

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Mai 2020 / May 2020

Démographie – Conditions de vie	<i>Demography – Living conditions</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health policy</i>
Politique publique	<i>Public policy</i>
Prévention	<i>Prévention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary health care</i>
Systèmes de santé	<i>Health systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

All past issues of Watch on Health Economics Literature (previously titled Doc Veille) are available online for consultation or download:

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Démographie – Conditions de vie *Demography – Living conditions*

- 9 **Inégalités de revenu et de richesse en France : évolutions et liens sur longue période**
Garbinti B. et Goupille-Lebret J.

Économie de la santé *Health Economics*

- 9 **The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review**
Agarwal R., Liao J. M., Gupta A., et al.

- 9 **Registered Reports: Time To Radically Rethink Peer Review In Health Economics**
Clarke P. et Buckell J.

- 10 **Out-Of-Network Billing And Negotiated Payments For Hospital-Based Physicians**
Cooper Z., Nguyen H., Shekita N., et al.

- 10 **Le coût hospitalier des événements cérébro-vasculaires associés à une fibrillation atriale en France**
De Pourville G. et Karam P.

- 10 **European Burden Of Disease Network: Strengthening The Collaboration**
Devleeschauwer B.

- 11 **Economic Burden Of The Out-Of-Pocket Expenses For People With Multiple Sclerosis In France**
Heinzle O., Molinier G. et van Hille B.

- 11 **Measuring Public Preferences In France For Potential Consequences Stemming From Re-Allocation Of Healthcare Resources**
Krucien N., Heidenreich S., Gafni A., et al.

- 11 **When Should Medicare Mandate Participation In Alternative Payment Models?**
Liao J. M., Pauly M. V. et Navathe A. S.

- 12 **Out-Of-Network Primary Care Is Associated With Higher Per Beneficiary Spending In Medicare ACOs**
Lin S. C., Yan P. L., Moloci N. M., et al.

- 12 **The Effects Of DRGs-Based Payment Compared With Cost-Based Payment On Inpatient Healthcare Utilization: A Systematic Review And Meta-Analysis**
Meng Z., Hui W., Cai Y., et al.

- 13 **Spending And Quality After Three Years Of Medicare's Voluntary Bundled Payment For Joint Replacement Surgery**
Navathe A. S., Emanuel E. J., Venkataramani A. S., et al.

- 13 **Estimating Attribute-Specific Willingness-To-Pay Values From A Health Care Contingent Valuation Study: A Best–Worst Choice Approach**
Sever I., Verbič M. et Klaric Sever E.

- 13 **A Systematic Review Of Case-Mix Models For Home Health Care Payment: Making Sense Of Variation**
Van den Bulck A. O. E., de Korte M. H., Elissen A. M. J., et al.

État de santé *Health status*

- 14 **Mesure de la qualité de vie au travail des professionnels de Protection maternelle et infantile**
Eury C., Saïas T. et Leduc H.

- 14 **La santé des personnes âgées selon le niveau socio-économique : évolutions au fil des générations ?**
Myck M., Najsztub M. et Oczkowska M.

Géographie de la santé *Geography of health*

- 15 **Strategic Analysis Of Interventions To Reduce Physician Shortages In Rural Regions**
Danish A., Blais R. et Champagne F.

- 15 **Démographie des chirurgiens-dentistes en région Centre-Val de Loire : opportunités et perspectives**
Denis F., Guimelli B., Nicolas E., et al.
- 15 **Cancer, territoires et discrimination : des zones rurales aux quartiers prioritaires de la ville**
Meidani A. et Alessandrin A.
- 16 **Defining General Practitioner And Population Catchments For Spatial Equity Studies Using Patient Enrolment Data In Waikato, New Zealand**
Whitehead J., Pearson A. L., Lawrenson R., et al.

Handicap Disability

- 16 **Viellissement et handicap psychique : bibliographie Ascodocpsy**
- 17 **Bien vieillir avec un handicap psychique**
- 17 **Viellir lorsqu'on est en situation de handicap psychique**
Dehelle A., Frelin F. et Richard M.-J.
- 17 **Quelle place pour l'adulte handicapé vieillissant ?**
Iglesias N.

Hôpital Hospitals

- 18 **Deepening Our Understanding Of Quality In Australia (DUQua): An Overview Of A Nation-Wide, Multi-Level Analysis Of Relationships Between Quality Management Systems And Patient Factors In 32 Hospitals**
Braithwaite J., Clay-Williams R., Taylor N., et al.
- 18 **Does Public Report Card Matter? A 10-Year Interrupted Time Series Analysis On Total Knee Replacement**
Chen T.-T., Hsueh Y.-S., Liaw C.-K., et al.
- 19 **ADOP-HAD : un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile**
Couillerot-Peyrondet A.-L., Bongiovanni-Delarozière I., Scemama O., et al.

- 19 **Les dispositifs de réadaptation : de la seconde guerre mondiale aux GHT**
Devailly J. P. et Josse L.
- 19 **Choisir la césarienne : une pratique où convergent habitus de classe et intérêts médicaux**
Gelly M., Cristofalo P. et Gasquet-Blanchard C.
- 20 **Is Mortality Readmissions Bias A Concern For Readmission Rates Under The Hospital Readmissions Reduction Program?**
Papanicolas I., Orav E. J. et Jha A. K.
- 20 **Enhanced Recovery Following Hip And Knee Arthroplasty: A Systematic Review Of Cost-Effectiveness Evidence**
Pritchard M. G., Murphy J., Cheng L., et al.
- 21 **Do Hospitals Respond To Decreasing Prices By Supplying More Services?**
Salm M. et Wübker A.
- 21 **111 Rates And Risk Factors For Hospital Admission In People With Dementia: Systematic Review**
Shepherd H., Livingston G., Chan J., et al.
- 21 **Hospital Staff Shortages: Environmental And Organizational Determinants And Implications For Patient Satisfaction**
Winter V., Schreyögg J. et Thiel A.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 22 **Large Diversity In Danish Health Literacy Profiles: Perspectives For Care Of Long-Term Illness And Multimorbidity**
Aaby A., Beauchamp A., O'Hara J., et al.
- 22 **Statut économique et participation sociale : effets sur la qualité de vie des personnes âgées fragilisées. Une étude transversale en Italie et en Grèce**
Barbabella F., Poli A. et Kostakis I.
- 23 **Socioeconomic Inequalities In Suicide Mortality In European Urban Areas Before And During The Economic Recession**
Borrell C., Palència L., Marí Dell'Olmo M., et al.
- 23 **Defining And Measuring Health Poverty**
Clarke P. et Erreygers G.

- 24 **L'instrumentation de la lutte contre les inégalités d'accès à l'activité physique. Un gouvernement des conduites par la qualité**

Illivi F. et Honta M.

- 24 **Community Health Centers And Access To Care Among Underserved Populations: A Synthesis Review**

Saloner B., Wilk A. S. et Levin J.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 24 **14 Rational Prescribing In The Frail Elderly Population: A Quality Improvement Project To Reduce Inappropriate Prescribing Using STOPP-Frail Criteria**

Brooke J., Darnell R., Boltova M., et al.

- 25 **First-Year French Medical Students Consume Antidepressants And Anxiolytics While Second-Years Consume Non-Medical Drugs**

Fond G., Bourbon A., Boucekine M., et al.

- 25 **Le bénéfice du doute ? Incertitude et gestion des effets indésirables médicamenteux**

Hardy A.-C.

- 26 **Les logiques sociales de la décision médicale. Étude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures**

Loretti A.

- 26 **Variation In The Prescription Drugs Covered By Health Systems Across High-Income Countries: A Review Of And Recommendations For The Academic Literature**

Morgan S. G., Daw J. R., Greyson D., et al.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

- 27 **Les indices de concentration géographique à l'épreuve de l'agrégation des données**

Auvray E. et Bouayad-Agha S.

- 27 **Une relation équivoque**

Counil E.

- 27 **L'émergence et la consolidation des méthodes de microsimulation en France**

Legendre F.

- 28 **Méthodologie de redressement des données nationales de l'enquête Évreast**

Leroyer A., Murcia M., Chastang J.-F., et al.

- 28 **Survey Modes Comparison In Contingent Valuation: Internet Panels And Mail Surveys**

Ryan M., Mentzakis E., Matheson C., et al.

- 28 **The Development Of The Primary Care Clusters Multidimensional Assessment (PCCMA): A Mixed-Methods Study**

Stanciu M. A., Law R.-J., Myres P., et al.

Politique de santé

Health policy

- 29 **Adherence To Medical Follow-Up Recommendations Reduces Hospital Admissions: Evidence From Diabetic Patients In France**

Bussière C., Sirven N., Rapp T., et al.

- 29 **La pertinence des soins : dossier thématique**

Com-Ruelle L. et Julienne K.

- 29 **The Road To The Alcohol Act 2018 In Finland: A Conflict Between Public Health Objectives And Neoliberal Goals**

Karlsson T., Mäkelä P., Tigerstedt C., et al.

- 30 **Terminology Of Patient Engagement For French Healthcare Organizations**

Michel P., Brudon A., Pomey M. P., et al.

- 30 **La pertinence : trop ou trop peu de soins ?**

Polton D.

- 31 **Applying Priority-Setting Frameworks: A Review Of Public And Vulnerable Populations' Participation In Health-System Priority Setting**

Razavi S. D., Kapiriri L., Wilson M., et al.

- 31 **La réforme des études médicales : un chantier sans précédent : des enjeux, des espoirs, des difficultés**

Sibilia J.

Politique publique

Public policy

31 **Territoires, bien-être et politiques publiques**

Algan Y., Malgouyres C. et Senik C.

Prévention

Prévention

32 **Prévenir le suicide : connaissances et interventions**

32 **Cost-Effectiveness Of Public Health Interventions Against Human Influenza Pandemics In France: A Methodological Contribution From The FLURESP European Commission Project**

Beresniak A., Rizzo C., Oxford J., et al.

32 **En quête de pertinence et d'égalité ? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent**

Bloy G. et Rigal L.

33 **Prévention des addictions : interventions probantes et évaluation**

Du Roscoat E., Gillaizeau I., Lecrique J. M., et al.

33 **Which Interventions Improve The Well-Being Of Medical Students? A Review Of The Literature**

Frajerman A.

33 **Les déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : une analyse départementale**

Konopka A.-M., Barnay T., Billaudeau N., et al.

33 **Individual Preferences For Voluntary Vs. Mandatory Vaccination Policies: An Experimental Analysis**

Meier N. W., Böhm R., Korn L., et al.

34 **Accompagnement collectif pour l'arrêt du tabac : retour d'expérience**

Sprimont M., Lajzerowicz N. et Castera P.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

34 **Evaluation Of Children's Participation In A National Dental Programme In France**

Bas A. C. et Azogui-Levy S.

34 **Évaluation de l'éducation thérapeutique individuelle et collective chez les patients à risque cardiovasculaire : l'étude Ethiccar**

Gay B., Demeaux J. L. et Afonso M.

35 **Programme d'évaluation et d'accompagnement à la pertinence des soins au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux : vers un modèle opérationnel de déploiement de la pertinence en établissement de santé**

Saillour-Glenisson F., Jouhet V., Berdaï D., et al.

Psychiatrie

Psychiatry

35 **Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance**

Castro D.

35 **La pair-aidance, un modèle social ?**

Conrath P. et Ouazzani M.

36 **Programmes de soins en psychiatrie. Entre déprogrammation et reprogrammation**

David M.

36 **Management Of Child And Adolescent Depression In Primary Care: A Systematic Meta-Review**

Driot D., Nguyen-Soenen J., Costes M., et al.

36 **Psychiatrie : l'état d'urgence**

Fidel D. et Allermoz E.

37 **Les programmes de soins (PDS) : une double revue de la littérature systématique mixte en France et à l'international**

Lefebvre A., Roelandt J.-L. et Sebbane D.

37 **Healthcare System Performance In Continuity Of Care For Patients With Severe Mental Illness: A Comparison Of Five European Countries**

Nicaise P., Giacco D., Soltmann B., et al.

37 **Du programme de soins sans consentement au projet de soins pour tous**

Richard M. J. et Monnier A.

38 **Impact Of Transforming Mental Health Services For Young People In England On Patient Access, Resource Use And Health: A Quasi-Experimental Study**

Rocks S., Fazel M. et Tsiachristas A.

- 38 **Clinical And Social Factors Associated With Increased Risk For Involuntary Psychiatric Hospitalisation: A Systematic Review, Meta-Analysis, And Narrative Synthesis**

Walker S., Mackay E., Barnett P., et al.

- 39 **« Ce n'est pas du soin si c'est contraint ». Un changement de paradigme en route grâce à un regard éclairé par les droits humains**

Wooley S.

Sociologie de la santé

Sociology of health

- 39 **Approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français**

Michel P., Brudon A., Pomey M. P., et al.

- 40 **Formation et conditions facilitant l'intégration de patients dans la coanimation de séances collectives d'éducation thérapeutique**

Pellecchia A., Certain A., Mohammed R., et al.

- 40 **Contexte social et compréhension des pratiques médicales : un regard psychosocial sur les décisions médicales incertaines en oncologie. Commentaire**

Restivo L.

- 40 **L'engagement des usagers en santé : un cours nouveau ?**

Saout C.

Soins de santé primaires

Primary health care

- 41 **Prescrire une activité physique à un malade chronique**

Barrault D. et Abramovici F.

- 41 **Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises**

Chevandier C.

- 41 **Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries**

Doty M. M., Tikkanen R., Shah A., et al.

- 42 **Accès aux soins primaires des mineurs isolés étrangers dits «mineurs non accompagnés»**

Dupont E.

- 42 **Pratiques avancées : les protocoles infirmiers de soins d'urgence**

Krol A., Bullard S., Fey G., et al.

- 42 **State Nurse Practitioner Practice Regulations And U.S. Health Care Delivery Outcomes: A Systematic Review**

Yang B. K., Johantgen M. E., Trinkoff A. M., et al.

Systèmes de santé

Health systems

- 43 **91 To What Extent Are Patients' Future Care Preferences Shared Between Secondary And Primary Care? A Retrospective Chart Review**

Hopkins S. A., Athauda P., Halliday A., et al.

- 43 **Assessing Volume And Variation Of Low-Value Care Practices In The Netherlands**

Kool R. B., Verkerk E. W., Meijjs J., et al.

- 44 **Managing The Performance Of General Practitioners And Specialists Referral Networks: A System For Evaluating The Heart Failure Pathway**

Nuti S., Ferré F., Seghieri C., et al.

- 44 **Characterizing Patients With High Use Of The Primary And Tertiary Care Systems: A Retrospective Cohort Study**

Singer A., Kosowan L., Katz A., et al.

- 44 **Review Of 128 Quality Of Care Mechanisms: A Framework And Mapping For Health System Stewards**

Tello J. E., Barbazza E. et Waddell K.

- 45 **La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**

Vialla F. et Brechat P. H.

Travail et santé

Occupational health

- 45 **Facteurs professionnels en lien avec le suicide au sein des salariés affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA) et en activité entre 2007 et 2013**

Klingelschmidt J., Chastang J. F., Khireddine-Medouni I., et al.

- 45 **The Impact Of Active Labour Market Policies On Health Outcomes: A Scoping Review**

Puig-Barrachina V., Giró P., Artazcoz L., et al.

- 49 **Parcours de vie des personnes âgées à faibles revenus. Étude secondaire de données qualitatives issues d'entretiens en Suède et en Belgique**

Theelin A. et Van Regenmortel S.

Viellissement

Ageing

- 50 **Mapping Variability In Allocation Of Long-Term Care Funds Across Payer Agencies In OECD Countries**

Waitzberg R., Schmidt A. E., Blümel M., et al.

- 46 **Viellissement et handicap psychique**

Benarosch J.

- 46 **Intervenir tout au long de la vie pour prévenir le développement des inégalités avec l'âge**

Boulhol H., Ogg J.

- 47 **Comparing The Education Gradient In Health Deterioration Among The Elderly In Six OECD Countries**

Côté-Sergent A., Fonseca R. et Strumpf E.

- 47 **Macro-Level Determinants Of Post-Retirement Health And Health Inequalities: A Multilevel Analysis Of 18 European Countries**

De Breij S., Huisman M. et Deeg D. J. H.

- 48 **Soutenir l'expérience du vieillissement**

Delporte M.

- 48 **Formal Home Care, Informal Support And Caregiver Health: Should Other People Care?**

Juin S.

- 48 **The Good Death And The Institutionalisation Of Dying: An Interpretive Analysis Of The Austrian Discourse**

Lang A.

- 49 **Le vieillissement peut-il être un facteur de rétablissement ? Clinique du sujet âgé en situation de handicap psychique dans un foyer d'accueil médicalisé**

Ozenne J.

- 49 **Disparités départementales dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles : un état des lieux**

Roquebert Q.

- 49 **Equal Long-Term Care For Equal Needs With Universal And Comprehensive Coverage? An Assessment Using Dutch Administrative Data**

Tenand M., Bakx P. et Van Doorslaer E.

Démographie – Conditions de vie

Demography – Living conditions

► **Inégalités de revenu et de richesse en France : évolutions et liens sur longue période**

GARBINTI B. ET GOUPILLE-LEBRET J.
2019

Economie Et Statistique(510-212): 71-89.

www.insee.fr/fr/statistiques/4253029?sommaire=4253159

Cet article propose un éclairage sur l'évolution de longue période des inégalités de revenu, de patrimoine et de leur lien en France. Après une forte baisse des inégalités qui avait commencé au début de la première guerre mondiale, une tendance inégalitaire est apparue (et se poursuit) depuis le milieu des années 1980. La perspective historique permet d'illustrer com-

ment de faibles changements dans les inégalités de taux d'épargne, de rendement ou de revenu du travail peuvent avoir de forts effets de long terme sur la concentration du patrimoine. Deux autres grandes tendances s'observent depuis les années 1970. L'une est la baisse de l'écart des revenus du travail entre femmes et hommes – même s'il reste élevé. L'autre est la difficulté accrue, pour les détenteurs de seuls revenus du travail, d'accéder aux plus hauts patrimoines. Enfin, nos comparaisons entre la France et les États-Unis montrent que les inégalités de patrimoine et de revenu étaient comparables voire plus faibles aux États-Unis avant les années 1970. Ce pays est devenu nettement plus inégalitaire désormais.

Économie de la santé

Health Economics

► **The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review**

AGARWAL R., LIAO J. M., GUPTA A., *et al.*
2020

Health Affairs 39(1): 50-57.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00784>

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) has promoted bundled payment programs nationwide as one of its flagship value-based payment reforms. Under bundled payment, providers assume accountability for the quality and costs of care delivered during an episode of care. We performed a systematic review of the impact of three CMS bundled payment programs on spending, utilization, and quality outcomes. The three programs were the Acute Care Episode Demonstration, the voluntary Bundled Payments for Care Improvement initiative, and the mandatory Comprehensive Care for Joint Replacement model. Twenty studies that we identified through search and screening processes showed that bundled payment maintains or improves quality while lowering costs for

lower extremity joint replacement, but not for other conditions or procedures. Our review also suggests that policy makers should account for patient-level heterogeneity and include risk stratification for specific conditions in emerging bundled payment programs.

► **Registered Reports: Time To Radically Rethink Peer Review In Health Economics**

CLARKE P. ET BUCKELL J.
2020

Pharmacoeconomics - Open 4(1): 1-4.

<https://doi.org/10.1007/s41669-019-00190-x>

Much of the evidence in modern health economics is built on experiments, which have been critical to the understanding of everything, ranging from the behaviour of the insured and preferences for health and healthcare to health behaviours and lifestyle choices. A problem for the discipline is that the publication process creates a persistent bias in that novel positive findings are more likely to be published. Researchers can create positive findings by reanalysing the data

until statistical significance is achieved or by conducting multiple analyses and then focusing on the most striking results. Well planned and executed experiments often produce “negative” findings that are more robust but harder to publish. The Centre for Open Science has recently followed the initiative of the journal *Cortex* in championing a method of providing more reliable evidence: registered reports. Here we argue why registered reports should be taken up by health economic journals.

► **Out-Of-Network Billing And Negotiated Payments For Hospital-Based Physicians**

COOPER Z., NGUYEN H., SHEKITA N., *et al.*

2019

[Health Affairs 39\(1\): 24-32.](#)

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00507>

When physicians whom patients do not choose and cannot avoid can bill out of network for care delivered within in-network hospitals, it exposes patients to financial risk and undercuts the functioning of health care markets. Using data for 2015 from a large commercial insurer, we found that at in-network hospitals, 11.8% of anesthesiology care, 12.3% of care involving a pathologist, 5.6% of claims for radiologists, and 11.3% of cases involving an assistant surgeon were billed out of network. The ability to bill out of network allows these specialists to negotiate artificially high in-network rates. Out-of-network billing is more prevalent at hospitals in concentrated hospital and insurance markets and at for-profit hospitals. Our estimates show that if these specialists were not able to bill out of network, it would lower physician payments for privately insured patients by 13.4% and reduce health care spending for people with employer-sponsored insurance by 3.4% (approximately \$40 billion annually).

► **Le coût hospitalier des événements cérébro-vasculaires associés à une fibrillation atriale en France**

DE POUVOURVILLE G. ET KARAM P.

2019

[Journal de gestion et d'économie de la santé 5\(5\): 399-409.](#)

www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-5-page-399.htm

Objectif : Les patients souffrant de fibrillation atriale sont à risque d'AVC ischémiques et d'hémorragies

cérébrales. L'objectif de cette étude était d'évaluer le coût hospitalier de ces événements sur un an en France. Méthode : Une extraction de la base nationale PMSI a été menée. Parmi les patients hospitalisés en 2014 pour ces deux événements, tous les patients présentant un code de diagnostic associé de fibrillation atriale et les patients ayant été hospitalisés au cours des deux années précédentes pour fibrillation atriale ont été sélectionnés, puis suivis un an après leur hospitalisation initiale. Résultats : Le coût moyen de prise en charge d'un AVC ischémique la première année pour un patient souffrant de fibrillation atriale était de 14 789 €, et de 15 736 € pour les hémorragies cérébrales. La part relative des dépenses de soins de suite et de réadaptation était respectivement de 40 % et de 34 %. Ce coût était de 7 277 €, 30 293 € et 19 508 €, pour les patients autonomes, en handicap léger ou en dépendance totale après un AVC ischémique; après une hémorragie cérébrale, les coûts étaient respectivement de 9 628 €, 33 610 € et 22 559 €. La mortalité un an après AVC ischémique était de 26 % et de 46 % pour une hémorragie cérébrale. Conclusion : Ces résultats confirment l'importance du coût des événements après la prise en charge initiale. Ils permettent de renseigner l'efficacité des actions de la prévention des accidents cérébro-vasculaires de la fibrillation atriale.

► **European Burden Of Disease Network: Strengthening The Collaboration**

DEVLEESSCHAUWER B.

2020

[European Journal of Public Health 30\(1\): 2-3.](#)

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz225>

What are the most relevant diseases and risk factors in a country? How is the impact of different diseases evolving over time, and how does the health status compare between and within countries? With an increasing need for prioritizing available resources, a timely, sound and comprehensive answer to these essential questions is more than ever needed to inform public health decision making. Driven by the impact of the Global Burden of Disease (BoD) study, several researchers and health institutes across Europe have adopted the BoD approach to address these questions. Fundamental to this approach is the use of the Disability-Adjusted Life Year as a comprehensive and comparable summary measure of population health.

► **Economic Burden Of The Out-Of-Pocket Expenses For People With Multiple Sclerosis In France**

HEINZLEF O., MOLINIER G. ET VAN HILLE B.
2020

Pharmacoeconomics Open

<https://doi.org/10.1007/s41669-020-00199-7>

BACKGROUND: People with chronic diseases in France frequently incur out-of-pocket expenses (OOPE) related to their medical care. **OBJECTIVE:** The objective of this study was to evaluate OOPE incurred by people with multiple sclerosis (MS) with respect to direct non-medical and medical expenditure. **METHODS:** Data were collected through a web-based survey using an online patient community platform (Carenity). The survey questionnaire contained 87 questions (numerical response or Likert scale) and took less than 30 min to complete. Participants rated their disability on a ten-point scale. **RESULTS:** In total, 376 patients, with a mean age of 48.3 years (95% confidence interval [CI] 47.2-49.5), participated in the survey. Participants estimated that they spent an average of euro127 each month on OOPE for their MS, principally on physician consultations (mean annual expenditure of €75 by 183 participants), non-physician consultations (€358 by 135 participants) and non-prescription medication (mean expense of €67 per pharmacy visit by 234 patients). In total, 77% of participants who needed adaptations to their home or vehicle because of their MS contributed to the cost. No obvious relationship between OOPE and self-rated disability was observed. A total of 61.4% of participants reported that they had to choose between spending money on MS care or on their family and social life. **CONCLUSIONS:** Most patients with MS incurred significant OOPE linked to consultations, non-prescription medications or home equipment and medical equipment. These outlays could lead to dilemmas when choosing between spending on MS care or family or social life.

► **Measuring Public Preferences In France For Potential Consequences Stemming From Re-Allocation Of Healthcare Resources**

KRUCIEN N., HEIDENREICH S., GAFNI A., *et al.*
2020

Social Science & Medicine 246: 112775.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619307701>

When deciding which new programme to implement and where the additional resources, if needed, will come from, the decision makers need to accommodate the uncertainty of the potential changes in population health and medical expenditures that can occur. They also need to determine the value of these potential changes. The objective of this study is to identify a public valuation function measuring how the public values changes in population health and medical expenditures when healthcare resources are re-allocated. We report the results of a choice experiment conducted in March 2016 in a representative sample of the population living in France (N = 1008). The main results indicate that the public is more sensitive to changes in population health than changes in the level of medical expenditures. There is a non-linear valuation of these changes with evidence of asymmetric preferences and non-constant marginal sensitivity. The public gives 1.4 times more weight to decrease in population health than for the same-size increase. The public becomes less sensitive to marginal changes in population health as the level of changes increases. In a simulation study of 5000 resource allocation decisions, we show that non-linearities in public valuation of population health and medical expenditures matters. The linear and non-linear public valuation functions were associated with respectively 50.1% and 28.1% of situations of acceptable outcome of the reallocation of resources. The level of agreement between these two functions was moderate with a Kappa coefficient of 0.56, and the probability of agreement was mainly driven by the distribution of net changes in population health. This study provides a method and an estimation of a public valuation function that describes the preferences (or values attributed) for every potential outcome stemming from the reallocation of healthcare resources. The results show the importance of measuring such function rather than assuming one.

► **When Should Medicare Mandate Participation In Alternative Payment Models?**

LIAO J. M., PAULY M. V. ET NAVATHE A. S.
2020

Health Affairs 39(2): 305-309.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00570>

The Centers for Medicare and Medicaid Services continues to propose and implement alternative payment models (APMs) to shift Medicare payment away from fee-for-service and toward approaches that emphasize

health care value. As APMs expand in scope, one critical question is whether they should engage providers on a voluntary or a mandatory basis. Clinicians and policy makers may view the benefits and drawbacks of these two modes of participation differently. In this Analysis we compare the benefits and drawbacks of mandatory and voluntary participation, based on clinical versus policy perspectives, and we argue that both modes are necessary for APMs to achieve the goal of improving value. Policy makers should match the mode of participation and related financial incentives to each clinical scenario in which an APM is implemented. We propose ways to coordinate mandatory and voluntary APMs based on clinical scenarios.

► **Out-Of-Network Primary Care Is Associated With Higher Per Beneficiary Spending In Medicare ACOs**

LIN S. C., YAN P. L., MOLOCI N. M., *et al.*
2020

Health Affairs 39(2): 310-318.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00181>

Despite expectations that Medicare accountable care organizations (ACOs) would curb health care spending, their effect has been modest. One possible explanation is that ACOs' inability to prohibit out-of-network care limits their control over spending. To examine this possibility, we examined the association between out-of-network care and per beneficiary spending using national Medicare data for 2012-15. While there was no association between out-of-network specialty care and ACO spending, each percentage-point increase in receipt of out-of-network primary care was associated with an increase of \$10.79 in quarterly total ACO spending per beneficiary. When we broke down total spending by place of service, we found that out-of-network primary care was associated with higher spending in outpatient, skilled nursing facility, and emergency department settings, but not inpatient settings. Our findings suggest an opportunity for the Medicare program to realize substantial savings, if policy makers developed explicit incentives for beneficiaries to seek more of their primary care within network.

► **The Effects Of DRGs-Based Payment Compared With Cost-Based Payment On Inpatient Healthcare Utilization: A Systematic Review And Meta-Analysis**

MENG Z., HUI W., CAI Y., *et al.*

2020

Health Policy (Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.007>

Diagnosis related groups (DRGs)-based payment is increasingly used worldwide to control hospital costs instead of pre-existing cost-based payment, but the results of evaluations vary. A systematic analysis of the effects of DRGs-based payment is needed. This study aims to conduct a systematic review and meta-analysis to compare the effects of DRGs-based payment and cost-based payment on inpatient health utilization in terms of length of stay (LOS), total inpatient spending per admission and readmission rates. We included studies undertaken with designs approved by the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care that reported associations between DRGs-based payment and one or more inpatient healthcare utilization outcomes. After a systematic search of eight electronic databases through October 2018, 18 studies were identified and included in the review. We extracted data and conducted quality assessment, systematic synthesis and meta-analyses on the included studies. Random-effects models were used to handle substantial heterogeneity between studies. Meta-analysis showed that DRGs-based payment was associated with lower LOS (pooled effect: -8.07% [95%CI -13.05 to -3.10], $p=0.001$), and higher readmission rates (pooled effect: 1.36% [95%CI 0.45-2.27], $p=0.003$). This meta-analysis revealed that DRGs-based payment may have cost-saving implications by lowering LOS, whereas hardly reduce the readmission rates. Policy-makers considering adopting DRGs-based payment should pay more attention to the hospital readmission rates compared with cost-based payment.

► **Spending And Quality After Three Years Of Medicare’s Voluntary Bundled Payment For Joint Replacement Surgery**

NAVATHE A. S., EMANUEL E. J., VENKATARAMANI A. S., *et al.*

2020

Health Affairs 39(1): 58-66.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00466>

Medicare has reinforced its commitment to voluntary bundled payment by building upon the Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) initiative via an ongoing successor program, the BPCI Advanced Model. Although lower extremity joint replacement (LEJR) is the highest-volume episode in both BPCI and BPCI Advanced, there is a paucity of independent evidence about its long-term impact on outcomes and about whether improvements vary by timing of participation or arise from patient selection rather than changes in clinical practice. We found that over three years, compared to no participation, participation in BPCI was associated with a 1.6 percent differential decrease in average LEJR episode spending with no differential changes in quality, driven by early participants. Patient selection accounted for 27 percent of episode savings. Our findings have important policy implications in view of BPCI Advanced and its two participation waves.

► **Estimating Attribute-Specific Willingness-To-Pay Values From A Health Care Contingent Valuation Study: A Best–Worst Choice Approach**

SEVER I., VERBIČ M. ET KLARIC SEVER E.

2020

Applied Health Economics and Health Policy 18(1): 97-107.

<https://doi.org/10.1007/s40258-019-00522-2>

Willingness-to-pay (WTP) studies frequently use a contingent valuation (CV) method to determine the economic value of a good or service. However, a typical CV study is able to estimate the WTP for a good as a whole, but provides no information about the marginal WTP for different attributes of a good.

► **A Systematic Review Of Case-Mix Models For Home Health Care Payment: Making Sense Of Variation**

VAN DEN BULCK A. O. E., DE KORTE M. H., ELISSEN A. M. J., *et al.*

2020

Health Policy 124(2): 121-132.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.012>

Background :Case-mix based payment of health care services offers potential to contain expenditure growth and simultaneously support needs-based care provision. However, limited evidence exists on its application in home health care (HHC). Therefore, this study aimed to synthesize available international literature on existing case-mix models for HHC payment. Methods We performed a systematic review of scientific literature, supplemented with grey literature. We searched for literature using six scientific databases, reference lists, expert consultation, and targeted websites. Data on study design, case-mix model attributes, and conclusions were extracted narratively. Results :Of 3303 references found, 22 scientific studies and 27 grey documents met eligibility criteria. Eight case-mix models for HHC were identified, from the US, Canada, New Zealand, Australia, and Germany. Three countries have implemented a case-mix model as part of a HHC payment system. Different combinations of in total 127 unique case-mix predictors are included across models to predict HHC use. Case-mix models also differ in targeted services, operationalization, and outcome measures and predictive power. Conclusions Case-mix based payment is not yet widely used within HHC. Multiple varieties were found between HHC case-mix models, and no one best form of a model seems to exist. Even though varieties are partly inevitable due to country-specific contexts, developing a shared vision in case-mix model attributes would be key to achieving efficient, needs-based HHC.

Health status

► **Mesure de la qualité de vie au travail des professionnels de Protection maternelle et infantile**

EURY C., SAÍAS T. ET LEDUC H.
2020

Rev Epidemiol Sante Publique 68(1): 64.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.11.017>

État de la question : Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) sont soumis depuis les années 1970 à un élargissement de leurs prérogatives, passant de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile à un véritable service de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces évolutions ont été menées dans un contexte économique contraint pouvant mettre en difficulté les services. Cependant, peu de données sont disponibles sur les professionnels eux-mêmes. Matériel et méthodes : Nous avons alors souhaité questionner leur qualité de vie au travail (QVT). Une enquête nationale a été menée en utilisant l'échelle « Work-Related Quality of Life » (WRQoL). Résultats : Sept-cents sept individus (707) ont répondu au questionnaire. Il a ainsi été possible de proposer une première mesure de la QVT en PMI, et de valider l'échelle WRQoL auprès des professionnels de PMI. Concernant les variables indépendantes, les principaux résultats montrent une homogénéité de la QVT dans l'échantillon global sans effet significatif de la profession ou du statut cadre. Un impact négatif de l'ancienneté en PMI sur la QVT des professionnels et notamment sur leur stress au travail a pu être observé. La formation continue joue quant à elle un rôle positif en améliorant la satisfaction au travail. Pourtant, près d'un tiers des professionnels n'en bénéficie pas. Conclusion : Ce constat nous oblige à questionner l'effet de l'organisation institutionnelle sur les professionnels.

► **La santé des personnes âgées selon le niveau socio-économique : évolutions au fil des générations ?**

MYCK M., NAJSZTUB M. ET OCZKOWSKA M.
2019

Retraite et société 81(1): 17-39.
www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-1-page-17.htm

À partir des données de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (Share), nous pouvons analyser la relation qui existe entre la santé et les conditions socioéconomiques : c'est ce que nous appelons « gradient socio-économique de la santé ». Nous nous intéressons aux individus âgés de 50 à 56 ans de 10 pays européens à deux périodes distinctes (2004-2006 et 2013-2015), en comparant le gradient entre deux groupes de génération. Nous examinons cette relation en fonction de quatre mesures de la santé et de quatre indicateurs du statut socio-économique : l'éducation, le revenu, la richesse financière et la richesse réelle. Il existe bel et bien une relation forte et statistiquement significative entre la santé, qu'elle soit physique ou mentale, et les variables socioéconomiques, mais nous avons trouvé peu d'éléments prouvant le nivellement du gradient entre les groupes en Europe. Pour ce qui concerne la santé mentale, nous montrons que le gradient s'est accentué chez les cohortes les plus jeunes en matière d'actifs financiers.

Geography of health**► Strategic Analysis Of Interventions To Reduce Physician Shortages In Rural Regions**DANISH A., BLAIS R. ET CHAMPAGNE F.
2019**Rural and remote health 19(4): 5466.**<https://doi.org/10.22605/RRH5466>

Physician shortages in rural regions of OECD countries has led to the development of regulatory, financial, educational and tailored interventions designed to reduce physician shortages. Studies evaluating these interventions report weak or inconclusive results. The objective of this research is to examine the strategic relevance of the interventions by identifying and prioritizing the determinants of physician shortages and analyzing the interventions based on their ability to target the determinants. First, the determinants of physician shortages were identified and categorized using Mays et al's 2005 method for reviewing qualitative literature. Second, the determinants were prioritized based on importance, severity and solvability, using Lehmann et al's multilevel categorization of factors affecting attraction and retention. Third, the interventions were analyzed based on their ability to target the determinants through a document analysis as descriptive commentary from a policy analysis perspective. Three individual and 10 contextual (work, rural or international context) determinants of physician shortages were identified. Non-rural background, inadequate training and inadequate incentive structure were prioritized as level 1. Lack of professional support, poor work infrastructure and personal interests were prioritized as level 2. Poor rural infrastructure, inadequate supply planning and cultural difference were prioritized as level 3. Non-minority background, geography and climate, global migration and aging population were prioritized as level 4. Establishing rural medical schools targets the greatest number of priority determinants, followed by financial interventions targeting practicing physicians and non-traditional health services delivery strategies. Curriculum changes, professional support strategies, selective admission to medical schools, financially targeting student physicians and coercive regulatory measures follow. Community support strategies target the fewest number of determinants and trickle-down economic regulation tar-

gets none. Strategic analysis demonstrates that most interventions designed to reduce physician shortages in rural regions are strategically relevant because they address the priority determinants of physician shortages. A link is established between the determinants of physician shortages and the interventions, thereby addressing an important concern expressed in the literature. An original contribution is made to health human resources literature by relying on established theoretical frameworks to achieve a strategic analysis of the interventions.

► Démographie des chirurgiens-dentistes en région Centre-Val de Loire : opportunités et perspectivesDENIS F., GUIMELLI B., NICOLAS E., *et al.*
2019**Santé Publique 31(5): 711-714.**www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-5-page-711.htm

La région Centre-Val de Loire est particulièrement impactée par la pénurie de professionnels de santé. La démographie des chirurgiens-dentistes n'échappe pas à cette conjoncture au point que le départ à la retraite d'un praticien est devenu un véritable enjeu de santé publique. Pour cela, des passerelles ont été créées entre les facultés d'odontologie de Nantes, de Clermont-Ferrand et la faculté de médecine de Tours, pour accueillir des étudiants de troisième cycle court en région Centre-Val de Loire, faire le lien avec les praticiens libéraux et permettre aux étudiants de se confronter aux problématiques de santé de ce territoire.

► Cancer, territoires et discrimination : des zones rurales aux quartiers prioritaires de la villeMEIDANI A. ET ALESSANDRIN A.
2019**Santé Publique 31(5): 693-702.**www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-5-page-693.htm

L'objectif de cet article est de restituer une enquête portant sur les déterminants sociaux qui influencent l'expérience cancéreuse dans sa pluralité. Il fait ainsi

place aux inégalités socio-économiques et ethnoraciales et discute l'entrée territoriale comme marqueur d'inégalités de la santé. L'article retient le volet qualitatif et français de deux recherches, dont une européenne et de protocole mixte, et prend appui sur 60 entretiens menés auprès des malades et des professionnels impliqués dans leur prise en charge et 100 heures d'observations in situ de consultations de soins. Les résultats se structurent autour de quatre axes. Le premier fait la part belle au principe d'un accès universel aux soins. Le second met l'accent sur les « minorités visibles », plus présentes dans les quartiers prioritaires de la ville que dans les zones rurales, et leur invisibilisation en oncologie. Le troisième axe se focalise sur les interactions soignants/soignés et la notion de « confiance médiatisée par la "bonne réputation" » des établissements et des professionnels. Enfin, le quatrième axe met en perspective les contours genrés de la trajectoire de la maladie et du soutien social. L'article met en évidence les mécanismes de production d'inégalités sociales de santé en contexte de désertification. Il montre que ces inégalités restent encadrées dans un système de ségrégation territoriale, socio-économique et raciale qui renforce les sentiments de discrimination des patient.e.s atteint.e.s de cancer.

► **Defining General Practitioner And Population Catchments For Spatial Equity Studies Using Patient Enrolment Data In Waikato, New Zealand**

WHITEHEAD J., PEARSON A. L., LAWRENSON R., *et al.*
2020

Applied Geography 115: 102137.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143622819301997>

The enhanced-two-step-floating-catchment-area (E2SFCA) method is a popular measure of the spatial accessibility of healthcare such as general practitioner (GP) services. However, the key step of defining appropriate GP and population catchment sizes is often overlooked. Applications of E2SFCA methods use a range of catchment sizes, most of which are arbitrarily defined due to a lack of real-world data to inform this decision. The use of inappropriate catchment sizes may under- or over-estimate spatial accessibility in some areas. In this paper patient enrolment data is used to determine appropriate GP and population catchment sizes in the Waikato, central North Island, region of New Zealand. A range of thresholds were tested, including: 100, 95, 90, 85, 75, and 65 percent of enrolled patients. Initial results suggest that catchment sizes vary across rural and urban areas. Further, incorporating variable data-driven population catchments recognises patient travel patterns and appears to improve spatial accessibility results in a mixed urban-rural context, although further modification may be necessary. This study has demonstrated an effective approach to defining appropriate GP and population catchments for use with the E2SFCA method, where access to patient enrolment data is available.

Handicap

Disability

► **Vieillessement et handicap psychique : bibliographie Ascodocpsy**

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(1): 46-48.

www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-1-page-46.htm

Comment repérer le vieillissement chez une personne handicapée, où se mêlent un tableau clinique des incapacités et des dépendances diverses et antérieures, avec le vieillissement physiologique du corps et ses conséquences ? À ce jour, il n'y a pas de référentiel clinique du vieillissement de personnes en situation de handicap en général, et du handicap psychique en particulier. Comment dans ce cas, les accompagnants

peuvent-ils, parmi la symptomatologie des déficiences, percevoir les signes du vieillissement ? Ils risquent de confondre le vieillissement physiologique avec l'évolution d'une incapacité fonctionnelle. Est-ce que le vieillissement est plus précoce et plus rapide que dans la population ordinaire en raison de sa fragilité, entraînant une dépendance encore plus importante ? Les données statistiques Ameli montrent que l'espérance de vie est inférieure d'environ 15 ans chez les personnes souffrant de troubles psychiques, et l'âge moyen de leur décès se situe à 67 ans. Sont-elles davantage vulnérables aux maladies corporelles en raison de leur incapacité à exprimer leurs maux ? Est-ce que leur espace de vie se rétrécit davantage que chez les sujets dits normaux ? Quel type d'accompagnement spécifique pour répondre aux besoins ? Ce numéro tente d'apporter des réponses à toutes ces interrogations, de préciser l'éventail des prises en charge actuelles dans ce domaine, avec des témoignages de professionnels qui décrivent leurs pratiques d'accompagnement dans des établissements divers (Ehpad, famille d'accueil, équipes mobiles...), ainsi que celui de l'UNAFAM et de personnes touchées par ce handicap.

► **Bien vieillir avec un handicap psychique**

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(1): 30-33.

www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-1-page-30.htm

Jacques et Madeleine sont 2 membres d'un GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle), situé à Bourg-la-Reine, âgés respectivement de 67 et 64 ans. Ils ont accepté d'être interviewés, de raconter leur parcours de vie, d'évoquer les problèmes de santé auxquels ils sont confrontés, et plus spécifiquement ceux liés à leur vieillissement, ainsi que leur situation actuelle et leur mode de vie.

► **Vieillir lorsqu'on est en situation de handicap psychique**

DEHELLE A., FRELIN F. ET RICHARD M.-J.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(1): 24-29.

www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-1-page-24.htm

C'est avec la personne handicapée psychique vieillissante et invisible, autour du sens qu'elle souhaite donner aux années qui lui restent à vivre, que doivent être coordonnés les soins et les accompagnements en tenant compte des capacités de son entourage. A nous tous et aux pouvoirs publics, dans le cadre d'une réelle « démocratie sanitaire », d'en faire des partenaires pour inventer, au plus près de leurs lieux de vie, ce qui leur permettrait enfin d'exister dans nos collectivités accessibles pour une société réellement inclusive.

► **Quelle place pour l'adulte handicapé vieillissant ?**

IGLESIAS N.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(1): 14-17.

www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-1-page-14.htm

Cet article relate l'expérience de la première maison de retraite ouverte spécifiquement pour personnes présentant des troubles psychiques par la Croix-Marine en Auvergne en 1972. Ayant successivement adopté les statuts d'EHPAD puis de Foyer d'accueil médicalisé pour personnes handicapées vieillissantes, l'établissement est animé par une équipe médicale doublée d'une équipe pédagogique qui en assure l'animation. La structure devient finalement pour les résidents un lieu pour vivre en étant accompagnés jusqu'à la fin de vie.

Hospitals

► **Deepening Our Understanding Of Quality In Australia (DUQua): An Overview Of A Nation-Wide, Multi-Level Analysis Of Relationships Between Quality Management Systems And Patient Factors In 32 Hospitals**

BRAITHWAITE J., CLAY-WILLIAMS R., TAYLOR N., *et al.*

2019

International Journal for Quality in Health Care 32(Supplement_1): 8-21.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz103>

The Deepening our Understanding of Quality in Australia (DUQuA) project is a multisite, multi-level, cross-sectional study of 32 of the largest hospitals in Australia. This overview examines relationships between (i) organization-level quality management systems and department-level quality management strategies and (ii) patient-level measures (clinical treatment processes, patient-reported perceptions of care and clinical outcomes) within Australian hospitals. We examined hospital quality improvement structures, processes and outcomes, collecting data at organization, department and patient levels for acute myocardial infarction (AMI), hip fracture and stroke. Data sources included surveys of quality managers, clinicians and patients, hospital visits, medical record reviews and national databases. Outcomes data and patient admissions data were analysed. Relationships between measures were evaluated using multi-level models. We based the methods on the Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE) framework, extending that work in parts and customizing the design to Australian circumstances. The 32 hospitals, containing 119 participating departments, provided wide representation across metropolitan, inner and outer regional Australia. We obtained 31 quality management, 1334 clinician and 857 patient questionnaires, and conducted 2401 medical record reviews and 151 external assessments. External data via a secondary source comprised 14 460 index patient admissions across 14 031 individual patients. Associations between hospital, Emergency Department (ED) and department-level systems and strategies and five patient-level outcomes were assessed: 19 of 165 associations (11.5%) were statistically significant, 12 of

79 positive associations (15.2%) and 7 of 85 negative associations (8.2%). We did not find clear relationships between hospital-level quality management systems, ED or department quality strategies and patient-level outcomes. ED-level clinical reviews were related to adherence to clinical practice guidelines for AMI, hip fracture and stroke, but in different directions. The results, when considered alongside the DUQuE results, are suggestive that front line interventions may be more influential than department-level interventions when shaping quality of care and that multi-pronged strategies are needed. Benchmark reports were sent to each participating hospital, stimulating targeted quality improvement activities. We found no compelling relationships between the way care is organized and the quality of care across three targeted patient-level outcome conditions. The study was cross-sectional, and thus we recommend that the relationships studied should be assessed for changes across time. Tracking care longitudinally so that quality improvement activities are monitored and fed back to participants is an important initiative that should be given priority as health systems strive to develop their capacity for quality improvement over time.

► **Does Public Report Card Matter? A 10-Year Interrupted Time Series Analysis On Total Knee Replacement**

CHEN T.-T., HSUEH Y.-S., LIAW C.-K., *et al.*

2019

European Journal of Public Health 30(1): 4-9.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz112>

There is a lack of evidence that shows whether a report card can improve health outcomes in terms of infection rates or unscheduled readmission by using rigorous methods to evaluate its impact. We used the National Health Insurance Administration's claims database from 1 January 2004 to 30 December 2013 and a time series analysis to evaluate the impact of the quality report card initiative on three negative outcomes of total knee replacement for each quarter of the year, including the rates of superficial infection of a knee replacement, deep infection of knee arthroplasty and unplanned readmissions for surgical site infection. These negative outcomes (original scale) do not show

significant decreases in terms of superficial infection (-0.05% , -0.63 to 0.53% , $P=0.87$), deep infection (-0.003% , -0.19 to 0.18% , $P=0.97$) and unscheduled readmission (0.02% , -0.21 to 0.25% , $P=0.88$). The total knee replacement public report card initiative did not improve the rate of infection and unscheduled readmission for surgical site infection. This report card in Taiwan should involve physicians' participation in the design and be tailored to be suitable for reading by patients in order to further enhance the chance of improvement in these negative outcomes.

► **ADOP-HAD : un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile**

COUILLEROT-PEYRONDET A.-L., BONGIOVANNI-DELAROZIÈRE I., SCEMAMA O., *et al.*

2019

[Revue française des affaires sociales\(3\): 113-124.](#)

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-113.htm

Alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle, l'hospitalisation à domicile (HAD) peut être envisagée dans le cadre d'un parcours de santé coordonné afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Cette forme d'hospitalisation constitue une réponse directe à l'aspiration grandissante de la population d'être soignée dans son environnement familial, quand la situation le permet. Elle s'inscrit par ailleurs pleinement dans l'évolution des besoins en soins avec comme objectif l'adaptation aux évolutions structurelles de la société, au développement de pathologies chroniques et plus lourdes avec le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie mais aussi la prise en compte des enjeux économiques et d'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. L'HAD permet de participer à la régulation de l'offre de soins par l'anticipation du parcours thérapeutique en diminuant la durée des hospitalisations conventionnelles ou en permettant de les éviter. En outre, en favorisant la coopération entre professionnels de santé, l'HAD contribue à limiter les ruptures de prise en charge et à assurer la continuité des soins de manière cohérente, avec comme enjeu la pertinence des parcours de soins.

► **Les dispositifs de réadaptation : de la seconde guerre mondiale aux GHT**

DEVAILLY J. P. ET JOSSE L.

2020

[Gestions Hospitalières\(591\): 592-596.](#)

La réadaptation - définie par l'OMS comme « l'ensemble des mesures qui aident les personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et à maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement » - est une priorité de santé publique internationale. Le besoin des patients hospitalisés ont évolué et relèvent de plus en plus souvent de finalités de soins multiples, combinant prévention, soins curatifs, réadaptation, assistance aux activités de vie quotidienne et soutien social. La mise en place des groupes hospitaliers de territoire peut être une opportunité ou une menace pour le déploiement de l'offre de soins territoriale. Certaines restructurations peuvent en effet fragiliser la cohérence des dispositifs mis en place après la Seconde guerre mondiale ou, au contraire, favoriser la pertinence et la continuité des soins.

► **Choisir la césarienne : une pratique où convergent habitus de classe et intérêts médicaux**

GELLY M., CRISTOFALO P. ET GASQUET-BLANCHARD C.

2019

[Revue française des affaires sociales\(3\): 71-90.](#)

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-71.htm

Dans un contexte d'interrogation de la pertinence des pratiques autour de l'accouchement, nous analysons le choix de la césarienne comme produit des rapports de classe et de l'offre médicale. Par une enquête qualitative dans une maternité privée de type 1 accueillant une clientèle très aisée, et pratiquant la césarienne à des taux élevés, nous explorerons les logiques professionnelles et les logiques de classe qui contribuent à rendre compte de l'offre et de la demande de césarienne. L'article analyse les conditions sociales de possibilité d'une préférence pour la césarienne, du côté des femmes comme du côté des obstétricien·ne·s, et rend compte des modalités du choix de la césarienne par les femmes et de ses modalités de légitimation, par les obstétricien·ne·s, lorsqu'elle est pratiquée en dehors des critères définis par les recommandations médicales nationales.

► **Is Mortality Readmissions Bias A Concern For Readmission Rates Under The Hospital Readmissions Reduction Program?**

PAPANICOLAS I., ORAV E. J. ET JHA A. K.

2020

Health Services Research 55(2) : 249-258

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13268>

The aim of this study is to determine whether the exclusion of patients who die from adjusted 30-day readmission rates influences readmission rate measures and penalties under the Hospital Readmission Reduction Program (HRRP). Data Sources/Study Setting 100% Medicare fee-for-service claims over the period July 1, 2012, until June 30, 2015. Study Design We examine the 30-day readmission risk across the three conditions targeted by the HRRP: acute myocardial infarction (AMI), congestive heart failure (CHF), and pneumonia. Using logistic regression, we estimate the readmission risk for three samples of patients: those who survived the 30-day period after their index admission, those who died over the 30-day period, and all patients who were admitted to see how they differ. Data Collection/Extraction Methods We identified and extracted data for Medicare fee-for-service beneficiaries admitted with primary diagnoses of AMI (N = 497 931), CHF (N = 1 047 552), and pneumonia (N = 850 552). Results The estimated hospital readmission rates for the survived and nonsurvived patients differed by 5%-8%, on average. Incorporating these estimates into overall readmission risk for all admitted patients changes the likely penalty status for 9% of hospitals. However, this change is randomly distributed across hospitals and is not concentrated amongst any one type of hospital. Conclusions Not accounting for variations in mortality may result in inappropriate penalties for some hospitals. However, the effect of this bias is low due to low mortality rates amongst incentivized conditions and appears to be randomly distributed across hospital types.

► **Enhanced Recovery Following Hip And Knee Arthroplasty: A Systematic Review Of Cost-Effectiveness Evidence**

PRITCHARD M. G., MURPHY J., CHENG L., *et al.*

2020

BMJ Open 10(1): e032204.

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/1/e032204.full.pdf>

The objectives of this paper is to evaluate the cost-effectiveness of enhanced recovery pathways following total hip and knee arthroplasties. Secondary objectives were to report on quality of studies and identify research gaps for future work. Design Systematic review of cost-utility analyses. Data sources Ovid MEDLINE, Embase, the National Health Service Economic Evaluations Database and EconLit, January 2000 to August 2019. Eligibility criteria English-language peer-reviewed cost-utility analyses of enhanced recovery pathways, or components of one, compared with usual care, in patients having total hip or knee arthroplasties for osteoarthritis. Data extraction and synthesis Data extracted by three reviewers with disagreements resolved by a fourth. Study quality assessed using the Consensus on Health Economic Criteria list, the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research and Assessment of the Validation Status of Health-Economic decision models tools; for trial-based studies the Cochrane Collaboration's tool to assess risk of bias. No quantitative synthesis was undertaken. Results We identified 17 studies: five trial-based and 12 model-based studies. Two analyses evaluated entire enhanced recovery pathways and reported them to be cost-effective compared with usual care. Ten pathway components were more effective and cost-saving compared with usual care, three were cost-effective, and two were not cost-effective. We had concerns around risk of bias for all included studies, particularly regarding the short time horizon of the trials and lack of reporting of model validation. Conclusions Consistent results supported enhanced recovery pathways as a whole, prophylactic systemic antibiotics, antibiotic-impregnated cement and conventional ventilation for infection prevention. No other interventions were subject of more than one study. We found ample scope for future cost-effectiveness studies, particularly analyses of entire recovery pathways and comparison of incremental changes within pathways. A key limitation is that standard practices have changed over the period covered by the included studies. PROSPERO registration number CRD42017059473.

► **Do Hospitals Respond To Decreasing Prices By Supplying More Services?**

SALM M. ET WÜBKER A.
2020

Health Economics 29(2): 209-222.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3973>

Regulated prices are common in markets for medical care. We estimate the effect of changes in regulated reimbursement prices on volume of hospital care based on a reform of hospital financing in Germany. Uniquely, this reform changed the overall level of reimbursement—with increasing prices for some hospitals and decreasing prices for others—without directly affecting the relative prices for different groups of patients or types of treatment. Based on administrative data, we find that hospitals react to increasing prices by decreasing the service supply and to decreasing prices by increasing the service supply. Moreover, we find some evidence that volume changes for hospitals with different price changes are nonlinear. We interpret our findings as evidence for a negative income effect of prices on volume of care.

► **111 Rates And Risk Factors For Hospital Admission In People With Dementia: Systematic Review**

SHEPHERD H., LIVINGSTON G., CHAN J., *et al.*
2020

Age and Ageing 49(Supplement_1): i38-i38.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afz198>

Hospitalisation is often harmful for people with dementia and results in high societal costs, so avoidance of unnecessary admissions is a global priority. However, no intervention has yet reduced admissions of community-dwelling people with dementia. We therefore aimed to examine hospitalisation rates of people with dementia and whether these differ from people without dementia, and to identify socio-demographic and clinical predictors of hospitalisation. We searched MEDLINE, Embase and PsycINFO from inception to May 9, 2019. We included observational studies which (1) examined community-dwelling people with dementia of any age or dementia subtype, (2) diagnosed dementia using validated diagnostic criteria, and (3) examined all-cause general (i.e. non-psychiatric) hospital admissions. Two authors screened abstracts for inclusion and independently extracted data and assessed included studies for risk of bias. Three authors graded evidence strength using Cochrane's GRADE

approach, including assessing for evidence of publication bias using Begg's test. We used random effects meta-analysis to pool estimates for hospitalisation risk in people with and without dementia. We included 34 studies of 277,432 people with dementia; 17 from US, 15 from Europe and 2 from Asia. Pooled relative risk of hospitalisation for people with dementia compared to those without was 1.42 (95% confidence interval 1.21, 1.66) in studies adjusted for age, sex, and physical comorbidity. Hospitalisation rates in people with dementia was between 0.37 and 1.26/person-year in high-quality studies. There was strong evidence that admission is associated with older age, and moderately strong evidence that multimorbidity, polypharmacy, and lower functional ability are associated with admission. There was strong evidence that dementia severity alone is not associated. People with dementia are more frequently admitted to hospital than those without dementia, independent of physical comorbidities. Future interventions to reduce unnecessary hospitalisations should target potentially-modifiable factors, such as polypharmacy and functional ability, in high-risk populations.

► **Hospital Staff Shortages: Environmental And Organizational Determinants And Implications For Patient Satisfaction**

WINTER V., SCHREYÖGG J. ET THIEL A.
2020

Health Policy 124 (4) : 380-388

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.001>

Recent discussions and previous research often indicate that German hospitals are affected by a shortage of healthcare personnel on the labor market. However, until now, research has provided only limited insights into how environmental and organizational factors explain variations in staff shortages, how staff shortage measures relate to staffing ratios, and what relevance staff shortages have for patients. Regression analyses based on survey data of 104 German hospitals from 2015 to 2016, combined with labor market and patient satisfaction data, show that several environmental and organizational factors are significantly related to hospital staff shortages, measured by self-reports, vacancies, and turnover. These three measures of staff shortage do not correlate to the same degree for physicians and nurses, and none of the three significantly relate to nursing ratios, which indicates that the latter is a distinct concept rather than a direct consequence of staff shortage. The analyses further show that hos-

pital staff shortages relate significantly to patient satisfaction with physician and nursing care. The findings suggest that hospitals are, to a certain extent, able to

influence the degree to which they are affected by staff shortages and that hospitals' decisions about staffing levels depend on more than staff availability.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Large Diversity In Danish Health Literacy Profiles: Perspectives For Care Of Long-Term Illness And Multimorbidity**

AABY A., BEAUCHAMP A., O'HARA J., *et al.*
2019

[European Journal of Public Health 30\(1\): 75-80.](#)
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz134>

Health literacy is an important, modifiable, social determinant of health. This study aims to explore health literacy challenges of people with long-term illness or multimorbidity and provide detailed profiles revealing health literacy strengths and weaknesses within a Danish population. In this cross-sectional study among Danish individuals ($n=490$), health literacy was assessed using the nine-scale Health Literacy Questionnaire (HLQ). Using multiple logistic regression and hierarchical cluster analysis, we estimated the association between HLQ scale scores and the likelihood of long-term illness and multimorbidity, and identified socio-demographic and health characteristics related to profiles of health literacy strengths and weaknesses. An increase in 'actively managing my health' and 'social support for health' decreased the odds of having a long-term illness [odds ratio, OR 0.53 (0.31–0.9); OR 0.43 (0.24–0.74)] and multimorbidity [OR 0.51 (0.26–0.98); OR 0.33 (0.17–0.62)], respectively. Conversely, an increase in 'healthcare provider support' increased the odds of having long-term illness [OR 2.97 (1.78–5.08)] and multimorbidity [OR 2.94 (1.53–5.87)], respectively. Five profiles were identified based on the cluster analysis. Each cluster was characterized by specific health characteristics, e.g. Cluster A by better health status ($\chi^2=39.976$ (4), $P < 0.001$) and well-being ($\chi^2=28.832$ (4), $P < 0.001$) and Cluster D by poor health status ($\chi^2=39.976$ (4), $P < 0.001$) and increased likelihood of long-term illness ($\chi^2=18.641$ (4), $P < 0.001$). The association of health literacy with long-term illness and multimorbidity in combination with the health literacy profiling based on cluster anal-

ysis provides a comprehensive needs assessment and a promising starting point for the development of health literacy responsive interventions.

► **Statut économique et participation sociale : effets sur la qualité de vie des personnes âgées fragilisées. Une étude transversale en Italie et en Grèce**

BARBABELLA F., POLI A. ET KOSTAKIS I.
2019

[Retraite et société 81\(1\): 41-64.](#)
www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-1-page-41.htm

Les personnes âgées souffrant de limitations fonctionnelles, dont l'état de santé et la qualité de vie (QdV) sont souvent très faibles, constituent un groupe vulnérable. En Italie comme en Grèce, ce sont les soins informels et le personnel soignant employé à titre privé qui leur permettent le plus souvent de bénéficier d'un soutien et d'une prise en charge continue, plus que les services d'aide publics. Cette situation peut entraîner une dégradation de la QdV si les personnes âgées ne disposent pas de ressources sociales et économiques propres leur permettant de faire face à leurs limitations, particulièrement dans un contexte fortement influencé par les effets de la crise économique. Quel rôle joue le statut socioéconomique (SSE) et la participation sociale en tant qu'indicateurs de la QdV des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles, après cette période de la grande récession ? Pour répondre à cette question, nous avons utilisé des données Share (Survey of health ageing and retirement in Europe) de la vague 6 sur les adultes de 50 ans et plus afin de réaliser une analyse descriptive transversale et appliquer un modèle de régression linéaire hiérarchique à l'Italie et à la Grèce, avec des blocs d'indicateurs dans les domaines démographique, socioéconomique, de la santé, de l'accès aux soins et de la participation sociale. Même si un bon état de santé

demeure l'indicateur le plus important, on constate pour les deux pays que les niveaux plus élevés de SSE et de participation sociale sont fortement corrélés à une meilleure QdV. Nos résultats suggèrent que les personnes âgées les plus socialement défavorisées ont plus de risque de subir des inégalités sociales, entraînant des répercussions sur leur QdV et leur inclusion sociale.

► **Socioeconomic Inequalities In Suicide Mortality In European Urban Areas Before And During The Economic Recession**

BORRELL C., PALÈNCIA L., MARÍ DELL'OLMO M., *et al.*
2019

European Journal of Public Health 30(1): 92-98.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz125>

Few studies have assessed the impact of the financial crisis on inequalities in suicide mortality in European urban areas. The objective of the study was to analyse the trend in area socioeconomic inequalities in suicide mortality in nine European urban areas before and after the beginning of the financial crisis. This ecological study of trends was based on three periods, two before the economic crisis (2000–2003, 2004–2008) and one during the crisis (2009–2014). The units of analysis were the small areas of nine European cities or metropolitan areas, with a median population ranging from 271 (Turin) to 193 630 (Berlin). For each small area and sex, we analysed smoothed standardized mortality ratios of suicide mortality and their relationship with a socioeconomic deprivation index using a hierarchical Bayesian model. Among men, the relative risk (RR) comparing suicide mortality of the 95th percentile value of socioeconomic deprivation (severe deprivation) to its 5th percentile value (low deprivation) were higher than 1 in Stockholm and Lisbon in the three periods. In Barcelona, the RR was 2.06 (95% credible interval: 1.24–3.21) in the first period, decreasing in the other periods. No significant changes were observed across the periods. Among women, a positive significant association was identified only in Stockholm (RR around 2 in the three periods). There were no significant changes across the periods except in London with a RR of 0.49 (95% CI: 0.35–0.68) in the third period. Area socioeconomic inequalities in suicide mortality did not change significantly after the onset of the crisis in the areas studied.

► **Defining And Measuring Health Poverty**

CLARKE P. ET ERREYGGERS G.

2020

Social Science & Medicine 244: 112633.

<https://doi.org/10.1007/s41669-019-00190-x>

Unlike other aspects of welfare (e.g. income), health has been relatively neglected when it comes to defining and measuring aspects of poverty. The aim of the paper is twofold: first we elaborate how the concept of 'health poverty' can be defined and measured, and second we apply the methodology to study health poverty in a variety of cases. The measurement of health poverty allows us to gain insights into different sorts of health deprivation in society as a whole, and in specific subgroups. We measure poverty by means of the widely adopted Foster-Greer-Thorbecke (FGT) class of indicators and apply this to three different health variables: cardiovascular risk, health status and life expectancy. Moreover, the FGT class is additively decomposable, making it possible to gauge the contribution of specific subgroups to overall poverty. We provide two applications of these methods. Firstly, we examine changes in the risk of cardiovascular disease (CVD) in the United States using two waves of the NHANES survey from 2005-06 and 2013-14 (n=3,014 and 4,001 respectively) and use a threshold of 20% 10 year CVD risk to define health poverty. Overall our results indicate a slight decline in the proportion at high CVD risk between these periods. Secondly, we apply poverty measures to health status as measured by the SF-6D index and to empirically derived predictions of life expectancy and estimated using 24,820 individuals from the first 15 waves of the Australian HILDA survey. Trends in poverty over time are compared using several thresholds and decomposed by a variety of sub-groups. Measures of health poverty can be an important instrument for focusing the attention on those with the worst health, or highest risk, in a society and should be used more widely.

► **L'instrumentation de la lutte contre les inégalités d'accès à l'activité physique. Un gouvernement des conduites par la qualité**

ILLIVI F. ET HONTA M.

2019

[Revue française des affaires sociales\(3\): 169-188.](#)

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-169.htm

L'analyse de la mise en œuvre du plan « Sport Santé Bien-Être » (PSSBE) dans une région française donne à voir un État qui agit par incitation et délégation au moyen d'instruments d'action publique (IAP). Parce qu'elles favorisent l'intéressement de réseaux d'acteurs aux enjeux du « sport-santé », ces technologies de gouvernement participent pleinement à sa diffusion et à sa régulation territoriales. Elles cherchent surtout à agir sur la qualité et la sécurité de l'offre en rationalisant les conduites des acteurs collectifs pour mieux orienter, ensuite, les décisions des individus et des prescripteurs d'activité physique que sont les professionnels de santé. L'institutionnalisation du PSSBE donne également à voir de nouvelles formes de coopération entre l'État, les collectivités territoriales et les diverses catégories d'opérateurs. Ces relations étant parfois marquées par des logiques de protection des positions et des ressources, des dispositifs sont pensés pour stabiliser les partenariats entre les acteurs du sport et ceux de la santé.

► **Community Health Centers And Access To Care Among Underserved Populations: A Synthesis Review**

SALONER B., WILK A. S. ET LEVIN J.

2019

[Medical Care Research and Review 77\(1\): 3-18.](#)

<https://doi.org/10.1177/1077558719848283>

Community health centers (CHCs) deliver affordable health services to underserved populations, especially uninsured and Medicaid enrollees. Since the early 2000s, CHCs have grown because of federal investments in CHC capacity and expansions of Medicaid eligibility. We review 24 relevant studies from 2000 to 2017 to evaluate the relationship between CHCs, policies that invest in services for low-income individuals, and access to care. Most included studies use quasi-experimental designs. Greater spending on CHCs improves access to care, especially for low-income and minority individuals. Medicaid expansions also increase CHC use. Some studies indicate that CHC investments complement Medicaid expansions to increase access cost-effectively. Further research should explore patient preferences and patterns of CHC utilization versus other sites of care and population subgroups for which expanding CHC capacity improves access to care most. Researchers should endeavor to use measures and sample definitions that facilitate comparisons with other estimates in the literature.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **14 Rational Prescribing In The Frail Elderly Population: A Quality Improvement Project To Reduce Inappropriate Prescribing Using STOPP-Frail Criteria**

BROOKE J., DARNELL R., BOLTOVA M., *et al.*

2020

[Age and Ageing 49\(Supplement_1\): i1-i8.](#)

<https://doi.org/10.1093/ageing/afz183.14>

2.5 million people in the UK are aged over 80 and up to 50% can be considered frail. Complex co-morbidities and polypharmacy are linked with adverse drug

effects and negative outcomes. NICE recommends a medication review yearly, and a hospital admission provides an opportunity for this. STOPP-Frail is a screening tool designed to highlight medications that could be reduced/stopped with a view to improving quality of life. We conducted a quality improvement project to quantify levels of inappropriate prescribing at Croydon University Hospital (CUH), with a view to de-prescribing and reducing adverse drug effects. A retrospective analysis was carried out on the Elderly Care wards at CUH. Data was collected from 60 consecutive patients discharged from 1st November 2018, utilising electronic Cerner records. Recorded medica-

tion on admission and discharge, noting any amendments in accordance with the STOPP-Frail criteria. Data collected from 60 patients; one exclusion for not meeting STOPP-Frail criteria (n = 59). Median age 86 years (69 to 103 years). Mean number of medications on admission 7.42 (1 to 15). 93.2% patients had polypharmacy (defined as ≥ 4 medications). Mean number of medications on discharge 8.22; an increase of 0.8/patient. 19.4% admission medications met STOPP-Frail criteria for inappropriate prescriptions. Only 18.8% of these were reduced or stopped during admission. Gastrointestinal and cardiovascular medications were most commonly inappropriately prescribed (n = 27 and 24 respectively). Most common medications not amended were lipid-lowering therapies (n = 21) and proton-pump inhibitors (n = 20). The opportunity to rationalise medication in the frailest patients admitted to CUH is missed in over 80% of cases. STOPP-Frail provides clear guidance to aid clinicians in reducing inappropriate prescribing. An educational programme is in place to highlight medication rationalisation and guide clinicians in the use of the STOPP-Frail tool. This includes doctors' induction, departmental teaching, posters and computer flash cards.

► **First-Year French Medical Students Consume Antidepressants And Anxiolytics While Second-Years Consume Non-Medical Drugs**

FOND G., BOURBON A., BOUCEKINE M., *et al.*
2020

Journal of Affective Disorders 265: 71-76.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719315514>

First year exams are a major source of stress amongst first-year medical students. The aim of this study is to explore antidepressant and anxiolytic consumption and addictive behavior of medical students before and after exams. Methods : Medical students of the 35 French medical schools were recruited through mailing lists and social networks between December 2016 and May 2017 and completed online Internet anonymized questionnaires. Results : Overall, 4345 medical students were included (3051 first year vs. 1294 second year). In multivariate analyses, compared to those in the first year of medicine, second year students were found to have lower anxiolytic (adjusted odd ratio (aOR) = 0.56, p = 0.01) and antidepressant consumption (aOR = 0.21, p < 0.0001) but higher psychiatric follow-up (aOR = 1.95, p < 0.0001) after adjustment for age, gender

and relationship status. Whilst second year students reported slightly higher quality of life (especially for mental health), they also reported more daily tobacco smoking (aOR = 1.78, p < 0.0001), more cannabis use disorders (aOR = 2.37, p < 0.0001), hazardous drinking (aOR = 3.61, p < 0.0001), and alcohol dependence (aOR = 3.66, p < 0.0001). Second year medical students reported fewer difficulties relating to studying in comparison to first year students (aOR = 0.60, p < 0.0001) yet they reported a higher rate of recreational drugs use with a variety of reasons including self-treatment of anxiety; disinhibition and to copy their peers (all p < 0.05). Limits : These results should be confirmed by longitudinal studies. Conclusion : First year medical students who are faced with challenges relating to studying consume more antidepressants and anxiolytics, whilst second year students have a higher consumption of recreational drugs for a range of reasons. This suggests that the first two years at medical school are an important contributor to adverse mental health and therefore present a window of opportunity for preventative intervention.

► **Le bénéfice du doute ? Incertitude et gestion des effets indésirables médicamenteux**

HARDY A.-C.

2019

Revue française des affaires sociales(3): 35-52.

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-35.htm

L'évaluation des effets indésirables des médicaments constitue un des éléments clés permettant de juger de la pertinence d'une prescription médicale. Ces effets sont cependant gérés de façons différentes par les médecins et selon des logiques peu explorées. Une meilleure connaissance de ces pratiques semble pourtant essentielle à la mise en œuvre d'une pharmacovigilance efficace. L'article s'appuie sur une partie des résultats d'une recherche sociologique réalisée auprès de médecins généralistes et spécialistes en oncologie. Il propose un modèle compréhensif des pratiques de gestion des effets indésirables médicamenteux, autour de quatre étapes clés, obtenu à l'issue d'observations et d'entretiens. À partir de ce modèle, une classification ascendante hiérarchique des résultats de l'interrogation du panel des médecins généralistes de l'ORS-URML des Pays de la Loire a dégagé une typologie des médecins qui rejoint les analyses issues en particulier des focus group. On y constate

que les praticiens se distinguent d'abord par le caractère affirmé ou mesuré de leurs réponses, illustrant les effets contradictoires d'une situation reposant sur une forte incertitude.

► **Les logiques sociales de la décision médicale. Étude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures**

LORETTI A.

2019

Sciences sociales et santé 37(4): 37-62.

www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-4-page-37.htm

Le rôle du système de santé et de soins reste jusqu'à présent peu considéré en matière d'inégalités sociales de santé. Si les inégalités face aux soins curatifs sont difficiles à objectiver, un faisceau d'observations convergentes encourage toutefois à les considérer avec attention. En s'appuyant sur l'observation de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie, cet article entend traiter de la façon dont le système de soins participe à la (re)production des inégalités en santé. Pour cela, nous proposons d'étudier le processus décisionnel biomédical concernant le traitement de patients atteints de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Il s'agira ainsi d'explorer la dimension sociale de la prescription médicale, d'en comprendre les ressorts et d'établir s'il existe des traitements différentiels, c'est-à-dire des orientations thérapeutiques fondées sur des critères non-cliniques.

► **Variation In The Prescription Drugs Covered By Health Systems Across High-Income Countries: A Review Of And Recommendations For The Academic Literature**

MORGAN S. G., DAW J. R., GREYSON D., *et al.*

2020

Health Policy 124 (3) : 231-238.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.010>

Because not all medicines are equally safe, effective, and affordable, health systems often use formularies to define explicitly which medicines will be included and excluded from coverage. We sought to synthesize methods and findings from published studies of formulary variation across health systems in high-income countries. **Methods :** We conducted a systematic review of peer-reviewed research papers published from 2000 to 2017, inclusively. Because of the heterogeneous nature of the literature, we used an inductive approach to summarize methods and findings. **Results :** Nine studies met our study inclusion criteria. Included studies used a variety of methods for selecting medicines for analysis, for measuring coverage levels, and for measuring concordance between formularies. Studies assessing variations in coverage of all licensed medicines and found lower rates of cross-national coverage variation than studies of coverage for selected specialty drugs and indications. The one study that focused on coverage of high-volume medicines found the most complete and consistent levels of formulary listings across countries. **Conclusion :** Although published studies contain interesting findings that likely have prompted discussions about their policy implications, the literature can be improved with greater transparency concerning the overarching objective of work in this area and more rigor concerning the selection, analysis, and reporting of data.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

► **Les indices de concentration géographique à l'épreuve de l'agrégation des données**

AUVRAY E. ET BOUAYAD-AGHA S.

2019

Économie & prévision 216(2): 1-20.

www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2019-2-page-1.htm

Pour caractériser la concentration spatiale des activités économiques, il convient de disposer de mesures statistiques fiables. Ceci permet d'évaluer les disparités existantes et de pouvoir comparer les niveaux de concentration par secteur dans le temps et dans l'espace. L'espace est continu mais sa discrétisation du fait du regroupement spatial d'observations à des échelles géographiques différentes (communes, départements, régions) peut induire une erreur de mesure (Briant et alii, 2010). Comme il n'est pas toujours possible de mobiliser la position exacte des entités, ce travail se propose d'étudier, à partir de données simulées, jusqu'à quel point les indices de concentration géographique des activités peuvent être biaisés par l'agrégation géographique. Nous montrons que les valeurs des indices sont sensibles à l'échelle géographique sur la base desquels ils sont calculés et que certains indices sont plus robustes que d'autres à l'agrégation géographique.

► **Une relation équivoque**

COUNIL E.

2019

Sciences sociales et santé 37(4): 99-107.

www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-4-page-99.htm

Les liens complexes et bidirectionnels entretenus entre le travail et la santé s'inscrivent dans des processus à très grande inertie. Leur étude passe ainsi nécessairement par des collectes longitudinales, rétrospectives et prospectives. Toutefois, le rapport au temps ne peut s'arrêter à une simple description de la survenue (ou non) des événements et de leur enchaînement en

forme de frise chronologique. Analyser les relations santé-travail nécessite au contraire de voyager en diachronie, pour reprendre les mots de V. Hélaridot, C. Gaudart et S. Volkoff, c'est-à-dire de rompre avec une lecture événementielle pour « s'intéresser à la dimension processuelle des objets étudiés ». À partir d'exemples principalement tirés de la sociologie du travail et de la santé et de l'ergonomie, les auteurs illustrent en effet très clairement comment les événements « se répètent », « se cumulent », « se trament », « sont configurés » et « s'inscrivent » dans la durée.

► **L'émergence et la consolidation des méthodes de microsimulation en France**

LEGENDRE F.

2019

Economie Et Statistique(510-512): 207-223.

Le but de cet article est de relater en France l'émergence progressive, depuis le milieu des années 1960, puis la consolidation, depuis le milieu des années 2000, des modèles de microsimulation dédiés à l'analyse des politiques sociales et fiscales. Nous présentons brièvement ces modèles en reprenant la distinction statique/dynamique. Nous faisons le lien entre la mise en chantier du modèle Mir, pour le modèle de l'impôt sur le revenu, et le développement de l'enquête Revenus fiscaux. Nous distinguons ensuite une première phase pendant laquelle ces modèles se sont multipliés et une phase de normalisation qui donne maintenant une place centrale au modèle Ines. À côté des évaluations en cours (Revenu universel d'activité, Régime universel de retraite, Assurance sociale du risque dépendance), les attentes les plus récentes ont trait à l'évaluation ex ante de mesures accélérant la transition écologique ou de dispositifs de type revenu universel. Enfin, nous relevons que le déploiement de la Déclaration sociale nominative renouvelle sensiblement la donne en matière de sources administratives pour alimenter ces modèles.

► **Méthodologie de redressement des données nationales de l'enquête Évreast**

LEROYER A., MURCIA M., CHASTANG J.-F., *et al.*
2019

Santé Publique 31(5): 645-655.

www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-5-page-645.htm

L'objectif principal de cette étude était de décrire la méthodologie de redressement utilisée dans le cadre de l'observatoire « Évolution et relations en santé au travail » (Évreast). Les objectifs secondaires étaient, d'une part, d'apprécier l'ampleur des écarts entre les estimations brutes et pondérées et, d'autre part, de vérifier que le décalage de deux années dans la disponibilité des données de référence utilisées n'impactait pas substantiellement les estimations produites. Méthodes : L'étude a porté sur les données recueillies en 2013 et 2014 (n = 26 227). Le redressement a comporté deux étapes : 1) la prise en compte de la probabilité de participation de chaque salarié ; 2) le calage sur marges pour corriger les éventuelles distorsions de l'échantillon par rapport au champ de l'enquête, les données de référence utilisées provenant des déclarations annuelles de données sociales (DADS) des années 2014 et 2012. L'impact du redressement a été analysé sur les 60 variables du questionnaire par l'étude des écarts entre les pourcentages bruts et pondérés. Résultats : Au total, 90 % des écarts observés entre estimations brutes et pondérées étaient compris entre - 2,0 % et + 2,0 % avec les DADS 2014, 83 % avec les DADS 2012. L'estimation brute la plus surestimée concernait le travail à temps plein et celle la plus sous-estimée, le contact avec le public. L'impact d'un décalage de deux années des données de référence était faible, quelle que soit la variable étudiée. Conclusion : Une méthodologie de redressement pour l'observatoire Évreast a été définie et mise en œuvre, permettant d'extrapoler les résultats à l'ensemble des salariés du champ de l'enquête.

► **Survey Modes Comparison In Contingent Valuation: Internet Panels And Mail Surveys**

RYAN M., MENTZAKIS E., MATHESON C., *et al.*
2020

Health Economics 29(2): 234-242.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3983>

Stated preferences methods are extensively applied in health economics to elicit preferences. Although mailed surveys were commonly used to collect data,

internet panel (IP) surveys are being increasingly used. This raises questions about the validity of responses and estimated willingness-to-pay (WTP) values generated from IP surveys. We conduct the first study in health to compare a contingent valuation IP survey with a mailed survey using the electoral roll. Our IP has a higher response rate and lower item missing response rate. The difference is reduced but remains when restricting comparisons with valid WTPs. Sample characteristics differ, with significant differences between modes for gender, age, income, and attitudes and knowledge. Although difference in WTP values exist, with the IP resulting in higher values, we find limited evidence that such differences are statistically significant. The mail survey has lower initial cost per response; however, once restricting samples to valid WTP responses with nonmissing respondent information, the cost per response across modes is similar. Our results, suggesting that IPs generate valid and cost-effective values, are encouraging as researchers move increasingly to IPs to collect preference data.

► **The Development Of The Primary Care Clusters Multidimensional Assessment (PCCMA): A Mixed-Methods Study**

STANCIU M. A., LAW R.-J., MYRES P., *et al.*
2020

Health Policy 124(2): 152-163.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019302866>

A strong primary care (PC) system is essential for an efficient and high-quality healthcare service. Many countries have adopted a model of PC that encourages different healthcare providers to work together, at scale, in multidisciplinary/multiagency teams (PC clusters). The aim of the present work was to develop a quantitative instrument for the systematic and comprehensive assessment of PC clusters. This was a non-experimental, mixed-methods study grouping four work packages (WP), and involving PC cluster leads and a wide range of key stakeholders from across Wales. Interviews with 22 PC cluster leads (34%) investigated the clusters' functioning (WP1). A systematic review identified relevant PC assessment frameworks and instruments (WP2). An expert group reviewed the evidence and drafted the new assessment tool, further evaluated and amended in two stakeholder workshops (WP3). Thirty-eight cluster leads (62%) completed the newly developed online assessment (WP4). The final instrument consisted of 53 indicators, across 11 sys-

temic dimensions of PC and produced a comprehensive assessment of the functioning of PC clusters in Wales. This rigorous early development of an innovative instrument to evaluate PC at a scaled-up (clus-

ter) level (particularly in the format of a 360-degree assessment) can inform healthcare policy decisions regarding the expansion and ongoing adjustment of the model in response to local needs and challenges.

Politique de santé

Health policy

► **Adherence To Medical Follow-Up Recommendations Reduces Hospital Admissions: Evidence From Diabetic Patients In France**

BUSSIÈRE C., SIRVEN N., RAPP T., *et al.*

2020

Health Economics 29 (4) : 508-522

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3999>

The aim of this study was to document the extent to which diabetic patients who adhered to required medical follow-ups in France experienced reduced hospital admissions over time. The main assumption was that enhanced monitoring and follow-up of diabetic patients in the primary care setting could be a substitute for hospital use. Using longitudinal claim data of diabetic patients between 2010 and 2015 from MGEN, a leading mutuelle insurance company in France, we estimated a dynamic logit model with lagged measures of the quality of adherence to eight medical follow-up recommendations. This model allowed us to disentangle follow-up care in hospitals from other forms of inpatient care that could occur simultaneously. We found that a higher adherence to medical guidance is associated with a lower probability of hospitalization and that the take-up of each of the eight recommendations may help reduce the rates of hospital admission. The reasons for the variation in patient adherence and implications for health policy are discussed.

► **La pertinence des soins : dossier thématique**

COM-RUELLE L. ET JULIENNE K.

2019

Revue Française des Affaires Sociales(3): 213.

La question de la pertinence de soins, qualifiée comme « le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon

patient » par le ministère chargé de la santé, qu'il s'agisse de prévention, de diagnostic ou de traitement, est un phénomène global et se concrétise, notamment, par des variations régionales des pratiques médicales qui ne s'expliquent ni en termes d'état de santé de la population, ni en termes de préférences des patients ou des professionnels de santé. Elle interroge tant la qualité de la prise en charge du patient que l'impact économique des soins sur le financement du système de santé. Cette problématique n'est pas récente mais occupe dorénavant le devant de la scène depuis le lancement en 2018 de la stratégie de transformation du système de santé en France. Dans ce dossier, les auteurs s'attachent à étudier les déterminants des pratiques de soins en les centrant soit sur les professionnels de santé, soit sur les patients, mais aussi en analysant les interactions entre les préférences qui conduisent à des choix dont la pertinence peut être grandement être questionnée.

► **The Road To The Alcohol Act 2018 In Finland: A Conflict Between Public Health Objectives And Neoliberal Goals**

KARLSSON T., MÄKELÄ P., TIGERSTEDT C., *et al.*

2020

Health Policy 124 (1) : 1-6

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.10.009>

Finnish alcohol policy has aimed for decades years to mitigate alcohol-related harm by using high taxation and restrictions on the physical availability of alcohol. The state monopoly on the retail of alcohol has played a central role in reducing the availability of alcohol. In 2011, preparations began for a comprehensive reform of the Alcohol Act 1994. Over time, the issue became highly politicised, lobbied and divisive. It took intense work of two consecutive governments to finalise the reform. The new Alcohol Act came into

force in 2018. It expanded the rights of grocery stores to sell alcohol and reduced the administrative burden on on-premise sales. As a result, the state monopoly on the retail of alcohol was weakened, but it still has an important impact on the physical availability of alcohol. The Finnish public health community expected an increase in alcohol sales following the reform because of greater alcohol availability and expected price reductions related to greater competition of sales in grocery stores. However, prices decreased less than expected in 2018, partly due to a simultaneous increase in alcohol taxes. It is difficult to evaluate the impact of the reform at this early stage. However, after the reform, the 10-year (2008–2017) downward trend in the total per capita alcohol consumption was discontinued despite the tax increase. According to preliminary analyses, the change in the law may have slightly increased recorded alcohol sales but the effect was not statistically significant.

► **Terminology Of Patient Engagement For French Healthcare Organizations**

MICHEL P., BRUDON A., POMEY M. P., *et al.*

2020

Rev Epidemiol Sante Publique 68(1): 51-56.

The establishment of a common pragmatic terminology represents the first step in structuring patient engagement initiatives in healthcare facilities. However, none is currently available in French. As part of the deployment of patient engagement within a French University Hospital Center, we propose a terminology of patient engagement. Methodes : We conducted a scoping review of the international literature that aimed at identifying the main conceptual and terminological frameworks for the engagement of patients, users and citizens in the healthcare system until 2019 in the PubMed and Cairn.info databases for English and French language articles. Additionally, we identified concepts and practices in the leading organizations of countries where this approach was implemented (United States, Canada and especially the province of Quebec, United Kingdom) and completed this approach by close exchanges and reflections with the team that developed the Montreal model. Results : In total, 75 references and Internet resources were consulted. Patient, interaction, patient experience, experiential knowledge, patient engagement, patient partner and its variations as a resource patient, peer-supporter, trainer, researcher and coach have been defined. Conclusion : This terminology of

patient engagement proposes an initial stabilization of the vocabulary, using a pragmatic approach. This contribution is a first step aiming at promoting the development of a new model of care and more broadly of healthcare system management, involving scientific and experiential knowledge.

► **La pertinence : trop ou trop peu de soins ?**

POLTON D.

2019

Revue française des affaires sociales(3): 139-148.

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-139.htm

La notion de pertinence des soins (appropriateness) est apparue aux États-Unis à la fin des années 1990. La première définition à laquelle il est fait référence en général est celle formulée par la Rand Corporation : un soin est pertinent si « les bénéfices escomptés pour la santé excèdent les conséquences négatives attendues, avec une marge suffisante pour qu'il vaille la peine d'être prodigué ». L'émergence de cette interrogation sur la pertinence est venue du constat répété de différences géographiques importantes, et difficilement explicables, dans la probabilité de recevoir certains types de soins. John Wennberg, un pionnier et un pilier de cette recherche sur les variations de pratique médicale, a mis en évidence ce phénomène dès 1973, avec des écarts très importants de taux d'hospitalisation pour certaines interventions chirurgicales entre zones géographiques au sein de l'État du Vermont (1 à 3, et jusqu'à 1 à 10 pour des opérations courantes). Il a ensuite développé ses analyses sur d'autres zones géographiques et montré une absence de corrélation entre le niveau de la consommation de soins et les résultats de santé dans la population concernée, ce qui l'a amené à un questionnement sur le « bon » niveau de soins, et à l'hypothèse qu'il pouvait y avoir des insuffisances, mais aussi des excès.

► **Applying Priority-Setting Frameworks: A Review Of Public And Vulnerable Populations' Participation In Health-System Priority Setting**

RAZAVI S. D., KAPIRIRI L., WILSON M., *et al.*

2020

Health Policy 124(2): 133-142.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.005>

Background There is a growing body of literature that describes, applies, and evaluates applications of health-system priority-setting frameworks in different contexts. However, little explicit focus has been given to examining operationalization of the stakeholder participation component of these frameworks. The literature identifies the public as a stakeholder group and recommends their participation when applying the frameworks. **Methods** We conducted a scoping review to search the PubMed, EMBASE, HealthSTAR, Medline, and PsycINFO databases for cases where priority-setting frameworks were applied (2000–2017). We aimed to synthesize current literature to examine the degree to which the public and vulnerable populations have been engaged through applications of these frameworks. **Findings** The following stakeholders commonly participated: managers, administrators/coordinators, clinicians/physicians, non-physician health care providers, health economists, academics/researchers, experts, decision-makers, and policy-makers. Few papers reported on public participation, and

even fewer identified vulnerable groups that participate. Stakeholders were most commonly reported to participate in identifying areas for prioritization. **Conclusions** While the frameworks were developed with stakeholder participation in mind, in practice not all stakeholders are participating in priority-setting processes as envisioned by the frameworks. The public and vulnerable groups do not consistently participate, challenging the utility of the participation component of frameworks in guiding stakeholder participation in health-system priority setting. Frameworks can be more explicit about which stakeholders should participate and detailing how their participation should be operationalized.

► **La réforme des études médicales : un chantier sans précédent : des enjeux, des espoirs, des difficultés**

SIBILIA J.

2019

Revue Du Praticien 69(9): 947-950.

Alors que les facultés françaises assurent la mise en place, avec de nombreux ajustements, de la réforme du 3^e cycle et déploient le service sanitaire, les études médicales sont rentrées dans une période de réformes quasi sans précédents de la formation des métiers médicaux.

Politique publique

Public policy

► **Territoires, bien-être et politiques publiques**

ALGAN Y., MALGOUYRES C. ET SENIK C.

2019

Notes du conseil d'analyse économique 55(7): 1-12.

www.cairn.info/revue-notes-du-conseil-d-analyse-economique-2019-7-page-1.htm

Le mouvement des Gilets jaunes a introduit dans le débat public de nombreuses interrogations sur les inégalités territoriales. La présente Note vise à analyser les déterminants locaux du mécontentement d'une partie de la population. Nous étudions cinq caractéris-

tiques des conditions de vie locale : l'emploi, la fiscalité locale, les équipements privés et publics, l'immobilier et le lien associatif. Nous mesurons l'évolution de ces dimensions au sein de chaque commune au cours des dernières années et analysons leur pouvoir prédictif sur trois symptômes du mal-être : la mobilisation des Gilets jaunes, la variation du taux d'abstention lors des élections présidentielles, ainsi que le mal-être déclaré par les citoyens.

Prévention

► Prévenir le suicide : connaissances et interventions

2019

La Santé en action(450): 52 p.

Il existe des interventions efficaces pour prévenir le suicide, cela a été démontré par la littérature scientifique. Ce constat a amené les pouvoirs publics et les intervenants dans le champ de la santé publique à intégrer cette démarche de prévention qui a fait ses preuves. Ce dossier analyse ces interventions probantes au travers de programmes concrets. Une trentaine d'experts et d'intervenants de terrain y ont contribué. Un travail coordonné par Sandrine Broussouloux, Enguerrand du Roscoät, Michel Walter et Guillaume Vaiva.

► Cost-Effectiveness Of Public Health Interventions Against Human Influenza Pandemics In France: A Methodological Contribution From The FLURESP European Commission Project

BERESNIAK A., RIZZO C., OXFORD J., *et al.*

2019

European Journal of Public Health 30(1): 43-49.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz074>

The FLURESP project is a public health project funded by the European Commission with the objective to design a methodological approach in order to compare the cost-effectiveness of existing public health measures against human influenza pandemics in four target countries: France, Italy, Poland and Romania. This article presents the results relevant to the French health system using a data set specifically collected for this purpose. Eighteen public health interventions against human influenza pandemics were selected. Additionally, two public-health criteria were considered: 'achieving mortality reduction $\geq 40\%$ ' and 'achieving morbidity reduction $\geq 30\%$ '. Costs and effectiveness data sources include existing reports, publications and expert opinions. Cost distributions were taken into account using a uniform distribution, according to the French health system. Using reduction of mortality as an effectiveness criterion, the most cost-effective options was 'implementation of new equipment of Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)

equipment'. Targeting vaccination to health professionals appeared more cost-effective than vaccination programs targeting at risk populations. Concerning antiviral distribution programs, curative programs appeared more cost-effective than preventive programs. Using reduction of morbidity as effectiveness criterion, the most cost-effective option was 'implementation of new equipment ECMO'. Vaccination programs targeting the general population appeared more cost-effective than both vaccination programs of health professionals or at-risk populations. Curative antiviral programs appeared more cost-effective than preventive distribution programs, whatever the pandemic scenario. Intervention strategies against human influenza pandemics impose a substantial economic burden, suggesting a need to develop public-health cost-effectiveness assessments across countries.

► En quête de pertinence et d'égalité ? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent

BLOY G. ET RIGAL L.

2019

Revue française des affaires sociales(3): 11-33.

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-11.htm

Cet article croise épidémiologie et sociologie pour réfléchir aux inégalités sociales présentes dans le dépistage des cancers gynécologiques (cancers du col de l'utérus et du sein). Il cherche à en préciser les logiques de prescription « ordinaires », en les référant à un système de prescripteurs, pour éclairer la fabrique des inégalités sociales en matière de dépistages gynécologiques. De la prescription, l'analyse remonte aux principaux acteurs professionnels, gynécologues et médecins généralistes, et examine comment leurs logiques d'action cohabitent, plus qu'elles ne s'articulent de façon synergique, pour produire des problèmes de pertinence et des gradients sociaux dans la réalisation des frottis et mammographies de dépistage. Le (dys)fonctionnement de l'organisation de l'offre de soins pour ces dépistages est le produit d'une histoire spécifique, saisie à un moment de tension particulier. L'analyse repose sur deux enquêtes originales autour des pratiques préventives des généralistes, dont nous

mobilisons le volet dépistage des cancers gynécologiques, et est adossée à la littérature.

► **Prévention des addictions : interventions probantes et évaluation**

DU ROSCOAT E., GILLAIZEAU I., LECRIQUE J. M., *et al.*
2019

La Santé en action(449): 52 p.

Comment s'assurer qu'une intervention de santé publique est efficace? Quels fondamentaux mettre en œuvre pour qu'un programme ait un impact positif sur les populations? Ce dossier central a pour ambition d'apporter un corpus de réponses synthétiques à ces questions majeures. Il focalise sur la thématique des addictions aux substances psychoactives (tabac, cannabis, alcool...) chez les jeunes. Une quinzaine d'experts ont contribué à cet état des connaissances - et des pratiques - sur les « interventions probantes », avec à la clé des exemples de programmes évalués, sans occulter leurs forces et leurs faiblesses.

► **Which Interventions Improve The Well-Being Of Medical Students? A Review Of The Literature**

FRAJERMAN A.
2020

Encephale 46(1): 55-64.

Physician's psychological distress has been known for more than a century. A meta-analysis found an increase in the suicide rate among physicians, compared to the general population, with a relative risk of 1.41 for men and 2.27 for women. Among interns, the prevalence of depression or depressive symptoms is estimated at 28.8% (IC 95% = 25.3%-32.5%). The suffering of medical students prior to internship has been recognized more recently. But now there are many studies, and a few meta-analyses, which have evaluated the prevalence of anxiety, depression, burnout and, more generally, the lack of well-being. Among medical students, the prevalence of depression or depressive symptoms is estimated at 27.2% (IC 95% = 24.7-29.9) and that of suicidal ideation of 11.2% (CI at 95% = 9.0-13.7). Another meta-analysis found a prevalence of burnout of 44.2% (IC 95% = 33.4-55.0). Since the problem has been known researchers have tested interventions to improve the well-being of students. Our work aims to review interventions to help medical students and use validated scales.

► **Les déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : une analyse départementale**

KONOPKA A.-M., BARNAY T., BILLAUDEAU N., *et al.*
2019

Économie & prévision 216(2): 43-63.

www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2019-2-page-43.htm

L'objectif de cette étude est d'analyser les déterminants des disparités géographiques de recours au dépistage du cancer du col en France. L'échantillon étudié est composé de femmes âgées de 25 à 65ans, assurées à la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) au moins en Régime Obligatoire (RO) sur la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014. Les modèles multi-niveaux confirment l'existence d'inégalités territoriales de recours au dépistage. Par ailleurs, ils montrent que l'âge, le tarif de la consultation de gynécologie et un contexte socio-économique défavorisé sont associés à une diminution de la probabilité de se faire dépister. Au contraire, le fait d'être en couple, d'être couverte en Régime Complémentaire (RC) par la MGEN, d'avoir eu un suivi pour une contraception ou une grossesse, de s'être faite dépister pour le cancer du sein (mammographie) et la densité de professionnels de santé sont associés à une augmentation du recours au dépistage. Différents leviers d'action sont discutés au regard du rôle majeur joué par les professionnels de santé dans l'accès au dépistage.

► **Individual Preferences For Voluntary Vs. Mandatory Vaccination Policies: An Experimental Analysis**

MEIER N. W., BÖHM R., KORN L., *et al.*
2019

European Journal of Public Health 30(1): 50-55.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz181>

More and more countries are discussing the introduction of mandatory vaccination policies. Yet, little is known about individuals' actual preferences for voluntary vs. mandatory vaccination policies, and the psychological processes underlying such preferences. Objective of the present research was to investigate the development of individual preferences for voluntary and mandatory vaccination policies. We conducted a controlled laboratory study (N=168) using a repeated interactive vaccination game with decision-contingent monetary incentives. In each round, participants decided in favour of either a voluntary or

a mandatory vaccination policy, followed by the vaccination decision (voluntary policy) or vaccination (mandatory policy) which both resulted in actual (financial) consequences. We observe large heterogeneity in participants' preferences for the voluntary vs. mandatory policy. Under voluntary vaccination, the preference for the mandatory policy increased with decreasing vaccination rates (and increasing risk of infection). In contrast, experiencing vaccine-adverse events under mandatory vaccination increased the preference for the voluntary policy. The latter effect was larger for individuals with a negative (vs. positive) attitude toward vaccination. Overall, as individuals gathered experiences under both the voluntary and the mandatory policy, the preference for voluntary vaccination policy increased over time. Individuals are more willing to accept mandatory vaccination policies when vaccination rates are low. In the long run, the occurrence of vaccine-adverse events may spark opposition to mandatory vaccination.

► **Accompagnement collectif pour l'arrêt du tabac : retour d'expérience**

SPRIMONT M., LAJZEROWICZ N. ET CASTERA P.
2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à nos pratiques 16(1): 20-27.

Le contexte actuel engendre des demandes d'aide à l'arrêt du tabac croissantes et la nécessité d'y répondre. C'est donc pour augmenter l'offre de prise en charge qu'a été conçue, durant le Moi(s) Sans Tabac 2018, cette expérience collective d'aide à l'arrêt du tabac, associant des séances de groupe hebdomadaires, un coaching infirmier et un lien avec les prescripteurs libéraux de substituts nicotiniques. L'objectif était de mettre en exergue les freins et leviers les plus contributifs de ce dispositif novateur, du point de vue des participants. Cette prise en charge collective pourrait être réitérée en routine pour accompagner efficacement un plus grand nombre de patients dans leur démarche d'arrêt.

Prévission – Evaluation

Prevision - Evaluation

► **Evaluation Of Children's Participation In A National Dental Programme In France**

BAS A. C. ET AZOGUI-LEVY S.
2019

Community Dent Oral Epidemiol 47(4): 291-298.

The current national oral health programme for children in France, called the DHE «Dental Health Examination,» began in 2007. The aims of the current study were to evaluate the efficiency and effectiveness of the DHE programme in improving resource allocation to preventive dental services and providing access to dental care, especially for the children who need it most. Children in households with higher income were more likely to participate in the DHE programme (OR=3.09, 95% CI [1.78, 5.36]). Families with higher incomes were more likely to use dental care (OR=2.23, 95% CI [1.40, 3.55]). Households with private complementary health insurance utilized more children's dental care services than households without it (OR=2.79, 95% CI [1.04, 7.49]). Families that were aware of the DHE prevention programme were more likely

to utilize dental care (OR=1.77, 95% CI [1.34, 2.33]) and had lower dental care expenses (coeff. = -142.93, 95% CI [-207.68, -78.18]). CONCLUSION: Financial barriers remain the major obstacle to dental care utilization in France, even with DHE, a free secondary prevention programme aimed at all French children. Participation in the DHE programme is associated with better access to dental care and with lower costs for both the National Health Insurance Fund and participating households.

► **Évaluation de l'éducation thérapeutique individuelle et collective chez les patients à risque cardiovasculaire : l'étude Ethiccar**

GAY B., DEMEAUX J. L. ET AFONSO M.
2020

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 204(1).

Les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en France. L'éducation thé-

rapéutique permet un meilleur suivi des pathologies chroniques. L'objectif d'Ethicar était d'évaluer l'efficacité de l'éducation thérapeutique sur la réduction du risque et de la morbi-mortalité des patients à risque cardiovasculaire par rapport au suivi habituel en médecine générale.

► **Programme d'évaluation et d'accompagnement à la pertinence des soins au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux : vers un modèle opérationnel de déploiement de la pertinence en établissement de santé**

SAILLOUR-GLENISSON F., JOUHET V., BERDAÏ D., *et al.*

2019

[Revue française des affaires sociales\(3\): 91-112.](#)

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-91.htm

La non-pertinence des soins est un phénomène fréquent et grave n'épargnant pas les établissements de

santé en France. Alors que les expériences menées jusqu'à présent se sont soldées par des effets limités, l'enjeu pour ces structures de soins est de mettre en place des interventions qui permettent d'enclencher un cercle vertueux vis-à-vis de la pertinence des soins. Le CHU de Bordeaux a fait de la pertinence des soins une des priorités de sa politique d'établissement. S'appuyant sur des outils structurants et innovants, il met en place un programme d'évaluation et d'accompagnement à la pertinence des soins (sPREAd pertinence) en deux volets : un volet interventionnel en trois axes (priorisation d'indicateurs de pertinence des soins; automatisation et visualisation des indicateurs priorités; accompagnement à des groupes d'analyse des pratiques s'appuyant sur les retours d'indicateurs automatisés) et un volet évaluatif. Cet article présente le programme sPREAd pertinence, ses fondements conceptuels et méthodologiques, et explicite les mécanismes par lesquels ses auteurs pensent qu'il aboutira à la construction d'un modèle opérationnel de déploiement de la pertinence des soins en établissement de santé.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance**

CASTRO D.

2020

[Le Journal des psychologues 374\(2\): 18-23.](#)

www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-2-page-18.htm

En cas d'adversité, le soutien social est un élément clé du rétablissement permettant à la personne impactée de redémarrer un fonctionnement psychique adaptatif et de diminuer la souffrance engendrée par l'évènement adverse. Famille, amis, pairs, collègues, etc. sont les agents de cette relation d'aide. Chacun y contribue de sa place, même s'il n'a pas été éprouvé personnellement par l'adversité, et concourt au mieux-être de la personne. S'il y a autant d'aidants que de rôles sociaux, certains sont plus aidants que d'autres parce qu'ils ont vécu des évènements similaires et parce que, de l'intérieur, ils peuvent comprendre leur impact et

les modalités d'y faire face. Il s'agit là de pairs qui ont une connaissance expérientielle de l'adversité et qui, en la partageant avec d'autres dans la même situation, instillent l'espoir et motivent à l'effort. Ces pairs, qui s'occupent de leurs pairs dans une même situation que la leur, s'inscrivent dans un processus de pair-aidance.

► **La pair-aidance, un modèle social ?**

CONRATH P. ET OUAZZANI M.

2020

[Le Journal des psychologues 374\(2\): 3-3.](#)

www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-2-page-3.htm

Le modèle de soutien égalitaire proposé par la pair-aidance renvoie, en effet, de manière bien plus large aux notions d'entraide et de solidarité et peut-être encore plus globalement aux modèles de lien social qui fondent notre société. Le partage et la

mise en commun des expériences, au-delà des profondes difficultés engendrées par les troubles, les maladies chroniques et invalidantes, trouvent en effet leur résonance dans les manifestations bien actuelles à consonances politique, économique, qui agitent fortement notre horizon social. On pourrait penser que les mouvements sociaux d'aujourd'hui font écho dans une première lecture à des préoccupations égoïstes, individualistes, comme le maintien d'avantages sociaux catégoriels, dans une reconnaissance corporatiste des différentes revendications. Or, les mouvements sociaux actuels, les prises de conscience sur les inégalités, les injustices ou les discriminations révèlent davantage une société en quête de solutions conduisant à la multiplication d'initiatives individuelles, comme celles des petites associations, de plus en plus nombreuses, face à la désagrégation du lien social et à l'évolution de la société de manière globale.

► **Programmes de soins en psychiatrie. Entre déprogrammation et reprogrammation**

DAVID M.

2020

L'information psychiatrique 96(1): 7-10.

www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-1-page-7.htm

La Haute Autorité de santé (HAS) a lancé le 10 septembre 2019 les travaux pour élaborer un guide de bon usage des programmes de soins en réunissant les dites « parties prenantes » concernées par le sujet avant que le groupe de travail proprement dit ne se réunisse trois ou quatre fois en considérant que ce nombre restreint de réunions suffira à cerner une question éminemment complexe. La même ambition s'était manifestée pour rédiger des fiches mémo pour une Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures et qui n'ont pas abouti à un résultat spectaculaire tout en s'étendant sur plusieurs mois. On remarque d'ailleurs qu'il s'agit de s'éloigner de plus en plus des questions aiguës surgissant dans les premiers temps de l'hospitalisation. Pourtant les principales difficultés concernent les premiers certificats : initiaux, 24 h et 72 h, mais c'est un sujet que les autorités, terriblement courageuses, se gardent bien d'aborder, car trop complexes, et impliquant de nombreux acteurs et notamment les médecins de ville et les urgentistes.

► **Management Of Child And Adolescent Depression In Primary Care: A Systematic Meta-Review**

DRIOT D., NGUYEN-SOENEN J., COSTES M., *et al.*

2020

Encephale 46(1): 41-54.

The aim of this study is to develop a practical guide for the management of child and adolescent depression for general practitioners (GPs), suited to their practice frame, that can be implemented on a website aimed to help GPs to manage the main mental disorders encountered in primary care. A systematic meta-review was performed as recommended by the PRISMA statement. Each step, articles' selection, inclusion, methodological assessment and data extraction for the narrative synthesis was independently performed by two researchers. Thirty-eight studies were included: 12 recommendations, 5 systematic reviews and 21 meta-analyses. The best evaluated guideline had an AGREE-II assessment of 81%, and the best evaluated meta-analysis had an assessment of 86% for R-AMSTAR and 96% for PRISMA. A clinical guide was created from the best evidence-based data to help GPs in the management of child and adolescent MDD. A French-language website, aimed to assist GPs in mental disease management and available during their consultation, will be created based on the compilation of this meta-review with other similar meta-reviews.

► **Psychiatrie : l'état d'urgence**

FIDEL D. ET ALLERMOZ E.

2020

Médecins : Bulletin de L'ordre National Des Médecins (Le)(65): 18-24.

Cet article dresse un bilan de la crise actuelle de la prise en charge psychiatrique et des réformes en cours. Il décrit un dispositif mis en place dans les Yvelines qui permet un parcours de soins partagée entre les médecins généralistes et les psychiatres hospitaliers.

► **Les programmes de soins (PDS) :
une double revue de la littérature
systématique mixte en France
et à l'international**

LEFEBVRE A., ROELANDT J.-L. ET SEBBANE D.
2020

L'information psychiatrique 96(1): 13-20.

www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-1-page-13.htm

Libertés et contraintes sont des concepts débattus dans le champ de la psychiatrie depuis son origine et qui restent d'actualité. Les pays industrialisés qui ont développé un système de soin en santé mentale ont connu un virage ambulatoire pour des raisons humaniste, économique et dans un contexte de découverte des neuroleptiques. En France, le PDS est apparu dans la loi du 5 juillet 2011 révisée en 2013. Cet article présente le résultat d'une double revue de la littérature systématique mixte en France et à l'international. Elle explore sur le plan qualitatif et quantitatif les contenus des écrits relatifs aux PDS dans la littérature française et les thématiques traitées par les chercheurs concernant l'équivalent des PDS à l'étranger. Ce travail s'inscrit dans une réflexion plus large, initiée par le GCS-CCOMS (Groupement de coopération sanitaire-Centre collaborateur de l'OMS) pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale de Lille. Cet état de l'art sur le sujet réaffirme sa complexité, située à l'interface d'enjeux juridiques, éthiques, sociétaux et sanitaires.

► **Healthcare System Performance
In Continuity Of Care For Patients With
Severe Mental Illness: A Comparison
Of Five European Countries**

NICAISE P., GIACCO D., SOLTMANN B., *et al.*
2020

Health Policy 124(1): 25-36.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019302611>

Most healthcare systems struggle to provide continuity of care for people with chronic conditions, such as patients with severe mental illness. In this study, we reviewed how system features in two national health systems (NHS) – England and Veneto (Italy) – and three regulated-market systems (RMS) – Germany, Belgium, and Poland –, were likely to affect continuing care delivery and we empirically assessed system performance. 6418 patients recruited from psychiatric

hospitals were followed up one year after admission. We collected data on their use of services and contact with professionals and assessed care continuity using indicators on the gap between hospital discharge and outpatient care, access to services, number of contacts with care professionals, satisfaction with care continuity, and helping alliance. Multivariate regressions were used to control for patients' characteristics. Important differences were found between healthcare systems. NHS countries had more effective longitudinal and cross-sectional care continuity than RMS countries, though Germany had similar results to England. Relational continuity seemed less affected by organisational mechanisms. This study provides straightforward empirical indicators for assessing healthcare system performance in care continuity. Despite systems' complexity, findings suggest that stronger regulation of care provision and financing at a local level should be considered for effective care continuity.

► **Du programme de soins sans
consentement au projet de soins pour tous**

RICHARD M. J. ET MONNIER A.

2020

L'information psychiatrique 96(1): 21-26.

www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-1-page-21.htm

Environ quarante pour cent des patients en soins sans consentement sortent d'hospitalisation complète avec un programme de soins sans consentement. Ces programmes ont été créés pour permettre aux personnes concernées de sortir des murs de l'hôpital, de retourner dès que possible dans la cité, de se projeter à nouveau dans un avenir, dans une vie citoyenne et de reprendre le cours de leur vie tout en recevant les soins auxquels elles n'adhèrent pas. L'avis du patient sur les soins proposés a été recueilli en amont par le psychiatre. Pour les familles, il y a une attente forte que ces programmes constituent une forme de « soins intensifs », un cadre qui conduira la personne à prendre la mesure de ses troubles et à adhérer peu à peu aux soins. L'Unafam préconise de réaliser un bilan social et familial de la situation de la personne afin de mettre en place un accompagnement social et médicosocial en même temps que le programme de soins.

► **Impact Of Transforming Mental Health Services For Young People In England On Patient Access, Resource Use And Health: A Quasi-Experimental Study**

ROCKS S., FAZEL M. ET TSIACHRISTAS A.

2020

BMJ Open 10(1): e034067.

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/1/e034067.full.pdf>

The main objective of this paper is to evaluate the impact of child and adolescent mental health services (CAMHS) transformation in South East England on patient access, resource utilisation and health outcomes. Design In an observational study, we use difference-in-differences analysis with propensity score matching to analyse routinely collected patient level data. Setting Three CAMHS services in South East England. Participants All patients attending CAMHS between April 2012 and December 2018, with more than 57 000 spells of care included. Main outcome measures The rate and volume of people accessing CAMHS; waiting times to the first contact and waiting times between the first and second contact; and health outcomes, including the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS). Results The intervention led to 20% (incidence rate ratio: 1.20; 95% CI: 1.15 to 1.24) more new patients starting per month. There was mixed evidence on waiting times for the first contact. The intervention led to 10% (incidence rate ratio: 1.10; 95% CI: 1.02 to 1.18) higher waiting time for the second contact. The number of contacts per spell (OR: 1.08; 95% CI: 0.94 to 1.25) and the rereferral rate (OR: 1.06; 95% CI: 0.96 to 1.17) were not significantly different. During the post intervention period, patients in the intervention group scored on average 3.3 (95% CI: -5.0 to -1.6) points lower on the RCADS and 1.0 (95% CI: -1.8 to -0.3) points lower on the SDQ compared with the control group after adjusting for the baseline score. Conclusions Overall, there are signs that transformation can help CAMHS achieve the objectives of greater access and improved health outcomes, but trade-offs exist among different performance metrics, particularly between access and waiting times. Commissioners and providers should be conscious of any trade-offs when undertaking service redesign and transformation.

► **Clinical And Social Factors Associated With Increased Risk For Involuntary Psychiatric Hospitalisation: A Systematic Review, Meta-Analysis, And Narrative Synthesis**

WALKER S., MACKAY E., BARNETT P., *et al.*

2019

Lancet Psychiatry 6(12): 1039-1053.

[www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30406-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30406-7/fulltext)

Use of involuntary psychiatric hospitalisation varies widely within and between countries. The factors that place individuals and populations at increased risk of involuntary hospitalisation are unclear, and evidence is needed to understand these disparities and inform development of interventions to reduce involuntary hospitalisation. We did a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis to investigate risk factors at the patient, service, and area level associated with involuntary psychiatric hospitalisation of adults. METHODS: We searched MEDLINE, PsycINFO, Embase, and the Cochrane Controlled Clinical Register of Trials from Jan 1, 1983, to Aug 14, 2019, for studies comparing the characteristics of voluntary and involuntary psychiatric inpatients, and studies investigating the characteristics of involuntarily hospitalised individuals in general population samples. We synthesised results using random effects meta-analysis and narrative synthesis. Our review follows Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines and is registered on PROSPERO, CRD42018095103. FINDINGS: 77 studies were included from 22 countries. Involuntary rather than voluntary hospitalisation was associated with male gender (odds ratio 1.23, 95% CI 1.14-1.32; $p < 0.0001$), single marital status (1.47, 1.18-1.83; $p < 0.0001$), unemployment (1.43, 1.07-1.90; $p = 0.020$), receiving welfare benefits (1.71, 1.28-2.27; $p < 0.0001$), being diagnosed with a psychotic disorder (2.18, 1.95-2.44; $p < 0.0001$) or bipolar disorder (1.48, 1.24-1.76; $p < 0.0001$), and previous involuntary hospitalisation (2.17, 1.62-2.91; $p < 0.0001$). Using narrative synthesis, we found associations between involuntary psychiatric hospitalisation and perceived risk to others, positive symptoms of psychosis, reduced insight into illness, reduced adherence to treatment before hospitalisation, and police involvement in admission. On a population level, some evidence was noted of a positive dose-response relation between area deprivation and involuntary hospitalisation. INTERPRETATION: Previous involuntary hospitalisation and diagnosis of a psychotic disorder were factors associated with the greatest risk

of involuntary psychiatric hospitalisation. People with these risk factors represent an important target group for preventive interventions, such as crisis planning. Economic deprivation on an individual level and at the population level was associated with increased risk for involuntary hospitalisation. Mechanisms underpinning the risk factors could not be identified using the available evidence. Further research is therefore needed with an integrative approach, which examines clinical, social, and structural factors, alongside qualitative research into clinical decision-making processes and patients' experiences of the detention process. FUNDING: Commissioned by the Department of Health and funded by the National Institute of Health Research (NIHR) via the NIHR Mental Health Policy Research Unit.

► **« Ce n'est pas du soin si c'est contraint ». Un changement de paradigme en route grâce à un regard éclairé par les droits humains**

WOOLEY S.
2020

L'information psychiatrique 96(1): 27-34.

www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-1-page-27.htm

« Soigner » par la menace et la contrainte ne peut que nuire à la relation entre un psychiatre et son patient et entretenir une pratique paternaliste plutôt que d'ouvrir le champ à une relation de soutien et de défense à son égard. Les programmes de soins manquent de preuves de leur efficacité, privent les patients de leur liberté de choix les faisant vivre sous la menace d'une hospitalisation en cas de refus, et empêchent la recherche de dispositifs basés sur l'adhésion librement consentie aux soins, aux services et aux traitements et correspondant à la volonté et les préférences de la personne. La Convention relative aux droits des personnes handicapées et le Comité des droits de l'ONU nous appellent à un changement de paradigme, vers une approche fondée sur les droits humains et une approche sociale depuis longtemps réclamés par les personnes concernées elles-mêmes.

Sociologie de la santé

Sociology of health

► **Approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français**

MICHEL P., BRUDON A., POMEY M. P., *et al.*
2020

Rev Epidemiol Sante Publique 68(1): 51-56.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762019305218>

L'établissement d'une terminologie commune pragmatique en langue française, actuellement non-disponible, représente la première étape de structuration des démarches d'engagement des patients dans les établissements de santé. Dans le cadre du déploiement de l'engagement des patients au sein d'un centre hospitalo-universitaire, nous proposons une terminologie de l'engagement des patients. Une revue exploratoire (scoping review) de la littérature internationale visant à recenser les principaux cadres conceptuels et ter-

minologiques de l'engagement des patients, usagers et citoyens dans le système de santé a été réalisée dans les bases de données PubMed et Cairn.info pour les articles de langue anglaise et française jusqu'en 2019. Cette revue a été complétée par un recensement des concepts et pratiques dans les organisations leader des pays où cette démarche était implantée (États-Unis, Canada et spécialement la province de Québec, Royaume-Uni) Et des échanges étroits et réflexions avec l'équipe ayant développé le modèle de Montréal. Au total, 75 références et ressources internet ont été consultées. Les termes de patients, interaction, expérience patient, savoirs expérientiels, engagement des patients, patient-partenaire et ses déclinaisons en patient-ressource, pair-aidant, formateur, chercheur et coach, ont été définis. Ce travail sur la terminologie de l'engagement des patients propose une simplification et une première stabilisation du vocabulaire avec une approche pragmatique. Cette contribution

visé à promouvoir le développement d'un nouveau modèle de soins et plus largement de management du système santé, associant les savoirs scientifiques et expérientiels.

► **Formation et conditions facilitant l'intégration de patients dans la coanimation de séances collectives d'éducation thérapeutique**

PELLECCHIA A., CERTAIN A., MOHAMMED R., *et al.*
2019

Santé Publique 31(5): 683-692.

www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-5-page-683.htm

L'objectif de cette étude était de favoriser l'implication et l'intervention des patients-intervenants (PI) dans des séances collectives d'éducation thérapeutique du patient (ETP), notamment par une formation et un accompagnement à la mise en place de ces séances, en coanimation avec un professionnel de santé (PDS). Il s'agissait donc de coconstruire un modèle de formation, d'expérimenter un début d'application et de définir des conditions favorables à cette collaboration. Méthodes : Il s'agit d'une recherche collaborative orientée par la conception (RoC), menée par un comité de pilotage représentatif des différentes catégories d'acteurs concernés, qui s'est déployée sur deux ans, en Région parisienne et à Montpellier. La recherche a comporté quatre phases : 1/ exploration (revue bibliographique et enquête); 2/ recrutement des PI concernés par différentes pathologies; 3/ mise en œuvre et évaluation de la formation des PI en interpathologie; 4/ mise en œuvre et évaluation des séances collectives coanimées. Résultats : Parmi les 35 patients sollicités, 24 (69 %) ont accepté de participer à l'étude et 22 (92 %) ont suivi la formation dans son intégralité; 17 séances (vs 15 initialement prévues) ont été réalisées en coanimation avec les PDS pour 151 patients bénéficiaires (vs 150 prévus). Les taux de satisfaction des PI, PDS et patients bénéficiaires ont été très élevés. Conclusions : Cette recherche a permis de valider un modèle de formation pour les PI en éducation thérapeutique et de préciser quelques conditions pouvant faciliter leur intégration dans les programmes d'ETP.

► **Contexte social et compréhension des pratiques médicales : un regard psychosocial sur les décisions médicales incertaines en oncologie. Commentaire**

RESTIVO L.

2019

Sciences sociales et santé 37(4): 63-71.

www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-4-page-63.htm

L'intervention d'aspects non médicaux dans les pratiques de décisions médicales fait l'objet d'un intérêt de longue date dans la littérature en sciences humaines et sociales (Clark et al., 1991) et continue d'être largement documentée (Hajjaj et al., 2010). Les revues de la littérature à ce sujet présentent de façon distincte les analyses des influences non médicales situées à un niveau macrosocial de celles liées au contexte immédiat de prise en charge. Le caractère individuel ou collectif de l'exercice des pratiques médicales, l'organisation des différents systèmes de santé ou encore la construction sociale des savoirs scientifiques médicaux à partir des valeurs, normes et codes spécifiques à une culture et à une époque donnée sont autant d'éléments contextuels de type macrosocial pointés comme façonnant les décisions médicales. Les analyses microsociales se sont focalisées sur les caractéristiques des acteurs de la relation médecin-patient (âge, sexe, groupe ethnique, statut socio-économique, attitudes et comportements) notamment afin d'éclairer la variabilité interindividuelle de ces pratiques. Si ces travaux informent sur l'effet de ces caractéristiques sur les décisions des médecins, les logiques sous-tendant leur usage restent toutefois à éclairer et approfondir (Lutfey et al., 2008). Ce sont précisément les logiques sociales en jeu qu'Aurore Lorette analyse dans cette étude.

► **L'engagement des usagers en santé : un cours nouveau ?**

SAOUT C.

2019

Revue française des affaires sociales(3): 125-133.

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-125.htm

L'aspiration au renforcement démocratique des États modernes touche aussi les domaines du soin, des actions sociales et de l'offre médico-sociale. Chacun de ces États, fort de son histoire, de sa culture et des mobilisations de sa société règle cette ambition diffé-

remment. En France, nous avons fait prévaloir l'affirmation des droits et la représentation des associations aux dépens de ce que l'on appelle aujourd'hui l'engagement participatif en santé. Nous avons trop tardé à identifier ses principes et ses modalités. Nous devons le faire maintenant. Nous ne partons pas de rien : des actions ont été entreprises. Sans doute de façon non coordonnée. Sans guère de programmation ou d'inscription dans un territoire. Et rarement assorties d'évaluation. Il faut rassembler ces éléments épars, leur donner une cohérence et surtout les inscrire dans un système de santé solidaire. Nous en avons besoin pour

que l'engagement des patients et du public constitue aussi une aide pour relever les défis de la Stratégie de transformation du système de santé mise à l'agenda récemment. Ainsi, même si droits et participation sont deux volets d'une même aspiration démocratique, notre pays doit, sans attendre, porter une plus grande attention à l'engagement participatif des usagers en santé. Une autre raison plaide pour une meilleure prise en compte de l'engagement des citoyens dans leur santé et dans la santé. Car il est la clef d'une plus grande pertinence des soins et des accompagnements sociaux et médico-sociaux.

Soins de santé primaires

Primary health care

► Prescrire une activité physique à un malade chronique

BARRAULT D. ET ABRAMOVICI F.

2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(1): 13-19.

Les textes législatifs destinés à aider les médecins dans leur prescription d'activités physiques sont composés de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, d'un décret d'application du 30 décembre 2016 et d'une instruction ministérielle du 30 mars 2017. Il faut y ajouter le Guide de promotion, consultation et prescription de l'activité physique, publié en 2019 par la Haute Autorité de santé.

► Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises

CHEVANDIER C.

2019

Recherche en soins infirmiers 139(4): 31-48.

www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-4-page-31.htm

Le métier d'infirmière s'est mis en place progressivement dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle et la première moitié du XX^{ème}. Les trois principales étapes de la qualification des infirmières, dont l'obligation d'une formation certifiée est le principal élément, furent des initiatives étatiques en 1902, 1922 et 1946.

Cet article tente une mise en perspective, diachronique et synchronique, de l'histoire de cette qualification. Il propose des pistes de recherches et suggère des problématiques pour approfondir l'histoire de ce phénomène : le rôle de l'État, la place des médecins et des juristes, les modalités de la formation, les origines sociales des infirmières et les caractéristiques de la société lors de leur jeunesse, les sources d'inspiration, la dynamique de l'identité professionnelle. Enfin, il insiste sur le fait qu'il s'agit surtout d'un des trois niveaux de qualification du secteur professionnel de la santé. Pour l'auteur, une telle étude ne peut se faire sans avoir recours aux différentes sciences sociales.

► Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries

DOTY M. M., TIKKANEN R., SHAH A., *et al.*

2019

Health Affairs 39(1): 115-123.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01088>

Primary care physicians in the US, like their colleagues in several other high-income countries, are increasingly tasked with coordinating services delivered not just by specialists and hospitals but also by home care professionals and social service agencies. To inform efforts to improve care coordination, the 2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians queried primary care

physicians in eleven high-income countries about their ability to coordinate patients medical care with specialists, across settings of care, and with social service providers. Compared to physicians in other countries, substantial proportions of US physicians did not routinely receive timely notification or the information needed for managing ongoing care from specialists, after-hours care centers, emergency departments, or hospitals. Primary care practices in a handful of countries, including the US, are not routinely exchanging information electronically outside the practice. Top-performing countries demonstrate the feasibility of improving two-way communication between primary care and other sites of care. The surveyed countries share the challenge of coordinating with social service providers, and the results call for solutions to support primary care physicians.

► **Accès aux soins primaires des mineurs isolés étrangers dits «mineurs non accompagnés»**

DUPONT E.
2019

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 15(10): 445-451.

Les mineurs non accompagnés (MNA) constituent un groupe vulnérable significatif. Ils nécessitent un accompagnement médical individualisé prenant en compte leur parcours et leur environnement : les médecins généralistes pourraient être des interlocuteurs privilégiés. Cependant, la complexité de leurs parcours et la situation administrative inhabituelle dans laquelle ils se trouvent peuvent être à l'origine d'inquiétudes chez les médecins. Un bilan de santé est recommandé dès l'étape d'évaluation de leur minorité effectuée par les conseils départementaux. Se pose alors la question de la possibilité de ces soins sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou d'un représentant légal.

► **Pratiques avancées : les protocoles infirmiers de soins d'urgence**

KROL A., BULLARD S., FEY G., *et al.*
2019

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 15(10): 463-467.

En collaboration avec les équipes de SMUR, les infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) participent activement

aux missions de secours d'urgence aux personnes grâce notamment aux protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU), au nombre de 24 au sein du service départemental d'incendie et de secours de la Loire (SDIS 42). Cette évaluation des pratiques professionnelles ouvre sur des questions d'organisation des soins d'urgence pré hospitalière.

► **State Nurse Practitioner Practice Regulations And U.S. Health Care Delivery Outcomes: A Systematic Review**

YANG B. K., JOHANTGEN M. E., TRINKOFF A. M., *et al.*
2020

Medical Care Research and Review(Ahead of pub): 1077558719901216.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558719901216>

There is a great variation across states in nurse practitioner (NP) scope of practice moderated by state regulations. The purpose of this study was to synthesize the evidence from studies of the impact of state NP practice regulations on U.S. health care delivery outcomes (e.g., health care workforce, access to care, utilization, care quality, or cost of care), guided by Donabedian's structure, process, and outcomes framework. This systematic review was performed using Medline, CINAHL, PsycINFO, and PubMed according to Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analysis on the literature from January 2000 to August 2019. The results indicate that expanded state NP practice regulations were associated with greater NP supply and improved access to care among rural and underserved populations without decreasing care quality. This evidence could provide guidance for policy makers in states with more restrictive NP practice regulations when they consider granting greater practice independence to NPs.

Health systems**► 91 To What Extent Are Patients' Future Care Preferences Shared Between Secondary And Primary Care? A Retrospective Chart Review**

HOPKINS S. A., ATHAUDA P., HALLIDAY A., *et al.*
2020

Age and Ageing 49(Supplement_1): i30-i32.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afz194.02>

When a doctor is informed of a patient's future care preferences if they were to lose capacity, there is an ethical and legal obligation to share this information with the treating medical team. In frail older patients, conversations about treatment preferences often occur during hospital admission. We sought to assess the communication of these preferences to the patient's GP. Retrospective chart review of consecutive discharges from acute geriatric wards across seven hospitals. Records were excluded if the patient was admitted for less than 48 hours, was under orthogeriatric care, or died in hospital. 339 notes were included, 41-50 from each hospital. GPs were informed of the resuscitation status of 28% of all patients. 52% of patients had an inpatient DNACPR, the GP was informed of 54% of these. 36% of patients had an inpatient ceiling of treatment documented, of which GPs were informed of 19%. 53% of hospital DNACPRs were converted into community DNACPRs on discharge: GPs were informed of only 24% of new community DNACPRs. 47% of patients discharged with a new community DNACPR lacked capacity to be involved in that decision; for just 6% of these was the GP asked to review the DNACPR order in the community. Inpatient Advance Care Planning (ACP) discussions were held for 9% of patients, of which the GP was informed in 59% of cases. 49% of ACP conversations involved the next-of-kin but not the patient. Among patients who had a new DNACPR decision made during their admission (n=124), there was documentary evidence in only 25% that the patient or next-of-kin was informed whether this was time-limited or indefinite. Communication from hospitals to GPs about resuscitation, ceiling of care and ACP discussions is very limited. For patients who have expressed ongoing future care preferences, there is a legal obligation to share this information with the treating medical team, which on discharge is the GP. There is poor documentary evidence of discussions with patients about

whether DNACPR decisions are time-limited or indefinite. Furthermore, many hospitalised frail patients lack capacity to make DNACPR decisions but they may subsequently regain capacity, particularly those with delirium. Despite this, GPs are rarely asked to review new community DNACPRs, including those made for patients without capacity.

► Assessing Volume And Variation Of Low-Value Care Practices In The Netherlands

KOOL R. B., VERKERK E. W., MEIJS J., *et al.*
2020

European Journal of Public Health (Ahead of pub).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz245>

There have been contributions to quantify the volume of low-value care practices in the USA, Canada and Australia but we have no knowledge about the volume in Europe. The purpose of this study was to assess the volume and variation of Dutch low-value care practices. We conducted a cross-sectional study with data of a Dutch healthcare insurance company from general practitioners (GPs) and hospitals in the Netherlands from 2016. We used all billing claims made by healthcare providers of 3.5 million Dutch inhabitants. We studied Choosing Wisely recommendations in order to select low-value care practices. We used the percentage low-value care practices per hospital and number of low-value care practices per GP as outcomes. We assessed the volume of low-back imaging by GPs, screening of patients over 75 years for colorectal cancer and diagnosing varices with Doppler or Plethysmography. We found that 0.4% (range 0-7%) of the eligible patients received low-value screening for colorectal cancer and 8.0% (range 0-88%) of eligible patients received low-value diagnosing of varices. About 52.4% of the GPs ordered X-rays and 11.2% ordered magnetic resonance imagings of the lumbosacral spine. Most healthcare providers did not provide the measured low-value care practices. However, 1 in 12 GPs ordered at least one low-back X-ray a week. The three Choosing Wisely recommendations showed a lot of practice variation; many healthcare providers did not order these low-value diagnostic tests; a minor part did order a substantial amount, low-back spine

radiology in particular. These healthcare providers should start reducing these activities.

► **Managing The Performance Of General Practitioners And Specialists Referral Networks: A System For Evaluating The Heart Failure Pathway**

NUTI S., FERRÉ F., SEGHERI C., *et al.*

2020

Health Policy 124(1): 44-51.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.001>

High quality chronic disease management requires coordinated care across different healthcare settings, involving multidisciplinary teams of professionals, and performance evaluation systems able to measure this care. Inter-organizational performance should be measured considering the professional relationships between general practitioners (GPs) and specialists, who are usually linked through informal referral networks. The aim of this paper is to identify and evaluate the performance of naturally occurring networks of GPs and hospital-based specialists providing care for congestive heart failure (CHF) patients in Tuscany, Italy. The analysis focuses on the identification and classification of networks, following CHF patients (n = 15,841) through primary care and inpatient care using administrative data, and on the assessment of process and outcome indicators for CHF patients in these referral networks. We demonstrate the existence of informal links between GPs and hospitals based on patterns of patient flow. These networks which are not geographically based vary in the intensity of relationships and quality of care. Such referral networks may represent the most effective accountability level for chronic disease management, since they encompass the multiple care settings experienced by patients. Overall, an integrated approach to evaluation and performance management that considers the naturally occurring links between professionals working in different settings may enable more efficient, integrated care and quality improvements.

► **Characterizing Patients With High Use Of The Primary And Tertiary Care Systems: A Retrospective Cohort Study**

SINGER A., KOSOWAN L., KATZ A., *et al.*

2020

Health Policy 124 (3) : 291-297

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.011>

The aim of the study is to utilize complementary data from primary care and administrative health and social services to describe the clinical, social and demographic characteristics of high users of health care services. **Methods** We conducted a retrospective cohort study using data from the Manitoba Primary Care Research Network (MaPCReN) and the Manitoba Centre for Health Policy Research Data Repository in Canada. We assessed data from 193,760 patients with at least one visit to a primary care provider between 2011 and 2016. We defined HU within the following areas: primary care, hospital discharges, length of stay and emergency department visits. Descriptive statistics and logistic regression was used to identify key demographic, social, and medical complexities associated with HU. **Results** Between 2011 and 2016, 30.8% of patients had HU during at least one year within at least one area. Among patients with HU, 5% had persistent HU (HU for ≥ 2 years) and 359 (0.6%) had HU across all four definitions. Medical complexity was associated with HU for patients with hospital discharges, ED visits and primary care visits, whereas socially complex patients were more likely to have a longer LOS, and visit the ED. **Conclusions** There were unique characteristics in the various HU cohorts including medical, social, and demographic features that can inform strategies aimed at improving health system efficiency in managing patients with HU.

► **Review Of 128 Quality Of Care Mechanisms: A Framework And Mapping For Health System Stewards**

TELLO J. E., BARBAZZA E. ET WADDELL K.

2020

Health Policy 124(1): 12-24.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.006>

Health system stewards have the critical task to identify quality of care deficiencies and resolve underlying system limitations. Despite a growing evidence-base on the effectiveness of certain mechanisms for improving quality of care, frameworks to facilitate the oversight function of stewards and the use of mechanisms to improve outcomes remain underdeveloped. This review set out to catalogue a wide range of quality of care mechanisms and evidence on their effectiveness, and to map these in a framework along two dimensions: (i) governance subfunctions; and (ii) targets of quality of care mechanisms. To identify quality of care

mechanisms, a series of searches were run in Health Systems Evidence and PubMed. Additional grey literature was reviewed. A total of 128 quality of care mechanisms were identified. For each mechanism, searches were carried out for systematic reviews on their effectiveness. These findings were mapped in the framework defined. The mapping illustrates the range and evidence for mechanisms varies and is more developed for some target areas such as the health workforce. Across the governance sub-functions, more mechanisms and with evidence of effectiveness are found for setting priorities and standards and organizing and monitoring for action. This framework can support system stewards to map the quality of care mechanisms used in their systems and to uncover opportunities for optimization backed by systems thinking.

► **La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**

VIALLA F. ET BRECHAT P. H.
2019

Revue Droit & Santé(92): 834-963.

Ce numéro spécial de la revue Droit & Santé fait une analyse de la littérature relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019 sous les aspects suivants : décloisonnement des parcours de formation et des carrières des professionnels de santé, structuration de l'offre de soins dans les territoires et développement du numérique en santé.

Travail et santé

Occupational health

► **Facteurs professionnels en lien avec le suicide au sein des salariés affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA) et en activité entre 2007 et 2013**

KLINGELSMIDT J., CHASTANG J. F., KHIREDINE-MEDOUNI I., *et al.*

2020

Rev Epidemiol Sante Publique 68(1): 1-8.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.09.008>

Le travail et ses expositions sont susceptibles de jouer un rôle dans le suicide et la littérature suggère des associations entre certains facteurs professionnels et le suicide. L'identification de facteurs de risque professionnels de la mortalité par suicide des salariés affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA), population peu étudiée, apparaît importante. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs professionnels associés à la mortalité par suicide au sein de la population de salariés affiliés à la MSA en activité entre 2007 et 2013. La population d'étude était composée de l'ensemble des salariés affiliés à la MSA entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2013 soit 1 699 929 hommes et 1 201 017 femmes. Les facteurs professionnels étudiés comportaient : le secteur d'activité, le statut employé/cadre et le contrat de travail. Des analyses de survie (modèle de Cox), stratifiées sur le genre, ont été réalisées en utilisant l'âge comme

échelle de temps et la région et l'année du contrat de travail comme variables d'ajustement. Résultats Pour les hommes, les facteurs associés à une augmentation du risque de mortalité par suicide étaient les activités dans les secteurs « travaux forestiers », « cultures et élevages », « entreprises de travaux », et « coopération », le statut d'employé et le fait de travailler en Bretagne, Bourgogne- Franche-Comté, Pays de la Loire, Normandie, Grand Est et Centre- Val- de-Loire. Aucune association n'était observée pour les femmes. Ces résultats suggèrent que le secteur d'activité et le statut d'employé peuvent être associés au suicide chez les hommes de la population salariée MSA et sont susceptibles de contribuer à la définition de mesures de prévention. D'autres études semblent nécessaires toutefois pour confirmer et mieux comprendre ces associations.

► **The Impact Of Active Labour Market Policies On Health Outcomes: A Scoping Review**

PUIG-BARRACHINA V., GIRÓ P., ARTAZCOZ L., *et al.*
2019

European Journal of Public Health 30(1): 36-42.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz026>

Since the last Western great recession of 2008, an increasing interest on the effects of Active Labour Market Policies (ALMPs) on improving health has emerged. The aim of our review is to synthesize evidence on the effectiveness of ALMPs and whether some types of ALMP are more effective. Using the Scoping review methodology, we conducted a literature review in PubMed/MEDLINE, Scopus and Web of Science and selected articles published between 1990 and 2017 in high income countries. We applied four sequential phases of document screening to the list of retrieved articles. Of the 416 documents detected in the search, 36 documents were finally selected. Most of them focused on mental health and related components (72.2%) and found positive results at least in one outcome (80.6%). The ALMPs reported mainly attempt

to build capacity through job search assistance (31.6%) with a component on mental health, showing positive results on health; some offer job training (16.7%) and few subsidized employment (8.3%), showing more controversial results, although mostly positive. The rest include a combination of different types of ALMPs. This review shows that ALMPs have a positive impact on health and quality of life. There are relatively few studies of the impact of ALMPs on general health, and most of the studies found are focused on Anglo-Saxon and Nordic countries. The most significant knowledge gaps are the mechanisms involved in achieving this improvement, and above all the differential health impacts according to axes of inequality and welfare state.

Vieillesse

Ageing

► Vieillesse et handicap psychique

BENAROSCH J.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(1): 3-4.

www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-1-page-3.htm

Comment repérer le vieillissement chez une personne handicapée, où se mêlent un tableau clinique des incapacités et des dépendances diverses et antérieures, avec le vieillissement physiologique du corps et ses conséquences ? À ce jour, il n'y a pas de référentiel clinique du vieillissement de personnes en situation de handicap en général, et du handicap psychique en particulier. Comment dans ce cas, les accompagnants peuvent-ils, parmi la symptomatologie des déficiences, percevoir les signes du vieillissement ? Ils risquent de confondre le vieillissement physiologique avec l'évolution d'une incapacité fonctionnelle. Est-ce que le vieillissement est plus précoce et plus rapide que dans la population ordinaire en raison de sa fragilité, entraînant une dépendance encore plus importante ? Les données statistiques Ameli montrent que l'espérance de vie est inférieure d'environ 15 ans chez les personnes souffrant de troubles psychiques, et l'âge moyen de leur décès se situe à 67 ans. Sont-elles davantage vulnérables aux maladies corporelles en raison de

leur incapacité à exprimer leurs maux ? Est-ce que leur espace de vie se rétrécit davantage que chez les sujets dits normaux ? Quel type d'accompagnement spécifique pour répondre aux besoins ? Ce numéro tente d'apporter des réponses à toutes ces interrogations, de préciser l'éventail des prises en charge actuelles dans ce domaine, avec des témoignages de professionnels qui décrivent leurs pratiques d'accompagnement dans des établissements divers (Ehpad, famille d'accueil, équipes mobiles...), ainsi que celui de l'Unafam et de personnes touchées par ce handicap.

► Intervenir tout au long de la vie pour prévenir le développement des inégalités avec l'âge

BOULHOL H., OGG J.

2019

Retraite et société 81(1): 113-123.

www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-1-page-113.htm

Ce premier volume de ce numéro consacré à l'exclusion sociale des personnes âgées a été pensé avec les membres du réseau de Coopération européenne en science et technologie (COST), alors que se mettait en place l'actuel programme intitulé « Réduire l'exclusion sociale des personnes âgées (Rosent) ». À ce titre,

ce numéro se veut résolument européen, avec des contributions d'auteurs et autrices français mais également anglais, italiens, grecs, suédois, suisse, allemand, belges, etc. Ce volume est également pluridisciplinaire. Il convoque aussi bien la sociologie et l'économie que la géographie et l'anthropologie, chacune de ces disciplines offrant une perspective différente au problème de l'exclusion. La plupart des textes évoquent avec force témoignages les parcours de vie de ces personnes en situation d'exclusion à l'âge de la vieillesse, qui s'articulent souvent avec des désavantages cumulés tout au long de l'existence. D'autres s'intéressent plus spécifiquement à la santé ou au chômage en fin de carrière, avec pour facteur commun la faiblesse des revenus qui conditionne souvent un niveau socio-économique peu favorable à l'inclusion. Le second volume, à paraître prochainement, sera tout aussi ouvert aux collaborations européennes. Il s'arrêtera sur le sentiment de solitude comme facteur d'exclusion des personnes âgées et sur les moyens de l'évaluer, sur la dénutrition, mais également sur les leviers à envisager au niveau européen afin de remédier à la pauvreté et à l'exclusion tout au long de la vieillesse.

► **Comparing The Education Gradient In Health Deterioration Among The Elderly In Six OECD Countries**

CÔTÉ-SERGENT A., FONSECA R. ET STRUMPF E.
2020

Health Policy 124 (3) : 326-355

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.015>

Inequalities in health by educational attainment are persistent both over time and across countries. However, their magnitudes, evolution, and main drivers are not necessarily consistent across jurisdictions. We examine the health deterioration-education gradient among older adults in the United States, Canada, France, the Netherlands, Spain and Italy, including how it changes over time between 2004 and 2010. Using longitudinal survey data, we first assess how rates of health deterioration in terms of poor health, difficulties with activities of daily living, and chronic conditions vary by educational attainment. We find systematic differences in rates of health deterioration, as well as in the health deterioration-education gradients, across countries. We then examine how potential confounders, including demographic characteristics, income, health care utilisation and health behaviours, affect the health deterioration-education gradient within countries over time. We demonstrate that while adjust-

ing for confounders generally diminishes the health deterioration-education gradient, the impacts of these variables vary somewhat across countries. Our findings suggest that determinants of, and policy levers to affect, the health deterioration-education gradient likely vary across countries and health systems.

► **Macro-Level Determinants Of Post-Retirement Health And Health Inequalities: A Multilevel Analysis Of 18 European Countries**

DE BREIJ S., HUISMAN M. ET DEEG D. J. H.
2020

Social Science & Medicine 245: 112669.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112669>

Poor health after retirement may have an important economic and societal impact and may be affected by macro-level factors. Our aim was to examine whether macro-level factors are associated with health and educational differences in health in recent retirees. We used data covering 18 European countries from the Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) on 8867 respondents who had been retired less than 5 years. We performed multi-level linear regression analyses to examine whether social expenditure in nine policy areas, minimum pension replacement rates, and unemployment replacement rates explained cross-country differences in post-retirement self-rated health (SRH) and educational inequalities in SRH. In both men and women, a higher total expenditure as well as higher expenditures on health, old age, housing, and 'other social policy areas' (non-categorical cash benefits to low-income households and other social services) were associated with better SRH. Cross-level interactions showed that in the presence of a higher old age expenditure, a higher unemployment expenditure, and a higher total expenditure, the absolute educational inequalities in post-retirement SRH were smaller than with lower expenditures in these areas, in both men and women. We found the same effect in women only for a higher expenditure on health as well as a higher minimum pension replacement rate. A higher expenditure on survivors pensions, a lower expenditure on family, and a higher unemployment replacement rate had this effect in men only. This study showed that social expenditure and replacement rates were associated with post-retirement health and health inequalities.

► **Soutenir l'expérience du vieillissement**

DELPORTE M.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(1): 34-39.

www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-1-page-34.htm

Cet article s'appuie sur une étude portant sur les besoins des personnes atteintes de troubles psychiques vieillissantes. Des entretiens ont été menés auprès de personnes adhérentes de Groupes d'Entraide Mutuelle afin de les interroger sur leur expérience de l'avancée en âge. Quatre grands domaines de la vie sont abordés : la santé, la vie sociale, l'évolution de l'environnement familial et la gestion administrative et financière. Si des besoins et des inquiétudes sont formulés, les personnes rencontrées ont aussi soulevé différentes pistes d'action. Ainsi, cet article plaide pour une meilleure prise en compte de la parole de ces personnes afin de les soutenir au mieux dans leur expérience du vieillissement.

► **Formal Home Care, Informal Support And Caregiver Health: Should Other People Care?**

JUIN S.

2019

Économie & prévision 216(2): 91-114.

www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2019-2-page-91.htm

Dans un contexte de vieillissement de la population, il est important de s'intéresser aux aidants informels qui sont les principaux fournisseurs d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce travail étudie dans quelle mesure le soutien social (i.e. le soutien informel fourni par les proches et l'aide formelle à domicile) influe sur la santé mentale et l'état de santé général des aidants. Afin de corriger des potentiels biais d'endogénéité, des modèles à variables instrumentales sont estimés sur un échantillon de 755 aidants non-cohabitants de l'Enquête Handicap-Santé (2008-2009). Les estimations montrent qu'une hausse du nombre d'heures d'aide formelle réduit significativement le risque que l'aide affecte la santé et qu'elle conduise à des troubles du sommeil ou à un sentiment dépressif. Le nombre total d'aidants informels réduit quant à lui le risque de fatigue morale, de palpitations/tachycardie et de troubles du sommeil. Ces résultats soulignent l'importance d'améliorer l'accès aux services d'aide

à domicile et d'encourager le soutien et les solidarités informels.

► **The Good Death And The Institutionalisation Of Dying: An Interpretive Analysis Of The Austrian Discourse**

LANG A.

2020

Social Science & Medicine 245: 112671.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619306665>

The institutionalisation of dying is recurrently assessed as adverse to a good death. However, a majority of people die in institutions such as hospitals or nursing homes and end-of-life care at home is more and more professionally supported. This article analyses how the discursive production of dying, the good death, and the issue of institutionalisation at the end of life are interrelated. The study empirically investigates a parliamentary enquiry on dying with dignity that took place in Austria between 2014 and 2015. It employs the Sociology of Knowledge Approach to Discourse to analyse parliamentary documents and minutes, written statements submitted by individuals and organisations, as well as newspaper articles. Data analysis shows a restrictive and a permissive normative position considering both killing on request and assisted suicide. Apart from their different political demands, they both reproduce a discourse constructing dying as a longer lasting and painful process striking old or ill people. In order to enable a good death, the dying person needs comprehensive support that the informal social environment is incapable to provide. Thereby, institutionalisation is associated with negative characteristics and at the same time identified as requirement for a good death considering its role in pain management and provision of care. The analysis interprets the call for institutionalisation in the context of medicalisation and the central role of physicians to alleviate pain. The article proposes a differentiated view on institutionalisation processes and practices in end-of-life care, also reflecting the potential of institutionalisation to obstruct fundamental societal transformation.

► **Le vieillissement peut-il être un facteur de rétablissement ? Clinique du sujet âgé en situation de handicap psychique dans un foyer d'accueil médicalisé**

OZENNE J.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(1): 40-45.

www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-1-page-40.htm

Certains foyers d'accueil médicalisés se sont tournés vers un public dit « vieillissant » pour tenter de répondre au besoin en accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap psychique. Si la problématique du vieillissement de ce public semble désormais bien identifiée, les équipes sont confrontées sur le terrain à un manque de repères cliniques et pratiques au quotidien face à une symptomatologie plus déficitaire. L'avancée en âge des personnes auparavant suivies dans les secteurs de psychiatrie est-elle néanmoins toujours synonyme de dégradation ? Nous nous intéresserons à l'évolution de ces personnes telle que nous avons pu l'observer. Si le vieillissement semble être porteur d'un certain remaniement psychique, peut-il être considéré comme un facteur de rétablissement ?

► **Disparités départementales dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles : un état des lieux**

ROQUEBERT Q.

2019

Revue française des affaires sociales Hors-série 1(HS): 87-103.

www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-HS-page-87.htm

Si l'accompagnement des personnes âgées fragiles par l'action publique est dessiné au niveau national, sa mise en œuvre repose sur les conseils départementaux. Cet accompagnement repose sur deux volets : le financement de la demande d'aide qui s'adresse aux aidants professionnels et la régulation de ces producteurs d'aide sur le marché. Cet article propose un état des lieux des connaissances documentant l'ampleur des variations des pratiques départementales sur ces deux volets et leurs effets sur les propriétés des dispositifs tournés vers les personnes âgées fragiles. Si le cadre national s'annonce a priori contraignant, les missions confiées explicitement aux conseils départementaux et les zones d'incertitude que laisse le cadre

légal permettent la construction de politiques locales hétérogènes. On montre comment cette construction se décline dans les trois dimensions de la politique – l'ouverture des droits, le choix du producteur et le prix de l'aide – et affecte in fine les propriétés du dispositif qui s'adresse aux personnes âgées fragiles.

► **Equal Long-Term Care For Equal Needs With Universal And Comprehensive Coverage? An Assessment Using Dutch Administrative Data**

TENAND M., BAKX P. ET VAN DOORSLAER E.

2020

Health Economics 29(4) : 435-451

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3994>

The Netherlands is one of the few countries that offer generous universal public coverage of long-term care (LTC). Does this ensure that the Dutch elderly with similar care needs receive similar LTC, irrespective of their income? In contrast with previous studies of inequity in care use that relied on a statistically derived variable of needs, our paper exploits a readily available, administrative measure of LTC needs stemming from the eligibility assessment organized by the Dutch LTC assessment agency. Using exhaustive administrative register data on 616,934 individuals aged 60 and older eligible for public LTC, we find a substantial pro-poor concentration of LTC use that is only partially explained by poorer individuals' greater needs. Among those eligible for institutional care, higher-income individuals are more likely to use—less costly—home care. This pattern may be explained by differences in preferences, but also by their higher copayments for nursing homes and by greater feasibility of home-based LTC arrangements for richer elderly. At face value, our findings suggest that the Dutch LTC insurance “overshoots” its target to ensure that LTC is accessible to poorer elderly. Yet, the implications depend on the origins of the difference and one's normative stance.

► **Parcours de vie des personnes âgées à faibles revenus. Étude secondaire de données qualitatives issues d'entretiens en Suède et en Belgique**

THELIN A. ET VAN REGENMORTEL S.

2019

Retraite et société 81(1): 65-90.

www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-1-page-65.htm

Cet article examine le parcours de vie des personnes âgées à faibles revenus en Suède et en Belgique, selon une approche comparative des politiques sociales de ces deux pays. L'étude porte sur les conditions de vie actuelles de ces personnes âgées, ainsi que sur les événements et parcours à l'origine de leur faible niveau de ressources. Une analyse secondaire qualitative de 49 récits de vie a permis d'identifier cinq parcours menant à un faible niveau de revenus, signe de la relation complexe entre parcours de vie et précarité économique. Les divers événements de la vie interagissent fortement entre eux, soulignant la nécessité de développer les interventions sociales afin d'apporter un soutien coordonné aux personnes confrontées à de multiples difficultés tout au long de leur vie et dans différents contextes sociaux. Les conclusions de l'étude soulignent également la nécessité de pousser plus avant les recherches sur les processus sociaux responsables des situations de faibles revenus chez les personnes âgées dans différents types d'État-providence.

► **Mapping Variability In Allocation Of Long-Term Care Funds Across Payer Agencies In OECD Countries**

WAITZBERG R., SCHMIDT A. E., BLÜMEL M., *et al.*
2020

Health Policy [Ahead of Print]

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.013>

Long-term care (LTC) is organized in a fragmented manner. Payer agencies (PA) receive LTC funds from the agency collecting funds, and commission services. Yet, distributional equity (DE) across PAs, a precondition to geographical equity of access to LTC, has received limited attention. We conceptualize that LTC systems promote DE when they are designed to set eligibility criteria nationally (vs. locally); and to distribute funds among PAs based on needs-formula (vs. past-budgets or government decisions). Objectives This cross-country study highlights to what extent different LTC systems are designed to promote DE across PAs, and the parameters used in allocation formulae. Methods Qualitative data were collected through a questionnaire filled by experts from 17 OECD countries. Results 11 out of 25 LTC systems analyzed, fully meet DE as we defined. 5 systems which give high autonomy to PAs have designs with low levels of DE; while nine systems partially promote DE. Allocation formulae vary in their complexity as some systems use simple demographic parameters while others apply socio-economic status, disability, and LTC cost varia-

tions. Discussion and conclusions A minority of LTC systems fully meet DE, which is only one of the criteria in allocation of LTC resources. Some systems prefer local priority-setting and governance over DE. Countries that value DE should harmonize the eligibility criteria at the national level and allocate funds according to needs across regions.

Index des auteurs Author index

A

Aaby A.	22
Abramovici F.	41
Afonso M.	34
Agarwal R.	9
Alessandrin A.	15
Algan Y.	31
Allermoz E.	36
Artazcoz L.	45
Athauda P.	43
Auvray E.	27
Azogui-Levy S.	34

B

Bakx P.	49
Barbabella F.	22
Barbazza E.	44
Barnay T.	33
Barnett P.	38
Barrault D.	41
Bas A. C.	34
Beauchamp A.	22
Benarosch J.	46
Berdäi D.	35
Beresniak A.	32
Billaudeau N.	33
Blais R.	15
Bloy G.	32
Blümel M.	50
Böhm R.	33
Boltova M.	24
Bongiovanni-Delarozière I.	19
Borrell C.	23
Bouayad-Agha S.	27
Boucekine M.	25
Boulhol H.	46
Bourbon A.	25
Braithwaite J.	18
Brechat P. H.	45
Brooke J.	24
Brudon A.	30, 39

Buckell J.	9
Bullard S.	42
Bussière C.	29

C

Cai Y.	12
Castera P.	34
Castro D.	35
Certain A.	40
Champagne F.	15
Chan J.	21
Chastang J. F.	45
Chastang J.-F.	28
Cheng L.	20
Chen T.-T.	18
Chevandier C.	41
Clarke P.	9, 23
Clay-Williams R.	18
Com-Ruelle L.	29
Conrath P.	35
Cooper Z.	10
Costes M.	36
Côté-Sergent A.	47
Couillerot-Peyrondet A.-L.	19
Council E.	27
Cristofalo P.	19

D

Danish A.	15
Darnell R.	24
David M.	36
Daw J. R.	26
De Breij S.	47
Deeg D. J. H.	47
Dehelle A.	17
de Korte M. H.	13
Delporte M.	48
Demeaux J. L.	34
Denis F.	15
De Pourville G.	10
Devailly J. P.	19

Develesschauer B.....	10
Doty M. M.....	41
Driot D.....	36
Dupont E.....	42
Du Roscoat E.....	33

E

Elissen A. M. J.....	13
Emanuel E. J.....	13
Erreygers G.....	23
Eury C.....	14

F

Fazel M.....	38
Ferré F.....	44
Fey G.....	42
Fidel D.....	36
Fond G.....	25
Fonseca R.....	47
Frajerman A.....	33
Frelin F.....	17

G

Gafni A.....	11
Garbinti B.....	9
Gasquet-Blanchard C.....	19
Gay B.....	34
Gelly M.....	19
Giacco D.....	37
Gillaizeau I.....	33
Giró P.....	45
Goupille-Lebret J.....	9
Greyson D.....	26
Guimelli B.....	15
Gupta A.....	9

H

Halliday A.....	43
Hara J.....	22
Hardy A.-C.....	25
Heidenreich S.....	11
Heinzlef O.....	11
Honta M.....	24

Hopkins S. A.....	43
Hsueh Y.-S.....	18
Huisman M.....	47
Hui W.....	12

I

Iglesias N.....	17
Illivi F.....	24

J

Jha A. K.....	20
Johantgen M. E.....	42
Josse L.....	19
Jouhet V.....	35
Juin S.....	48
Julienne K.....	29

K

Kapiriri L.....	31
Karam P.....	10
Karlsson T.....	29
Katz A.....	44
Khiredine-Medouni I.....	45
Klaric Sever E.....	13
Klingelschmidt J.....	45
Konopka A.-M.....	33
Kool R. B.....	43
Korn L.....	33
Kosowan L.....	44
Kostakis I.....	22
Krol A.....	42
Krucien N.....	11

L

Lajzerowicz N.....	34
Lang A.....	48
Lawrenson R.....	16
Law R.-J.....	28
Lecrique J. M.....	33
Leduc H.....	14
Lefebvre A.....	37
Legendre F.....	27
Leroyer A.....	28

Levin J.	24
Liao J. M.	9, 11
Liaw C.-K.	18
Lin S. C.	12
Livingston G.	21
Loretti A.	26

M

Mackay E.	38
Mäkelä P.	29
Malgouyres C.	31
Matheson C.	28
Meidani A.	15
Meier N. W.	33
Meijs J.	43
Meng Z.	12
Mentzakis E.	28
Michel P.	30, 39
Mohammed R.	40
Molinier G.	11
Moloci N. M.	12
Monnier A.	37
Morgan S. G.	26
Murcia M.	28
Murphy J.	20
Myck M.	14
Myres P.	28

N

Najsttub M.	14
Navathe A. S.	11, 13
Nguyen H.	10
Nguyen-Soenen J.	36
Nicaise P.	37
Nicolas E.	15
Nuti S.	44

O

Oczkowska M.	14
Ogg J.	46
Olmo M.	23
Orav E. J.	20
Ouazzani M.	35
Oxford J.	32
Ozenne J.	49

P

Palència L.	23
Papanicolas I.	20
Pauly M. V.	11
Pearson A. L.	16
Pellecchia A.	40
Poli A.	22
Polton D.	30
Pomey M. P.	30, 39
Pritchard M. G.	20
Puig-Barrachina V.	45

R

Rapp T.	29
Razavi S. D.	31
Restivo L.	40
Richard M. J.	37
Richard M.-J.	17
Rigal L.	32
Rizzo C.	32
Rocks S.	38
Roelandt J.-L.	37
Roquebert Q.	49
Ryan M.	28

S

Saias T.	14
Saillour-Glenisson F.	35
Salm M.	21
Saloner B.	24
Saout C.	40
Scemama O.	19
Schmidt A. E.	50
Schreyögg J.	21
Sebbane D.	37
Seghieri C.	44
Senik C.	31
Sever I.	13
Shah A.	41
Shekita N.	10
Shepherd H.	21
Sibilia J.	31
Singer A.	44
Sirven N.	29
Soltmann B.	37
Sprimont M.	34

Stanciu M. A.....	28
Strumpf E.....	47

T

Taylor N.	18
Tello J. E.	44
Tenand M.....	49
Thelin A.	49
Thiel A.....	21
Tigerstedt C.....	29
Tikkanen R.....	41
Trinkoff A. M.	42
Tsiachristas A.	38

V

Van den Bulck A. O. E.	13
Van Doorslaer E.....	49
van Hille B.	11
Van Regenmortel S.....	49
Venkataramani A. S.....	13
Verbič M.	13
Verkerk E. W.....	43
Vialla F.....	45

W

Waddell K.....	44
Waitzberg R.....	50
Walker S.....	38
Whitehead J.....	16
Wilk A. S.....	24
Wilson M.....	31
Winter V.....	21
Wooley S.....	39
Wübker A.....	21

Y

Yang B. K.....	42
Yan P. L.....	12