

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

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

***Juin 2019 / June 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>
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>Prévision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

## Présentation

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

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

La collection des numéros de Veille scientifique en économie de la santé (anciennement intitulé Doc Veille) est consultable sur le site internet de l'Irdes : [www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.irdes.fr)

# Sommaire Contents

## Assurance maladie Health Insurance

---

- 11 **Caesarean Sections and Private Insurance: Systematic Review and Meta-Analysis**  
Hoxha I., Syrogiannouli L., Braha M., et al.

## Démographie Demography

---

- 11 **Le nombre et la part des immigrés dans la population : comparaisons internationales**  
Pison G.

## E-santé – Technologies médicales E-health – Medical Technologies

---

- 12 **Patients' Use of Mobile Health Applications: What General Practitioners Think?**  
Carland J. E., Frensham L. J., Nguyen A. D., et al.

## Économie de la santé Health Economics

---

- 12 **Demand-Based Models and Market Failure in Health Care: Projecting Shortages and Surpluses in Doctors and Nurses**  
Birch S.
- 13 **Variation in Health Spending Growth for the Privately Insured from 2007 to 2014**  
Cooper Z., Craig S., Gray C. et al.
- 13 **Explaining the Slowdown in Medical Spending Growth Among the Elderly, 1999–2012**  
Cutler D. M., Ghosh K., Messer K. L. et al.
- 13 **Testing the Myth of Fee-For-Service and Overprovision in Health Care**  
Di Guida S., Gyrd-Hansen D. et Oxholm A. S.

- 13 **A New Approach to Preferred Provider Selection in Health Care**

Dohmen P. J. G. et van Raaij E. M.

- 14 **Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ? In : Panorama de droit pharmaceutique - 2018**

Leguelinel-Blache G., Bussières J. F. et Le Gal-Fontès C.

- 14 **Article 51 LFSS 2018 : Actes de la 14e Matinée thématique du 11 avril 2018**

Lemaire N., Tajahmady A., Malone A., et al.

- 14 **Are Cost Differences Between Specialist and General Hospitals Compensated by the Prospective Payment System?**

Longo F., Siciliani L. et Street A.

- 15 **What Level of Domestic Government Health Expenditure Should We Aspire to for Universal Health Coverage?**

McIntyre D., Meheus F. et Røttingen J.-A.

- 15 **Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014**

Pla A.

- 15 **Economic Burden of Stroke: A Systematic Review on Post-Stroke Care**

Rajsic S., Gothe H., Borba H. H., et al.

- 15 **Estimating Asymmetric Information Effects in Health Care with Uninsurable Costs**

Zheng Y., Vukina T. et Zheng X.

## État de santé Health Status

---

- 16 **Consommation de tabac et usage de cigarette électronique en France**  
Andler R., Guignard R., Spilka S., et al.

- 16 **La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015**

Bonaldi C. et Hill C.

- 17 **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires**  
Defossez G., Le Guyader-Peyrou S., Uhry Z., et al.
- 17 **Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017**  
Delézire P., Gignonac V., Chérié-Challine L., et al.
- 17 **Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011**  
Janssen E., Spilka S. et du Roscoät E.
- 18 **Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans**  
Léon C., Chan-Chee C., du Roscoät E., et al.
- 18 **Comparaison des taux d'attaque, d'incidence et de mortalité de l'accident vasculaire cérébral entre les hommes et les femmes de 35 ans et plus : registre des AVC de Lille**  
Meirhaeghe A., Cottel D., Cousin B., et al.
- 19 **La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017**  
Pasquereau A., Andler R., Guignard R., et al.
- 19 **La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017**  
Richard J.-B., Andler R., Cogordan C., et al.
- 20 **[Patients in the IDEAL Cohort: A Snapshot of Severe Asthma in France]**  
Taille C., Pison C., Nocent C., et al.

## Géographie de la santé Geography of Health

---

- 20 **Has the Diffusion of Primary Care Teams in France Improved Attraction and Retention of General Practitioners in Rural Areas?**  
Chevallard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., et al.
- 20 **Disparités territoriales d'accès aux services des personnes âgées de 60 ans ou plus**  
Levy D.

- 21 **Projecting Shortages and Surpluses of Doctors and Nurses in the OECD: What Looms Ahead**  
Scheffler R. M. et Arnold D. R.
- 21 **Measuring Spatio-Temporal Accessibility to Emergency Medical Services Through Big GPS Data**  
Xia T., Song X., Zhang H., et al.

## Hôpital Hospitals

---

- 22 **Influence de la chaleur sur quelques causes de recours aux soins d'urgences en France métropolitaine durant les étés 2015-2017**  
Atiki N., Pascal M. et Wagner V.
- 22 **Implementation of Medication-Related Indicators of Potentially Preventable Hospitalizations in a National Chronic Disease Management Program for Older Patients with Multimorbidity**  
Caughey G. E., Hillen J. B., Kalisch Ellett L., et al.
- 23 **Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017**  
Chan Chee C.
- 23 **Caractéristiques des hospitalisations avec diagnostic de grippe, France, 2012-2017**  
De Lauzun V., Pivette M., Nicolay N., et al.
- 24 **Satisfaction of Physicians Working in Hospitals Within the European Union: State of the Evidence Based on Systematic Review**  
Domagała A., Bała M. M., Kaczmarczyk M., et al.
- 24 **Surveillance des infections du site opératoire dans les établissements de santé : Réseau ISO-Raisin, France. Résultats 2017**  
Escutnaire-Marrant T., Tanguy J. et Aupée M.
- 24 **Incidence des patients hospitalisés pour valvulopathie en France : caractéristiques des patients et évolution 2006-2016**  
Grave C., Tribouilloy C., Juillière Y., et al.
- 25 **Delayed Hospital Discharges of Older Patients: A Systematic Review on Prevalence and Costs**  
Gray A. M., Landeiro F., Leal J., et al.

- 25 **Regaining Pre-Fracture Basic Mobility Status After Hip Fracture and Association with Post-Discharge Mortality and Readmission—A Nationwide Register Study in Denmark**

Kristensen M. T., Öztürk B., Röck N. D., et al.

- 26 **Does Hospital Competition Improve Efficiency? The Effect of the Patient Choice Reform in England**

Longo F., Siciliani L., Moscelli G., et al.

- 26 **De la bientraitance en obstétrique : la réalité du fonctionnement des maternités**

Rudigoz R. C., Milliez J., Ville Y., et al.

- 26 **Payment Systems and Hospital Length of Stay: A Bunching-Based Evidence**

Takaku R. et Yamaoka A.

- 26 **Re-Admission Patterns in England and the Netherlands: A Comparison Based on Administrative Data of All Hospitals**

van der Brug F., Westert G. P., Kool R. B., et al.

## Inégalités de santé Health Inequalities

---

- 27 **Unmet Health Care and Health Care Utilization**

Bataineh H., Devlin R. A. et Barham V.

- 27 **Engaging Gypsy, Roma, and Traveller Communities in Research: Maximizing Opportunities and Overcoming Challenges**

Condon L., Bedford H., Ireland L., et al.

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

Ichou M. et Wallace M.

- 28 **Barriers to Health Care Access and Service Utilization of Refugees in Austria: Evidence from a Cross-Sectional Survey**

Kohlenberger J., Buber-Ennsner I., Rengs B., et al.

- 28 **Examining Gender Health Inequalities in Europe Using a Synthetic Health Indicator: The Role of Family Policies**

Pinillos-Franco S. et Somarriba N.

- 29 **Waiting for Common-Law Solutions for the Most Vulnerable Populations' Healthcare Access**

Warin P.

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

Zaninotto P., Head J., Kivimäki M., et al.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

---

- 30 **L'année 2018 du médicament, en bref**

Prescrire

- 30 **Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2019**

Prescrire

- 30 **Panorama de droit pharmaceutique - 2018**

Aulois, -, G., M., Berland-Benham C., Dumont C., et al.

- 30 **Monitoring of Drug Misuse or Potential Misuse in a Nationwide Healthcare Insurance Database: A Cross-Sectional Study in France**

Bénard-Larivière A., Noize P., Girodet P.-O., et al.

- 31 **Information sur les médicaments : la longue marche vers la transparence**

Gerson M. et Bergua G.

- 31 **Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : une infection évitée, c'est un antibiotique préservé !**

Maugat S. et Berger-Carbone A.

- 32 **Surveillance de la consommation des antibiotiques : Réseau ATB-Raisin. Résultats 2016**

Réseau ATB Raisin

## Méthodologie – Statistique

### Methodology - Statistics

---

- 32 **How to Reduce Biases Coming from a Before and After Design: The Impact of the 2007–08 French Smoking Ban Policy**

Chyderiotis S., Beck F., Andler R., et al.

- 33 **Validation d'un algorithme de repérage des limitations visuelles dans les données du SNDS**

Espagnacq M., Penneau A., Regaert C., et al.

- 33 **50 ans de sociologie. Éléments pour un panorama**

Lallement M.

- 33 **1968-2018. 50 ans de théorie économique**  
Lavialle C.
- 34 **Quel statut pour les données de santé ? In : Panorama de droit pharmaceutique - 2018**  
Mascret C.
- 34 **Le règlement général européen sur la protection des données personnelles et la relation médecin-patient**  
Picart E.
- 34 **Validation d'un algorithme complexe dans le SNDS. Exemple du cancer de la prostate résistant à la castration et métastatique**  
Thurin N., Rouyer M., Gross-Goupil M., et al.
- 34 **[Big Data: Technical Improvement, Degradation or Transformation of the Solidarity Model?]**  
Weil-Dubuc P. L.

## Politique de santé Health Policy

---

- 35 **Les régulateurs de la santé**  
Benamouzig D., Revel N., Dautieu T., et al.
- 35 **«Ma santé 2022» : des paroles aux actes**  
Berrier S.
- 35 **Convergence in Spanish Public Health Expenditure: Has the Decentralization Process Generated Disparities?**  
Clemente J., Lázaro-Alquézar A. et Montañés A.
- 35 **The Local Organization of Health Equity or the Mistakes of Intersectorality**  
Honta M.
- 36 **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.
- 36 **Interdisciplinarity in Research on Health Issues**  
Trabal P.

## Prévention Prevention

---

- 36 **Spillover Effects from a Consumer-Based Intervention to Increase High-Value Preventive Care**  
Cliff B. Q., Hirth R. A. et Fendrick A. M.
- 37 **Vaccinations : une histoire de santé publique et de controverses sociales**  
Revue Prescrire
- 37 **Éducation thérapeutique du patient diabétique en médecine générale**  
Ali-Kada A., Charles R., Valee J., et al.
- 37 **Lutte contre le tabagisme et autres addictions : état des lieux et perspectives**  
Beck F., Lermenier-Jeannet A. et Nguyen-Thanh V.
- 38 **Les lobbies du tabac organisent l'anti-prévention du tabagisme**  
Dautzenberg B.
- 38 **Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes**  
Delamaire C., Escalon H. et Noiroit L.
- 38 **Évolution de la prise en charge de l'hypertension artérielle : session dédiée**  
Denolle T., Girerd X., Hamon O., et al.
- 39 **Aide à l'arrêt du tabac et publics défavorisés : état des connaissances**  
Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., et al.
- 39 **Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature**  
Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., et al.
- 39 **Empowerment des jeunes**  
Le Grand E., Ferron C. et Poujol V.
- 39 **Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au Caso de Médecins du Monde de Saint-Denis, de 2012 à 2016**  
Mangin F., Sulli L., Matra R., et al.
- 40 **What Public Health Strategies Work to Reduce the Tobacco Demand Among Young People? An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses**  
Mannocci A., Backhaus I., D'Egidio V., et al.

- 40 **Adéquation aux nouvelles recommandations alimentaires des adultes âgés de 18 à 54 ans vivant en France : Étude Esteban 2014-2016. Volet Nutrition - Surveillance épidémiologique**

Torres M. J., Salanave B., Verdout C., et al.

- 40 **Health Enhancing Physical Activity in All Policies? Comparison of National Public Actors Between France and Belgium**

Van Hove A., Vandoorne C., Absil G., et al.

- 41 **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.

## Prévision – Evaluation

### Prévision - Evaluation

- 41 **Predicting healthcare expenditure by multimorbidity groups**

Caballer-Tarazona V., Guadalajara-Olmeda N. et Vivas-Consuelo D.

- 41 **The Impact of Pharmacy-Specific Predictors on the Performance of 30-Day Readmission Risk Prediction Models**

Kabue S., Greene J., Kipnis P., et al.

- 42 **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation des soins à l'hôpital sur les parcours de soins**

Malléjac N. et Or Z.

- 43 **Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats et évolution des indicateurs de performance depuis 2004 en France métropolitaine**

Quintin C. et Rogel A.

## Psychiatrie

### Psychiatry

- 43 **Recommandation, obligation et consentement en santé**

Grimaud D. et Erny

- 43 **The Patient-Reported Experience Measure for Improving Quality of Care in Mental Health (PREMIUM) Project in France: Study Protocol for the Development and Implementation Strategy**

Fernandes S., Fond G., Zendjidian X., et al.

- 44 **Deinstitutionalization of Mental Hospitals and Rates of Psychiatric Disability: An International Study**

Hudson C. G.

- 44 **Mental Health Care Utilisation and Access Among Refugees and Asylum Seekers in Europe: A Systematic Review**

Satinsky E., Fuhr D. C., Woodward A., et al.

## Soins de santé primaires

### Primary Health Care

- 45 **Explaining Primary Care Physicians' Decision to Quit Patient-Centered Medical Homes: Evidence from Quebec, Canada**

Ammi M., Diop M. et Strumpf E.

- 45 **Occupational Therapy and Primary Care**

Bolt M., Ikking T., Baaijen R., et al.

- 45 **After-Visit Summaries in Primary Care: Mixed Methods Results from a Literature Review and Stakeholder Interviews**

Gupta R., Fernandez A., Lyles C. R., et al.

- 46 **The Patient Experience of Integrated Care Scale: A Validation Study Among Patients with Chronic Conditions Seen in Primary Care**

Joober H., Chouinard M. C., Ki, g., J., et al.

- 46 **Danish GPs' and Practice Nurses' Management of Acute Sore Throat and Adherence to Guidelines**

Kristensen J. K., Hansen M. P., Stuhr J. K., et al.

- 46 **Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences : état des connaissances et étude qualitative**

Manly K. E., Aupiais C., Floriot A., et al.

- 47 **Organizing Care for Complex Patients in the Patient-Centered Medical Home**

Rich E. C., Lipson D., Libersky J., et al.



- 47 **Postacute Care Outcomes and Medicare Payments for Patients Treated by Physicians and Advanced Practitioners Who Specialize in Nursing Home Practice**  
Ryskina K. L., Yuan Y. et Werner R. M.
- 47 **Physician Compensation, Accountability and Performance in Canada : Changing the Pas de Deux**  
Terrence S.
- 48 **Patient Choice and Provider Competition – Quality Enhancing Drivers in Primary Care?**  
Vengberg S., Fredriksson M. et Winblad U.
- 48 **Implications of Interprofessional Primary Care Team Characteristics for Health Services and Patient Health Outcomes: A Systematic Review with Narrative Synthesis**  
Wranik W. D., Price S., Haydt S. M., et al.

## Systemes de santé Health Systems

---

- 49 **How Will Brexit Affect Health Services in the UK? An Updated Evaluation**  
Fahy N., Hervey T., Greer S., et al.
- 49 **Les médecines alternatives, leur place dans une vision globale des soins**  
Gallois P.
- 49 **Quality and Experience of Outpatient Care in the United States for Adults with or Without Primary Care**  
Levine D. M., Landon B. E. et Linder J. A.

## Travail et santé Occupational Health

---

- 50 **The Effects of the Complementary Compensation on Sickness Absence: An Approach Based on Collective Bargaining Agreements in France**  
Ben Halima M. A., Koubi M. et Regaert C.
- 50 **Prévalence des symptômes et maladies respiratoires dans une cohorte de travailleurs du monde agricole dans cinq départements français en 2010**  
Bénézet L., Delmas M.-C., Geoffroy-Perez B., et al.

- 51 **Job sick leave: Detecting opportunistic behavior**  
Biscardo C. A., Bucciol A. et Pertile P.
- 51 **Health Condition and Job Status Interactions: Econometric Evidence of Causality from a French Longitudinal Survey**  
Delattre E., Moussa R. K. et Sabatier M.
- 51 **Maladie professionnelle indemnisable, maladie à caractère professionnel : quel intérêt ?**  
Khayri N.
- 51 **Unemployment, Unemployment Duration, and Health: Selection or Causation?**  
Stauder J.

## Viellissement Ageing

---

- 52 **Pour des villes amies des aînés : programme d'action en faveur du vieillissement en milieu urbain**  
Buffel T., Rémillard-Boilard S. et Phillipson C.
- 52 **Trajectoire et vie sociale des retraités autonomes en résidence-autonomie et habitat regroupé**  
Cervera M., Emond C., Jung C., et al.
- 53 **Aider simultanément ses ascendants et ses descendants. Les ressorts et enjeux sociaux d'une situation en progression parmi les retraités**  
Le Dantec É.
- 53 **The ageing and de-institutionalisation of death—Evidence from England and Wales**  
Leeson G. W.
- 53 **The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries**  
Markides K. S. et Rote S.
- 54 **Age and Ageing to Introduce a New Category of Paper: Healthcare Improvement Science**  
Parker S. G., Downes T., Godfrey M., et al.
- 54 **Comment impliquer des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle ? Le cas de Barcelone**  
Pérez Salanova M. et Verdager Mata M.



- 55 **Politiques de la vieillesse, politiques de l'autonomie : quelles dynamiques territoriales et démocratiques ?**  
Pouchadon M.-L. et Martin P.
- 55 **Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations**  
São José J. M. S., Amado C. A. F., Ilina S., et al.
- 55 **Exercise for Preventing Falls in Older People Living in the Community**  
Sherrington C., Fairhall N. J., Wallbank G. K., et al.
- 56 **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.



## Assurance maladie

### Health Insurance

► **Caesarean Sections and Private Insurance: Systematic Review and Meta-Analysis**

HOXHA I., SYROGIANNOULI L., BRAHA M., *et al.*  
2017

**BMJ open 7(8): e016600-e016600.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28827257>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC5629699/>

Financial incentives associated with private insurance may encourage healthcare providers to perform more caesarean sections. We therefore sought to determine the association of private insurance and odds of caesarean section. DESIGN: Systematic review and meta-analysis. DATA SOURCES: MEDLINE, Embase and The Cochrane Library from the first year of records through August 2016. We included studies that reported data to allow the calculation of OR of caesarean section of privately insured as compared with publicly insured women. OUTCOMES: The prespecified primary outcome was the adjusted OR of births delivered by caesarean section of women covered with private insurance as compared with women

covered with public insurance. The prespecified secondary outcome was the crude OR of births delivered by caesarean section of women covered with private insurance as compared with women covered with public insurance. RESULTS: Eighteen articles describing 21 separate studies in 12.9 million women were included in this study. In a meta-analysis of 13 studies, the adjusted odds of delivery by caesarean section was 1.13 higher among privately insured women as compared with women with public insurance coverage (95% CI 1.07 to 1.18) with no relevant heterogeneity between studies ( $\tau(2)=0.006$ ). The meta-analysis of crude estimates from 12 studies revealed a somewhat more pronounced association (pooled OR 1.35, 95% CI 1.27 to 1.44) with no relevant heterogeneity between studies ( $\tau(2)=0.011$ ). CONCLUSIONS: Caesarean sections are more likely to be performed in privately insured women as compared with women using public health insurance coverage. Although this effect is small on average and variable in its magnitude, it is present in all analyses we performed.

## Démographie

### Demography

► **Le nombre et la part des immigrés dans la population : comparaisons internationales**

PISON G.  
2019/02

**Populations et Sociétés(563).**

La proportion d'immigrés varie beaucoup d'un pays à l'autre, dépassant la moitié de la population dans certains pays, alors qu'elle est inférieure à 0,1 % dans d'autres. Dans quels pays les immigrés sont-ils les plus nombreux? De quels pays sont-ils issus? De façon plus générale, comment les immigrés se répartissent-ils à l'échelle de la planète? Cet article dresse ici un panorama du nombre et de la part des immigrés dans les différents pays du monde.

## E-santé – Technologies médicales

### E-health – Medical Technologies

► **Patients' Use of Mobile Health Applications: What General Practitioners Think?**

CARLAND J. E., FRENHAM L. J., NGUYEN A. D., *et al.*  
2018

**Family Practice 36(2): 214-218.**

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz052>

Chronic disease patients are adopting self-management techniques, such as using mobile health applications (apps). As GPs are the main caregivers of chronic disease patients, obtaining GP perspectives regarding patient use of mobile health apps is vital in understanding longer term value and feasibility of these apps. The aim was to determine GP perceptions of their current and potential roles in the use of health apps by their patients and how patient-focused apps affect patient management. Ten GPs participated in semi-structured, face-to-face interviews, which focused on their perceptions of, and involvement in, the use

of patient-focused health apps. Interviews were transcribed verbatim and thematically analysed by two independent reviewers. GPs found that apps complemented their role in patient management as additional sources of medical information of their patients. They perceived that patient-focused apps would be part of their future practices; however they noted that further work was required to incorporate them into their current practices. Currently, the main role of GPs was in promoting apps to patients. Suggestions for further engagement in mobile health included regularly reviewing patient data entered into health apps during consultations. GPs view patient-focused health apps positively, particularly to support them in providing patient care. Discussing information recorded in apps during consultations and frequent promotion of apps are feasible ways to integrate apps into their current work practices. Further studies involving evaluations of apps in improving health care delivery and patient communication in general practice are required.

## Économie de la santé

### Health Economics

► **Demand-Based Models and Market Failure in Health Care: Projecting Shortages and Surpluses in Doctors and Nurses**

BIRCH S.  
2018

**Health Economics, Policy and Law 14(2): 291-294.**

[https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1105953501?and\\_facet\\_journal=jour.1035379&and\\_facet\\_for=3177](https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1105953501?and_facet_journal=jour.1035379&and_facet_for=3177)

Models for projecting the demand for and supply of health care workers are generally based on objectives of meeting demands for health care and assumptions of status quo in all but the demographic characteristics of populations. These models fail to recognize that public intervention in health care systems arises from market failure in health care and the absence of an independent demand for health care. Hence pro-

jections of demand perpetuate inefficiencies in the form of overutilisation of services on the one hand and unmet needs for care on the other. In this paper the problems with basing workforce policy on projected demand are identified and the consequences for health care system sustainability explored. Integrated needs-based models are offered as alternative approaches that relate directly to the goals of publicly funded health care systems and represent an important element of promoting sustainability in those systems.

► **Variation in Health Spending Growth for the Privately Insured from 2007 to 2014**

COOPER Z., CRAIG S., GRAY C. *et al.*  
2019

**Health Affairs 38(2): 230-236.**

<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2018.05245>

We examined the growth in health spending on people with employer-sponsored private insurance in the period 2007–14. Our analysis relied on information from the Health Care Cost Institute data set, which includes insurance claims from Aetna, Humana, and UnitedHealthcare. In the study period private health spending per enrollee grew 16.9 percent, while growth in Medicare spending per fee-for-service beneficiary decreased 1.2 percent. There was substantial variation in private spending growth rates across hospital referral regions (HRRs): Spending in HRRs in the tenth percentile of private spending growth grew at 0.22 percent per year, while HRRs in the ninetieth percentile experienced 3.45 percent growth per year. The correlation between the growth in HRR-level private health spending and growth in fee-for-service Medicare spending in the study period was only 0.211. The low correlation across HRRs suggests that different factors may be driving the growth in spending on the two populations.

► **Explaining the Slowdown in Medical Spending Growth Among the Elderly, 1999–2012**

CUTLER D. M., GHOSH K., MESSER K. L. *et al.*  
2019

**Health Affairs 38(2): 222-229.**

<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2018.05372>

We examined trends in per capita spending for Medicare beneficiaries ages sixty-five and older in the United States in the period 1999–2012 to determine why spending growth has been declining since around 2005. Decomposing spending by condition, we found that half of the spending slowdown was attributable to slower growth in spending for cardiovascular diseases. Spending growth also slowed for dementia, renal and genitourinary diseases, and aftercare for people with acute illnesses. Using estimates from the medical literature of the impact of pharmaceuticals on acute disease, we found that roughly half of the reduction in

major cardiovascular events was attributable to medications controlling cardiovascular risk factors. Despite this substantial cost-saving improvement in cardiovascular health, additional opportunities remain to lower spending through disease prevention and control.

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

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

**Health Economics 28 (5) : 717-722**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3875>

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.

► **A New Approach to Preferred Provider Selection in Health Care**

DOHMEN P. J. G. ET VAN RAAIJ E. M.  
2019

**Health Policy 123(3): 300-305.**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018304901>

In January 2015 Zilveren Kruis, the largest health insurer in The Netherlands, engaged in a new three-year, unlimited volume contract with five carefully selected providers of cataract surgery. Zilveren Kruis used a novel method, designed to identify the top

expert providers in a certain discipline. This procedure for provider selection uses the principles of Best Value Procurement (BVP), and puts the provider in charge of defining key performance indicators for health care quality. The procedure empowers the professional and acknowledges that the provider, not the purchaser, is the true expert in defining what is high quality care. This new approach focuses purely on provider selection and is thus complementary to innovations in health care reimbursement, such as value-based hospital purchasing or outcome-based financing. We describe this novel approach to preferred provider selection and show how it makes affordable quality the core topic in negotiations with providers.

► **Le financement à l'épisode de soins : un modèle efficient pour renforcer le lien ville-hôpital en France et au Québec ? In : Panorama de droit pharmaceutique - 2018**

LEGUELINEL-BLACHE G., BUSSIERES J. F. ET LE GAL-FONTÈS C.  
2019

**Revue Générale de Droit Medical(6): 211-226.**

Après avoir été expérimenté aux États-Unis et en Europe, le financement à l'épisode de soins s'impose aujourd'hui en France et au Québec comme un modèle économique alternatif à la tarification à l'activité (T2A) et à la dotation globale historique dans les établissements de santé et au paiement à l'acte pour les professionnels de santé libéraux. Il s'agit de proposer un paiement forfaitaire global pour l'ensemble des prestations pluri-professionnelles engagées en ville et à l'hôpital afin de résoudre un problème de santé sur une période limitée. Ce concept nécessite de standardiser la prise en charge thérapeutique selon des recommandations de bonnes pratiques, en utilisant des indicateurs de performance. Ce mode de financement pourrait renforcer la coordination intra- et extrahospitalière et consolider l'efficacité des soins en évitant la multiplication des actes inutiles au profit d'une plus grande qualité et sécurité des soins, et en s'appuyant sur des forfaits ajustés au risque.

► **Article 51 LFSS 2018 : Actes de la 14e Matinée thématique du 11 avril 2018**

LEMAIRE N., TAJAHMADY A., MALONE A., et al.  
2019

**Lettre du Collège (La)(1): 14.**

[http://www.ces-asso.org/sites/default/files/01-2019\\_lettre\\_du\\_ces.pdf](http://www.ces-asso.org/sites/default/files/01-2019_lettre_du_ces.pdf)

Ce numéro de la Lettre du Collège des économistes de la santé (CES) rend compte des interventions données à la matinée thématique organisée en partenariat avec Hospinomics, le mercredi 11 avril 2019 à Paris, sur le thème de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Cet article crée un cadre générique pour la mise en place d'expérimentations et le financement d'innovation en santé.

► **Are Cost Differences Between Specialist and General Hospitals Compensated by the Prospective Payment System?**

LONGO F., SICILIANI L. ET STREET A.  
2019

**The European Journal of Health Economics 20(1): 7-26.**

<https://doi.org/10.1007/s10198-017-0935-1>

Prospective payment systems fund hospitals based on a fixed-price regime that does not directly distinguish between specialist and general hospitals. We investigate whether current prospective payments in England compensate for differences in costs between specialist orthopaedic hospitals and trauma and orthopaedics departments in general hospitals. We employ reference cost data for a sample of hospitals providing services in the trauma and orthopaedics specialty. Our regression results suggest that specialist orthopaedic hospitals have on average 13% lower profit margins. Under the assumption of break-even for the average trauma and orthopaedics department, two of the three specialist orthopaedic hospitals appear to make a loss on their activity. The same holds true for 33% of departments in our sample. Patient age and severity are the main drivers of such differences.

► **What Level of Domestic Government Health Expenditure Should We Aspire to for Universal Health Coverage?**

MCINTYRE D., MEHEUS F. ET RØTTINGEN J.-A.  
2017

**Health Economics, Policy and Law 12(2): 125-137.**  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28332456>

Global discussions on universal health coverage (UHC) have focused attention on the need for increased government funding for health care in many low- and middle-income countries. The objective of this paper is to explore potential targets for government spending on health to progress towards UHC. An explicit target for government expenditure on health care relative to gross domestic product (GDP) is a potentially powerful tool for holding governments to account in progressing to UHC, particularly in the context of UHC's inclusion in the Sustainable Development Goals. It is likely to be more influential than the Abuja target, which requires decreases in budget allocations to other sectors and is opposed by finance ministries for undermining their autonomy in making sectoral budget allocation decisions. International Monetary Fund and World Health Organisation data sets were used to analyse the relationship between government health expenditure and proxy indicators for the UHC goals of financial protection and access to quality health care, and triangulated with available country case studies estimating the resource requirements for a universal health system. Our analyses point towards a target of government spending on health of at least 5% of GDP for progressing towards UHC. This can be supplemented by a per capita target of \$86 to promote universal access to primary care services in low-income countries.

► **Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014**

PLA A.  
2018

**Études Et Résultats (Drees)(1080)**  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/revenus-des-medecins-liberaux-les-facteurs-demographiques-moderent-la-hausse>

Entre 2005 et 2014, le revenu annuel moyen des médecins libéraux a progressé de 1,0 % par an en euros constants. Si la répartition des médecins par sexe, âge

et secteur de conventionnement était restée identique entre 2005 et 2014, toutes choses égales par ailleurs, les revenus d'activité libérale des médecins auraient progressé de 1,9 % par an en moyenne. En effet, au cours de la période, le niveau d'activité moyen des médecins a diminué, sous l'effet du vieillissement de la profession et de sa féminisation, l'activité des femmes étant légèrement plus faible que celle des hommes. Ces deux facteurs démographiques contribuent ainsi à modérer la hausse du revenu d'activité libérale, respectivement de 0,6 point et de 0,3 point. En revanche, le développement des installations en secteur à honoraires libres joue, lui, légèrement en faveur d'une hausse du revenu moyen (0,1 point). Ces effets de structure sont particulièrement sensibles pour les stomatologues, les psychiatres et les pédiatres. Ils sont quasiment nuls pour les chirurgiens. Après prise en compte de ces effets de structure, les pneumologues, les ophtalmologues et les gastro-entérologues restent les spécialités ayant connu les plus fortes progressions de revenu.

► **Economic Burden of Stroke: A Systematic Review on Post-Stroke Care**

RAJSIC S., GOTHE H., BORBA H. H., *et al.*  
2019

**The European Journal of Health Economics 20(1): 107-134.**  
<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0984-0>

Stroke is a leading cause for disability and morbidity associated with increased economic burden due to treatment and post-stroke care (PSC). The aim of our study is to provide information on resource consumption for PSC, to identify relevant cost drivers, and to discuss potential information gaps.

► **Estimating Asymmetric Information Effects in Health Care with Uninsurable Costs**

ZHENG Y., VUKINA T. ET ZHENG X.  
2019

**International Journal of Health Economics and Management 19(1): 79-98.**  
<https://doi.org/10.1007/s10754-018-9246-z>

We use a structural approach to separately estimate moral hazard and adverse selection effects in health



care utilization using hospital invoices data. Our model explicitly accounts for the heterogeneity in the non-insurable transactions costs associated with hospital visits which increase the individuals' total cost of health care and dampen the moral hazard effect. A measure of moral hazard is derived as the difference between the observed and the counterfactual health care consumption. In the population of patients with non life-threatening diagnoses, our results indicate

statistically significant and economically meaningful moral hazard. We also test for the presence of adverse selection by investigating whether patients with different health status sort themselves into different health insurance plans. Adverse selection is confirmed in the data because patients with estimated worse health tend to buy the insurance coverage and patients with estimated better health choose not to buy the insurance coverage.

## État de santé

### Health Status

#### ► Consommation de tabac et usage de cigarette électronique en France

ANDLER R., GUIGNARD R., SPILKA S., *et al.*  
2018

**Rev Mal Respir 35(6): 673-685.**

L'objectif de cet article est de synthétiser les connaissances concernant la consommation de tabac en France issues d'enquêtes représentatives de la population. Le tabagisme est très répandu en France puisque plus du quart des 15-75 ans déclare fumer quotidiennement en 2016 (28,7 %). Ce taux est élevé dès 15 ans (14,6 %) et la moitié des adolescents de cet âge ont déjà fumé une cigarette (51,8 %). Depuis les années 1970, les différences de comportement tabagique selon le sexe s'amenuisent. Plus récemment, la prévalence tabagique tend à diminuer parmi les populations les plus favorisées mais à augmenter parmi les populations de plus faible niveau socio-économique. Ces inégalités sociales, de plus en plus marquées, s'observent dès l'initiation au tabagisme, souvent avant 18 ans. Les utilisateurs quotidiens de cigarette électronique représentent 2,5 % des 15-75 ans et sont fumeurs de tabac (58,8 %) ou ex-fumeurs (41,2 %). La prise en compte des inégalités sociales de santé est un enjeu central dans la lutte contre le tabagisme. Il est primordial d'accentuer les efforts engagés pour faire diminuer la proportion de fumeurs en France. Les enquêtes Baromètre santé et Escapad 2017 permettront d'évaluer si les politiques mises en place en 2016 ont eu un impact sur l'image du tabagisme et sur le niveau de prévalence tabagique. [R.A.]

#### ► La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015

BONALDI C. ET HILL C.  
2019

**Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(5-6): 97-108.**

Cette étude actualise l'estimation de la mortalité attribuable à la consommation d'alcool en France métropolitaine en 2015, dernière année pour laquelle les données de mortalité sont disponibles. La méthode repose sur la même approche que celle proposée par Guérin et coll. pour estimer la mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. À partir de données d'enquêtes et de ventes, on estime la distribution de la consommation d'alcool dans la population par sexe, âge et niveau de consommation. Pour chaque cause de décès dont le risque est modifié par la consommation d'alcool, des fonctions de risque sont extraites de méta-analyses récentes. En combinant ces risques avec les prévalences de consommation, on peut calculer les fractions de mortalité attribuables à l'alcool pour chaque cause. Ces fractions multipliées par les nombres de décès enregistrés correspondants permettent d'estimer le nombre de décès attribuables à l'alcool. Bien que la consommation d'alcool ait beaucoup diminué en France depuis la fin des années 1950, on estime que 7 % des décès chez les plus de 15 ans sont attribuables à l'alcool sur un total de 580 000 décès en 2015. L'impact sanitaire de la consommation d'alcool en France reste donc considérable. Ces résultats soulignent l'importance des politiques de santé publique visant à réduire la consommation d'alcool en France.

► **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires**

DEFOSSEZ G., LE GUYADER-PEYROU S., UHRY Z., et al.

2019

**Saint-Maurice, Santé publique France**

Le plan cancer 2014-2019 qui entre dans sa dernière année, s'intitule « Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France ». Il met d'emblée la priorité sur une action concertée visant à réduire les inégalités de tous ordres face aux cancers. Pour être en mesure d'apprécier l'impact des actions préventives ou curatives menées durant les cinq années de ce plan, au regard de l'évolution des facteurs de risque et des pratiques de diagnostic ou de dépistage, notre pays dispose d'un système d'observation dont les registres de cancers constituent le standard de référence. Ce rapport présente l'analyse de l'évolution de l'incidence des cancers (nouveaux cas) et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 (soit sur une durée de près de 30 années). Il est le fruit d'un partenariat entre le réseau français des Registres du cancer Francim, le service de bio-statistique-bio-informatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa). Il repose sur les données collectées auprès de nombreuses sources permettant ainsi aux registres d'atteindre l'exhaustivité indispensable à l'estimation de ces indicateurs. La présente étude constitue une référence actualisée de la dernière étude des tendances publiée en 2013 et qui portait sur la période 1980-2012.

► **Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017**

DELÉZIRE P., GIGONZAC V., CHÉRIÉ-CHALLINE L., et al.

2019

**Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(3-4): 65-73.**

L'objectif de cet article est de décrire, chez les actifs occupés en France métropolitaine, le taux de prévalence des pensées suicidaires ainsi que les raisons attribuées à ces pensées, et étudier les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels

et les pensées suicidaires. Les données étudiées proviennent du Baromètre de Santé publique France 2017 et concernent 14 536 actifs occupés. Les taux de prévalence des pensées suicidaires ont été décrits notamment selon la catégorie socio-professionnelle et le secteur d'activité. Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées pour tester l'association entre les facteurs professionnels étudiés (expositions professionnelles psycho-sociales et événements indésirables au travail) et les pensées suicidaires. Le taux de prévalence des pensées suicidaires parmi les actifs occupés était de 3,8 %. Les femmes présentaient un taux plus élevé que les hommes (4,5 % vs 3,1 %). Les différences de taux de prévalence des pensées suicidaires selon les secteurs d'activité étaient statistiquement significatives. Les secteurs les plus touchés étaient ceux de l'hébergement et restauration, des arts et spectacles ainsi que de l'enseignement. Plus d'un tiers des personnes présentant des pensées suicidaires les attribuaient à des raisons professionnelles. Quel que soit le sexe, les facteurs professionnels étudiés étaient significativement associés aux pensées suicidaires. Les pensées suicidaires étant associées à la mortalité par suicide, il est important de prévenir leur survenue. Le milieu du travail peut représenter un environnement propice pour développer des actions de promotion et de prévention en santé mentale. Les résultats de cette étude doivent permettre d'orienter ces actions, notamment dans les secteurs d'activité les plus impactés.

► **Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011**

JANSSEN E., SPILKA S. ET DU ROSCOËT E.

2019

**(3-4): 74-82.**

L'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) est réalisée régulièrement depuis 2000 par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Les résultats permettent d'offrir un point précis sur les comportements suicidaires et les principaux facteurs associés en 2017, et d'en suivre les évolutions au cours des dix dernières années. Le neuvième exercice de l'enquête Escapad, menée par l'OFDT lors de la Journée défense et citoyenneté, s'est déroulé en mars 2017 auprès de

39 115 adolescents français de métropole âgés de 17 ans. Résultats : en 2017, près de 3 % des adolescents de 17 ans déclaraient avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation, et plus d'un jeune sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête. La comparaison avec les éditions précédentes de l'enquête (2011 et 2014) révèle une augmentation significative des tentatives de suicide et pensées suicidaires déclarées chez les filles entre 2011 et 2017. La variable la plus fortement associée à la déclaration de pensées suicidaires et de tentatives de suicide est le fait de présenter un risque élevé de dépression. Après contrôle sur le sexe, la situation scolaire, la structure familiale, le risque de dépression et la catégorie socio-professionnelle des parents, les résultats soulignent un lien fort entre tentative de suicide et usages de substances psychoactives, en particulier l'usage de substances illicites autres que le cannabis chez les garçons et l'usage quotidien de tabac chez les filles. Ces données suggèrent que les usages de substances psychoactives pourraient être utilisés comme des indicateurs potentiels pour le repérage d'un risque accru de conduites suicidaires. Ils confirment également l'importance d'une prise en charge précoce des troubles dépressifs chez les adolescents afin d'en réduire l'impact, en particulier sur les passages à l'acte suicidaire.

► **Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans**

LÉON C., CHAN-CHEE C., DU ROSCOËT E., *et al.*  
2019

**Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(3-4): 38-47.**

La France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. Ce constat a amené les pouvoirs publics à réinscrire la prévention du suicide dans une stratégie globale de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques, et à fixer des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicide et de tentatives de suicide. L'objectif de ce travail est de présenter une actualisation de la prévalence des comportements suicidaires en France métropolitaine en 2017, d'identifier les populations concernées et d'observer les évolutions depuis 2000. En 2017, le Baromètre de Santé publique France a interrogé 25 319 personnes de 18 à 75 ans par Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati) selon un sondage aléatoire. Les

variables d'intérêt de l'étude sont les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ainsi que les tentatives de suicide au cours de la vie et des 12 derniers mois. Les résultats obtenus confirment l'intérêt d'engager une politique de prévention du suicide ciblée sur les personnes à haut risque et d'intervenir en amont de la crise suicidaire, dans une logique de repérage et de prise en charge précoce des situations de souffrance psychique. Ils plaident également pour une prise en charge multidisciplinaire et intersectorielle (sanitaire, sociale, médico-sociale), en particulier à destination des populations vulnérables.

► **Comparaison des taux d'attaque, d'incidence et de mortalité de l'accident vasculaire cérébral entre les hommes et les femmes de 35 ans et plus : registre des AVC de Lille**

MEIRHAEGHE A., COTTEL D., COUSIN B., *et al.*  
2019

**Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(2): 18-24.**

L'objectif de ce travail était de mesurer les effets de l'âge et du sexe sur les taux d'attaque, d'incidence et de mortalité à 28 jours des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans la population de Lille âgée de 35 ans et plus. Les données recueillies entre 2008 et 2015 proviennent du registre des AVC de Lille (infarctus cérébraux et hémorragies intracérébrales spontanées). Au total, 2 426 AVC (dont 1 917 incidents) ont été recensés (81,5 % ischémiques, 15,6 % hémorragiques et 2,9 % indéterminés). Après ajustement sur l'âge, les taux d'attaque et d'incidence étaient environ 30 % plus bas chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit l'étiologie; les taux de mortalité par infarctus cérébral ne différaient pas entre hommes et femmes. Les taux de mortalité par hémorragies intracérébrales spontanées étaient environ 35 % plus faibles chez les femmes. Le nombre d'AVC total, incident et fatal était plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Ces chiffres variaient en fonction de l'âge : ils étaient plus élevés chez les hommes de moins de 75 ans et chez les femmes de plus de 75 ans. Les femmes étaient en moyenne de 7 ans plus âgées que les hommes. Les antécédents de migraine et de fibrillation auriculaire étaient plus élevés chez les femmes. À l'inverse, les antécédents de tabagisme, de traumatismes crâniens, de maladie coronaire et d'arthrite des membres inférieurs étaient plus élevés chez les hommes. Conclusion : le risque d'AVC était plus élevé

chez les hommes que chez les femmes avant 75 ans, et similaire après 75 ans. Cependant, compte tenu de l'élévation du risque avec l'âge et de la distribution de la pyramide des âges de la population, le nombre absolu d'AVC dans la population était globalement plus élevé chez les femmes.

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

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

**Bull Epidemiol Hebd(14-15): 265-273.**

Cet article propose un état des lieux de la consommation de tabac en France métropolitaine après la mise en place, fin 2016, de mesures d'envergure dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme. Le Baromètre santé 2017 est une enquête aléatoire représentative de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine, menée par téléphone entre janvier et juillet 2017 auprès d'un échantillon de 25 319 individus. En 2017, 31,9 % des personnes de 18-75 ans interrogées ont déclaré qu'elles fumaient au moins occasionnellement et 26,9 % quotidiennement. Ces prévalences sont en baisse de respectivement 3,2 et 2,5 points par rapport à 2016. La consommation quotidienne de tabac a diminué parmi les hommes de 18-24 ans (passant de 44,2 % à 35,3 %). Elle a également diminué parmi les hommes de 45-54 ans et les femmes de 55-64 ans, premières baisses dans ces deux tranches d'âges après des hausses continues depuis 2005. C'est la première fois depuis 2000 que la prévalence du tabagisme quotidien diminue parmi les fumeurs les plus défavorisés : de 38,8 % en 2016 à 34,0 % en 2017 parmi les personnes aux revenus les plus faibles, de 49,7 % à 43,5 % parmi les personnes au chômage. Le contexte de la lutte antitabac, marqué par une intensification des mesures réglementaires et de prévention (augmentation du forfait de prise en charge des substituts nicotiques prescrits, paquet neutre, opération « Mois sans tabac », nouvelle application pour mobile Tabac info service) a probablement contribué à l'ampleur inédite de la baisse de la prévalence du tabagisme observée. Ces premiers résultats encourageants, en particulier parmi les plus jeunes adultes et les plus défavorisés, incitent à poursuivre les actions menées.

► **La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017**

RICHARD J.-B., ANDLER R., COGORDAN C., *et al.*  
2019

**Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(5-6): 89-97.**

L'alcool est responsable de problèmes sanitaires et sociaux à court et long terme. Le recueil par enquêtes des consommations individuelles d'alcool permet de documenter et de suivre les usages d'alcool dans différents groupes de population. Cet article propose une mise à jour des connaissances sur les niveaux et les modes de consommation d'alcool de la population adulte résidant en France métropolitaine. Le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête probabiliste transversale menée par téléphone auprès d'un échantillon de 25 319 personnes résidant en France métropolitaine, parlant le français et âgées de 18 à 75 ans. La méthode repose sur la génération aléatoire de numéros de téléphone fixe et mobile. Le taux de participation à cette enquête menée entre janvier et juillet 2017 était de 48,5 %. Résultats : en 2017, 87 % des 18-75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année; 21 % déclaraient avoir connu une ivresse dans l'année, 10 % étaient des consommateurs quotidiens et 5 % consommaient six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines. La consommation d'alcool apparaît de plus en plus masculine à mesure que la fréquence de consommation augmente. Elle évolue avec l'avancée en âge, avec une diminution du nombre de verres consommés associée à une augmentation du nombre de jours de consommations. L'hétérogénéité existe également en ce qui concerne la quantité d'alcool bue : à eux seuls 10 % des 18-75 ans consommaient 58 % de la quantité d'alcool consommée déclarée. Conclusion : en 2017, la consommation d'alcool restait courante et à un niveau relativement stable par rapport aux années précédentes. Chez les moins de 25 ans, les tendances récentes montrent une stabilité des alcoolisations excessives, ceci faisant suite à une décennie d'augmentation, notamment des ivresses régulières. La répétition des Baromètres et des enquêtes menées auprès des adolescents permet de suivre les tendances de consommation d'alcool et de décrire la diversité de ses usages.

► **[Patients in the IDEAL Cohort: A Snapshot of Severe Asthma in France]**

TAILLE C., PISON C., NOCENT C., *et al.*  
2018

**Rev Mal Respir.**

This paper reports the French data from a post-hoc analysis of the international IDEAL study, which aimed to describe a recent cohort of patients with severe asthma, the impact of the disease on quality of life, as well as the population of patients eligible for treatment with omalizumab, mepolizumab and reslizumab. Eligible patients were  $\geq 12$  years of age, with severe asthma (GINA steps 4 and 5). A total of 129 patients were included in this post-hoc analysis. Their mean age was 53 years, the majority were overweight, they were mainly women (64%) and had at least one medical

comorbidity (85%). More than half had suffered from asthma for more than 25 years and were non-smokers. Lung function was moderately impaired. Blood eosinophil count was  $\geq 150$  cells/ $\mu\text{L}$  in 66% of patients,  $\geq 300$  cells/ $\mu\text{L}$  in 34% of patients, and  $\geq 500$  cells/ $\mu\text{L}$  in 12% of patients. One out of three patients was currently treated with omalizumab and 24% had maintenance oral corticosteroids. Asthma was poorly controlled with a negative impact on quality of life ( $\text{ACQ} \geq 1.5$ ) in 67% of patients. In this population 40% of patients were eligible for omalizumab, 27% for mepolizumab and 2% for reslizumab. These findings show that a considerable proportion of patients with severe asthma remain uncontrolled and are not eligible for any of the available biological treatments. This underlines the need for therapeutic innovations in this disease.

## Géographie de la santé

### Geography of Health

► **Has the Diffusion of Primary Care Teams in France Improved Attraction and Retention of General Practitioners in Rural Areas?**

CHEVILLARD G., MOUSQUÈS J., LUCAS-GABRIELLI V.,  
*et al.*  
2019

**Health Policy.**

Many countries, including France, are facing the old and persistent problem of geographical inequalities of their health human resources, in particular general practitioners (GPs). This situation leads, among other things, to underserved areas, which could result in a lower level of primary health care accessibility. Since the mid-2000s in France, several policies were implemented to provide financial as well as other incentives to support the development of multi-professional group practices, Primary Care Teams (PCTs), in order to attract and retain GPs in underserved areas. This study aims to measure the impact of PCTs settlement on the evolution of GP density in rural areas. To this end, we compare the evolution of GP density between rural areas with PCTs and similar rural areas without PCTs, before (2004-2008) and after (2008-2012) the development of PCTs facilities. The results show that PCTs are

mainly located in underserved areas and suggest that they could attract and retain GPs there. Those results should be of interest to countries facing relatively similar geographical inequalities issues and that are also experimenting with multi-professional group practices.

► **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.

► **Projecting Shortages and Surpluses of Doctors and Nurses in the OECD: What Looms Ahead**

SCHEFFLER R. M. ET ARNOLD D. R.

2019

**Health Economics, Policy and Law 14(2): 274-290.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29357954>

There is little debate that the health workforce is a key component of the health care system. Since the training of doctors and nurses takes several years, and the building of new schools even longer, projections are needed to allow for the development of health workforce policies. Our work develops a projection model for the demand of doctors and nurses by Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries in the year 2030. The model is based on a country's demand for health services, which includes the following factors: per capita income, out-of-pocket health expenditures and the ageing of its population. The supply of doctors and nurses is projected using country-specific autoregressive integrated moving average models. Our work shows how dramatic imbalances in the number of doctors and nurses will be in OECD countries should current trends continue. For each country in the OECD with sufficient data, we report its demand, supply and shortage or surplus of doctors and nurses for 2030. We project a shortage of nearly 400,000 doctors across 32 OECD countries and shortage of nearly 2.5 million nurses across 23 OECD countries in 2030. We discuss the results and suggest policies that address the shortages.

► **Measuring Spatio-Temporal Accessibility to Emergency Medical Services Through Big GPS Data**

XIA T., SONG X., ZHANG H., et al.

2019

**Health & Place 56: 53-62.**

Medical accessibility is an important indicator for evaluating the effectiveness of public health services. However, the previous medical accessibility studies mainly focus on spatial accessibility without considering temporal variation in population distribution which is significant for evaluating access to emergency medical service (EMS). This paper proposes a model of spatio-temporal accessibility to EMS called ST-E2SFCA based on adapting the enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method. We apply our method to the greater Tokyo area for a large volume of GPS dataset with millions of users and compare the accessibility difference over space and time. To evaluate our model, we also analyze the distinction of our model over different weight sets and compare the performance of ST-E2SFCA with the traditional E2SFCA. The result shows that our method can illustrate the temporal difference and is suitable for measuring the spatio-temporal accessibility to EMS, thus can guide the hospital location selection and urban planning.

## Hospitals

► **Influence de la chaleur sur quelques causes de recours aux soins d'urgences en France métropolitaine durant les étés 2015-2017**

ATIKI N., PASCAL M. ET WAGNER V.

2019

**Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire(1): 9-14.**

Chaque été, Santé publique France effectue une surveillance de l'impact de la chaleur sur le recours aux soins d'urgences en s'appuyant sur les passages aux urgences et les consultations SOS Médecins pour pathologies liées à la chaleur (PLC). L'objectif de ce travail est de proposer l'intégration d'indicateurs complémentaires à suivre dans cette surveillance. Quatre indicateurs susceptibles d'être influencés par la chaleur ont été sélectionnés sur la base d'une revue de la littérature et d'entretiens avec des épidémiologistes spécialisés : fièvre isolée, malaise, troubles digestifs, rhabdomyolyse. L'influence de l'intensité de la chaleur sur ces causes, ainsi que sur les PLC, a été explorée pour l'ensemble des départements métropolitains pendant les étés 2015, 2016 et 2017. Les résultats obtenus montrent une augmentation, plus ou moins significative, du risque de recours aux soins pour tous les indicateurs proposés et pour toutes les classes d'âges, avec des risques relatifs (RR) de recours aux soins de 1 à 5 en vigilance orange (par rapport à une vigilance verte). Une relation croissante entre l'intensité et le recours aux soins est également retrouvée, avec au maximum un RR de 13,88 [IC95 % : 13,74- 14,01] pour les consultations SOS Médecins pour PLC lors d'une intensité extrême (par rapport à une intensité faible). Les indicateurs troubles digestifs, fièvre isolée et malaise pourraient être ajoutés à ceux déjà suivis dans le cadre de la surveillance, afin de mieux représenter la diversité des impacts sanitaires attendus.

► **Implementation of Medication-Related Indicators of Potentially Preventable Hospitalizations in a National Chronic Disease Management Program for Older Patients with Multimorbidity**

CAUGHEY G. E., HILLEN J. B., KALISCH ELLETT L., et al.

2018

**International Journal for Quality in Health Care 31(2): 133-139.**

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy133>

Older people are at increased risk of medication-related potentially preventable hospitalizations (MR-PPH) due to the presence of multiple chronic conditions (multimorbidity) and subsequent polypharmacy. A pilot study was conducted, using evidence-based indicators to detect older patients in a chronic disease management program (CDMP) at risk of hospitalization due to sub-optimal medication use. Previously validated indicators for MR-PPH were applied to patients with multimorbidity, aged 65 years or older and who were enrolled in a national community-based CDMP. Nurse-led telephone interviews and case note abstraction were used as data sources. Nineteen patients triggered the MR-PPH indicators 85 times with a median of four per patient. Sub-optimal medication management was identified 34 times (40%) with a median of two per patient. The most common reasons for sub-optimal medication management were exposure to medications associated with falls, underuse of angiotensin-converting enzyme inhibitor/angiotensin-2 receptor blocker medications for cardiovascular disease and low rates of hemoglobin A1c and renal monitoring in patients with diabetes. This study has shown the utility of MR-PPH indicators within a CDMP to identify and monitor sub-optimal medication-related care. Implementation and ongoing monitoring of these types of indicators can support the development of targeted programs to reduce the ongoing risk of adverse events in the older population and improve the overall quality of life.



► **Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017**

CHAN CHEE C.

2019

**Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire(3-4): 48-54.**

L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide (TS) dans les établissements de soins de courte durée en France et de présenter leur évolution entre 2008 et 2017. Les données ont été extraites de la base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). L'analyse a porté sur les hospitalisations de toutes les personnes âgées de 10 ans et plus avec un diagnostic de TS (codes CIM-10 X60 à X84) entre 2008 et 2017. Le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué, passant de plus de 100 000 par an en 2008 à un peu moins de 89 000 en 2017. Les taux d'hospitalisation pour TS étaient respectivement de 17,4 et 15,1 pour 10 000 habitants en 2008 et 2017. La diminution était plus marquée chez les femmes (21,7 en 2008 et 18,0 en 2017,  $p < 0,0001$ ) que chez les hommes (13,0 en 2008 et 12,2 en 2017). La réadmission pour TS est restée stable : quelle que soit l'année étudiée, 89,5 % des patients ont eu un seul séjour pour TS et 10,5 % ont eu au moins un nouveau séjour au cours de la même année civile. Les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans avaient systématiquement les taux les plus élevés, en moyenne 41 pour 10 000. Entre 2008 et 2017, une baisse des taux par âge était observée chez les femmes de 20 à 49 ans, tandis que chez les hommes au-delà de 50 ans, les taux étaient plus élevés en 2017 qu'en 2008. En Bretagne, Normandie et Hauts-de-France, les taux étaient supérieurs aux taux nationaux chez les hommes et chez les femmes en 2008 et en 2017. Quelle que soit l'année, les intoxications médicamenteuses volontaires, en particulier aux psychotropes, représentaient le mode le plus fréquent des TS. Une pathologie psychiatrique était notée dans 61 % des séjours pour TS (59 % chez les femmes et 64 % chez les hommes). Les pathologies les plus fréquentes étaient la dépression, les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, ainsi que les troubles anxieux. Conclusion : bien qu'une diminution des hospitalisations pour TS ait été observée au cours des dix dernières années, des actions de prévention et de prise en charge doivent se poursuivre, en ciblant plus particulièrement certains groupes de population tels que les adolescentes, les

hommes de plus de 50 ans et les personnes ayant fait une tentative de suicide.

► **Caractéristiques des hospitalisations avec diagnostic de grippe, France, 2012-2017**

DE LAUZUN V., PIVETTE M., NICOLAY N., et al.

2019

**Saint-Maurice, Santé publique France**

Au cours de l'ensemble des 5 saisons hivernales 2012-13 à 2016-17, 91 255 séjours hospitaliers avec un diagnostic de grippe ont été identifiés par le PMSI en France métropolitaine. L'incidence moyenne par saison, tous âges confondus, était de 28,5 hospitalisations pour 100 000 habitants; les principaux résultats montrent, d'une part, de fortes variations entre les saisons épidémiques de l'incidence des hospitalisations selon l'âge, et, d'autre part, des différences entre chaque tranche d'âge des caractéristiques de sévérité et d'impact (proportion de passage en réanimation, létalité, durée moyenne de séjour); les variations selon les saisons épidémiques étaient cohérentes avec les différences connues de susceptibilité aux sous-types grippaux circulants avec un impact majeur du sous-type A(H3N2) chez les personnes âgées et des virus B chez les enfants; l'âge des patients a un impact sur la sévérité avec une augmentation régulière de la létalité de 0,5 % à 10 %, ainsi que sur la fréquence des hospitalisations en réanimation, plus élevée dans les tranches d'âge intermédiaires de 40 à 79 ans (19 %) que dans les autres tranches d'âge, en particulier les 80 ans et plus (6 %); l'âge est également un facteur important d'allongement de la durée de séjour, de 3,4 jours chez les moins de 20 ans à 11,5 jours chez les 80 ans et plus; des disparités régionales importantes ont été observées, avec notamment une incidence d'hospitalisations maximale dans le sud-est de la France et une proportion d'admissions en réanimation plus importante en Ile-de-France et Centre-Val de Loire; l'analyse des hospitalisations avec un diagnostic de grippe à travers le PMSI fournit des éléments importants d'interprétation des données de surveillance de la grippe, non disponibles avec les autres systèmes de surveillance. Une analyse annuelle systématique des patients hospitalisés à partir du PMSI permettrait de fournir en fin de saison un indicateur, stratifié sur l'âge, de l'impact de l'épidémie sur le système hospitalier.

► **Satisfaction of Physicians Working in Hospitals Within the European Union: State of the Evidence Based on Systematic Review**

DOMAGAŁA A., BAŁA M. M., KACZMARCZYK M., *et al.*  
2018

**European Journal of Public Health 29(2): 232-241.**  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky117>

Despite the wide range of studies concerning physician satisfaction in different European countries, there is a lack of literature reviews synthesizing and analyzing current evidence evaluating satisfaction of physicians working in European hospitals. The goal of our research was to provide a general overview of the studies in this area and their results. We searched MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL and the Cochrane Library from January 2000 to January 2017 including both MESH/Emtree terms and free text words related to the subject with no language restrictions. The eligibility criteria included: (i) target population: physicians working in European hospitals, (ii) quantitative research aimed at assessing physician satisfaction and (iii) validated tools. We performed a narrative synthesis and meta-analysis. A total of 8585 abstracts and 368 full text articles were independently screened by 2 reviewers against inclusion/exclusion criteria. Finally 61 studies were eligible for qualitative analysis. Included studies enrolled a total of 50 001 physicians from 17 countries. Sample sizes varied between 54 and 7090 participants (median: 336). According to our review ~59% of physicians working in European hospitals are overall satisfied, 3.54 was the mean satisfaction among studies reporting data on a scale from 1 to 5, 4.81 for studies with a scale from 1 to 7, 6.12 among studies reporting data on a scale from 1 to 10, and 59.65 among studies with a scale from 0 to 100. The level of physician satisfaction in Europe is moderate. There is a large variety of tools and scales used to assess it.

► **Surveillance des infections du site opératoire dans les établissements de santé : Réseau ISO-Raisin, France. Résultats 2017**

ESCUTNAIRE-MARRANT T., TANGUY J. ET AUPÉE M.  
2019

**Saint-Maurice, Santé publique France**

La réduction d'incidence des infections du site opératoire (ISO) est l'un des objectifs du programme natio-

nal de lutte contre les infections nosocomiales (IN). Depuis 1999, les surveillances inter-régionales des ISO sont coordonnées par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN). Chaque année, les établissements exerçant une activité de chirurgie recueillent volontairement des informations parmi une liste de spécialités « prioritaires » concernant le patient et l'intervention dont les composants de l'index de risque National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS). Tous les patients inclus doivent être suivis jusqu'au trentième jour post-opératoire (90 jours pour les interventions avec prothèses). Les ISO sont définies selon les critères standards usuels. En 2017, la participation à la surveillance des interventions prioritaires n'a globalement pas évolué par rapport à 2016 : 364 établissements pour 103 691 interventions suivies. Le nombre médian de spécialités surveillées par établissement était de 2 [1; 4] en 2017 contre 3 [1; 4] en 2016.

► **Incidence des patients hospitalisés pour valvulopathie en France : caractéristiques des patients et évolution 2006–2016**

GRAVE C., TRIBOUILLOY C., JUILLIERE Y., *et al.*  
2019

**Rev Epidemiol Sante Publique 67: S103-S104.**  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762019300896>

Les valvulopathies regroupent les pathologies des différentes valves cardiaques et peuvent être à l'origine de nombreuses complications cardiaques dont les plus fréquentes sont l'insuffisance cardiaque et la fibrillation auriculaire. L'objectif de cette étude était d'estimer l'incidence annuelle des patients hospitalisés pour valvulopathie en France. Tous les patients hospitalisés pour la prise en charge d'une valvulopathie en France, entre 2006 et 2016 ont été identifiés à partir des données du PMSI-MCO intégré au Système national des données de santé (SNDS). Les analyses descriptives des caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients et les évolutions 2006-2016 ont été stratifiées selon le type et l'origine de la valvulopathie. La modification de la répartition des causes des valvulopathies et l'élargissement des indications de prise en charge du rétrécissement aortique par les techniques percutanées ont remanié la répartition des types de valvulopathies hospitalisées depuis 2006, avec une augmentation de l'incidence des patients hospitalisés pour rétrécissement aortique non-rhumatismal et une

diminution des patients hospitalisés pour une pathologie rhumatismale.

► **Delayed Hospital Discharges of Older Patients: A Systematic Review on Prevalence and Costs**

GRAY A. M., LANDEIRO F., LEAL J., *et al.*  
2017

**The Gerontologist 59(2): e86-e97.**

<https://doi.org/10.1093/geront/gnx028>

The aim of this study is to determine the prevalence of delayed discharges of elderly inpatients and associated costs. We searched Medline, Embase, Global Health, CAB Abstracts, Econlit, Web of Knowledge, EBSCO – CINAHL, The Cochrane Library, Health Management Information Consortium, and SCIE – Social Care Online for evidence published between 1990 and 2015 on number of days or proportion of delayed discharges for elderly inpatients in acute hospitals. Descriptive and regression analyses were conducted. Data on proportions of delayed discharges were pooled using a random effects logistic model and the association of relevant factors was assessed. Mean costs of delayed discharge were calculated in USD adjusted for Purchasing Power Parity (PPP). Of 64 studies included, 52 (81.3%) reported delayed discharges as proportions of total hospital stay and 9 (14.1%) estimated the respective costs for these delays. Proportions of delayed discharges varied widely, from 1.6% to 91.3% with a weighted mean of 22.8%. This variation was also seen in studies from the same country, for example, in the United Kingdom, they ranged between 1.6% and 60.0%. No factor was found to be significantly associated with delays. The mean costs of delayed discharge also varied widely (between 142 and 31,935 USD PPP adjusted), reflecting the variability in mean days of delay per patient. Delayed discharges occur in most countries and the associated costs are significant. However, the variability in prevalence of delayed discharges and available data on costs limit our knowledge of the full impact of delayed discharges. A standardization of methods is necessary to allow comparisons to be made, and additional studies are required—preferably by disease area—to determine the postdischarge needs of specific patient groups and the estimated costs of delays.

► **Regaining Pre-Fracture Basic Mobility Status After Hip Fracture and Association with Post-Discharge Mortality and Readmission—A Nationwide Register Study in Denmark**

KRISTENSEN M. T., ÖZTÜRK B., RÖCK N. D., *et al.*  
2019

**Age and Ageing 48(2): 278-284.**

<https://doi.org/10.1093/ageing/afy185>

Early mobilization after hip fracture (HF) is an important predictor of outcome, but knowledge of the consequences of not achieving the pre-fracture basic mobility status in acute hospital recovery is sparse. We examined whether the regain of pre-fracture basic mobility status evaluated with the cumulated ambulation score (CAS) at hospital discharge was associated with 30-day post-discharge mortality and readmission. This is a population-based cohort study. Using the nationwide Danish Multidisciplinary HF Database from January 2015 through December 2015, 5,147 patients 65 years or older undergoing surgery for a first-time HF were included. The pre-fracture and discharge CAS score (0–6 points with six points indicating an independent basic mobility status) were recorded. CAS was dichotomized as regained or not and entered into adjusted Cox regression overall analysis and stratified by sex, age, body mass index, Charlson comorbidity index, type of fracture, residential status and length of acute hospital stay. Outcome measures were 30-day post-discharge mortality and readmission. Overall mortality and readmission were 8.3% (n = 425) and 17.1% (n = 882), respectively. Mortality was 3.5% (n = 71) among patients who regained their pre-fracture CAS score compared with 11.4% (n = 354) among those who did not. Adjusted hazard ratios for 30-day mortality and readmission were 2.76 (95% confidence interval [CI] = 2.01–3.78) and 1.26 (95% CI = 1.07, 1.48), respectively, for patients who did not regain their pre-fracture CAS compared with those who did. We found that the loss of pre-fracture basic mobility level upon acute hospital discharge was associated with increased 30-day post-discharge mortality and readmission after a first time HF.

► **Does Hospital Competition Improve Efficiency? The Effect of the Patient Choice Reform in England**

LONGO F., SICILIANI L., MOSCELLI G., *et al.*

2019

**Health Economics 28(5) : 618-640**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3868>

We use the 2006 relaxation of constraints on patient choice of hospital in the English NHS to investigate the effect of hospital competition on dimensions of efficiency including indicators of resource management (admissions per bed, bed occupancy rate, proportion of day cases, and cancelled elective operations) and costs (reference cost index for overall and elective activity, cleaning services costs, laundry and linen costs). We employ a quasi differences-in-differences approach and estimate seemingly unrelated regressions and unconditional quantile regressions with data on hospital trusts from 2002/2003 to 2010/2011. Our findings suggest that increased competition had mixed effects on efficiency. An additional equivalent rival increased admissions per bed by 1.1%, admissions per doctor by 0.9% and the proportion of day cases by 0.38 percentage points, but it also increased the number of cancelled elective operations by 2.5%.

► **De la bientraitance en obstétrique : la réalité du fonctionnement des maternités**

RUDIGOZ R. C., MILLIEZ J., VILLE Y., *et al.*

2018

**Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 202(7): 1323-1340.**

Au fil des années, les actions visant à améliorer la sécurité de la naissance ont porté leurs fruits : les morbi-mortalités maternelle et périnatale ont diminué de façon spectaculaire. Cependant, ces excellents résultats sont tempérés par de nombreuses critiques concernant l'hétérogénéité des pratiques et des carences manifestes dans l'accompagnement humain de la naissance. Ce rapport décrit tout d'abord la réalité du fonctionnement des maternités tout en faisant état des motifs d'insatisfaction exprimés par les patientes. Il propose en suite des axes d'amélioration afin d'améliorer la qualité des soins.

► **Payment Systems and Hospital Length of Stay: A Bunching-Based Evidence**

TAKAKU R. ET YAMAOKA A.

2019

**International Journal of Health Economics and Management 19(1): 53-77.**

<https://doi.org/10.1007/s10754-018-9243-2>

Despite the huge attention on the long average hospital length of stay (LOS) in Japan, there are limited empirical studies on the impacts of the payment systems on LOS. In order to shed new light on this issue, we focus on the fact that reimbursement for hospital care is linked to the number of patient bed-days, where a "day" is defined as the period from one midnight to the next. This "midnight-to-midnight" definition may incentivize health care providers to manipulate hospital acceptance times in emergency patients, as patients admitted before midnight would have an additional day for reimbursement when compared with those admitted after midnight. We test this hypothesis using administrative data of emergency transportations in Japan from 2008 to 2011 (N = 2,146,498). The results indicate that there is a significant bunching in the number of acceptances at the emergency hospital around midnight; the number heaps a few minutes before midnight, but suddenly drops just after midnight. Given that the occurrence of emergency episode is random and the density is smooth during nighttime, bunching in the number of hospital acceptances around midnight suggests that hospital care providers shift the hospital acceptance times forward by hurrying-up to accept the patients. This manipulation clearly leads to longer LOS by one bed-day. In addition, the manipulation is observed in the prefectures where private hospitals mainly provide emergency medical services, suggesting hospital ownership is associated with the manipulation of hospital acceptance time.

► **Re-Admission Patterns in England and the Netherlands: A Comparison Based on Administrative Data of All Hospitals**

VAN DER BRUG F., WESTERT G. P., KOOL R. B., *et al.*

2018

**European Journal of Public Health 29(2): 202-207.**

<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky199>

Examining variation in patterns of re-admissions between countries can be valuable for mutual learning in order to reduce unnecessary re-admissions. The aim

of this study was to compare re-admission rates and reasons for re-admissions between England and the Netherlands. We used data from 85 Dutch hospitals (1 355 947 admissions) and 451 English hospitals (5 260 227 admissions) in 2014 (96% of all Dutch hospitals and 100% of all English NHS hospitals). Re-admission data from England and the Netherlands were compared for all hospital patients and for specific diagnosis groups: pneumonia, urinary tract infection, chronic obstructive pulmonary disease, coronary atherosclerosis, biliary tract disease, hip fracture and acute myocardial infarction. Re-admissions were categorized using a classification system developed on administrative data. The classification distinguishes between potentially preventable re-admissions and other reasons for re-admission. England had a higher 30-day re-admission

rate (adjusted for age and gender) compared to the Netherlands: 11.17% (95% CI 11.14–11.20%) vs. 9.83% (95% CI 9.77–9.88%). The main differences appeared to be in re-admissions for the elderly (England 17.2% vs. the Netherlands 10.0%) and in emergency re-admissions (England 85.3% of all 30-day re-admissions vs. the Netherlands 66.8%). In the Netherlands, however, more emergency re-admissions were classified as potentially preventable compared to England (33.8% vs. 28.8%). The differences found between England and the Netherlands indicate opportunities to reduce unnecessary re-admissions. For England this concerns more expanded palliative care, integrated social care and reduction of waiting times. In the Netherlands, the use of treatment plans for daily life could be increased.

## Inégalités de santé

### Health Inequalities

#### ► Unmet Health Care and Health Care Utilization

BATAINEH H., DEVLIN R. A. ET BARHAM V.  
2019

**Health Economics 28(4): 529-542.**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3862>

The objective of this study is to examine the causal effect of health care utilization on unmet health care needs. An IV approach deals with the endogeneity between the use of health care services and unmet health care, using the presence of drug insurance and the number of physicians by health region as instruments. We employ three cycles of the Canadian Community Health Survey confidential master files (2003, 2005, and 2014). We find a robustly negative relationship between health care use and unmet health care needs. One more visit to a medical doctor on average decreases the probability of reporting unmet health care needs by 0.014 points. The effect is negative for the women-only group whereas it is statistically insignificant for men; similarly, the effect is negative for urban dwellers but insignificant for rural ones. Health care use reduces the likelihood of reporting unmet health care. Policies that encourage the use of health care services, like increasing the coverage of public drug insurance and increasing after hours acces-

sibility of physicians, can help reduce the likelihood of unmet health care.

#### ► Engaging Gypsy, Roma, and Traveller Communities in Research: Maximizing Opportunities and Overcoming Challenges

CONDON L., BEDFORD H., IRELAND L., *et al.*  
2019

**Qualitative Health Research 0(0): 1049732318813558.**

Gypsy, Roma, and Traveller people are marginalized worldwide and experience severe health inequalities, even in comparison to other ethnic minority groups. While diverse and hard to categorize, these communities are highly cohesive and members have a strong sense of identity as a group apart from the majority population. Researchers commonly experience challenges in accessing, recruiting, and retaining research participants from these communities, linked to their outsider status, insular nature, and history of discrimination. In this article, the challenges and the opportunities of engaging Gypsies, Roma, and Travellers in a multicenter qualitative research project are discussed. The management of public involvement and commu-



nity engagement in this U.K.-based project provides insights into conducting research effectively with ethnically and linguistically diverse communities, often considered to be “hard to reach.”

► **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/>

The Healthy Immigrant Effect (HIE) refers to the fact that recent migrants are in better health than the non-migrant 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 non-migrants 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 non-migrants using measures self-rated health, health limitations, and chronic illnesses, by fitting logistic regression and Karlson-Holm-Breen (KHB) decompositions. **Results**: 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 non-migrant 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.

► **Barriers to Health Care Access and Service Utilization of Refugees in Austria: Evidence from a Cross-Sectional Survey**

KOHLBERGER J., BUBER-ENNSER I., RENGES B., et al.

2019

**Health Policy: Ahead of print.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30878171>

This paper provides evidence on (1) refugees’ subjective well-being, (2) their access and barriers to health care utilization and (3) their perception of health care provision in Austria, one of the countries most heavily affected by the European ‘refugee crisis.’ It is based on primary data from the Refugee Health and Integration Survey (ReHIS), a cross-sectional survey of roughly five hundred Syrian, Iraqi and Afghan refugees. Results indicate that refugees’ self-rated health falls below the resident population’s, in particular for female and Afghan refugees. Whereas respondents state overall high satisfaction with the Austrian health system, two in ten male and four in ten female refugees report unmet health needs. Most frequently cited barriers include scheduling conflicts, long waiting lists, lack of knowledge about doctors, and language. Although treatment costs were not frequently considered as barriers, consultation of specialist medical services frequently associated with co-payment by patients, in particular dental care, are significantly less often consulted by refugees than by Austrians. Refugees reported comparably high utilization of hospital services, with daycare treatment more common than inpatient stays. We recommend to improve refugees’ access to health care in Austria by a) improving the information flow about available treatment, in particular specialists, b) fostering dental health care for refugees, and c) addressing language barriers by providing (web-based) interpretation services.

► **Examining Gender Health Inequalities in Europe Using a Synthetic Health Indicator: The Role of Family Policies**

PINILLOS-FRANCO S. ET SOMARRIBA N.

2018

**European Journal of Public Health 29(2): 254-259.**

<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky177>

Family policies have been shown to affect men’s and women’s health throughout the European Union, though particularly in the case of women. This paper

seeks to analyze this effect by creating two Synthetic Health Indicators (SHIs) differentiated by gender applying the P2 distance method. We also aim to compare the results obtained by means of our SHI and the Self-rated health (SRH) indicator, as it is the most common indicator used to approach individuals' health. The 2012 European Quality of Life Survey was used to construct the SHI. Dimensions such as physical health, mental health, psychosocial resources, the capacity of health services and community health status were included in our SHI. All proved to be relevant when measuring individuals' health. Gender health inequalities differed depending on the indicator used in each European country. When considering family policy, we found significant gender health gaps that favoured men in traditional countries, regardless of the indicator used (SHI or SRH). Moreover, with our SHI we found significant gender health inequalities in market-oriented and dual-earner countries that were not revealed by the SRH indicator, highlighting the fact that current equality policies are necessary but insufficient to overcome the gender health gap. The SHI was more sensitive to gender differences and evidenced certain advantages compared to the SRH. The SHI includes a wide range of variables that incorporated large amounts of fresh information, allowing men and women to have a personalized design of their own health.

► **Waiting for Common-Law Solutions for the Most Vulnerable Populations' Healthcare Access**

WARIN P.  
2019

[Rev Epidemiol Sante Publique 67 Suppl 1: S33-s40.](#)

The state of populations' health is linked to their access to quality healthcare. Best achieving this primary condition - a health, social and humanitarian condition - is an ongoing public policy objective. Although significant effort goes into this, do public policies sufficiently take into account the state of health of the most vulnerable populations? In France, reducing the non-take-up (NTU) of healthcare is a priority in current national health insurance policy. Under the local plans to tackle non-take-up, lack of understanding and exit from the system (PLANIR), national health insurance is currently rolling out a regional and partnership-based intervention framework in order to prevent NTU of healthcare by welfare clients. This

social investment is unprecedented, yet the impact of the framework on the most vulnerable populations still seems to be limited. **METHOD:** The study of this example is based on monitoring of the framework's general implementation. This task was entrusted to the research team co-founded by the author, ODENORE (Observatory for the Non-take-up of Social Rights and Public Services). It is organized in four parts: quantitative monitoring of the detection and addressing of non-take-up situations (n=160,000 questionnaires); analysis of the results through qualitative interviews with beneficiaries and individuals who rejected the framework (n=365 interviews); analysis of the framework's implementation, using qualitative interviews and participant observations at the services in charge of the framework's implementation (n=18 collective interviews across three sites), and an analysis of the partnership through collective interviews with all the actors in the areas involved in the framework (three sites). The analysis shows that the integration of the most vulnerable populations' state of health into a common-law framework for intervention is hindered by three limitations: the framework's neutrality regarding public decisions and non-decisions that exacerbate social and regional health inequalities; its organizational design, which does not take into account the need for long-term medical-psycho-social care; and the absence of regulation capable of bringing together and coordinating the actors working towards healthcare access locally but with different populations. The difficulties of integrating the most vulnerable populations into a common-law framework such as the one proposed by the national health insurance do not seem insurmountable-provided, that is, that the regulatory authority (the regional health agencies) are willing and able to make it a strategic organizational objective at local level.

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

ZANINOTTO P., HEAD J., KIVIMÄKI M., *et al.*  
2018

[European Journal of Public Health 29\(2\): 267-272.](#)  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky215>

There are striking socioeconomic differences in life expectancy, but less is known about inequalities in healthy life expectancy and disease-free life expectancy. We estimated socioeconomic differences in



health expectancies in four studies in England, Finland, France and Sweden. We estimated socioeconomic differences in health expectancies using data drawn from repeated waves of the four cohorts for two indicators: (i) self-rated health and (ii) chronic diseases (cardiovascular, cancer, respiratory and diabetes). Socioeconomic position was measured by occupational position. Multistate life table models were used to estimate healthy and chronic disease-free life expectancy from ages 50 to 75. In all cohorts, we found inequalities in healthy life expectancy according to socioeconomic position. In England, both women and men in the higher positions could expect 82–83% of their life

between ages 50 and 75 to be in good health compared to 68% for those in lower positions. The figures were 75% compared to 47–50% for Finland; 85–87% compared to 77–79% for France and 80–83% compared to 72–75% for Sweden. Those in higher occupational positions could expect more years in good health (2.1–6.8 years) and without chronic diseases (0.5–2.3 years) from ages 50 to 75. There are inequalities in healthy life expectancy between ages 50 and 75 according to occupational position. These results suggest that reducing socioeconomic inequalities would make an important contribution to extending healthy life expectancy and disease-free life expectancy.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

#### ► L'année 2018 du médicament, en bref

PRESCRIRE  
2019

**Revue Prescrire 39(424): 142-144.**

Au cours de l'année 2018, parmi les nouveautés médicamenteuses analysées dans Prescrire, 13 ont apporté un progrès notable. L'Agence européenne du médicament n'est pas assez exigeante, notamment pour l'évaluation des médicaments des cancers. La liste des médicaments de la sclérose en plaques, toxiques et insuffisants, s'allonge. Le statut de médicaments « orphelin » est particulièrement lucratif pour les firmes; pourtant seule une minorité des nouveautés médicamenteuses avec le statut de médicament « orphelin » analysées en 2018 apporte un progrès notable pour les patients.

#### ► Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2019

PRESCRIRE  
2019

**Revue Prescrire 39(424): 131-141.**

Pour aider à choisir des soins de qualité, cet article met à jour pour début 2019 un bilan des médicaments que Prescrire conseille d'écarter pour mieux soigner.

#### ► Panorama de droit pharmaceutique - 2018

AULOIS, F. G., M., BERLAND-BENHAIM C., DUMONT C., *et al.*  
2019

**Revue Générale de Droit Pharmaceutique(6): 335.**

Ce numéro spécial dresse un panorama de l'actualité pharmaceutique en France pour l'année 2018 au travers des thématiques suivantes : l'encadrement de l'exercice professionnel, l'innovation en santé et l'encadrement de l'accès au marché des produits de santé.

#### ► Monitoring of Drug Misuse or Potential Misuse in a Nationwide Healthcare Insurance Database: A Cross-Sectional Study in France

BÉNARD-LARIBIÈRE A., NOIZE P., GIRODET P.-O., *et al.*  
2018

**Thérapie.**

The aim of the study is to provide a tool for drug misuse or potential misuse monitoring by using a healthcare insurance database. A cross-sectional study repeated quarterly from 2007 to 2014 was conducted using data from a 1/97th random sample of the French national healthcare reimbursement system. For each drug studied, ad hoc indicators were designed to assess drug

misuse, defined as prescriptions that did not comply with the label stipulated in the summary of product characteristics, in terms of the drug (e.g., interactions) or the patient (age, medical history). We focused on specifically identified situations of drug misuse involving non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), antiemetics in patients with Parkinson's disease and antipsychotics in pediatrics; we also focused on direct anticoagulants, asthma and oral antidiabetic drugs but results for these latter are only shown in supplementary materials. Results At-risk prescribing of NSAIDs in patients treated by diuretics or renin-angiotensin system inhibitors always remained higher than 14% over the study (maximum: 19%; 2014 quarter 4: 15.4%). Off-label prescribing of contraindicated anti-dopaminergic antiemetics with dopaminergic antiparkinson drugs was marginal (maximum: 2.2%; 2014 quarter 4: 0.5%) but represented at least 5.5% of antiemetic prescriptions. Despite the rise in antipsychotic prescriptions in pediatrics, no dramatic increase in misuse related to age was observed during the study period (2007 quarter 1: 16.1%; 2014 quarter 4: 11.1%). The highest degree of misuse was observed for aripiprazole and for second-generation antipsychotics other than risperidone and aripiprazole. This study provides a simple tool to monitor drug misuse or potential misuse using information from a health insurance database. The results highlight the need for the Regulator to rethink risk management information campaigns and to modify the official information on products.

► **Information sur les médicaments :  
la longue marche vers la transparence**

GERSON M. ET BERGUA G.

2018

**Médecine : De la Médecine Factuelle à nos  
Pratiques 14(10): 436-438.**

Une information claire, complète et non biaisée sur les médicaments est indispensable. Une telle information permet aux patients et aux professionnels d'effectuer les bons choix et aux décideurs d'affecter au mieux les ressources. Cette information devrait être accessible sans restriction aux soignants et aux patients. Tous les types de données devraient être accessibles à tous, sans délai et sans difficulté.

► **Consommation d'antibiotiques  
et résistance aux antibiotiques en France :  
une infection évitée, c'est un antibiotique  
préservé !**

MAUGAT S. ET BERGER-CARBONNE A.

2018

**Saint-Maurice, Santé publique France**

L'approche « One Health » de la lutte contre l'antibio-résistance portée depuis 2015 par l'Organisation mondiale de la santé favorise l'articulation de la prévention entre santé humaine, santé animale et environnement. Les antibiotiques étant un bien précieux permettant de traiter les infections bactériennes, il est urgent de mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour les préserver. En France, la consommation d'antibiotiques en santé humaine ne diminue plus. En termes de résistance, certains succès ont été enregistrés (pneumocoques, SARM) mais l'augmentation des entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération constitue un défi pour l'avenir. En santé animale, la diminution de la consommation d'antibiotiques, liée à la mobilisation des professionnels et pour partie à la réglementation, a été suivie d'une diminution de la résistance aux antibiotiques. L'environnement fait depuis peu l'objet d'études pour évaluer son impact dans la diffusion de la résistance aux antibiotiques. Qu'il s'agisse de santé humaine ou animale, la prévention est au premier plan pour que les antibiotiques restent efficaces. La Journée européenne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques du 18 novembre 2018 s'inscrit dans la semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques et mobilise l'ensemble des acteurs : citoyens, patients, professionnels de la santé humaine et animale, décideurs. Dans cet objectif, depuis 2014, trois agences nationales - Santé publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) - ainsi que l'Assurance Maladie et leurs ministères de tutelle réunissent leurs efforts et leurs partenaires pour présenter de manière commune les chiffres clefs de la consommation et de la résistance aux antibiotiques dans une perspective de santé globale (« One Health »). Pour la première fois cette année, le document traite du rôle de l'environnement, en collaboration avec l'équipe Inserm hospitalo-universitaire de Limoges et le ministère de de la Transition écologique et solidaire. Cette édition 2018 présente également un volet sur le bon usage des antibiotiques, en collaboration avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf).

► **Surveillance de la consommation des antibiotiques : Réseau ATB-Raisin. Résultats 2016**

RÉSEAU ATB RAISIN

2018

**Saint-Maurice, Santé publique France**

La surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) ATB- Raisin participe au bon usage des ATB. Les objectifs sont de permettre à chaque établissement de santé (ES) de décrire et d'analyser ses consommations et de les confronter aux données de résistance bactérienne en se situant par rapport à un ensemble comparable d'ES. Les ATB à visée systémique de la classe J01 de la classification Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), la rifampicine, les imidazolés per os et la fidaxomicine, ainsi que les antifongiques à visée systémique de la classe J02 (volet optionnel), dispensés en hospitalisation complète, ont été exprimés en nombre de doses définies journalières (DDJ) et rapportés à l'activité selon les recommandations nationales et de l'Organisation mondiale de la santé (système ATC- DDD, 2016). Des données de résistance ont été collectées pour sept couples bactérie/antibiotique pour permettre à chaque ES d'explorer sa situation en matière de pression de sélection, d'une part, et d'écologie contribuant à l'utilisation de certains antibiotiques, d'autre part. Les 1 470 ES participants représentaient 69 % des journées d'hospitalisation en France en

2016 et avaient consommé 371 DDJ/1 000 journées d'hospitalisation (JH). Les ATB les plus utilisés étaient l'association amoxicilline- acide clavulanique (31 %), l'amoxicilline (19 %) et la ceftriaxone (6 %). La consommation d'ATB variait de 56 DDJ/1 000 JH dans les hôpitaux psychiatriques à 629 dans les hôpitaux d'instruction des armées. Des variations étaient observées selon les secteurs d'activité, de 60 DDJ/1 000 JH en psychiatrie à 1 468 en réanimation. Dans 490 ES ayant participé chaque année depuis 2009, la consommation avait surtout progressé entre 2009 et 2013 (+ 4,1 %). Depuis 2013, la tendance est à la baisse, malgré une légère progression de + 0,7 % entre 2014 et 2015 (- 7 % entre 2013 et 2016) et la consommation totale en 2016 était comparable à celle de 2009. La consommation des carbapénèmes, des céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération, de l'association pipéracilline- tazobactam et des imidazolés avait progressé tandis que celle des fluoroquinolones et des glycopeptides s'était réduite. Les données de résistance étaient en cohérence avec celles issues de réseaux spécifiques. La consommation d'antifongiques était plus importante en hématologie (188 DDJ/1 000 JH) qu'en réanimation (143 DDJ/1 000 JH). La surveillance en réseau permet à chaque ES d'analyser sa situation, d'échanger sur les pratiques et organisations, et de suivre les tendances évolutives. L'analyse des consommations d'ATB est à compléter d'évaluation des pratiques et du suivi d'indicateurs reflétant la qualité des prescriptions.

## Méthodologie – Statistique

### Methodology - Statistics

► **How to Reduce Biases Coming from a Before and After Design: The Impact of the 2007–08 French Smoking Ban Policy**

CHYDERIOTIS S., BECK F., ANDLER R., *et al.*

2018

**European Journal of Public Health 29(2): 372-377.**

<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky160>

Smoke-free laws aim at protecting against second-hand smoke and at contributing to change smoking behaviors. Impact evaluation studies can help understand to what extent they reach their goals. Simple before and after designs are often used but cannot isolate the

effect of the policy of interest. The short-term impact of the French smoking ban (2007–08) on smoking behavior outcomes was evaluated among smokers with data from the ITC project. We first conducted a before and after design on the French sample. Second, we added the UK (excluding Scotland) as a control group and finally used external pre-policy data from national surveys to control for bias arising from pre-policy trends. After one year post-implementation, the smoking ban led to a decrease in seeing people smoking in bars, restaurants and workplaces [estimated risk ratios (RR) of 8.81 IC95% (5.34–14.71), 2.02 (1.79–2.31) and 1.24 (1.16–1.33), respectively], as well as an increase in support for the smoke-free policy, but only in bars and

restaurants [RR of 1.35 (1.15–1.61) and 1.25 (1.16–1.35)], respectively. No impact was found on smoking behaviors and on having a strict no smoking policy at home. The simple before and after design systematically overestimated the smoking ban's impact [e.g. RR of 29.9 (20.06–44.56) for observed smoking in bar, compared to 13.21 (7.78–22.42) with the control group, and 8.81 (5.34–14.71) with the correction from external data]. When data are lacking to conduct quasi-experimental designs for impact evaluation, the use of external data could help understand and correct pre-policy trends.

► **Validation d'un algorithme de repérage des limitations visuelles dans les données du SNDS**

ESPAGNACQ M., PENNEAU A., REGAERT C., *et al.*  
 2019

**Rev Epidemiol Sante Publique 67: S85.**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762019300434>

Les données sur les personnes en situation de handicap sont essentiellement issues d'enquêtes en population générale ou ciblée par type de handicap ou de pathologie. Ces enquêtes coûteuses et peu fréquentes ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins de connaissance dans ce domaine. Afin de combler ce manque, nous proposons une analyse de faisabilité du repérage des situations de handicap, approchées par les limitations fonctionnelles, à partir des données du SNDS (DCIR et PMSI). Nous présentons pour cette communication la méthodologie et les résultats du repérage des limitations visuelles. Dans un premier temps, nous avons construit un algorithme permettant d'identifier les personnes souffrant d'une limitation visuelle à partir de différents traceurs présents dans le SNDS (motifs d'exonération, actes médicaux, rééducation, aides techniques et matériel médical, etc.). Grâce à l'appariement des données du SNDS à l'enquête Handicap Santé 2008, il est possible dans un deuxième temps de valider l'algorithme en comparant les résultats de l'algorithme aux limitations visuelles déclarées par les individus enquêtés. Cette enquête permet d'identifier de plusieurs façons les personnes qui ont des limitations visuelles (soit par la déficience soit le recours aux aides technique soit la déclaration de gêne pour voir). Qu'il s'agisse de l'enquête déclarative ou des données du SNDS, le nombre de personnes de moins de 70 ans avec d'importants problèmes visuels est très rare (moins de 5 % de la

population). Discussion/Conclusion La comparaison des deux sources a permis de repérer les populations qui sont effectivement identifiables dans les données du SNDS et celles qui ne peuvent pas l'être.

► **50 ans de sociologie. Éléments pour un panorama**

LALLEMENT M.  
 2019

**Idées économiques et sociales 195(1): 19-27.**

<https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2019-1-page-19.htm>

Il y a cinquante ans, la sociologie était en phase de renaissance institutionnelle et intellectuelle, en France au premier chef. Depuis, un peu partout dans le monde, des travaux ont été conduits en suivant des lignes analytiques et méthodologiques qu'il est possible de rapporter à quatre grandes matrices analytiques. Dans le même temps, la domination du quadrigue Boudon, Bourdieu, Crozier et Touraine s'est progressivement estompée au sein de l'Hexagone. La sociologie contemporaine a gagné en effectifs et elle s'est professionnalisée. Le risque majeur auquel elle est désormais exposée est celui d'un émiettement en de multiples micro-territoires de savoirs.

► **1968-2018. 50 ans de théorie économique**

LAVIALLE C.  
 2019

**Idées économiques et sociales 195(1): 4-18.**

<https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2019-1-page-4.htm>

Il y a cinquante ans, le *modus vivendi* établi dans l'après-guerre autour de la synthèse classico-keynésienne éclate. Il s'ensuit une période intense de révolution scientifique, qui voit les économistes remettre en cause le paradigme standard sur les plans analytique, tant en micro-économie qu'en macro-économie, et méthodologique. Cette période se clôt par l'émergence d'une « nouvelle synthèse » qui, à peine constituée, est questionnée par le déclenchement de la crise de 2008, sans pourtant être, à ce jour, remise en cause.

► **Quel statut pour les données de santé ? In :  
Panorama de droit pharmaceutique - 2018**

MASCRET C.  
2019

**Revue Générale de Droit Médical(6): 137-147.**

La révolution des technologies et l'irruption du digital et du big data en santé ont fait prendre conscience de la valeur que possédaient les données de santé tant sur le plan de la recherche, que l'on connaissait jusqu'alors, mais également sur un plan commercial. Alors que l'Europe vient de réviser sa réglementation afin de prendre en considération cette nouvelle donnée, il est intéressant de s'attarder sur le statut que possèdent ces données de santé tant convoitées.

► **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.

► **Validation d'un algorithme complexe dans  
le SNDS. Exemple du cancer de la prostate  
résistant à la castration et métastatique**

THURIN N., ROUYER M., GROSS-GOUPIL M., et al.  
2019

**Rev Epidemiol Sante Publique 67: S75.**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S039876201930015X>

Un algorithme d'identification des cas de cancer de la prostate résistant à la castration et métastatique (mCRPC) a été construit dans le Système national des données de santé (SNDS). Cet algorithme a fait l'objet d'une étude de validation afin d'en déterminer les caractéristiques extrinsèques. Un tirage au sort a été effectué pour sélectionner 100 cas parmi les 14 050

patients mCRPC identifiés par l'algorithme au sein du SNDS et 100 cas parmi 372 273 patients non-mCRPC. Après anonymisation, l'historique des soins médicaux sur six années a été reconstitué pour chacun de ces 200 cas à partir des données disponibles dans le SNDS (ALD, délivrances de médicaments, actes CCAM, hospitalisations, tests biologiques). Un comité formé de deux urologues et de deux oncologues répartis par binôme (urologue-oncologue) a évalué le statut mCRPC des cas tirés au sort à partir de ces informations et en aveugle des résultats de l'algorithme. Chaque binôme s'est vu attribué la relecture de 100 cas. Lors de discordance au sein d'un binôme sur un statut, le cas était revu de façon collégiale par les quatre experts. Les valeurs prédictives positives (VPP) et négatives (VPN) de l'algorithme ont été calculées par rapport aux conclusions du comité. Résultats Après confrontation des résultats de l'algorithme aux conclusions du comité, 92 des 100 cas mCRPC et 93 des 100 cas non-mCRPC ont été confirmés. Il en résulte une VPP de 0,92 et une VPN de 0,93. Discussion/Conclusion La richesse des données à disposition dans le SNDS rend possible la mise en œuvre d'algorithmes de détection de pathologies complexes, mais aussi d'études de validation via la reconstitution de dossiers médicaux anonymisés. Les résultats montrent que l'algorithme d'identification présenté permet une bonne identification des cas de mCRPC dans le SNDS. En outre, l'étude de validation a permis de détecter quelques paramètres à ajuster afin d'en optimiser les performances.

► **[Big Data: Technical Improvement,  
Degradation or Transformation  
of the Solidarity Model?]**

WEIL-DUBUC P. L.  
2019

**Rev Epidemiol Sante Publique 67 Suppl 1: S19-s23.**

Big Data, the production of a massive amount of heterogeneous data, is often presented as a means to ensure the economic survival and sustainability of health systems. According to this perspective, Big Data could help save the spirit of our welfare states based on the principles of risks-sharing and equal access to care for all. According to a second perspective, opposed to the first, Big Data would fuel a process of demutualization, transferring to individuals a growing share of responsibility for managing their health. This article proposes to develop a third approach: Big Data does not induce a loss of solidarity but a transformation of



the European model of welfare states. These are the data that are now the objects of the pooling. Individual and collective responsibilities are thus redistributed.

However, this model, as new as it is, remains liberal in its inspiration; it basically allows the continuation of political liberalism by other means.

## Politique de santé

### Health Policy

#### ► Les régulateurs de la santé

BENAMOUZIG D., REVEL N., DAUTIEU T., *et al.*  
2018

**Sève : Les Tribunes De La Sante(58): 8-102.**

Le dossier de ce numéro invite à une analyse et à une réflexion sur les « régulateurs de la santé », auxquels était consacré le cycle de conférences de la Chaire santé en 2017. Régulation sanitaire, médicale, économique, administrative, etc. Les différentes facettes de l'intervention des institutions internationales ou nationales y sont examinées par de prestigieux intervenants dont plusieurs responsables d'acteurs majeurs de cette régulation (4<sup>e</sup> de couverture.)

#### ► «Ma santé 2022» : des paroles aux actes

BERRIER S.  
2019

**Médecins : Bulletin de l'ordre National des Médecins(59): 1722.**

Dans la perspective de la réforme du système de santé français avec le projet de loi « Ma santé 2022 », le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle dans cet article les principes fondamentaux que les réformateurs ne devront pas oublier sous peine d'un nouvel échec.

#### ► Convergence in Spanish Public Health Expenditure: Has the Decentralization Process Generated Disparities?

CLEMENTE J., LÁZARO-ALQUÉZAR A. ET MONTAÑÉS A.  
2019

**Health Policy: Ahead of print.**

This study examines the per capita public health expenditures among the Spanish regions. To that end, we employ the database elaborated by the BBVA Foundation and IVIE (2013) which covers the years 1991–2010. We first test for the null hypothesis of convergence by employing the methodology proposed in Phillips and Sul (2007) in order to determine whether the evolution of the public health expenditures has followed a similar path across the Spanish regions. This methodology leads us to reject the null hypothesis of convergence, which implies the absence of a unique pattern of behavior in the evolution of the Spanish regional public health expenditures. Instead, we find several convergence clubs which reveal the existence of different patterns of behavior and serious disparities in the Spanish health system. When trying to determine the forces which drive the creation of these clubs, we also find some partisan behavior, in the sense that the longer a right-wing party governs, the lower the per capita public health expenditure in this region of Spain.

#### ► The Local Organization of Health Equity or the Mistakes of Intersectorality

HONTA M.  
2019

**Rev Epidemiol Sante Publique 67 Suppl 1: S13-s18.**

In recent years, there has been a new institutional set of developments in France aimed at promoting the adoption of partnership-based, cross-sectoral and modulated health policies based on the health status of the population. Nevertheless, because addressing the challenge of health equity depends largely on the mobilization of a large number of protagonists with very heterogeneous initiatives, interests and values, the conduct of such policies potentially opens up a space for confrontation between those who wish to promote it and those who refuse, challenge, circumvent

or neutralize the reconfigurations of public action and the work routines it inevitably induces. This company can therefore be marked by tensions and additional constraints for the actors. In this context, it remains largely conditional.

► **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.

► **Interdisciplinarity in Research on Health Issues**

TRABAL P.

2019

**Rev Epidemiol Sante Publique 67 Suppl 1: S5-s11.**

The text sets out to examine so-called «interdisciplinary» research practices when researchers work on health issues. The article specifies the author's approach, which departs from both a normative posture and a purely epistemological approach, instead opting to study an interdisciplinary act in progress. Based on an ANR report led by Trabal, Collinet and Terral (2014), the research presented mobilizes the latest developments in socio-informatics to examine forms of interdisciplinarity in two areas - doping and obesity. It appears that the research on doping is marked by strong asymmetries between disciplines, and that «true» interdisciplinarity is often postponed when it does not seem to lend itself to a simple mode of coordination. In the case of obesity, we observe that practices are marked by staging and display work; the demand for interdisciplinarity is combined with a desire to structure a professional identity. In all cases, we were able to identify some trails that have been blazed to enable researchers to respond jointly to disciplinary and interdisciplinary injunctions. The promise is an interesting figure that relies on a postponement of proof, made possible by weak codification of interdisciplinarity.

## Prévention

### Prevention

► **Spillover Effects from a Consumer-Based Intervention to Increase High-Value Preventive Care**

CLIFF B. Q., HIRTH R. A. ET FENDRICK A. M.

2019

**Health Affairs 38(3): 448-455.**

<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2018.05015>

Increasing the use of high-value medical services and reducing the use of services with little or no clinical value are key goals for efficient health systems. Yet encouraging the use of high-value services may

unintentionally affect the use of low-value services. We examined the likelihood of high- and low-value service use in the first two years after an insurance benefit change in 2011 for one state's employees that promoted use of high-value preventive services. In the intervention group, compared to a control sample with stable benefit plans, in year 1 the likelihood of high-value service use increased 11.0 percentage points, and the likelihood of low-value service use increased 7.9 percentage points. For that year we associated 74 percent of the increase in high-value services and 57 percent of the increase in low-value services with greater use of preventive visits. Our results imply that



interventions aimed at increasing receipt of high-value preventive services can cause spillovers to low-value services and should include deterrents to low-value care as implemented in later years of this program.

► **Vaccinations : une histoire de santé publique et de controverses sociales**

REVUE PRESCRIRE

2019

**Revue Prescrire 39(425): 217-222.**

Après un historique de la vaccination en France, cet article analyse les résistances qu'a suscité la vaccination au fil du temps en France.

► **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.

► **Lutte contre le tabagisme et autres addictions : état des lieux et perspectives**

BECK F., LERMENIER-JEANNET A. ET NGUYEN-THANH V.

2019

**Bull Cancer: 1-9.**

After decades of policies targeting illicit drugs, the French drug addiction policy has progressively switched to incorporate a concept of « addictive behavior », including alcohol, tobacco, pharmaceuticals and even behaviors such as gambling. Among the French general population, alcohol and tobacco uses are by far the most important health risk factors, with a very high burden of morbidity and mortality. Illicit drugs have very low prevalences except cannabis, with the highest prevalence in Europe, among adults as well as among adolescents. However, actions have long been implemented to tackle illicit drugs uses, in particular intravenous drug use regarding its role in the HIV infection, with harm reduction tools such as opioids substitution treatments or needle exchange programs. While continuing this harm reduction policy, public authorities have strengthened measures towards alcohol, and moreover towards tobacco use with many legal and public health improvements. The goals are to reduce tobacco visibility (smoking bans in public places and even in pubs and restaurants), tobacco accessibility (price increase, ban on sales to minors...) and also to develop helps for those who wish to quit. The objective is to « denormalize » tobacco until there is a whole tobacco free generation in 2032 in France. On the one hand, this aim does

not seem too unrealistic as the last general population survey results show a recent decrease in the tobacco smoking prevalence, as well as a decrease in social inequalities in tobacco use. On the other hand, the implementation of an harm reduction approach for alcohol, tobacco and cannabis remains to build.

► **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.

► **Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes**

DELAMAIRE C., ESCALON H. ET NOIROT L.

2019

**Saint-Maurice, Santé publique France**

En France, des recommandations alimentaires et d'activité physique officielles ont été diffusées depuis 2001 dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS). Suite à l'évolution des données scientifiques et aux rapports récents de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et à l'avis du Haut Conseil de santé publique (HCSP), la Direction générale de la santé (DGS) a chargé Santé publique France de l'actualisation des recommandations relatives à l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité à diffuser auprès de la population adulte. Au cours de l'élaboration de ces recommandations opérationnelles, Santé publique France a tenu compte des connaissances, des croyances et des comportements de la population sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité afin d'aboutir à des messages qui soient les plus compréhensibles et acceptables possibles. Les attentes relatives à des conseils sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité différant selon les personnes, l'agence s'est donné pour objectif de formuler deux

niveaux de recommandations, permettant ainsi de combiner la simplicité des conseils pour l'ensemble des usagers et la précision pour les personnes plus impliquées. Santé publique France s'est appuyée sur un comité thématique réunissant des compétences en épidémiologie, en prévention et promotion de la santé, en information et communication, en littératie ainsi que des professionnels en contact avec le public, notamment les populations modestes. Différentes phases d'études auprès de la population âgée de 18 à 64 ans, dont des personnes en situation de précarité, mais aussi auprès de professionnels issus des secteurs du social et de la santé qui relaient ces recommandations, ont permis d'infléchir ou de valider les choix tout au long du processus de conception. Santé publique France a parallèlement concerté les différentes instances impliquées dans le renouvellement des recommandations - DGS, Anses et HCSP - afin de s'assurer de la concordance de ses travaux de formulation avec les fondements scientifiques des rapports de l'Anses et de l'avis du HCSP. Les recommandations ont ensuite été présentées à la Direction générale de l'alimentation (DGAL), à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et à la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), puis au secteur économique, aux associations de consommateurs et aux associations pour l'environnement. Les nouvelles recommandations pour la population adulte de Santé publique France feront l'objet d'un dispositif de communication au cours de l'année 2019.

► **Évolution de la prise en charge de l'hypertension artérielle : session dédiée**

DENOLLE T., GIRERD X., HAMON O., *et al.*

2019

**Bulletin De L'académie Nationale De Médecine 202(7): 1529-1584.**

Cet article rend compte d'une séance de l'Académie nationale de médecine dédiée à la prise en charge de l'hypertension artérielle en France. Sont successivement abordées : les propositions de la société française d'hypertension artérielle, l'évolution de la prise en charge et les facteurs de risque, la prévention, les imperfections des traitements antihypertenseurs et la recherche.

► **Aide à l'arrêt du tabac et publics défavorisés : état des connaissances**

GUIGNARD R., NGUYEN-THANH V., DELMER O., *et al.*  
2018

**La Santé en action(444): 47-49.**

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/444.asp>

L'analyse de la littérature présentée dans cet article a fait l'objet d'un article original publié dans la revue Santé publique (Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., Lenormand MC., Blanchoz JM., Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. Santé publique, 2018, vol. 30, p. 45-60.). Son objectif était de documenter l'efficacité et les modalités de mise en oeuvre des interventions d'incitation et d'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs socioéconomiquement défavorisés, qu'elles soient proposées à tout type de public ou ciblant spécifiquement les populations précaires. Les faits saillants de cette analyse de littérature sont présentés ici.

► **Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature**

GUIGNARD R., NGUYEN-THANH V., DELMER O., *et al.*  
2018

**Santé publique 30(1): 45-60.**

Dans la plupart des pays occidentaux, la consommation de tabac apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique. Deux revues systématiques publiées en 2014 montrent que la plupart des interventions recommandées pour l'arrêt du tabac, notamment individuelles, ont tendance à accroître les inégalités sociales de santé. Afin de mettre à disposition des décideurs et des acteurs de terrain un ensemble de données probantes concernant les modalités d'interventions pour inciter et aider les fumeurs socio-économiquement défavorisés à arrêter de fumer, une analyse de la littérature la plus récente a été réalisée. Méthodes : La recherche documentaire concerne les articles publiés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et avril 2016. Seules les études réalisées dans des pays européens ou au stade 4 de l'épidémie tabagique (États-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande) ont été incluses. Les articles retenus ont fait l'objet d'une double-sélection. Résultats : Vingt-trois études ont été identifiées, concernant notamment les campagnes médiatiques, le soutien comportemental en face-à-face, l'aide

à distance ou la sensibilisation au tabagisme passif des enfants. Certaines interventions adaptées aux publics précaires ont fait la preuve de leur efficacité. Conclusions : Certaines caractéristiques permettraient d'atteindre les publics défavorisés et de les accompagner davantage, dont une offre de proximité, une démarche proactive et la co-construction avec les publics cibles.[R.A.]

► **Empowerment des jeunes**

LE GRAND E., FERRON C. ET POUJOL V.  
2018

**La Santé en action(446)**

L'empowerment est l'un des principaux leviers pour promouvoir la santé des populations. Communément défini comme l'« accroissement du pouvoir d'agir » des individus, c'est un déterminant de santé peu connu, mal identifié qui permet pourtant de s'attaquer aux inégalités. Le dossier central de ce numéro se veut donc pédagogique dans son approche, avec une première partie « état des connaissances » et une seconde partie « état des pratiques ». Une vingtaine d'experts, chercheurs des sciences humaines et acteurs de terrain, ont accepté d'y contribuer.

► **Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au Caso de Médecins du Monde de Saint-Denis, de 2012 à 2016**

MANGIN F., SULLI L., MATRA R., *et al.*  
2018

**Bull Epidemiol Hebd(40-41): 805-812.**

Le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) du département de Seine-Saint-Denis est partenaire du Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde (MdM) de Saint-Denis. Les nouvelles personnes qui se présentent au Caso sont invitées à la consultation délocalisée du CeGIDD dans les locaux de MdM, où un dépistage du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles leur est proposé. La consultation hebdomadaire à destination des personnes migrantes primo-arrivantes est assurée par une équipe pluridisciplinaire : un médecin, une infirmière, avec recours à des interprètes et/ou

médiateurs et en présence d'une assistante sociale. Nous présentons les résultats de cette consultation pour la période 2012-2016. Les résultats de cette étude montrent des taux de séropositivité pour le VIH (3,6 %) et pour les hépatites (VHB 10,9 %, VHC 8,2 %) supérieurs aux taux nationaux, ceux de l'ensemble du département et à ceux des autres départements de la région. Cette action de dépistage précoce devrait permettre une orientation et une inscription dans un parcours de soins plus rapide. Ces résultats confirment la pertinence des actions en partenariat avec les associations en direction des publics primo-arrivants dès leur arrivée en France, en vue de renforcer la prévention, limiter le risque d'infection et faciliter l'accès aux soins des personnes déjà infectées.

► **What Public Health Strategies Work to Reduce the Tobacco Demand Among Young People? An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses**

MANNOCCI A., BACKHAUS I., D'EGIDIO V., *et al.*  
2019

**Health Policy: Ahead of print.**

The aim of the study is to perform an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of health policy and health promotion strategies to reduce the tobacco demand in adolescents, youth and young adults. Reviewers independently performed an electronic database search, reviewed titles and abstracts, assessed articles' eligibility for inclusion and quality, and extracted relevant data. Only systematic reviews and meta-analyses reporting data on tobacco policies and interventions focusing on individuals aged <25 years were included. The Framework Convention on Tobacco Control was used to guide data synthesis. Results 13 articles were included. Studies were of mixed quality with five studies ranked as critically low and seven as high quality. Overall, mixed results were found on the effectiveness for tobacco policies and interventions. Strategies such as increasing taxes on tobacco products were most promising. Though data on a variety of measures to reduce smoking is available, conclusions concerning the effectiveness are inconclusive. Tobacco policies and interventions have the potential to reduce smoking, but conclusions are hampered due to both lack of high-quality trials and numerous biases in primary studies. Further high-quality research is required to examine the effectiveness of interventions and policies to reduce the tobacco demand in adolescents, youth and young adults.

► **Adéquation aux nouvelles recommandations alimentaires des adultes âgés de 18 à 54 ans vivant en France : Étude Esteban 2014-2016. Volet Nutrition - Surveillance épidémiologique**

TORRES M. J., SALANAVE B., VERDOT C., *et al.*  
2019

**Saint-Maurice, Santé publique France**

D'après les données relevées en 2015, peu d'adultes déclarent des consommations en adéquation avec les nouvelles recommandations alimentaires : environ 4 adultes sur 10 atteignent les recommandations pour les produits complets et peu raffinés. Il en va de même pour la charcuterie où seulement 40 % des adultes sont en dessous du seuil recommandé ; moins de 3 adultes sur 10 atteignent les recommandations concernant les fruits et légumes, les produits laitiers et le poisson (dont la consommation spécifique de poissons gras) ; moins de 2 adultes sur 10 atteignent les recommandations pour les fruits à coque non salés, les légumes secs, la consommation de matières grasses ajoutées riches en acide alpha-linolénique ou l'huile d'olive et le sel (en se basant sur la recommandation de l'OMS). Plus de la moitié des adultes déclarent toutefois des consommations de boissons hors alcool, de produits sucrés et de viandes, en adéquation avec les recommandations. Les hommes sont moins souvent en adéquation avec les recommandations que les femmes pour les produits céréaliers et peu raffinés, les produits laitiers, la viande, la charcuterie, les boissons sucrées et le sel.

► **Health Enhancing Physical Activity in All Policies? Comparison of National Public Actors Between France and Belgium**

VAN HOYE A., VANDOORNE C., ABSIL G., *et al.*  
2019

**Health Policy 123(3): 327-332.**

Despite evidence on the benefits of health enhancing physical activity (HEPA), only few countries have developed "health in all policies" and specifically integrated HEPA policies. Paucity of studies have questioned the role of public national actors in PA policies enactment and delivery, the barriers and levers for adopting cross-sectoral HEPA. The present work seeks at comparing France and Belgium in regard to their compe-

tencies of ministries promoting HEPA, the presence of leadership and coordination in HEPA policies implementation, their key public legal entities working on HEPA. Expert interviews and document analysis were realized to complete the HEPA policy audit tool in each country. Results have shown that HEPA cross-sectoral policies are at their early stage. A broad diversity of sectors was implicated in HEPA policies: sport, health, transport, environment, and education, but often with weak activity. No leadership or coordination exist to implement HEPA policies, although different public legal entities could work on this aim. Ministries relationships were principally coming from formal co-interventions mandated by national public plans in France, where in Belgium relationships were punctual. Lobbying within each sector and in key public legal entities to promote HEPA is needed, and the development of official national coordination is essential.

► **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.*  
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.

---

## Prévision - Evaluation

## Prévision – Evaluation

► **Predicting healthcare expenditure by multimorbidity groups**

CABALLER-TARAZONA V., GUADALAJARA-OLMEDA N. ET VIVAS-CONSUELO D.

2019

**Health Policy 123(4): 427-434.**

This article has two main purposes. Firstly, to model the integrated healthcare expenditure for the entire population of a health district in Spain, according to multimorbidity, using Clinical Risk Groups (CRG). Secondly, to show how the predictive model is applied to the allocation of health budgets. Methods The database used contains the information of 156,811 inhabitants in a Valencian Community health district in 2013. The variables were: age, sex, CRG's main health statuses, severity level, and healthcare expenditure. The two-part models were used for predicting healthcare expenditure. From the coefficients of the selected model, the relative weights of each group were calculated to set a case-mix in each health district. Results Models based on multimorbidity-related variables better explained integrated healthcare expenditure. In the first part of the two-part models, a logit model was used, while the positive costs were modelled with a log-linear OLS

regression. An adjusted R2 of 46–49% between actual and predicted values was obtained. With the weights obtained by CRG, the differences found with the case-mix of each health district proved most useful for budgetary purposes. Conclusions The expenditure models allowed improved budget allocations between health districts by taking into account morbidity, as opposed to budgeting based solely on population size.

► **The Impact of Pharmacy-Specific Predictors on the Performance of 30-Day Readmission Risk Prediction Models**

KABUE S., GREENE J., KIPNIS P., *et al.*

2019

**Medical Care 57(4): 295-299.**

[https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2019/04000/The\\_Impact\\_of\\_Pharmacy\\_specific\\_Predictors\\_on\\_the.7.aspx](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2019/04000/The_Impact_of_Pharmacy_specific_Predictors_on_the.7.aspx)

Pharmacists are an expensive and limited resource in the hospital and outpatient setting. A pharmacist can spend up to 25% of their day planning. Time spent planning is time not spent delivering an intervention.



A readmission risk adjustment model has potential to be used as a universal outcome-based prioritization tool to help pharmacists plan their interventions more efficiently. Pharmacy-specific predictors have not been used in the constructs of current readmission risk models. We assessed the impact of adding pharmacy-specific predictors on performance of readmission risk prediction models. Study Design: We used an observational retrospective cohort study design to assess whether pharmacy-specific predictors such as an aggregate pharmacy score and drug classes would improve the prediction of 30-day readmission. A model of age, sex, length of stay, and admission category predictors was used as the reference model. We added predictor variables in sequential models to evaluate the incremental effect of additional predictors on the performance of the reference. We used logistic regression to regress the outcomes on predictors in our derivation dataset. We derived and internally validated our models through a 50:50 split validation of our dataset. Population Studied: Our study population (n= 350,810) was of adult admissions at hospitals in a large integrated health care delivery system. Principal Findings: Individually, the aggregate pharmacy score and drug classes caused a nearly identical but moderate increase in model performance over the reference. As a single predictor, the comorbidity burden score caused the greatest increase in model performance when added to the reference. Adding the severity of illness score, comorbidity burden score and the aggregate pharmacy score to the reference caused a cumulative increase in model performance with good discrimination (c statistic, 0.712; Nagelkerke R<sup>2</sup>, 0.112). The best performing model included all predictors: severity of illness score, comorbidity burden score, aggregate pharmacy score, diagnosis groupings, and drug subgroups. Conclusions: Adding the aggregate pharmacy score to the reference model significantly increased the c statistic but was out-performed by the comorbidity burden score model in predicting readmission. The need for a universal prioritization tool for pharmacists may therefore be potentially met with the comorbidity burden score model. However, the aggregate pharmacy score and drug class models still out-performed current Medicare readmission risk adjustment models. Implications for Policy or Practice: Pharmacists have a great role in preventing readmission, and therefore can potentially use one of our models: comorbidity burden score model, aggregate pharmacy score model, drug class model or complex model (a combination of all 5 major predictors) to prioritize their interventions while exceeding Medicare performance measures on readmission. The

choice of model to use should be based on the availability of these predictors in the health care system.

► **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation des soins à l'hôpital sur les parcours de soins**

MALLÉJAC N. ET OR Z.

2019

**Rev Epidemiol Sante Publique 67: S86-S87.**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S039876201930046X>

La coordination des soins avant et après une hospitalisation est importante pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et l'efficacité du système de santé. Différents protocoles de soins centrés sur le patient ont été développés dans la littérature médicale. Ils sont de plus en plus employés dans les établissements de santé. Nous évaluons l'impact de la mise en place d'un protocole de Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins dans différentes cliniques privées. Les données proviennent du PMSI- MCO des patients ayant séjourné pour pose de prothèse de hanche ou de genou. Nous analysons l'impact de la RAAC sur les durées de séjours, les modes de sortie et la probabilité de réadmission à 90 jours. À partir de régressions en double-différences, nous comparons les résultats des patients opérés dans les établissements labellisés RAAC par le Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (GRACE) avec ceux des patients pris en charge dans des cliniques non labellisées. La difficulté de l'étude réside dans la comparabilité des cliniques. On isole l'effet de la RAAC en prenant en compte l'impact d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe du patient, son indice de co-morbidité et l'offre de soins environnante. Résultats Les patients opérés avec un protocole RAAC ont, en moyenne, une durée de séjour plus courte que ceux qui sont opérés dans un service de chirurgie classique (-0,3 jour). Ces patients ont une probabilité plus élevée de retour à domicile (+15 %), sans avoir un plus grand risque de réadmission à 90 jours. La probabilité de sortie à domicile diminue avec la proximité du domicile à un établissement SSR, et augmente avec le niveau de vie médian de la commune de résidence. Ce dernier résultat suggère un effet différent suivant l'origine sociale des patients. Discussion/Conclusion La RAAC a un impact significatif sur le nombre de séjours en SSR et le nombre de journées d'hospitalisation, sans compromettre la sécurité du patient.



► **Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats et évolution des indicateurs de performance depuis 2004 en France métropolitaine**

QUINTIN C. ET ROGEL A.  
2019

**Saint-Maurice, Santé publique France**

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a pour objectif de réduire la mortalité de ce cancer en le détectant à un stade précoce. En France, depuis 2004, les femmes de 50 à 74 ans sont invitées, tous les 2 ans, à effectuer une mammographie bilatérale de dépistage et un examen clinique des seins. Les clichés sont lus par un premier radiologue (L1) et complétés si besoin par un bilan immédiat. Tous les clichés normaux lors de la L1 sont relus par un deuxième radiologue expérimenté (L2). L'objectif de ce rapport est de présenter la performance de ce programme sur la période 2004-2014. Les données sont recueillies chaque année par les structures départementales de dépistage et transmises à Santé publique France. Les indicateurs de performance du programme sont cal-

culés pour estimer l'activité de dépistage, les résultats des dépistages et les cancers détectés. Après une phase d'augmentation (2004-2008) puis de stabilisation (2008-2012), le taux de participation a diminué et atteint 50,1 % en 2016. Il est très variable d'un département à l'autre. Les dépistages positifs avant bilan en L1 ou L2 ont diminué de 13,5 % en 2004 à 8,7 % en 2014. À l'issue de la procédure de dépistage, le taux de cancers détectés est stable (7 8240 ; en 2014). En 2014, pour 1 000 femmes dépistées, étaient détectés : 1,0 cancer canalaire in-situ, 1,9 cancer invasif de petite taille et 3,9 cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire. Ces résultats sont stables depuis 2004. La valeur prédictive positive d'un résultat positif avant bilan, en augmentation constante depuis 2004, était de 8,5 % en 2014. L'ensemble des résultats aux différentes étapes du programme de dépistage varient selon le rang du dépistage et l'âge. Conclusion : la plupart des indicateurs de performance attestent de la qualité du programme français, condition nécessaire à une réduction de la mortalité. Bien que la quantification précise du dépistage hors programme reste difficile, elle sera nécessaire pour mieux appréhender la réalité du dépistage du cancer du sein par mammographie en France.

## Psychiatrie

### Psychiatry

► **Recommandation, obligation et consentement en santé**

GRIMAUD D. ET ERNY  
2018

**Actualité Et Dossier En Santé Publique(105): 8-49.**

Au nom de la solidarité, le recours aux recommandations ou aux contraintes dans le champ de la santé publique, fait régulièrement débat comme entrave possible à l'autonomie des personnes et à la liberté de consentir ou refuser. L'exemple de la vaccination est emblématique : le choix d'un individu peut entrer en conflit avec les impératifs de sa propre protection, ou plus grave, avec ceux de l'ensemble de la population. Ce dossier apporte un éclairage sur ce que recouvrent dans le champ de la santé publique les notions de recommandation, d'obligation et de consentement.

► **The Patient-Reported Experience Measure for Improving Quality of Care in Mental Health (PREMIUM) Project in France: Study Protocol for the Development and Implementation Strategy**

FERNANDES S., FOND G., ZENDJIDJIAN X., et al.  
2019

**Patient preference and adherence 13: 165-177.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30718945>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC6345324/>

Measuring the quality and performance of health care is a major challenge in improving the efficiency of a health system. Patient experience is one important measure of the quality of health care, and the use of patient-reported experience measures (PREMs) is recommended. The aims of this project are 1) to develop item banks of PREMs that assess the quality of health care for adult patients with psychiatric disor-

ders (schizophrenia, bipolar disorder, and depression) and to validate computerized adaptive testing (CAT) to support the routine use of PREMs; and 2) to analyze the implementation and acceptability of the CAT among patients, professionals, and health authorities. This multicenter and cross-sectional study is based on a mixed method approach, integrating qualitative and quantitative methodologies in two main phases: 1) item bank and CAT development based on a standardized procedure, including conceptual work and definition of the domain mapping, item selection, calibration of the item bank and CAT simulations to elaborate the administration algorithm, and CAT validation; and 2) a qualitative study exploring the implementation and acceptability of the CAT among patients, professionals, and health authorities. **DISCUSSION:** The development of a set of PREMs on quality of care in mental health that overcomes the limitations of previous works (ie, allowing national comparisons regardless of the characteristics of patients and care and based on modern testing using item banks and CAT) could help health care professionals and health system policymakers to identify strategies to improve the quality and efficiency of mental health care. **TRIAL REGISTRATION:** NCT02491866.

► **Deinstitutionalization of Mental Hospitals and Rates of Psychiatric Disability: An International Study**

HUDSON C. G.  
2019

**Health & Place 56: 70-79.**

This study tests several hypotheses regarding the impact of deinstitutionalization of inpatient care on levels of psychiatric disability. It employs a secondary analysis of existing datasets from the World Health Organization's mental health program, the Global Burden of Disease study, as well as supplemental datasets on the national environments examined. The primary model accounts for 87.1% of the variation in global disability levels, but only a quarter or 28.3% of the recent changes in these levels between 1990 and 2015. One of the most important predictors of declines in mental disability is the proportion of a nation's health budget that is invested in mental health services.

► **Mental Health Care Utilisation and Access Among Refugees and Asylum Seekers in Europe: A Systematic Review**

SATINSKY E., FUHR D. C., WOODWARD A., *et al.*  
2019

**Health Policy.**

Refugees and asylum seekers often have increased mental health needs, yet may face barriers in accessing mental health and psychosocial support (MHPSS) services in destination countries. The aim of this systematic review is to examine evidence on MHPSS service utilisation and access among refugees and asylum seekers in European Union Single Market countries. **Methods** Four peer-reviewed and eight grey literature databases were searched for quantitative and qualitative literature from 2007 to 2017. Access was categorised according to Panchansky and Thomas' framework and descriptive analyses were conducted. Quality of studies was assessed by the Newcastle-Ottawa scale and the Critical Appraisal Skills Programme checklist. Twenty-seven articles were included. The findings suggest inadequate MHPSS utilisation. Major barriers to accessing care included language, help-seeking behaviours, lack of awareness, stigma, and negative attitudes towards and by providers. Refugees and asylum seekers have high mental health needs but under-utilise services in European host countries. This underutilisation may be explained by cultural-specific barriers which need to be tackled to increase treatment demand. Training health providers on cultural models of mental illness may facilitate appropriate identification, referral, and care. Based on these findings, it is crucial to review policies regarding MHPSS provision across the EU.

## Soins de santé primaires

### Primary Health Care

► **Explaining Primary Care Physicians' Decision to Quit Patient-Centered Medical Homes: Evidence from Quebec, Canada**

AMMI M., DIOP M. ET STRUMPF E.  
2019

**Health Services Research 54(2): 367-378.**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13120>

The aim of this study is to examine the factors explaining primary care physicians' (PCPs) decision to leave patient-centered medical homes (PCMHs). Data Sources come from five-year longitudinal data on all the 906 PCPs who joined a PCMH in the Canadian province of Quebec, known there as a Family Medicine Group. We use fixed-effects and random-effects logit models, with a variety of regression specifications and various subsamples. In addition to these models, we examine the robustness of our results using survival analysis, one lag in the regressions and focusing on a matched sample of quitters and stayers. We extract information from Quebec's universal health insurer billing data on all the PCPs who joined a PCMH between 2003 and 2005, supplemented by information on their elderly and chronically ill patients. About 17 percent of PCPs leave PCMHs within 5 years of follow-up. Physicians' demographics have little influence. However, those with more complex patients and higher revenues are less likely to leave the medical homes. These findings are robust across a variety of specifications. As expected, higher revenue favors retention. Importantly, our results suggest that PCMH may provide appropriate support to physicians dealing with complex patients.

► **Occupational Therapy and Primary Care**

BOLT M., IKKING T., BAAIJEN R., *et al.*  
2019

**Primary Health Care Research & Development 20: e27.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915228/>

This article is the first in a series of two articles about Occupational Therapy and Primary Care. This first article describes the health policy context in which pri-

mary health care should be strengthened. A definition of occupational therapy is given and the scope of the profession is explained. Based on a survey amongst the (experts of) member associations of COTEC, an overview is given of the main target groups and how occupational therapy is embedded and organized in different countries. In a position statement it is argued why occupational therapy can and should contribute to a comprehensive integrated primary care and challenges to strengthen the position of the profession are described.

► **After-Visit Summaries in Primary Care: Mixed Methods Results from a Literature Review and Stakeholder Interviews**

GUPTA R., FERNANDEZ A., LYLES C. R., *et al.*  
2018

**Family Practice 36(2): 206-213.**

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz045>

After-visit summary (AVS) documents presenting key information from each medical encounter have become standard in the USA due to federal health care reform. Little is known about how they are used or whether they improve patient care. First, we completed a literature review and described the totality of the literature on AVS by article type and major outcome measures. Next, we used reputational sampling from large-scale US studies on primary care to identify and interview nine stakeholders on their perceptions of AVS across high-performing primary care practices. Interviews were transcribed and coded for AVS use in practice, perceptions of the best/worst features and recommendations for improving AVS utility in routine care. The literature review resulted in 17 studies; patients reported higher perceived value of AVS compared with providers, despite poor recall of specific AVS content and varied post-visit use. In key informant interviews, key informants expressed enthusiasm for the potential of using AVS to reinforce key information with patients, especially if AVS were customizable. Despite this potential, key informants found that AVS included incorrect information and did not feel that patients or their practices were using AVS to enhance care. There is a gap between the potential of AVS and

how providers and patients are using it in routine care. Suggestions for improved use of AVS include increasing customization, establishing care team responsibilities and workflows and ensuring patients with communication barriers have dedicated support to review AVS during visits.

► **The Patient Experience of Integrated Care Scale: A Validation Study Among Patients with Chronic Conditions Seen in Primary Care**

JOOBER H., CHOUINARD M. C., KI, G., J., *et al.*  
2018

[International Journal of Integrated Care 18\(4\).](#)

Valid and comprehensive instruments to measure integrated care are required to capture patient experience and improve quality of patient care. This study aimed to validate the Patient Experience of Integrated Care Scale (PEICS), among patients with chronic conditions seen in primary care. One hundred and fifty-nine (159) French-speaking adults with at least one chronic condition were recruited in two family medicine clinics in Quebec (Canada) and completed the 17-item PEICS (T1). Fifty (50) participants completed it a second time 2 weeks later (T2). The internal consistency of the scale was assessed using Cronbach's alpha, the test-retest reliability with the intraclass correlation coefficient (ICC), and concurrent validity using three dimensions of the Continuity of Care from Multiple Clinicians (CC-MC), with Spearman's rank correlation coefficients. Cronbach's alpha for the questionnaire was 0.88 (95% CI: 0.85 to 0.91). The intraclass correlation coefficient was 0.81 (95% CI: 0.64 to 0.90) and Spearman's rank correlation coefficient with the three dimensions of the CC-MC varied from 0.44 to 0.54. The PEICS showed good psychometric properties. This scale could be used in a population with chronic conditions followed in primary care to measure patient experience of integrated care.

► **Danish GPs' and Practice Nurses' Management of Acute Sore Throat and Adherence to Guidelines**

KRISTENSEN J. K., HANSEN M. P., STUHR J. K., *et al.*  
2018

[Family Practice 36\(2\): 192-198.](#)  
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz059>

Sore throat is a frequent presentation of acute respiratory tract infections in general practice. Though these infections are often harmless and self-limiting, antibiotics are frequently prescribed. In Denmark, practice nurses manage an increasing part of patients with acute minor illnesses. We aimed (i) to investigate Danish practice nurses' and GPs' management of patients presenting with a sore throat and (ii) to explore to what extent management is according to current Danish guidelines. A cross-sectional study was conducted during winter 2017, involving GPs and practice nurses in Danish general practices. Patients with a sore throat were registered according to the Audit Project Odense method. A total of 44 practices participated with the registration of 1503 patients presenting with a sore throat. Most patients had a strep A test performed, especially when managed by a practice nurse (84.6% versus 61.8%,  $\chi^2 = 90.1$ ,  $P < 0.05$ ). In total, 40.6% of performed strep A tests were not according to guideline recommendations. Antibiotics were prescribed for about one-third of patients, regardless whether managed by a practice nurse or a GP ( $\chi^2 = 0.33$ ,  $P = 0.57$ ). However, 32.4% of these prescriptions were not in line with Danish guidelines. Patients with acute sore throat were managed similarly by GPs and practice nurses, apart from a higher use of strep A tests in patients seen by practice nurses. Importantly, this study demonstrated that there is still room for improvement of the management of these patients in Danish general practice.

► **Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences : état des connaissances et étude qualitative**

MANLY K. E., AUPIAIS C., FLORIOT A., *et al.*  
2018

[Recherche en soins infirmiers 135\(4\): 60-82.](#)  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2018-4-page-60.htm>

Les personnes âgées fragiles de plus de 75 ans ont de plus en plus recours aux services d'urgence; leur état de fragilité conduit souvent à des situations d'agitation qui soulèvent des questions de prise en soins particulièrement complexes. L'objectif de cette étude est de comprendre la situation des personnes âgées, fragiles et agitées dans les services d'urgence et examiner la possibilité d'améliorer la qualité des soins avec l'in-

tervention d'une infirmière de pratique avancée. Une étude exploratoire, descriptive qualitative, s'appuyant sur la réalisation de neuf entretiens semi-directifs a été conduite auprès de professionnels intervenant aux urgences et sur l'observation de situations de soins dans ces services. L'analyse est fondée sur l'élaboration d'un arbre thématique et l'examen de la signification des phénomènes observés. Cinq thèmes émergent des entretiens : définition de l'agitation, causes et facteurs favorisants, conséquences, risques pour la personne âgée et impact sur les soins. Les contenus des entretiens permettent d'identifier la signification du phénomène, le lien entre agitation et fragilité, les difficultés et les mesures possibles permettant d'améliorer la prise en charge. Les résultats rejoignent ceux de la littérature et permettent à l'infirmière de pratique avancée d'identifier sa contribution à la gestion de ces situations complexes. La fragilité étant un processus réversible, la pratique infirmière avancée pourra améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes âgées fragiles et agitées aux urgences.

► **Organizing Care for Complex Patients in the Patient-Centered Medical Home**

RICH E. C., LIPSON D., LIBERSKY J., *et al.*  
2012

**Annals of family medicine 10(1): 60-62.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22230832>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC3262464/>

This report is a summary of work by the Agency for Healthcare Research & Quality and Mathematica Policy Research on policies and strategies to help typical, smaller primary care practices transform into effective medical homes that appropriately serve patients with complex needs. It draws on the experience of 5 programs around the country that illustrate promising approaches for supporting and collaborating with smaller, independent primary care practices serving these challenging patients. All the programs allow patients with complex needs to maintain existing relationships with their primary care clinicians while giving small practices the resources to overcome barriers to providing excellent care to these patients. More details can be found in the full white paper at <http://www.pcmh.ahrq.gov>.

► **Postacute Care Outcomes and Medicare Payments for Patients Treated by Physicians and Advanced Practitioners Who Specialize in Nursing Home Practice**

RYSKINA K. L., YUAN Y. ET WERNER R. M.  
2019

**Health Services Research 0(0).**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13138>

This paper aims to measure the association between clinician specialization in nursing home (NH) practice and outcomes of patients who received postacute care in skilled nursing facilities (SNFs). Data Sources come from Medicare claims and NH assessments for 2 118 941 hospital discharges to 14 526 SNFs in January 2012-October 2014 and MD-PPAS data for 52 379 clinicians. Generalist physicians and advanced practitioners with  $\geq 90$  percent of claims for NH-based care were considered NH specialists. The primary clinician during each SNF stay was determined based on plurality of claims during that stay. We estimated the effect of being treated by a NH specialist on 30-day rehospitalizations, successful discharge to community, and 60-day episode-of-care Medicare payments (Parts A and B). All models included patient demographics, clinical variables, and SNF fixed effects. Principal Findings Nursing home specialists' patients were less likely to be rehospitalized (14.71 percent vs 16.23 percent; adjusted difference,  $-1.51$  percent, 95% CI  $-1.78$  to  $-1.24$ ), more likely to be successfully discharged to community (56.33 percent vs 55.49 percent; adjusted difference, 0.84 percent, 95% CI 0.54 to 1.14), but had higher 60-day Medicare payments (\$31 628 vs \$31 292; adjusted difference, \$335; 95% CI \$242 to \$429). Conclusions Clinicians who specialize in NH practice may achieve better postacute care outcomes at slightly higher costs.

► **Physician Compensation, Accountability and Performance in Canada : Changing the Pas de Deux**

TERRENCE S.  
2018

**HealthcarePapers 17(4): 4-12.**

<https://europepmc.org/abstract/med/30291705>

Physician bargaining with provincial governments has been a challenge in the provinces of Canada since the origins of Medicare, when this bilateral negotiation first



began in Saskatchewan and was eventually codified in the Canada Health Act. In recent years, the emergence of accountability for performance has become a central policy focus in advanced countries to raise the bar on the quality and value of physician services and their effective integration within the broader healthcare system. The challenge has been to create real accountability while balancing growth in physician incomes with fiscal capacity and affordability. This commentary reflects a rich variety of perspectives from our contributing authors. It also lays out a number of challenges and changes that may be required to strengthen the importance of accountability for fair payments within Canadian Medicare.

► **Patient Choice and Provider Competition – Quality Enhancing Drivers in Primary Care?**

VENGBERG S., FREDRIKSSON M. ET WINBLAD U.  
2019

**Social Science & Medicine 226: 217-224.**

Patient choice of provider and provider competition have been introduced with the claim that they would lead to improved quality. For this to occur, certain conditions must be fulfilled on both the demand and the supply side. However, supply side-mechanisms – with provider behaviour as central – have been largely neglected in the literature, especially in primary care markets. In this article, we focus on provider behaviour and explore if and how choice and competition function as quality enhancing drivers in Swedish primary care. We explore this through semi-structured interviews with 24 managers and physicians at 13 Swedish primary healthcare centres, conducted from May 2016 to February 2017. The analysis draws on assumptions that for enhanced quality, providers must receive information on patients' choices, analyse it and respond accordingly. One conclusion is that Swedish primary care providers lack information on patients' choices and 'exits', which makes it difficult for providers to respond to patients' choices. Furthermore, it is questionable whether choice and competition stimulate enhanced clinical quality. At the same time, choice and competition seems to make providers more aware of accessibility concerns and of their reputation, which they may be stimulated to improve. The article contributes evidence on supply side-mechanisms, and encourages clarification of 'quality' in this respect, both on the political arena as well as in theoretical models.

► **Implications of Interprofessional Primary Care Team Characteristics for Health Services and Patient Health Outcomes: A Systematic Review with Narrative Synthesis**

WRANIK W. D., PRICE S., HAYDT S. M., *et al.*  
2019

**Health Policy: Ahead of print.**

Interprofessional primary care (IPPC) teams are promoted as an alternative to single profession physician practices in primary care with focus on preventive care and chronic disease management. Characteristics of teams can have an impact on their performance. We synthesized quantitative, qualitative or mixed-methods evidence addressing the design of IPPC teams. We searched Ovid MEDLINE, Embase, CINAHL, and PAIS using search terms focused on IPPC teams. Studies were included if they discussed the influence of team structure, organization, financial arrangements, or policies and procedures, or either health care processes or outputs, health outcomes, or costs, and were conducted in Australia, Canada, the United Kingdom or New Zealand between 2003 and 2016. We screened 11,707 titles, 5366 abstracts, and selected 77 full text articles (38 qualitative, 31 quantitative and 8 mixed-methods). Literature focused on the implications of team characteristics on team processes, such as teamwork, collaboration, or satisfaction of patients or providers. Despite heterogeneity of contexts, some trends are observable: shared space, common vision and goals, clear definitions of roles, and leadership as important to good teamwork. The impacts of these on health care outputs or patient health are not clear. To move the state of knowledge beyond perception of what works well for IPPC teams, researchers should focus on quantitative causal inference about the linkages between team characteristics and patient health.



**Health Systems****► How Will Brexit Affect Health Services in the UK? An Updated Evaluation**FAHY N., HERVEY T., GREER S., *et al.*  
2019**Lancet 393(10174): 949-958.**

All forms of Brexit are bad for health, but some are worse than others. This paper builds on our 2017 analysis using the WHO health system building blocks framework to assess the likely effects of Brexit on the National Health Service (NHS) in the UK. We consider four possible scenarios as follows: a No-Deal Brexit under which the UK leaves the EU on March 29, 2019, without any formal agreement on the terms of withdrawal; a Withdrawal Agreement, as negotiated between the UK and EU and awaiting (possible) formal agreement, which provides a transition period until the end of December, 2020; the Northern Ireland Protocol's backstop coming into effect after the end of that period; or the Political Declaration on the Future Relationship between the UK and EU. Our analysis shows that a No-Deal Brexit is substantially worse for the NHS than a future involving the Withdrawal Agreement, which provides certainty and continuity in legal relations while the Political Declaration on the Future Relationship is negotiated and put into legal form. The Northern Ireland backstop has varying effects, with continuity in some areas, such as health products, but no continuity in others. The Political Declaration on the Future Relationship envisages a relationship that is centred around a free-trade agreement, in which wider health-related issues are largely absent. All forms of Brexit, however, involve negative consequences for the UK's leadership and governance of health, in both Europe and globally, with questions about the ability of parliament and other stakeholders to scrutinise and oversee government actions.

**► Les médecines alternatives, leur place dans une vision globale des soins**GALLOIS P.  
2018**Médecine : De La Médecine Factuelle a Nos Pratiques 14(9): 388-390.**

Médecines complémentaires, médecines alternatives, médecines parallèles, médecines douces, ces pratiques aux dénominations diverses, en marge de la médecine officielle et non enseignées à l'Université, sont pourtant très demandées par la population et largement pratiquées par des médecins. Elles semblent répondre à une attente des patients, et apporter des réponses que n'apporte pas la formation officielle.

**► Quality and Experience of Outpatient Care in the United States for Adults with or Without Primary Care**LEVINE D. M., LANDON B. E. ET LINDER J. A.  
2019**JAMA 179(3): 363-372.**<https://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.6716>

The US health care system is typically organized around hospitals and specialty care. The value of primary care remains unclear and debated. To determine whether an association exists between receipt of primary care and high-value services, low-value services, and patient experience. This is a nationally representative analysis of noninstitutionalized US adults 18 years or older who participated in the Medical Expenditure Panel Survey. Propensity score-weighted quality and experience of care were compared between 49 286 US adults with and 21 133 adults without primary care from 2012 to 2014. Temporal trends were also analyzed from 2002 to 2014. Patient-reported receipt of primary care, determined by the 4 "Cs" of primary care: first-contact care that is comprehensive, continuous, and coordinated. Thirty-nine clinical quality measures and 7 patient experience measures aggregated into 10 clinical quality composites (6 high-value and 4 low-value services), an overall patient experience rating, and 2 experience composites. From 2002 to 2014, the mean annual survey response rate was 58% (range, 49%-65%). Between 2012 and 2014, compared with respondents without primary care (before adjustment), those with primary care were older (50 [95% CI, 50-51] vs 38 [95% CI, 38-39] years old), more often female (55% [95% CI, 54%-55%] vs 42% [95% CI, 41%-43%]), and predominately white individuals (50% [95% CI, 49%-52%] vs 43% [95% CI, 41%-45%]). After propensity

score weighting, US adults with or without primary care had the same mean numbers of outpatient (6.7 vs 5.9; difference, 0.8 [95% CI, -0.2 to 1.8];  $P = .11$ ), emergency department (0.2 for both; difference, 0.0 [95% CI, -0.1 to 0.0];  $P = .17$ ), and inpatient (0.1 for both; difference, 0.0 [95% CI, 0.0-0.0];  $P = .92$ ) encounters annually, but those with primary care filled more prescriptions (mean, 14.1 vs 10.7; difference, 3.4 [95% CI, 2.0-4.7];  $P < .001$ ) and were more likely to have a routine preventive visit in the past year (mean, 72.2% vs 57.5%; difference, 14.7% [95% CI, 12.3%-17.1%];  $P < .001$ ). From 2012 to 2014, Americans with primary care received more high-value care in 4 of 5 composites. For example, 78% of those with primary care received high-value cancer screening compared with 67% without primary care (difference, 10.8% [95% CI, 8.5%-13.0%];  $P < .001$ ). Americans with or without primary care received low-value care

with similar frequencies on 3 of 4 composites, although Americans with primary care received more low-value antibiotics (59% vs 48%; difference, 11.0% [95% CI, 2.8%-19.3%]  $P = .001$ ). Respondents with primary care also reported significantly better health care access and experience. For example, physician communication was highly rated for a greater proportion of those with (64%) vs without (54%) primary care (difference, 10.2%; 95% CI, 7.2%-13.1%;  $P = .001$ ). Differences in quality and experience between Americans with or without primary care were essentially stable between 2002 and 2014. Receipt of primary care was associated with significantly more high-value care, slightly more low-value care, and better health care experience. Policymakers and health system leaders seeking to improve value should consider increasing investments in primary care.

## Travail et santé

### Occupational Health

► **The Effects of the Complementary Compensation on Sickness Absence: An Approach Based on Collective Bargaining Agreements in France**

BEN HALIMA M. A., KOUBI M. ET REGAERT C.

2018

**Labour 32(3): 353-394.**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/labr.12123>

We take into account complementary sick leave compensation paid by the employer, in addition to Social Security, to re-examine the link between non-work-related sickness absence and its compensation. We use matched employer–employee panel data based on the period 2005–2008 containing information on employees' earnings, on their employers, their sick leave and their health care expenditure and a new data source describing the precise compensation scheme for each CBA. We consider three different sets of compensation variables and three different outputs and find each time a positive relationship between compensation and absence, except for executives for whom it is not significant.

► **Prévalence des symptômes et maladies respiratoires dans une cohorte de travailleurs du monde agricole dans cinq départements français en 2010**

BÉNÉZET L., DELMAS M.-C., GEOFFROY-PÉREZ B., et al.

2019

**Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(7): 121-127.**

Dans l'environnement agricole, de nombreuses nuisances ayant un impact sur la santé respiratoire sont présentes. Nous avons analysé les données sur la santé respiratoire recueillies en 2010 par questionnaire dans une cohorte de travailleurs affiliés au Régime agricole dans cinq départements de France métropolitaine (la cohorte pilote Coset-MSA), et décrit les associations avec certaines caractéristiques professionnelles (salaire/non-salaire, production principale de l'exploitation). Résultats : la prévalence de l'asthme actuel était estimée à 4 % ou 6,1 % selon la définition utilisée, et celle de la toux ou expectoration chroniques à 8,3 %. Après ajustement sur l'âge, le sexe, la corpulence et le tabagisme, les analyses restreintes aux salariés de l'agriculture, de la pêche ou de la forêt et aux non-salariés montraient des prévalences d'asthme actuel et de

toux ou expectoration chroniques augmentées chez les salariés par rapport aux non-salariés. La prévalence de l'asthme la plus élevée était observée dans les activités non agricoles et celle de la toux ou expectoration chroniques dans le secteur de l'élevage. Cependant, les différences observées n'étaient pas statistiquement significatives. Conclusion : cette étude pilote montre qu'il est possible de mettre en place une surveillance épidémiologique de la santé respiratoire dans la population des affiliés au Régime agricole en France. Cette surveillance va se poursuivre à partir des données de l'extension nationale de la cohorte Coset-MSA dont le recrutement s'est achevé en 2018.

► **Job sick leave: Detecting opportunistic behavior**

BISCARDO C. A., BUCCIOL A. ET PERTILE P.  
 2019

**Health Economics 28(3): 373-386.**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3850>

We utilize a large administrative dataset of sickness leave in Italy (a) to investigate whether private firms are more effective than the public insurer in choosing who to monitor and (b) to study the correlation between potentially opportunistic behavior and the observable characteristics of the employee. We find that private employers are more likely to select into monitoring employees who are fit for work despite being on sick leave, if the public insurer is not supported by any data-driven tool. However, the use of a scoring mechanism, based on past records, allows the public insurer to be as effective as the employer. This result suggests that the application of machine learning to appropriate databases may improve the targeting of public monitoring to detect opportunistic behavior. Concerning the association between observable characteristics and potentially opportunistic behavior, we find that males, employees younger than 50, those on short leaves, or without a history of illness are more likely to be found fit for work.

► **Health Condition and Job Status Interactions: Econometric Evidence of Causality from a French Longitudinal Survey**

DELATTRE E., MOUSSA R. K. ET SABATIER M.  
 2019

**Health Econ Rev 9(1): 3.**

This article investigates the causal links between health and employment status. To disentangle correlation from causality effects, the authors leverage a French panel survey to estimate a bivariate dynamic probit model that can account for the persistence effect, initial conditions, and unobserved heterogeneity. The results highlight the crucial role of all three components and reveal strong dual causality between health and employment status. The findings clearly support demands for better coordination between employment and health public policies.

► **Maladie professionnelle indemnisable, maladie à caractère professionnel : quel intérêt ?**

KHAYI N.  
 2019

**Cahiers de La Santé Publique et de la Protection Sociale (Les)(31): 29-35.**

Toute pathologie provoquée par les conditions de travail n'est pas nécessairement reconnue par le système de soin ou le système de réparation comme relevant de la maladie professionnelle. Cet article revient donc sur la notion de maladie professionnelle indemnisable et de maladie à caractère professionnel pas encore indemnisable selon la législation des maladies professionnelles.

► **Unemployment, Unemployment Duration, and Health: Selection or Causation?**

STAUDER J.  
 2019

**The European Journal of Health Economics 20(1): 59-73.**

<https://doi.org/10.1007/s10198-018-0982-2>

This study aims at disentangling the causal effects of unemployment on physical and mental health from the selection of the unhealthy into unemployment. To identify causal effects, it explores hypotheses concerning how physical and mental health deterioration gain additional momentum with a longer duration of unemployment. In contrast, mere selection into unemployment implies time-constant effects of unemployment on physical and mental health. Fixed-effects models are applied to data from the German Socio-Economic Panel (GSOEP, 2002–2014, 74,572 observa-

tions). Pointing at causal effects of unemployment, the findings show that physical health does not deteriorate before, during or immediately after the period in which individuals lose their jobs, but that deterioration gains momentum later. The effect further depends on age at transition to unemployment. In contrast, a large part of the poorer mental health of the unemployed might

be due to the selection of the unhealthy into unemployment; mental health declines even before job loss. Only for people who experience unemployment early in life, mental health deterioration gains some momentum in the time after the transition, indicating a (weak) causal effect of unemployment on mental health for younger individuals.

## Vieillesse

### Ageing

► **Pour des villes amies des aînés : programme d'action en faveur du vieillissement en milieu urbain**

BUFFEL T., RÉMILLARD-BOILARD S. ET PHILLIPSON C.  
2018

**Retraite et société 79(1): 43-60.**

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-43.htm>

Cet article explore la thématique du vieillissement en milieu urbain et s'intéresse plus particulièrement aux débats entourant le développement du mouvement Villes amies des aînés. Ce thème sera exploré à travers la présentation des origines et du développement de ce mouvement international, en examinant plus en détail certains des défis auxquels sont confrontées les personnes âgées vivant en milieu urbain. L'article présente ensuite les résultats de plusieurs études, en portant une attention particulière aux thèmes de l'exclusion sociale et de l'attachement aux lieux. L'article conclut finalement en introduisant un nouveau programme de recherche et de politique en cinq points visant à favoriser le vieillissement en milieu urbain et le développement d'environnements favorables aux aînés.

► **Trajectoire et vie sociale des retraités autonomes en résidence-autonomie et habitat regroupé**

CERVERA M., EMOND C., JUNG C., *et al.*  
2017

**Retraite et société 78(3): 119-136.**

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2017-3-page-119.htm>

Ce numéro aborde, selon des angles d'analyse différents, plusieurs préoccupations liées au vieillissement de la population, auxquelles les pays d'Europe, d'Amérique du Nord et du Sud doivent maintenant faire face. Le premier article présente une recherche menée autour de jeunes retraités et la façon dont ils anticipent leur vieillissement à travers les adaptations, envisagées ou non, de leur logement. Le deuxième et le troisième article nous emmènent outre-Atlantique, d'abord au Québec, pour nous présenter de manière détaillée les enjeux liés à la prolongation de la vie active des travailleurs québécois. Comme en France, l'augmentation de l'espérance de vie et la transformation démographique des populations nécessitent d'ajuster les systèmes de retraite pour parvenir à un équilibre entre les recettes et les dépenses. Nous partons ensuite au Brésil avec un article qui nous rappelle que le vieillissement de la population dans les sociétés dites « émergentes », où les systèmes de protection sociale sont moins développés, est aussi un enjeu majeur restant souvent sans réponse. Fortement frappés ces dernières années par les crises économiques, le système de protection brésilien, bien que restrictif, joue pourtant un rôle essentiel dans la lutte contre la pauvreté. Le quatrième article aborde une tout autre question, celle de l'aide intergénérationnelle apportée par les jeunes retraités. Du fait de l'augmentation de leur espérance de vie, ceux-ci se retrouvent de plus en plus souvent dans une situation « pivot » entre les générations ascendantes et descendantes. Si l'entraide dans la famille s'active autour de la perte d'autonomie des parents âgés, de l'entrée dans la vie adulte et du soutien aux enfants devenus jeunes parents, l'organisation de celle-ci se décline différemment selon les trajectoires de vie et le niveau social de ces jeunes retraités. Dans la rubrique « Faits et chiffres », on exa-

mine les trajectoires et la vie sociale des retraités autonomes en résidence- autonomie et habitat regroupé. En effet, certaines personnes âgées en situation de fragilité (veuvage, maladie, précarité financière, isolement social ou géographique...) peuvent être amenées à s'installer dans l'un ou l'autre de ces habitats collectifs. Enfin, dans la rubrique « Point sur », l'auteur démontre que l'hyperflexibilité contractuelle des intermittents du spectacle n'a pas la même influence sur toutes les variables de calcul des pensions servies par le régime général. Ainsi, l'immense majorité des intermittents prend sa retraite à taux plein. En revanche, l'évolution du système d'emploi et l'augmentation de la part des revenus de transfert dans leurs revenus disponibles se traduisent par des pensions décroissantes à mesure que les générations d'entrée en jouissance se succèdent. Les intermittents du spectacle offrent donc un cas privilégié d'étude de la relation emploi- retraite, et des conséquences individuelles de long terme d'une installation durable dans un régime de flexisécurité.

► **Aider simultanément ses ascendants et ses descendants. Les ressorts et enjeux sociaux d'une situation en progression parmi les retraités**

LE DANTEC É.

2017

**Retraite et société 78(3): 91-116.**

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2017-3-page-91.htm>

L'allongement du temps de la vieillesse place un nombre croissant de retraités en situation d'aider à la fois leurs ascendants et leurs descendants sur une période plus ou moins longue. En fonction du degré de sécurisation socio- économique de ces derniers, cette situation combine différemment l'injonction à l'autonomie et la nécessaire dépendance qui caractérisent la famille contemporaine. Se rapportant à 13 entretiens parmi les 25 réalisés, un premier type idéal concerne des retraités dont l'ascension sociale, au moment de l'entrée dans la vie adulte, a été enclenchée par une mobilité géographique vectrice de stabilité d'emploi et de progression des revenus. Dans leur emploi du temps, l'aide accordée de concert aux ascendants et descendants ne compromet pas la pratique revendiquée d'activités pour soi. Regroupant les 12 autres entretiens, le second type a trait à des retraités dont les ascendants et surtout les descendants sont confrontés, à proximité, à des formes diverses de précarité.

Pour faire face aux occupations et préoccupations qui en découlent au quotidien, ces retraités aux faibles revenus activent alors d'autres ressources matérielles et relationnelles. Ainsi, l'aide aux siens dans le temps de la retraite des personnes enquêtées – toutes issues des classes populaires – ne s'envisage et ne s'organise pas de la même manière ni avec la même latitude selon que la trajectoire sociale de la lignée familiale est ascendante ou demeure de position basse.

► **The ageing and de-institutionalisation of death—Evidence from England and Wales**

LEESON G. W.

2019

**Health Policy 123(4): 435-439.**

Increasingly, age of death is postponed until very old age, and care of those who are dying is challenged by medical co-morbidities and the presence of dementia. Although most people would prefer to die at home, currently in England and Wales only about 20 per cent of those aged 65 years and over die at home, and this proportion falls to about 10 per cent among those aged over 85 years. To explore recent and likely future trends in age and place of death, mortality statistics from 2006 to 2013 were analysed and projected to 2050 using age- and gender-specific rates. Results confirmed recent increasing age at death and indicated a trend for increasing proportions of older people to die at home. Projections indicated large increases in home-based deaths, particularly for men aged 65 and over. Consistent with people's wishes, there may be a partial return to the view that dying at home is a normal experience. Resource allocations are likely to need to shift to support people dying at home and their formal and informal carers.

► **The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries**

MARKIDES K. S. ET ROTE S.

2018

**The Gerontologist 59(2): 205-214.**

<https://doi.org/10.1093/geront/gny136>

The rising number of immigrants to the United States and other western countries has been accompanied



by rising interest in the characteristics of immigrants including their mortality risk and health status. In general, immigrants to the United States, Canada, and Australia enjoy a health advantage over the native populations, which has been coined the healthy immigrant effect. The purpose of this review is to summarize findings on aging and the immigrant health effect in the 3 most common immigrant destinations the United States, Canada, Australia, as well as in Europe. Much of the research in the United States has focused on the so-called Hispanic Paradox or the favorable health of Hispanics relative to non-Hispanic whites despite lower average socioeconomic status as well as other risk factors, with recent research beginning to pay attention to dietary and genetic factors. In all 3 countries, there is evidence of a health convergence of immigrants relative to the native-born population over approximately 10–20 years. By the time they reach old age, immigrants experience high rates of comorbidity and disability. Immigrant health selection appears to be the key reason explaining the immigrant health advantage. Immigrants to Europe also appear to be health selected but not as consistently as in the United States, Canada, and Australia. Immigrant enclaves appear to confer health advantages in the United States among older Hispanics but appear to have negative consequences in Europe. More attention needs to be given to the health and health care needs of the rising numbers of refugees to Europe as well as refugees in the Middle East, Africa, and elsewhere.

► **Age and Ageing to Introduce a New Category of Paper: Healthcare Improvement Science**

PARKER S. G., DOWNES T., GODFREY M., *et al.*  
2018

**Age and Ageing 48(2): 178-184.**  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afy175>

Age and Ageing is now inviting papers on healthcare improvement for older people. In this article we outline the nature and scope of healthcare improvement and reference improvement models and the tools and methods of improvement science. We emphasise the issues of sustainability, including scale and spread; evaluation – including associated ethical consideration and the involvement of patients and the public in healthcare improvement and associated research. Throughout we refer to resources the authors have found useful in their own work, and provide a bibli-

ography of sources and web-links which will provide essential guidance and support for potential contributors to this new category of submission to Age and Ageing.

► **Comment impliquer des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle ? Le cas de Barcelone**

PÉREZ SALANOVA M. ET VERDAGUER MATA M.  
2018

**Retraite et société 79(1): 61-81.**  
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2018-1-page-61.htm>

Dans cet article, nous nous appuyons sur l'évolution des expériences de participation des personnes âgées à Barcelone pour mettre en lumière la volonté d'inclusion de la diversité des parcours de vieillissement, notamment ceux des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle, dans les dispositifs participatifs locaux. Nous montrons comment ce processus s'est construit pas à pas afin d'aboutir, récemment et pour la première fois, à l'inclusion de ces publics en tant que participants et citoyens à part entière. À travers ce cheminement, nous analysons le rôle de la construction des subjectivités des personnes âgées ayant un besoin de soins continus dans leur participation (ou manque de participation) citoyenne. Pour cela, nous faisons l'hypothèse que certains cadres d'action publique et de pratiques de participation, ayant un caractère homogénéisateur, peuvent mener à une simplification du soi des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, ce qui peut ainsi entraîner un manque de reconnaissance de leur agency et donc freiner leur participation. Nous abordons également la manière dont le changement dans la conception de la participation peut entraîner des dynamiques plus inclusives, et nous verrons comment la démarche Villes amies des aînés (VADA) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), instaurée à Barcelone, a favorisé une telle évolution et une meilleure prise en compte de ces publics.



► **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 structurer 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.

► **Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations**

SÃO JOSÉ J. M. S., AMADO C. A. F., ILINCA S., *et al.*

2017

**The Gerontologist 59(2): e98-e108.**

<https://doi.org/10.1093/geront/gnx020>

International and national bodies have identified tackling ageism in health care as an urgent goal. However, health professionals, researchers, and policy makers recognize that it is not easy to identify and fight ageism in practice, as the identification of multiple manifestations of ageism is dependent on the way it is defined and operationalized. This article reports on a systematic review of the operational definitions and inductive conceptualizations of ageism in the context of health care. We reviewed scientific articles published from January 1995 to June 2015 and indexed in the electronic databases Web of Science, PubMed, and Cochrane. Electronic searches were complemented with visual scanning of reference lists and hand searching of leading journals in the field of ageing and social gerontology. The review reveals that the predominant forms of operationalization and inductive conceptualization of ageism in the context of health care have neglected some components of ageism, namely the self-directed and implicit components. Furthermore, the instruments used to measure ageism in health care have as targets older people in general, not older patients in particular. The results have important implications for the advancement of research on this topic, as well as for the development of interventions to fight ageism in practice. There is a need to take into account underexplored forms of operationalization and inductive conceptualizations of ageism, such as self-directed ageism and implicit ageism. In addition, ageism in health care should be measured by using context-specific instruments.

► **Exercise for Preventing Falls in Older People Living in the Community**

SHERRINGTON C., FAIRHALL N. J., WALLBANK G. K., *et al.*

2019

**Cochrane Database Syst Rev 1: Cd012424.**

At least one-third of community-dwelling people over 65 years of age fall each year. Exercises that target balance, gait and muscle strength have been found to prevent falls in these people. An up-to-date synthesis of the evidence is important given the major long-term consequences associated with falls and fall-related injuries. The objectives of this study are to assess the effects (benefits and harms) of exercise interventions for preventing falls in older people living in the community. Exercise programmes reduce the rate of falls and the number of people experiencing falls in

older people living in the community (high-certainty evidence). The effects of such exercise programmes are uncertain for other non-falls outcomes. Where reported, adverse events were predominantly non-serious. Exercise programmes that reduce falls primarily involve balance and functional exercises, while programmes that probably reduce falls include multiple exercise categories (typically balance and functional exercises plus resistance exercises). Tai Chi may also prevent falls but we are uncertain of the effect of resistance exercise (without balance and functional exercises), dance, or walking on the rate of falls.

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.

► **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

## Index des auteurs Author index

### A

Absil G. ....	40
Ali-Kada A. ....	37
Amado C. A. F. ....	55
Ammi M. ....	45
Andler R. ....	16, 19, 32
Arnold D. R. ....	21
Atiki N. ....	22
Aupée M. ....	24
Aupiais C. ....	46

### B

Baaijen R. ....	45
Backhaus I. ....	40
Bała M. M. ....	24
Barham V. ....	27
Bataineh H. ....	27
Beck F. ....	32, 37
Bedford H. ....	27
Benamouzig D. ....	35
Bénard-Larivière A. ....	30
Bénézet L. ....	50
Ben Halima M. A. ....	50
Berger-Carbone A. ....	31
Bergua G. ....	31
Berland-Benheim C. ....	30
Berrier S. ....	35
Birch S. ....	12
Biscardo C. A. ....	51
Bolt M. ....	45
Bonaldi C. ....	16
Borba H. H. ....	15
Braha M. ....	11
Buber-Ennser I. ....	28
Buccioli A. ....	51
Buffel T. ....	52
Bussières J. F. ....	14

### C

Caballer-Tarazona V. ....	41
Carland J. E. ....	12
Caughey G. E. ....	22
Cervera M. ....	52
Chan Chee C. ....	23
Chan-Chee C. ....	18
Charles R. ....	37
Chérié-Challine L. ....	17
Chevillard G. ....	20
Chouinard M. C. ....	46
Chyderiotis S. ....	32
Clemente J. ....	35
Cliff B. Q. ....	36
Cogordan C. ....	19
Cohen R. ....	41
Condon L. ....	27
Cooper Z. ....	13
Cottel D. ....	18
Cousin B. ....	18
Craig S. ....	13
Cutler D. M. ....	13

### D

Dautieu T. ....	35
Dautzenberg B. ....	38
Defossez G. ....	17
Delamaire C. ....	38
Delattre E. ....	51
De Lauzun V. ....	23
Delézire P. ....	17
Delmas M.-C. ....	50
Delmer O. ....	39
Denolle T. ....	38
Devlin R. A. ....	27
Di Guida S. ....	13
Diop M. ....	45
Dohmen P. J. G. ....	13
Domagała A. ....	24
Downes T. ....	54
Dumont C. ....	30

du Roscoät E..... 17, 18

## E

Egidio V..... 40  
Emond C..... 52  
Escalon H..... 38  
Escutnaire-Marrant T..... 24  
Espagnacq M..... 33

## F

Fahy N..... 49  
Fairhall N. J..... 55  
Fendrick A. M..... 36  
Fernandes S. .... 43  
Fernandez A. .... 45  
Ferron C..... 39  
Floriot A..... 46  
Fond G. .... 43  
Fredriksson M..... 48  
Frensham L. J. .... 12  
Fuhr D. C. .... 44

## G

Gallois P. .... 49  
Gelbert N..... 41  
Geoffroy-Perez B. .... 50  
Gerson M..... 31  
Ghosh K. .... 13  
Gigonzac V..... 17  
Girerd X. .... 38  
Girodet P.-O. .... 30  
Godfrey M. .... 54  
Gothe H. .... 15  
Grave C. .... 24  
Gray A. M..... 25  
Gray C. .... 13  
Greene J..... 41  
Greer S. .... 49  
Grimaud D..... 43  
Gross-Goupil M..... 34  
Guadalajara-Olmeda N. .... 41  
Guignard R..... 16, 19, 39  
Gupta R. .... 45  
Gyrd-Hansen D..... 13

## H

Hamon O. .... 38  
Hansen M. P. .... 46  
Haydt S. M..... 48  
Head J..... 29  
Hervey T. .... 49  
Hill C..... 16  
Hillen J. B..... 22  
Hirth R. A..... 36  
Honta M..... 35  
Hoxha I. .... 11  
Hudson C. G. .... 44

## I

Ichou M..... 28  
Ikking T..... 45  
Ilinca S..... 55  
Ireland L..... 27

## J

Janssen E. .... 17  
Jooper H..... 46  
Juilliere Y..... 24  
Jung C..... 52

## K

Kabue S. .... 41  
Kaczmarczyk M. .... 24  
Kalisch Ellett L. .... 22  
Khayi N..... 51  
Kipnis P. .... 41  
Kivimäki M. .... 29  
Kohlenberger J. .... 28  
Kool R. B..... 26  
Koubi M..... 50  
Kristensen J. K..... 46  
Kristensen M. T..... 25

## L

Lallement M. .... 33  
Landeiro F..... 25

Landon B. E. ....	49
Lavialle C. ....	33
Lázaro-Alquézar A. ....	35
Leal J. ....	25
Le Dantec É. ....	53
Leeson G. W. ....	53
Le Gal-Fontès C. ....	14
Le Grand E. ....	39
Leguelinel-Blache G. ....	14
Le Guyader-Peyrou S. ....	17
Lemaire N. ....	14
Léon C. ....	18
Lermenier-Jeannet A. ....	37
Levine D. M. ....	49
Levy D. ....	20
Libersky J. ....	47
Linder J. A. ....	49
Lipson D. ....	47
Longo F. ....	14 , 26
Lucas-Gabrielli V. ....	20
Lyles C. R. ....	45

## M

Malléjac N. ....	42
Malone A. ....	14
Mangin F. ....	39
Manly K. E. ....	46
Mannocci A. ....	40
Markides K. S. ....	53
Martin P. ....	55
Mascret C. ....	34
Matra R. ....	39
Maugat S. ....	31
McIntyre D. ....	15
Meheus F. ....	15
Meirhaeghe A. ....	18
Messer K. L. ....	13
Milliez J. ....	26
Montañés A. ....	35
Moscelli G. ....	26
Moulaert T. ....	56
Mousquès J. ....	20
Moussa R. K. ....	51

## N

Nguyen A. D. ....	12
Nguyen-Thanh V. ....	37 , 39

Nicolay N. ....	23
Nocent C. ....	20
Noirot L. ....	38
Noize P. ....	30

## O

Or Z. ....	42
Oxholm A. S. ....	13
Öztürk B. ....	25

## P

Parker S. G. ....	54
Pascal M. ....	22
Pasquereau A. ....	19
Penneau A. ....	33
Pérez Salanova M. ....	54
Pertile P. ....	51
Phillipson C. ....	52
Picart E. ....	34
Pinillos-Franco S. ....	28
Pison C. ....	20
Pison G. ....	11
Pivette M. ....	23
Pla A. ....	15
Pouchadon M.-L. ....	55
Poujol V. ....	39
Prescrire. ....	30
Price S. ....	48

## Q

Quintin C. ....	43
-----------------	----

## R

Rajsic S. ....	15
Regaert C. ....	33 , 50
Rémillard-Boilard S. ....	52
Rengs B. ....	28
Réseau ATB Raisin ....	32
Revel N. ....	35
Revue Prescrire. ....	37
Richard J.-B. ....	19
Rich E. C. ....	47
Röck N. D. ....	25

Rogel A.....	43
Rote S. ....	53
Røttingen J.-A. ....	15
Rouyer M. ....	34
Rudigoz R. C. ....	26
Ryskina K. L. ....	47

## S

Sabatier M.....	51
Salanave B.....	40
São José J. M. S. ....	55
Satinsky E. ....	44
Scheffler R. M.....	21
Scheider M. ....	56
Sebai J.....	36
Sherrington C.....	55
Siciliani L. ....	14, 26
Somarriba N.....	28
Song X.....	21
Spilka S.....	16, 17
Stauder J.....	51
Street A. ....	14
Strumpf E.....	45
Stuhr J. K.....	46
Sulli L. ....	39
Syrogianouli L.....	11

## T

Taille C. ....	20
Tajahmady A. ....	14
Takaku R.....	26
Tanguy J. ....	24
Terrence S. ....	47
Thurin N. ....	34
Torres M. J. ....	40
Trabal P.....	36
Tribouilloy C. ....	24

## U

Uhry Z.....	17
-------------	----

## V

Valee J.....	37
van der Brug F.....	26
Vandoorne C.....	40
Van Høye A. ....	40
van Raaij E. M. ....	13
Vengberg S.....	48
Verdager Mata M. ....	54
Verdot C.....	40
Vie Lesage F. ....	41
Ville Y. ....	26
Viriot Durandal J.-P.....	56
Vivas-Consuelo D.....	41
Vukina T.....	15

## W

Wagner V. ....	22
Wallace M.....	28
Wallbank G. K.....	55
Warin P.....	29
Weil-Dubuc P. L.....	34
Werner R. M.....	47
Westert G. P.....	26
Winblad U. ....	48
Woodward A.....	44
Wranik W. D.....	48

## X

Xia T. ....	21
-------------	----

## Y

Yamaoka A.....	26
Yuan Y. ....	47

## Z

Zaninotto P.....	29
Zendjidjian X. ....	43
Zhang H.....	21
Zheng X. ....	15
Zheng Y.....	15