellente (Kappa = 0,95). L'adéquation entre la fragilité et les aides montrent que lorsque les patients étaient fragiles les aides étaient absentes dans 69,6 % des cas, mais envisagées dans 82,6 %. Aucun score ne fait référence dans le cadre de la médecine générale. Or le score de

SEGA est un score d'utilisation aisé et reproductible. Il pourrait être un score de référence dans l'évaluation et le suivi des patients âgés.

► **Multimorbidity and Health Outcomes in Older Adults in Ten European Health Systems, 2006-15**

PALLADINO R., PENNINO F., FINBARR M., et al.
2019

[Health Aff \(Millwood\) 38\(4\): 613-623.](#)

Despite the increase in awareness of chronic disease, little is known about whether multimorbidity-defined as two or more coexisting chronic conditions-has had a diminished impact on health in Europe in the past decade. We used multiple cross-sectional data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe to estimate changes in the prevalence of multimorbidity and in its association with health outcomes in ten European countries between 2006-07 and 2015. We found that the prevalence of multimorbidity rose from 38.2 percent in 2006-07 to 41.5 percent in 2015. Over the ten-year study period we also found a marginal reduction of the impact of multimorbidity on primary care visits and functional capacity. We did not find a reduction of its impact on hospital admissions and quality of life. Austria, the Czech Republic, Germany, and Spain were the countries that showed the largest reduction in the impact of multimorbidity on health outcomes. Multimorbidity continues to pose challenges for European health care systems, with only marginal improvement on health care use and health outcomes since 2006-07.

► **Dilemmes moraux et conflictualités autour des frontières du care entre aidé·e·s et aidant·e·s rémunéré·e·s**

PETIAU A. ET RIST B.
2019

[Revue française des affaires sociales\(1\): 133-157.](#)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-133.htm>

Nous nous intéressons, dans cet article, aux dilemmes moraux que rencontrent les aidant·e·s rémunéré·e·s au cours de l'assistance et des soins qu'ils délivrent aux membres de leur entourage. Nous abordons l'aide comme une activité qui s'apparente au care et

qui, à ce titre, relève à la fois du travail et des relations d'intimité. Au sein de ces deux sphères, le travail d'aide entre proches inclut un double rapport d'autorité : hiérarchique dans la relation d'emploi, domestique dans la relation familiale. Du fait de ce double registre, mais aussi de la variabilité des normes dans chacun d'entre eux, les aidant·e·s rémunéré·e·s sont confronté·e·s à l'incertitude dans leur négociation des frontières d'un travail de care acceptable de leur point de vue. Dans ce contexte de flou normatif, les limites et contours du travail d'aide font l'objet de protestations plus ou moins assumées vis-à-vis des institutions et les arbitrages entre aidé·e·s et aidant·e·s prennent la forme de conflits plus ou moins francs, de conduites de retrait et de microrésistances dans l'activité effectuée au quotidien.

► **Politiques de la vieillesse, politiques de l'autonomie : quelles dynamiques territoriales et démocratiques ?**

POUCHADON M.-L. ET MARTIN P.
2018

[Retraite et société 79\(1\): 83-103.](#)

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-83.htm>

Depuis deux décennies, via les missions sociales et de solidarité confiées aux départements, la France est engagée dans des politiques de l'autonomie (vieillesse et handicap) qui se sont territorialisées. L'action publique se conçoit dans la recherche d'une plus grande proximité avec les territoires et leurs habitants. Ce mouvement d'adaptation des politiques locales aux besoins des habitants et aux réalités économiques, sociologiques, politiques des territoires s'accompagne-t-il d'une dynamique démocratique ? À partir de l'analyse et de la comparaison des politiques locales dans deux départements de la région Nouvelle-Aquitaine, cet article explore la façon dont les départements rendent opérationnelle leur « politique vieillesse » et construisent leur rapport au territoire. Comment les départements assurent-ils leurs missions de gestion des dispositifs vieillesse (allocation personnalisée d'autonomie [APA], notamment) et quelles stratégies de développement local impulsent-ils parallèlement ? Engagent-ils une démarche participative auprès des populations âgées, et selon quelle représentation du rôle social qu'elles auraient à jouer ? La comparaison révèle des différences dans la manière d'organiser l'action, de struc-

turer les acteurs dans les territoires, mais de manière générale, les politiques de l'autonomie demeurent fortement ancrées dans une logique de service à l'utilisateur. La participation est le plus souvent conçue sous un angle technique et administratif. Dans le prisme de la dépendance, la personne âgée peine à s'émanciper et à devenir pleinement actrice des politiques et des projets locaux qui la concernent.

► **Entre besoins d'aides et obligations familiales et professionnelles : les aidants sont-ils libres d'aider leur(s) parent(s) en situation de perte d'autonomie ?**

ZERRAR N.

2019

Revue française des affaires sociales(1): 159-179.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-159.htm>

Isaiah Berlin (1988) introduit les concepts de liberté positive (être libre de faire ce que l'on veut) et de liberté négative (ne pas subir d'entrave à sa volonté). Ces deux concepts sont mobilisés pour étudier la latitude du choix des enfants d'aider leur(s) parent(s) en situation de perte d'autonomie. La liberté positive est abordée au travers de deux paramètres de préférences individuelles : l'altruisme et la réciprocité positive. La liberté négative est approchée par le triptyque d'engagements de la génération pivot (travail, enfant, parent) qui est l'objet d'étude de l'enquête ELDERS 3 mobilisée ici. Cette analyse dessine une liberté d'aider principalement menacée par les besoins d'aide du parent. L'analyse selon le statut conjugal du parent confirme ce résultat même pour les aidants de parents sans conjoint. En effet, à besoins d'aide donnés, le choix d'aider un parent et l'intensité de cette aide s'expliquent par les préférences de l'enfant. Cette aide paraît rationalisée au regard des obligations familiales de l'enfant alors que, au contraire, le milieu professionnel de l'enfant n'a aucun impact sur l'aide apportée à son parent.

Index des auteurs Author index

A

Albis H.	12
Ali-Kada A.	32
Andre J. M.	14
Anxo D.	55
Atallah R.	34
Azzopardi P. S.	18

B

Bainbridge D.	54
Baki A. A.	36
Banens M.	57
Barbieri M.	12
Barnay T.	35
Bass H.-P.	13
Bekarian G.	34
Béliard A.	35
Bellido H.	14
Belmin J.	57
Bentham J.	18
Bernela B.	44
Berthou J.	29
Bertrand D.	24
Bertrand I.	44
Bixby H.	18
Bleser W. K.	52
Bloem B. R.	18
Bodin R.	23
Boisson J.-F.	36
Bollyky T. J.	19
Boukabza C.	57
Bourgeois I.	45
Bras P. L.	25
Bréchat P.-H.	45
Bres R.	19
Breton D.	12
Bricard D.	25
Briot P.	45
Brun-Buisson C.	27
Brun D.	13
Bunel M.	28

Burger M.	26
Burke A.	20
Burucoa B.	31
Buskens E.	14
Buttard A.	45

C

Caillat C.	36
Camelot G.	35
Caradec V.	57
Castrien A.	37
Chamagne M.	20
Chamahian A.	57
Chappuis M.	37
Charlap C.	57
Charles R.	32
Cheneau A.	58
Cherrie M.	55
Cheruel F.	33
Chevillot D.	52
Chirio-Espitalier M.	41
Cohen M.	19
Cohen R.	33
Colson S.	51
Comité Consultatif National d'Éthique	56
Connolly S.	16
Conrath P.	35
Conus P.	36
Cosson E.	30
Côté J.	34
Couty É.	25
Croze J.	23
Curtis S.	55
Curto V.	14

D

Dautzenberg B.	33
De Boer W. I. J.	14
de Chambine S.	48
Defebvre É.	35
De Haas P.	46

Delfosse C.....	56
Del Pozo-Rubio R.....	16
Denis F.....	36
De Paepe P.....	17
De Pourcq K.....	26
De Regge M.....	26
Devi S.....	31
Di Guida S.....	15
Douven R.....	26
Drame M.....	59
Drefahl S.....	29
Dubreuil-Nayrac I.....	36
Dugue F.....	53
Duhamel S.....	47
Durafourg M.-P.....	50
Durand B.....	37
Dyl C.....	31

E

Eccles A.....	46
Eideliman J.-S.....	35
Einav L.....	14
Einhorn L.....	37
Ericson T.....	55

F

Farand L.....	37
Fares A.....	19
Feeny D.....	11
Fernandez de Sanmamed M. J.....	20
Fernandez G.....	49
Fernández V. M.....	37
Ferrand A.....	43
Ferreira P.....	50
Ferron C.....	32
Feugueur G.....	23
Finbarr M.....	60
Finkelstein A.....	14
Fitch M.....	27
Fleury M.J.....	37
Forder J.....	58
Fournier C.....	46
Francis K. L.....	18
Fuentes S.....	30

G

Gandre C.....	38 , 39
Gay B.....	47
Gelbert N.....	33
Genonceau C.....	39
Gentile S.....	51
Gerard B.....	29
Gervaix J.....	38 , 39
Gerves-Pinquier C.....	24
Geu-Coue M.....	26
Giacomini A.....	58
Gibson G.....	27
Giraud O.....	59
Girault A.....	24
Godrie B.....	40
Gousia K.....	58
Graham I. D.....	54
Grall-Bronnec M.....	41
Greffion J.....	47
Grenier G.....	37
Grignon M.....	11 , 27
Grillet A.....	59
Grinspun D.....	54
Grudniewicz A.....	50
Guerra J.....	53
Gyrd-Hansen D.....	15

H

Habib J.....	13
Hearps S. J. C.....	18
Henckes N.....	40
Héran F.....	12
Hittinger L.....	57
Hoeyer K.....	30
Holmstrom I.....	47
Honoré-Rouge L.....	20
Hopper M.....	46
Horty Y.....	28
Hubert J.....	14
Hurley J.....	11 , 27
Hyttinen V.....	29

I

Ichou M.....	28
Iliadou M.....	40

J

Jiménez-Rubio D.	16
Joachim F.	49
Jollivet J. F.	27
Jones A.	20
Jyrkkä J.	29

K

Kahvecioglu D. C.	15, 17
Kannas S.	40
Kaufman B. G.	53
Kervasdoue J.	14
Kharroubi S. A.	30
Kolasa K.	29
Koning R. H.	14
Kovess-Masféty V.	41
Kowalczyk M.	29
Krebs M.-O.	36
Kreindler S. A.	48

L

Lafuente-Lafuente C.	57
Lagier F.	37
Lamadon C.	41
Lancrerot S. L.	49
Larose P.	42
Laurent A.	32
Laurent J.	48
Laval B.	56
Le Borgne-Uguen F.	49
Le Cossec C.	48
Lefebvre P.-O.	58
Lequimener-de Lorgeril V.	41
Levy D.	21
Leÿs M.	23
Longo C. J.	27

M

Maccotta J.-C.	42
Macé F.	45
Maglio M.	32
Mandereau-Bruno L.	30
Marnat M.	20

Marques S.	49
Marrufo G.	15
Martikainen J.	17
Martin-Kleisch A.	59
Martin P.	60
Maughan B. C.	15
Mbaye S.	28
McClellan S. R.	17
Metge C.	48
Miao C.	55
Michot F.	24
Milleret G.	36
Minoc J.	23
Minvielle E.	24
Moine-Dupuis I.	15
Moisdon J. C.	24
Morvan L.	45
Moulaert T.	22
Muhlestein D. B.	52
Mussino E.	29

N

Nabarette H.	34
Nguyen A.	49

O

Oksuzyan A.	29
Olmos L.	14
Opatowski M.	27
Or Z.	25
Ouazzani M.	35
Outin J.-L.	59
Oxholm A. S.	15

P

Palladino R.	60
Pannetier J.	42
Papadakaki M.	40
Pastour N.	40
Péan C.	43
Pearce J.	55
Peckham A.	50
Pedrot F.	49
Pennino F.	60
Petiau A.	60

Petit V.....	42
Picart E.....	13
Pillet J.-C.....	31
Pines J. M.....	16
Piot M.-A.....	42
Pison G.....	19
Pothrat L.....	19
Pouchadon M.-L.....	60

R

Rajmil L.....	20
Raposo V.....	50
Rasmusson K.....	45
Remondière R.....	50
Richard F.....	24
Rist B.....	59, 60
Riveros C.....	43
Rivière M.....	37
Roelandt J. L.....	43
Roing M.....	47
Román-Aso J. A.....	14
Rousselot N.....	52
Rowen D.....	30
Rudoler D.....	50
Rufat S.....	21

S

Saastamoinen L. K.....	29
Salam-White L.....	54
Saloniki E.-C.....	58
Sancho-Garnier H.....	33
Sardas J.-C.....	13
Sarthou-Lajus N.....	12
Saunders R. S.....	52
Saussac C.....	31
Scheider M.....	22
Schut F.....	26
Schut F. T.....	11
Schweyer F.-X.....	50, 51
Sebai J.....	13, 53
Seow H.....	54
Siblini M.....	56
Sioti E.....	40
Sizaret A.....	32
Skovgaard L. L.....	30
Smith S.....	16
Solignac M.....	21

Sopina E.....	17
Spackman E.....	17
Spivack B. S.....	53
Squires J. E.....	54
Stearns S. C.....	53
Struthers A.....	48

T

Tanke M. A.....	18
Tavares A.....	50
Tellier H.....	51
Templin T.....	19
Terrier G.....	35
Thillard J.....	38, 39
Thomas J.....	57
Thomson M.....	51
Tissot M.....	29
Touahria-Gaillard A.....	24
Touat M.....	27
Tran V.-T.....	43
Trenta A.....	24
Trombert Paviot B.....	56
Trombley M. J.....	17
Tung T.-H.....	44
Turk A.....	46

U

Unger J.-P.....	17
-----------------	----

V

Valee J.....	32
Van den Heede K.....	26
Vats S.....	16
Vayre É.....	56
Veziat N.....	51, 52
Vieira S.....	33
Vie Lesage F.....	33
Vigeron E.....	22
Villani M.....	41
Virama-Latchoumy L.....	52
Viriot Durandal J.-P.....	22
Vitari C.....	31
Vlaanderen F. P.....	18
Vonk R. A. A.....	11

W

Wadmann S.	30
Wagstaff A.	18
Wallace M.	28
Wallenhorst T.	36
Wang S.	42
Werlen M.	36
Wu S.-C.	44

Y

Yatim F.	13
Yeh M.-Y.	44

Z

Zerrar N.	61
Zhou B.	18
Zocchi M. S.	16
Zulfiqar A. A.	59

