

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Octobre 2020 / October 2020

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
E-santé	<i>E-health</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 santé	<i>Health Prevention</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

Assurance maladie

Health Insurance

- 13 **Incentivizing Efficient Utilization Without Reducing Access: The Case Against Cost-Sharing In Insurance**
Fels M.
- 13 **Forgoing Health Care Under Universal Health Insurance: The Case Of France**
Feral-Pierssens A.-L., Rives-Lange C., Matta J., et al.
- 13 **Do People With Private Health Insurance Attach A Higher Value To Health Than Those Without Insurance? Results From An EQ-5D-5 L Valuation Study In Ireland**
Hobbins A. P., Barry L., Kelleher D., et al.
- 13 **2018 French Dental Contracts: On The Road To Achieving Universal Dental Health Coverage?**
Mazevet M. E., Garyga V., Mayne C., et al.
- 14 **Delisting Eye Examinations From Public Health Insurance: Empirical Evidence From Canada Regarding Impacts On Patients And Providers**
Wang C. et Sweetman A.

E-santé

E-health

- 14 **The Persistence Of Digital Divides In The Use Of Health Information: A Comparative Study In 28 European Countries**
Alvarez-Galvez J., Salinas-Perez J. A., Montagni I., et al.
- 15 **Quelle régulation positive éthique de l'intelligence artificielle en santé ?**
Gruson D. et Grass É.
- 15 **Expérimentation de la télé-expertise en cardiologie en Pays de la Loire**
Herault T., Donio V., Courouve L., et al.
- 15 **Quels sites Internet consultés par les patients et quelle fiabilité accordée aux sources d'informations médicales ?**
Zumstein C., Chambe J. et Kam C.

Économie de la santé

Health economics

- 16 **Global Disparities In Health-Systems Financing: A Cross-National Analysis Of The Impact Of Tariff Reductions And State Capacity On Public Health Expenditure In 65 Low- And Middle-Income Countries, 1996–2015**
Barlow P.
- 16 **La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ?**
Bras P.-L.
- 16 **The Welfare Effect Of Co-Payment Adjustments On Emergency Department Visits In Medical Centers: Evidence From Taiwan**
Chen W.-Y.
- 17 **Le coût hospitalier des événements cérébro-vasculaires associés à une fibrillation atriale en France**
De Pourvoirville G. et Karam P.
- 17 **Are Quality-Adjusted Medical Prices Declining For Chronic Disease? Evidence From Diabetes Care In Four Health Systems**
Eggleston K., Chen B. K., Chen C.-H., et al.
- 17 **Understanding Physicians' Perceptions Of Overuse Of Health Services In Oncology**
Ellen M., Perlman S., Horowitz E., et al.
- 18 **How Does The Integration Of Collaborative Care Elements In A Gatekeeping System Affect The Costs For Mental Health Care In Germany?**
Engels A., Reber K. C., Maggaard J. L., et al.
- 18 **Informal Out-Of-Pocket Payments For Healthcare Services In Greece**
Giannouchos T. V., Vozikis A., Koufopoulou P., et al.
- 18 **Working Toward Evidence-Based Guidelines For Cost-Of-Care Conversations Between Patients And Physicians: A Systematic Review Of The Literature**
Harrington N. G., Scott A. M. et Spencer E. A.

- 19 **The Effect Of Time To Death On Health Care Expenditures: Taking Into Account The Endogeneity And Right Censoring Of Time To Death**
Kolodziejczyk C.
- 19 **Healthcare Costs Associated With Breast Cancer In Germany: A Claims Data Analysis**
Kreis K., Plöthner M., Schmidt T., et al.
- 19 **Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ?**
Lafortune G. et Mueller M.
- 20 **Paying For Value From Costly Medical Technologies: A Framework For Applying Value-Based Payment Reforms**
Lopez M. H., Daniel G. W., Fiore N. C., et al.
- 20 **Gender Discrimination In Health-Care Expenditure: An Analysis Across The Age-Groups With Special Focus On The Elderly**
Mondal B. et Dubey J. D.
- 21 **Mapping Variability In Allocation Of Long-Term Care Funds Across Payer Agencies In OECD Countries**
Waitzberg R., Schmidt A. E., Blümel M., et al.

État de santé Health Status

- 21 **The Contribution Of Drinking Culture At Comprehensive School To Heavy Episodic Drinking From Adolescence To Midlife**
Berg N., Virtanen M., Lintonen T., et al.
- 21 **Three Questions about Happiness**
Helliwell J. F.
- 22 **Changes In Tobacco-Related Morbidity And Mortality In French Women: Worrying Trends**
Olié V., Pasquereau A., Assogba F. A. G., et al.
- 22 **The State Of Health In The European Union (EU-28) In 2017: An Analysis Of The Burden Of Diseases And Injuries**
Santos J. V., Souza J., Valente J., et al.

- 22 **Variations Between Women And Men In Risk Factors, Treatments, Cardiovascular Disease Incidence, And Death In 27 High-Income, Middle-Income, And Low-Income Countries (PURE): A Prospective Cohort Study**
Walli-Attai M., Joseph P., Rosengren A., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

- 23 **Représentations des acteurs de la mise en œuvre du projet régional de santé dans deux régions**
Bréchat P.-H. et Jourdain A.
- 23 **Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour**
Conti B., Baudet-Michel S. et Le Neindre C.
- 24 **Retail Decline In France's Small And Medium-Sized Cities Over Four Decades. Evidences From A Multi-Level Analysis**
Delage M., Baudet-Michel S., Fol S., et al.
- 24 **Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne**
Hassenteufel P., Schweyer F.-X., Gerlinger T., et al.
- 24 **The Use Of Small Area Estimates In Place-Based Health Research**
Kong A. Y. et Zhang X.
- 25 **Retention Of Physicians And Surgeons In Rural Areas—What Works?**
Kumar S. et Clancy B.
- 25 **Inégalités géographiques dans l'accès aux thérapies contre le cancer**
Monmousseau F. et Rusch E.
- 25 **Impact Of Nonphysician Providers On Spatial Accessibility To Primary Care In Iowa**
Young S. G., Gruca T. S. et Nelson G. C.

Handicap Disability

- 26 **Le handicap : un concept complexe. Réflexions médicales et socio-anthropologiques**
Golse B. et Querre M.
- 26 **Estimating The Impact Of Disability Onset On Employment**
Jones M. K. et McVicar D.

Hôpital Hospitals

- 27 **Do Performance Indicators Predict Regulator Ratings Of Healthcare Providers? Cross-Sectional Study Of Acute Hospitals In England**
Allen T., Walshe K., Proudlove N., et al.
- 27 **How The Design And Implementation Of Centralized Waiting Lists Influence Their Use And Effect On Access To Healthcare - A Realist Review**
Breton M., Smithman M. A., Sasseville M., et al.
- 27 **Education Level And Hospitalization For Ambulatory Care Sensitive Conditions: An Education Approach Is Required**
Buja A., Fonzo M., Sperotto M., et al.
- 28 **Hospital Performance In The First 6 Years Of Medicare's Value-Based Purchasing Program**
Carroll N. W. et Clement J. P.
- 28 **Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ?**
Charrier P., Buchet-Poyau K., Delaroche-Gaudin M., et al.
- 29 **Le Lean management et la satisfaction au travail à l'hôpital : Étude dans un centre hospitalo-universitaire français**
Chatain C., Morellec S., Garel B., et al.
- 29 **Benchmarking de la prothèse hanche dans 7 hôpitaux**
Dehanne F., Van Wilder P., Leclercq P., et al.
- 29 **Can Governments Push Providers To Collaborate? A Comparison Of Hospital Network Reforms In France And The United States**
Field R. I., Keller C. et Louazel M.
- 30 **Les urgences hospitalières sur la sellette**
Galichon B.
- 30 **Travail infirmier à distance et articulation de la trajectoire des patient-e-s : dispositifs de suivi en oncologie et pertinence sociale des soins**
Haschar-Noé N., Basson J.-C. et Mayère A.
- 30 **EMS Access Constraints And Response Time Delays For Deprived Critically Ill Patients Near Paris, France**
Heidet M., Da Cunha T., Brami E., et al.
- 31 **Reflecting On Choosing Wisely Canada At Five Years: Accomplishments, Challenges And Opportunities For Reducing Overuse And Improving Quality**
Karen Born T. H. et Wendy L.
- 31 **Assessment Of Technical Efficiency Of Public Hospitals In Turkey**
Küçük A., Özsoy V. S. et Balkan D.
- 31 **Measuring The Quality Of Care In Small Countries: The Empirical Analysis Of 30-Day Mortality Following Acute Myocardial Infarction And Ischaemic Stroke In Latvia**
Lenzi J., Noto G., Corazza I., et al.
- 32 **Associations Of 4AT With Mobility, Length Of Stay And Mortality In Hospital And Discharge Destination Among Patients Admitted With Hip Fractures**
Lisk R., Yeong K., Enwere P., et al.
- 32 **Understanding The Large Heterogeneity In Hospital Readmissions And Mortality For Acute Myocardial Infarction**
Lobo M. F., Azzone V., Lopes F., et al.
- 32 **Moving From Volume To Value With Hospital Funding Policies In Canada**
Logan T. et Jason M. S.
- 33 **Hospitalisation à domicile : faut-il adapter le Code de la santé publique à la prise en charge à domicile ?**
Magnier A., Guyon G. et Claudot F.
- 33 **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins**
Malléjac N. et Or Z.
- 34 **Fast-Track Hip And Knee Arthroplasty In Older Adults—A Prospective Cohort Of 1,427 Procedures In Patients ≥85 Years**
Petersen P. B., Jørgensen C. C., Kehlet H., et al.

- 34 **Does A Reduction In Readmissions Result In Net Savings For Most Hospitals? An Examination Of Medicare's Hospital Readmissions Reduction Program**

Yakusheva O. et Hoffman G. J.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 34 **Social Inequalities In Medical Rehabilitation Outcomes—A Registry-Based Study On 219 584 Insured Persons In Germany**
Götz S., Wahrendorf M., Siegrist J., et al.
- 35 **Limiting Health-Care Access To Undocumented Immigrants: A Wise Option?**
Jiménez-Rubio D. et Vall Castelló J.
- 35 **Health Indicators Of The National Roma Integration Strategy In Spain In The Years 2006 And 2014**
La Parra-Casado D., Arza-Porras J. et Estévez J. F.
- 36 **Genre et santé : Quelles sont les représentations des médecins généralistes sur les disparités en santé entre les hommes et les femmes ?**
Levoir C., Levoir T. et Vincent Y. M.
- 36 **Smoking Among Immigrant Groups In The United States: Prevalence, Education Gradients, And Male-To-Female Ratios**
Pampel F., Khlal M., Bricard D., et al.
- 36 **Healthcare Access For Asylum Seekers And Refugees In England: A Mixed Methods Study Exploring Service Users' And Health Care Professionals' Awareness**
Tomkow L. J., Kang C. P., Farrington R. L., et al.

Médicaments Pharmaceuticals

- 37 **The Prevalence And Impact Of Potentially Inappropriate Prescribing Among Older Persons In Primary Care Settings: Multilevel Meta-Analysis**
Liew T. M., Lee C. S., Goh S. K. L., et al.

- 37 **Gender Differences In Treatment With Antidepressants During First Weeks Of A Sick-Leave Spell Due To Depressive Episode**

Lytsy P., Alexanderson K. et Friberg E.

- 38 **Dispensation des antirétroviraux pour une durée de plus d'un mois : retour sur une recherche exploratoire qualitative**

Raymond I., Alessandrin A., Certain A., et al.

- 38 **La régulation du médicament par les normes (AMM, SMR, ASMR...)**

Toussaint B.

Méthodologie – Statistique Methodology - Statistics

- 39 **Is The European Health Interview Survey Online Yet? Response And Net Sample Composition Of A Web-Based Data Collection**
Braekman E., Charafeddine R., Demarest S., et al.
- 39 **[What Place For French Morbidity Registries In The Era Of Big Data?]**
Francis F., Terroba C., Persoz C., et al.
- 40 **Constructing Data-Derived Family Histories Using Electronic Health Records From A Single Healthcare Delivery System**
Leventer-Roberts M., Gofer I., Barak Corren Y., et al.
- 40 **Grandeurs et turpitudes des normes depuis l'EBM : quantitativistes et qualitativistes doivent travailler ensemble**
Maisonneuve H.

Politique de santé Health Policy

- 41 **Moving Health Professionals As An Alternative To Moving Patients: The Contribution Of Overseas Visiting Medical Specialists To The Health System In Malta**
Casha A., Casha R. et Azzopardi Muscat N.
- 41 **Health, Federalism And The European Union: Lessons From Comparative Federalism About The European Union**
Greer S. L.

- 41 **Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine**
Grenier C., Le Guludec D., de Montalembert P., et al.
- 42 **Trajectoires de personnes souffrant de lombalgie chronique : ruptures et reconstructions après un programme de rééducation**
Mbarga J., Foley R.-A., Pichonnaz C., et al.
- 42 **The SDGs And Health Systems: The Last Step On The Long And Unfinished Journey To Universal Health Care?**
Rajan S., Ricciardi W. et McKee M.
- 43 **Conceptualising Equity In The Impact Evaluation Of Chronic Disease Management Programmes: A Capabilities Approach**
Tapager I., Hansen K. S. et Vrangbæk K.
- 43 **Improving Value Means Increasing Population Health And Equity**
Walter P. W. et Robert J. R.
- 45 **Consommation de soins dentaires préventifs en région Centre-Val de Loire : une étude rétrospective**
Denis F., de Fontagalland C., Meymandi-Nejad B., et al.
- 45 **Health-Related Sustainable Development Goals: Countdown On Alcohol Use, Smoking Prevalence, Child Overweight And Suicide Mortality**
Droogers M., Jansen D., Lindert J., et al.
- 46 **La prescription médicale d'activité physique et perspectives socio-écologiques**
Knobé S.
- 46 **Inequalities In Participation In Colorectal Cancer Screening Programmes: A Systematic Review**
Mosquera I., Mendizabal N., Martín U., et al.
- 46 **Le dépistage par mammographie en France dans la théorie du comportement planifié : bénéfice collatéral, confiance, valeur perçue et comportements périphériques**
Pernin J.-L.
- 47 **How Is Informed Decision-Making About Breast Cancer Screening Addressed In Europe? An International Survey Of 28 Countries**
Ritchie D., Van Hal G. et Van den Broucke S.

Politique publique Public Policy

- 43 **A Happy Choice: Wellbeing As The Goal Of Government**
Frijters P., Clark A. E., Krekel C., et al.
- 44 **Happiness And Public Policy: A Procedural Perspective**
Stutzer A.

Prévention santé Health Prevention

- 44 **Prevention Policy: Good News And Bad News From France**
Alla F. et Cambon L.
- 44 **Personalized Prevention And Population Health Impact: How Can Public Health Professionals Be More Engaged?**
Boccia S. et Ricciardi W.
- 45 **Alcohol In TV Series Popular With Teens: A Content Analysis Of TV Series In France 22 Years After A Restrictive Law**
Chapoton B., Werlen A.-L. et Regnier Denois V.

Psychiatrie Psychiatry

- 47 **Prices And Cost Sharing For Psychotherapy In Network Versus Out Of Network In The United States**
Benson N. M. et Song Z.
- 48 **Des « experts d'expériences » pour former des professionnels de santé mentale**
Bizet C., Defromont L. et Labey M.
- 48 **A Systematic Review Of Mental Health Measurement Scales For Evaluating The Effects Of Mental Health Prevention Interventions**
Breedvelt J. J. F., Zamperoni V., South E., et al.
- 48 **The Impact Of Medicare's Mental Health Cost-Sharing Parity On Use Of Mental Health Care Services**
Cook B. L., Flores M., Zuvekas S. H., et al.
- 49 **Programme de soin en psychiatrie : ni pour ni contre, bien au contraire !**
Decker M.

- 49 **Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste**
Gallais J. L.
- 49 **Care Coordination For Severe Mental Health Disorders: An Analysis Of Healthcare Provider Patient-Sharing Networks And Their Association With Quality Of Care In A French Region**
Gandré C., Beauguitte L., Lolivier A., et al.
- 50 **Accompagner l'habitat des personnes en souffrance psychique : quelles organisations pour quelle inclusion ?**
Henckes N.
- 50 **Présentation du programme de formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM)**
Marescaux J.
- 50 **Associations Between Cross-Sector Partnerships And Local Health Department Participation In Population-Based Activities To Prevent Mental Health Conditions**
Nelson K. L.
- 51 **Quelle politique de santé en pédopsychiatrie en 2020 ? Réflexion et analyse pour une meilleure précocité des interventions**
Pernel A.-S., Roos-Weil F., Garret-Gloanec N., et al.
- 51 **Does Poor Mental Health Explain Socio-Demographic Gradients In Breast Cancer Screening Uptake? A Population-Based Study**
Ross E., Maguire A., Donnelly M., et al.
- 51 **L'hôpital de jour de psychiatrie à l'ère du numérique : les propositions d'un patient expert**
Salles J., Levasseur D., Yroni A., et al.
- 52 **Internet s'invite dans la consultation psychiatrique**
Souffir V., Gauthier S. et Hayat M.
- 52 **Recourir à la pédopsychiatrie publique : étude dans six centres de soins parisiens**
Tibi-Lévy Y.
- 52 **Impact Of Gentrification On Adult Mental Health**
Tran L. D., Rice T. H., Ong P. M., et al.
- 53 **Améliorer la participation et le vécu des proches de personnes atteintes de schizophrénie dans le parcours de soins en santé mentale**
Villani M. et Kovess-Masféty V.

Sociologie de la santé *Sociology of Health*

- 54 **Partager la décision thérapeutique dans des cliniques contraintes ?**
Audrey L. et Régis M.-V.
- 54 **Pour une société du care. Retour sur dix ans de combat**
Brugère F.
- 54 **La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers**
Busnel C., Ludwig C. et Da Rocha Rodrigues M. G.
- 54 **Les voies de construction de l'identité professionnelle des psychologues. Une enquête nationale 15 ans après**
Castro D.
- 55 **Plaidoyer pour l'intégration des patients formateurs dans l'enseignement des futurs médecins généralistes à partir de l'expérience de l'université Sorbonne Paris Nord et de la littérature internationale**
Chevallier F., Duhot D., Ruelle Y., et al.
- 55 **La démocratie sanitaire : une réponse néocorporatiste française à la demande de participation**
Chigot V.
- 55 **Profession psychologue : l'identité en question**
Crozon-Navelet C.
- 56 **Les pratiques de repérage de la situation sociale des patients. Analyse anthropologique de discours de praticiens libéraux**
Desprès C.
- 56 **Quelle place pour la subjectivité du malade dans la pratique médicale ?**
Guillen A. S., Guillen A. et Combres L.
- 56 **Souhaits de mourir et pratiques sédatives : repères pour délibérer**
Mallet D., Begat N. et Duchêne V.

- 57 **La décision partagée en cancérologie, entre émancipation et domination de la personne malade**
Marty S., Stiegler B., Robert G., et al.
- 57 **Représentations sociales du psychologue : état des lieux en France et enjeux pour la profession**
Mouret M.
- 58 **Ces patients « particuliers ». Comment les jeunes médecins (dé)médicalisent les symptômes médicalement inexpliqués ?**
Sarradon-Eck A., Dias M. et Pouchain R.
- 58 **Des « symptômes médicalement inexpliqués » aux « maladies d'une époque ». Les difficultés de la prise en charge des patients. Commentaire**
Thomas M.
- 58 **Les décisions de soins en contexte de vulnérabilité : quels arbitrages du droit entre autonomie et contrainte ?**
Véron P.

Soins de santé primaires Primary Health Care

- 59 **L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques**
Acker D.
- 59 **Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles**
Bourgeois I. et Fournier C.
- 59 **La place de la pharmacie d'officine dans la coordination des soins primaires**
Bouzige B.
- 60 **Connaissance des directives anticipées en soins primaires**
Bruel S., Guinet L., Chauv R., et al.
- 60 **Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne**
Brunn M.
- 60 **Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ?**
Cachard J.
- 61 **Innovation territoriale aux Mureaux**
Clerc P. et Certain M.-H.
- 61 **Primary Health Care Patient Satisfaction: Explanatory Factors And Geographic Characteristics**
Ferreira P. L., Raposo V. et Tavares A. I.
- 61 **Drivers For Emigration Among Healthcare Professionals: Testing An Analytical Model In A Primary Healthcare Setting**
Ferreira P. L., Raposo V., Tavares A. I., et al.
- 61 **Unmet Social Needs And No-Show Visits In Primary Care In A US Northeastern Urban Health System, 2018–2019**
Fiori K. P., Heller C. G., Rehm C. D., et al.
- 62 **Les référentiels et leur non-application en médecine générale**
Frappé P.
- 62 **How To Engage French Professionals To Undertake Social Responsibility At A Local Level?**
Gautier S. et Bourgueil Y.
- 63 **Physician Group, Physician And Patient Characteristics Associated With Joining Interprofessional Team-Based Primary Care In Ontario, Canada**
Haj-Ali W., Moineddin R., Hutchison B., et al.
- 63 **Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos**
Hassenteufel P., Naiditch M. et Schweyer F.-X.
- 63 **The Impact Of Improved Access To After-Hours Primary Care On Emergency Department And Primary Care Utilization: A Systematic Review**
Hong M., Thind A., Zaric G. S., et al.
- 64 **Astana Declaration: A New Pathway For Primary Health Care**
Jungo K. T., Anker D. et Wildisen L.
- 64 **Assessing Volume And Variation Of Low-Value Care Practices In The Netherlands**
Kool R. B., Verkerk E. W., Meijjs J., et al.

- 64 **Economic Evaluation Of Guideline Implementation In Primary Care: A Systematic Review**
Kovacs E., Wang X., Strobl R., et al.
- 65 **Article 51 : évolution ou révolution ? Des réseaux de soins coordonnés au paiement des équipes de professionnels de santé : un même combat**
Launois R.
- 65 **Réforme des soins primaires : évolution ou transformation de la pharmacie ?**
Megerlin F.
- 66 **L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical**
Moyal A.
- 66 **Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ?**
Naiditch M.
- 66 **Effective Policies For Eliminating Nursing Workforce Shortages: A Systematic Review**
Park H. et Yu S.
- 67 **At-Risk Drinking Screening By General Practitioners: A Survey Of Patients In Primary Care**
Phan T., Yana J., Fabre J., et al.
- 67 **La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales**
Ramond-Roquin A., Allory E. et Fiquet L.
- 68 **Pratique avancée : quelle articulation en équipe ?**
Ramsay K.
- 68 **Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques**
Ray M., Bourgueil Y. et Sicotte C.
- 68 **Le projet pilote MOCCA : une nouvelle organisation des cabinets de médecine de famille dans le canton de Vaud, Suisse**
Schütz M., Senn N. et Cohidon C.
- 68 **Integration And Retention Of American Physician Assistants/Associates Working In English Hospitals: A Qualitative Study**
Taylor F., Drennan V. M., Halter M., et al.

- 69 **La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires**
Vezinat N.

Systemes de santé Health Systems

- 69 **Associations Between Structures, Processes And Outcomes In Inter-Municipal Cooperation In Out-Of-Hours Services In Norway: A Survey Study**
Arntsen B., Torjesen D. O. et Karlsen T.-I.
- 70 **Managing Organizational Constraints In Innovation Teams: A Qualitative Study Across Four Health Systems**
Atkinson M. K. et Singer S. J.
- 70 **Steering By Their Own Lights: Why Regulators Across Europe Use Different Indicators To Measure Healthcare Quality**
Beaussier A.-L., Demeritt D., Griffiths A., et al.
- 70 **Austerity, Healthcare Provision, And Health Outcomes In Spain**
Borra C., Pons-Pons J. et Vilar-Rodríguez M.
- 71 **Getting Involved: The Extent And Impact Of Patient And Public Involvement In The Swedish Health System**
Fredriksson M. et Tritter J.
- 71 **Integrated Care Models And Behavioral Health Care Utilization: Quasi-Experimental Evidence From Medicaid Health Homes**
McClellan C., Maclean J. C., Saloner B., et al.
- 71 **A Novel Methodology To Measure Waiting Times For Community-Based Specialist Care In A Public Healthcare System**
Miron R. W., Novikov I., Ziv A., et al.
- 72 **New Integrated Care Models In England Associated With Small Reduction In Hospital Admissions In Longer-Term: A Difference-In-Differences Analysis**
Morciano M., Checkland K., Billings J., et al.
- 72 **How Healthcare Systems Shape A Purchaser's Strategies And Actions When Managing Chronic Care**
Noort B. A. C., Ahaus K., van der Vaart T., et al.

- 72 **The Growth Of Private Equity Investment In Health Care: Perspectives From Ophthalmology**
O'Donnell E. M., Lelli G. J., Bhidya S., et al.
- 73 **The Regulation Of Competition And Procurement In The National Health Service 2015–2018: Enduring Hierarchical Control And The Limits Of Juridification**
Osipovi D., Allen P., Sanderson M., et al.
- 73 **Amélioration des soins et des services en première ligne pour la gestion des maladies chroniques : le programme COMPAS+ au Québec**
Pomey M.-P., Menear M., Drouin C., et al.
- 74 **Transforming Health Care: The Policy And Politics Of Service Reconfiguration In The UK's Four Health Systems**
Stewart E., Greer S. L., Ercia A., et al.
- 74 **A Novel Methodology To Measure Waiting Times For Community-Based Specialist Care In A Public Healthcare System**
Wilf - Miron R., Novikov I., Ziv A., et al.
- 77 **Mesures de la pauvreté et disparités géographiques en France : la place des retraités**
Breuil P. et Cordier C.
- 77 **Quels sont les leviers pour lutter contre l'exclusion et la pauvreté des personnes âgées en Europe ?**
Dekkers G.
- 77 **Les inégalités sociales dans la vieillesse**
Fontaine R. et Pennec S.
- 78 **Neighborhood Characteristics And Frailty: A Scoping Review**
Fritz H., Cutchin M. P., Gharib J., et al.
- 78 **Vieillir en Allemagne : possibilités de participation sociale et risques d'exclusion**
Kümpers S. et Alisch M.
- 78 **L'adaptation de la politique d'assurance vieillesse au vieillissement (1961-2015)**
Laroque M.

Travail et santé

Occupational Health

- 75 **Financial Vulnerability And Worker Well-Being: A Comparison Of Long-Term Services And Supports Workers With Other Health Workers**
Muench U., Jura M., Spetz J., et al.
- 75 **Why Do Older Workers With Chronic Health Conditions Prefer To Retire Early?**
Vanajan A., Bültmann U. et Henkens K.
- 79 **The Effectiveness Of Biographical Approaches In Long-Term Care: A Systematic Review**
Menn L., Corsten S., Lauer N., et al.
- 79 **Natural Regression Of Frailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review And Meta-Analysis**
Ofori-Asenso R., Lee Chin K., Mazidi M., et al.
- 80 **La solitude : quelle évolution dans le temps ? Pistes d'intervention d'après l'étude Elsa**
Pitcher Valtorta N. K.

Vieillesse

Ageing

- 76 **Vieillesse, état de santé et accident de la vie courante**
Ancelot L., Bonnal L., Buitrago Gamez G., et al.
- 76 **Le sentiment de solitude dans la vieillesse. Une analyse des effets de la précarité sociale et économique**
Aouici S. et Peyrache M.
- 76 **Caring For Older Cancer Patients: A Scoping Review**
Bagayogo F., Le Berre M., Ruchon C., et al.
- 80 **Determinants Of Nursing Home Choice: Does Reported Quality Matter?**
Schmitz H. et Stroka-Wetsch M. A.
- 80 **Are Frail Elderly People In Europe High-Need Subjects? First Evidence From The SPRINTT Data**
Sicsic J., Ravesteijn B. et Rapp T.
- 81 **The Dynamics Of Frailty And Change In Socio-Economic Conditions: Evidence For The 65+ In Europe**
Sirven N., Dumontet M. et Rapp T.
- 81 **Two Decades Of Nursing Home Compare: What Have We Learned?**
Tamara Konetzka R., Yan K. et Werner R. M.

- 81 **Making Decisions About Long-Term Institutional Care Placement Among People With Dementia And Their Caregivers: Systematic Review Of Qualitative Studies**
Teng C., Loy C. T., Sellars M., *et al.*
- 82 **Successful Care Transitions For Older People: A Systematic Review And Meta-Analysis Of The Effects Of Interventions That Support Medication Continuity**
Tomlinson J., Cheong V.-L., Fylan B., *et al.*
- 82 **Les retraites et la création de la Sécurité sociale en 1945 : révolution ou restauration ?**
Valat B.

Health Insurance**► Incentivizing Efficient Utilization Without Reducing Access: The Case Against Cost-Sharing In Insurance**FELS M.
2020**Health Economics 29(7): 827-840.**<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4023>

Cost-sharing is regarded as an important tool to reduce moral hazard in health insurance. Contrary to standard prediction, however, such requirements are found to decrease utilization both of efficient and of inefficient care. I employ a simple model that incorporates two possible explanations—consumer mistakes and limited access—to assess the welfare implications of different insurance designs. I find cost-sharing never to be an optimal solution as it produces two novel inefficiencies by limiting access. An alternative design, relying on bonuses, has no such side effects and achieves the same incentivization. I show how the optimal design can be deduced empirically and discuss possible impediments to its implementation.

► Forgoing Health Care Under Universal Health Insurance: The Case Of FranceFERAL-PIERSENS A.-L., RIVES-LANGE C., MATTA J.,
et al.
2020**International Journal of Public Health 65(5): 617-625.**<https://doi.org/10.1007/s00038-020-01395-2>

We investigate the reliability of a survey question on forgone healthcare services for financial reasons, based on analysis of actual healthcare use over the 3-year period preceding response to the question. We compare the actual use of different health services by patients who report having forgone health care to those who do not.

► Do People With Private Health Insurance Attach A Higher Value To Health Than Those Without Insurance? Results From An EQ-5D-5 L Valuation Study In IrelandHOBBINS A. P., BARRY L., KELLEHER D., *et al.*
2020**Health Policy 124(6) :639-646**<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.005>

Differences in healthcare use could relate to differences in the values assigned health as well as to differences in access. We sought to establish whether there existed evidence of differences in values assigned health states between individuals with and without insurance in Ireland. Using the EuroQol Valuation Technology (EQ-VT), EQ-5D-5 L valuation tasks were administered to a sample of 1160 residents of Ireland in 2015/16. Censored panel regression analyses were used to estimate the values assigned health states. Private insurance was entered among a range of covariates to explain health preferences as a binary variable. A range of confirmatory analyses were undertaken. In the primary analysis, possession of private health insurance was not a significant determinant of health preferences. Across a range of confirmatory analyses limited evidence of any difference in values related to health insurance emerged. Insurance status has been shown to be a significant determinant of healthcare utilization in Ireland after need has been controlled for. Our analysis provides no compelling evidence that meaningful differences exist in the values accorded health between those with and without health insurance.

► 2018 French Dental Contracts: On The Road To Achieving Universal Dental Health Coverage?MAZEVET M. E., GARYGA V., MAYNE C., *et al.*
2020**Health Policy 124(8): 781-786.**<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.016>

Following the failure of earlier negotiations, the new French Government decided not to go ahead with a unilateral decision to define fees in the dental contracts, and to reopen the negotiations. This in a bid to

satisfy the providers' requests, as well as to negotiate Emmanuel Macron's presidential campaign promise of no out-of-pocket expenses on dental prosthetics. The three stakeholders, the National Health Insurance System, Dental Trade Unions and Complementary Health Insurers, started another round of negotiations which lead to an agreement. This new convention, which will be phased in from the 1st of April 2019, will exclude 90% of dental procedures from out-of-pocket payments for patients. Though economic models were controversial between the stakeholders, this reform is likely to engage France in a system where the dental medical divide is narrowing, quasi-universal dental coverage is achieved and policy making processes are adaptable to the evolution of evidence-based medicine and economic realities. This reform, supported by more than 95% of the French population, is likely to serve as an example for its impact on: political campaigns; the role of comprehensive data collection systems; economic models; and adaptive policies in order to overcome barriers to reforms.

► **Delisting Eye Examinations From Public Health Insurance: Empirical Evidence From Canada Regarding Impacts On Patients And Providers**

WANG C. ET SWEETMAN A.

2020

Health Policy 124(5): 540-548.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.006>

This paper examines the impacts of delisting routine eye exam services on patient eye care utilization and on providers' labour market outcomes in a public healthcare system. Provincial governments in Canada started to de-insure routine eye examinations from the basket of publicly insured healthcare services in the early 1990s. We explore these policy changes across Canadian provinces to estimate the impacts of delisting from the supply- and demand-sides. Demand side analysis suggests that, on average, for the working age population delisting decreased the probability of using eye care. However, the number of visits among those who continued to use eye care services did not change. Additionally, the delisting may have had unintended consequences by causing a large negative impact among low-income individuals, and there is suggestive evidence of a positive spillover on utilization by publicly-funded patients over age 64. On the supply side, using Canadian census data we find that delisting eye exams decreased optometrists' weekly work hours, raised their annual work weeks and had little effect on their income.

E-santé

E-health

► **The Persistence Of Digital Divides In The Use Of Health Information: A Comparative Study In 28 European Countries**

ALVAREZ-GALVEZ J., SALINAS-PEREZ J. A.,
MONTAGNI I., *et al.*

2020

International Journal of Public Health 65(3): 325-333.

<https://doi.org/10.1007/s00038-020-01363-w>

This study aimed to identify which are the socio-demo-

graphic factors that can describe health information users' profiles in Europe and assess which are the factors distinguishing users and non-users and their association with the use of health-related online information.

► **Quelle régulation positive éthique de l'intelligence artificielle en santé ?**

GRUSON D. ET GRASS É.

2020

Les Tribunes de la santé 63(1): 25-33.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-25.htm>

La conférence tenue le 7 février 2019 dans le cadre des Tribunes de la santé a permis d'aborder les enjeux de la régulation positive éthique de l'intelligence artificielle (IA). Ce domaine connaît actuellement, au niveau international, des développements rapides, auxquels la chaire santé de Sciences Po s'est intéressée : « garantie humaine », principes d'une IA dite « de confiance », aspects technologiques abordant la question des biais cognitifs et de la reproductibilité. La conférence a, en outre, permis aux participants de se confronter à un cas pratique sous forme de « stress-test » pour prendre concrètement conscience des enjeux éthiques associés à l'IA en santé.

► **Expérimentation de la télé-expertise en cardiologie en Pays de la Loire**

HERAULT T., DONIO V., COUROUVE L., *et al.*

2019

Santé Publique 31(6): 789-796.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-6-page-789.htm>

Les médecins généralistes ont régulièrement besoin d'avis spécialisés pour une adaptation thérapeutique, pour l'interprétation d'électrocardiogrammes (ECG) ou pour faciliter l'orientation vers le cardiologue de proximité. La télé-expertise pourrait accroître ces possibilités de coordination entre professionnels. Une expérimentation de télé-expertise en cardiologie a été portée par l'Union Régionale des Professionnels de santé – Médecins Libéraux (URML) en Pays de la Loire, entre 2016 et 2017. L'expérimentation permettait à des médecins généralistes (MG) de solliciter l'avis d'un cardiologue libéral via une fiche de liaison. Le cardiologue recevait la fiche, accompagnée de l'ECG, et apportait une réponse dans les 48 heures. Les objectifs de l'étude étaient d'étudier l'acceptabilité de cette expérimentation auprès des professionnels concernés et d'en étudier l'impact sur la coordination des professionnels et sur les délais de rendez-vous chez le cardiologue. Cette évaluation a nécessité une méthodologie dite mixte alliant les résultats d'une enquête par questionnaire avant/après l'expérimentation et

d'entretiens semi-directifs auprès des MG et cardiologues, un recueil de données ad hoc et l'analyse de données de l'Assurance Maladie. En 15 mois d'expérimentation, 22 % des MG et 52 % des cardiologues libéraux du territoire ont participé. 959 avis ont été demandés par les MG, soit 74 fiches par mois. Les cardiologues ont été sollicités 2,3 fois par mois. Ils ont jugé l'ECG anormal ou douteux pour 31,9 % des examens. Un rendez-vous a été programmé en moyenne dans les 24 jours. Peu de difficultés dans l'utilisation du service ont été rapportées par les utilisateurs. Discussion : Les résultats montrent que la télé-expertise, sans aucun outil informatique complexe pour fonctionner, contribue à améliorer l'organisation de la gradation de la réponse de l'offre spécialisée, à améliorer la confiance des MG en leur propre analyse d'ECG. Elle constitue un observatoire grandeur nature de la mise en place de la télé-expertise en cardiologie, en amont de sa généralisation annoncée pour 2020 en France.

► **Quels sites Internet consultés par les patients et quelle fiabilité accordée aux sources d'informations médicales ?**

ZUMSTEIN C., CHAMBE J. ET KAM C.

2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(2): 69-76.

Internet offrant des sources d'information médicale plus ou moins fiables pour les patients, nous avons évalué leurs pratiques de recherche sur Internet. 955 patients issus de cabinets médicaux du Bas-Rhin ont été recrutés aléatoirement pour répondre à un questionnaire concernant leurs pratiques d'utilisation d'Internet dans le domaine médical. Les sites les plus consultés sont Doctissimo.fr (50,5 %) et Wikipedia.org (45,8 %), sites de grande notoriété publique, pourtant jugés moins fiables (6,0 et 6,3/10) que des sites gouvernementaux tels qu'Ameli-sante.fr ou Sante.gouv.fr (7,7 et 7,4/10). Le médecin traitant reste la référence des patients en matière de santé (8,8/10), malgré la recherche d'un deuxième avis médical. Son implication pourrait permettre d'améliorer ces pratiques.

Health economics

► **Global Disparities In Health-Systems Financing: A Cross-National Analysis Of The Impact Of Tariff Reductions And State Capacity On Public Health Expenditure In 65 Low- And Middle-Income Countries, 1996–2015**

BARLOW P.

2020

Health & Place 63: 102329.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102329>

Understanding what contributes to cross-national differences in public health spending among low- and middle-income countries (LMICs) can help identify how policy-makers can reduce global disparities. Yet, research on this topic has so far overlooked the potential influence of one of the most strongly recommended economic reforms during the post-war era: reducing international trade taxes, 'tariffs'. Tariffs are an important source of tax revenue for some LMICs. Tariff declines can impact on government finances, and these changes may constrain public health expenditure where states lack the capacity to tax non-trade activities. We examined the association between tariff changes and public health spending in 65 LMICs, 1996–2015. We identify substantial variation in this association according to one indicator of state capacity, a country's score on the World Governance Indicators government effectiveness (GE) index. For example, tariff declines corresponded to reduced public health expenditures in countries with low GE scores. Our results suggest that tariff changes and domestic taxation capacities have an under-recognised impact on public health expenditure and may contribute to global health spending disparities.

► **La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ?**

BRAS P.-L.

2020

Les Tribunes de la santé 64(2): 61-77.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-61.htm>

Les évaluations internationales des programmes de

paiement à la performance en médecine ambulatoire notamment celles du plus ambitieux d'entre eux, le programme anglais, aboutissent à un bilan pour le moins mitigé qui suggère qu'il est vain d'en attendre de réels bénéfices cliniques pour les patients. La France a mis en œuvre un tel programme vers la fin des années 2000. Il n'a pas fait l'objet de réelles évaluations mais les limites même de son design (faiblesse du montant des incitations, spectre d'indicateur limité, absence d'indicateurs de résultats, limites structurelles aux efforts que pourraient consentir les généralistes concernés du fait d'un exercice isolé...) ne laissent pas espérer qu'il puisse générer des progrès significatifs en termes de qualité des soins. Pour autant, le paiement à la qualité jouit d'une grande vogue en France auprès des pouvoirs publics qui s'explique moins par son efficacité clinique que par le bénéfice symbolique apporté à certains acteurs par la promotion de cet instrument.

► **The Welfare Effect Of Co-Payment Adjustments On Emergency Department Visits In Medical Centers: Evidence From Taiwan**

CHEN W.-Y.

2020

Health Policy [Ahead of pub]

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.013>

This study investigates the welfare effect of copayment adjustments on emergency department (ED) visits in medical centers under the National Health Insurance (NHI) program in Taiwan. To this end, we first applied the smooth time-varying co-integration model to estimate the time-varying price and income elasticities of ED care demand in medical centers, and then welfare effects of various copayment adjustments were simulated. Our empirical results suggested that an upward adjustment in copayment neither cause a potential pricing-out effect nor generate a significant amount of welfare gain, despite there exists a negatively long-run relationship between copayment and ED care utilization in medical centers. Nevertheless, the share of non-urgent ED visits is positively correlated with both the negative time-varying price elasticities and welfare gain. These findings serve as important evidence to validate the application of the copayment as a strate-

gic policy instrument to moderate both non-urgent ED care utilization and welfare loss due to moral hazard behavior under Taiwan's NHI program.

► **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.

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

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.

► **Are Quality-Adjusted Medical Prices Declining For Chronic Disease? Evidence From Diabetes Care In Four Health Systems**

EGGLESTON K., CHEN B. K., CHEN C.-H., *et al.*
2020

The European Journal of Health Economics 21(5): 689-702.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01164-1>

Improvements in medical treatment have contributed to rising health spending. Yet there is relatively little evidence on whether the spending increase is “worth it” in the sense of producing better health outcomes of commensurate value—a critical question for understanding productivity in the health sector and, as that sector grows, for deriving an accurate quality-adjusted price index for an entire economy. We analyze individual-level panel data on medical spending and health outcomes for 123,548 patients with type 2 diabetes in four health systems: Japan, The Netherlands, Hong Kong and Taiwan. Using a “cost-of-living” method that measures value based on improved survival, we find a positive net value of diabetes care: the value of improved survival outweighs the added costs of care in each of the four health systems. This finding is robust to accounting for selective survival, end-of-life spending, and a range of values for a life-year or fraction of benefits attributable to medical care. Since the estimates do not include the value from improved quality of life, they are conservative. We, therefore, conclude that the increase in medical spending for management of diabetes is offset by an increase in quality.

► **Understanding Physicians' Perceptions Of Overuse Of Health Services In Oncology**

ELLEN M., PERLMAN S., HOROWITZ E., *et al.*
2020

Medical Care Research and Review[Ahead of pub
<https://doi.org/10.1177/1077558720915112>

Overuse rates in oncology are high, but areas of possible improvement exist for reducing it and improving quality of care. This study explores perceptions and experiences of oncologists in Israel regarding overuse of health services within oncology. In-depth, semistructured interviews were conducted focusing on causes of overuse, facilitators for reduction, and suggestions for improvement. Interviews were audio recorded, transcribed, coded, and thematically analyzed. Physicians reported patient-level causes including well-informed and demanding patients; physician-level causes including desire to satisfy patients, lack of confidence, time, and skills; and system-level causes like ease of access, and lack of alignment and coordination. Physicians can reduce overuse through patient dialogue, building trust and solidifying patient/physician relationships,

and further reduce overuse with better teamwork. Improvements can be made through educational initiatives, and bottom-up solutions. Policy makers and decision makers should develop appropriate interventions addressing health service overuse, including improving patient education and instilling confidence and knowledge in physicians.

► **How Does The Integration Of Collaborative Care Elements In A Gatekeeping System Affect The Costs For Mental Health Care In Germany?**

ENGELS A., REBER K. C., MAGAARD J. L., *et al.*
2020

The European Journal of Health Economics 21(5): 751-761.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01170-3>

Mental disorders are widespread, debilitating and associated with high costs. In Germany, usual care (UC) for mental disorders is afflicted by poor coordination between providers and long waiting times. Recently, the primary alternative to UC—the gatekeeping-based general practitioners (GP) program—was extended by the collaborative Psychiatry–Neurology–Psychotherapy (PNP) program, which is a selective contract designed to improve mental health care and the allocation of resources. Here, we assess the effects of the GP program and the PNP program on costs for mental health care. We analyzed claims data from 2014 to 2016 of 55,472 adults with a disorder addressed by PNP to compare costs and sick leave days between PNP, the GP program and UC. The individuals were grouped and balanced via entropy balancing to adjust for potentially confounding covariates. We employed a negative binomial model to compare sick leave days and two-part models to compare sick pay, outpatient, inpatient and medication costs over a 12-month period. The PNP program significantly reduced sick pay by 164€, compared to UC, and by 177€, compared to the GP program. Consistently, sick leave days were lower in PNP. We found lower inpatient costs in PNP than in UC (–194€) and in the GP program (–177€), but no reduction in those shares of inpatient costs that accrued in psychiatric or neurological departments. Our results suggest that integrating collaborative care elements in a gatekeeping system can favourably impact costs. In contrast, we found no evidence that the widely implemented GP program reduces costs for mental health care.

► **Informal Out-Of-Pocket Payments For Healthcare Services In Greece**

GIANNOUCHOS T. V., VOZIKIS A., KOUFOPOULOU P., *et al.*

2020

Health Policy 124(7): 758-764.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.005>

Informal out-of-pocket (OOP) payments for healthcare services are not unusual in Greece. This study estimates the association between respondent and incident-level characteristics and informal payments. A survey of 4218 households was conducted from November 2016 to February 2017. We analyzed healthcare incidents by all household members within the past four months. Multivariate negative binomial regression analysis was used to estimate the association between respondents and incident-level characteristics and informal OOP payments to providers. A total of 3494 healthcare incidents were reported by 3183 household-representatives. More-than-half (63%) of all incidents involved informal activity (median = €150). About 30% of those were related to provider requested payments. Using hospital, dental, diagnostic/screening, and emergency department services compared to primary care services and having oncological and surgical conditions were among the strongest predictors of higher rates for informal payments. The use of specific providers for reasons related to trust, reputation, referral, and lack of alternatives was also associated with higher rates of informal payments. Provider requested and skip the line payments were associated with larger OOP amounts compared to gratitude payments. This survey reveals that informal payments occur for higher-need and less cost-responsive healthcare services particularly in areas where patients lack alternatives. Health policy and regulatory interventions, including stricter control of the financial reporting system are essential to limit informal payments.

► **Working Toward Evidence-Based Guidelines For Cost-Of-Care Conversations Between Patients And Physicians: A Systematic Review Of The Literature**

HARRINGTON N. G., SCOTT A. M. ET SPENCER E. A.
2020

Social Science & Medicine 258

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113084>

As healthcare costs continue to rise, so does the impor-

tance of having cost-of-care conversations during medical office visits, especially for patients from vulnerable populations and patients with high-cost illnesses such as cancer. Such conversations remain relatively rare, however, even though physicians and patients say they want to have them. Furthermore, there is a lack of evidence-based guidelines for encouraging cost conversations and improving their quality. The purpose of this project was to conduct a systematic review of the cost-of-care conversations literature, focusing on empirical studies to characterize the state of the literature and provide a foundation for developing evidence-based guidelines for these important conversations. We searched seven electronic databases and identified an initial list of 1,986 records, 54 of which met inclusion criteria. We reviewed those articles to identify study purpose, use of theory, conceptual and operational definitions of cost conversations, sample characteristics, research methods, variables relevant to cost conversations, and relevant study findings. Results revealed that this literature (a) consists overwhelmingly of cross-sectional survey research set in the United States, (b) defines cost conversations chiefly as those focused on healthcare or medication costs (either in general or out-of-pocket), (c) is focused primarily on establishing incidence/frequency of cost conversations but also considers patient/provider desire for, attitudes/beliefs toward, and perceived barriers to cost conversations, and (d) lacks theoretical guidance. There were very few findings that could provide actionable evidence to guide quality conversations about reducing cost of care. We offer observations and recommendations for the next steps in cost conversations research so that patients and physicians can work together to promote quality care at affordable costs.

► **The Effect Of Time To Death On Health Care Expenditures: Taking Into Account The Endogeneity And Right Censoring Of Time To Death**

KOŁODZIEJCZYK C.

2020

The European Journal of Health Economics 21(6): 945-962.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01187-8>

This paper provides new estimates of the impact of the time to death on health care expenditures when the time to death is assumed endogenous. It further proposes estimation methods that take into account the right censoring of time to death. The data consist of

twins from Denmark aged over 70 in 1999. The age of death of the mother and the living status of the co-twin are used as instruments for time to death. The results show that IV estimators give estimates higher than those obtained in previous studies when the time to death is assumed exogenous. Furthermore, the estimators proposed in this paper provide estimates that are generally lower compared to the ones obtained with the IV estimator. These results indicate that the impact of time to death has been potentially overestimated in previous studies.

► **Healthcare Costs Associated With Breast Cancer In Germany: A Claims Data Analysis**

KREIS K., PLÖTHNER M., SCHMIDT T., *et al.*

2020

The European Journal of Health Economics 21(3): 451-464.

<https://doi.org/10.1007/s10198-019-01148-w>

This study estimates the healthcare costs associated with breast cancer (BC) for different treatment phases (initial, intermediate, terminal) in Germany from the payer's perspective.

► **Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ?**

LAFORTUNE G. ET MUELLER M.

2020

Revue française des affaires sociales(1): 303-312.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-303.htm>

Les soins primaires ou de premier recours sont plus que jamais considérés comme un pilier essentiel d'un système de santé moderne, centré sur la personne. Investir dans les soins de premier recours doit permettre d'accroître l'efficacité du système par une meilleure coordination des soins, notamment pour les patients atteints de multiples pathologies chroniques, ce qui devrait à la fois réduire les admissions à l'hôpital et améliorer l'état de santé de ces personnes. Pourtant, si le concept de soins primaires semble universel, il existe de multiples définitions de ce que sont ces soins et leurs contours varient d'un pays à l'autre. Cela ne facilite pas les comparaisons entre pays et dans le

temps. De fait, l'appréhension des soins de premier recours dans les systèmes statistiques, permettant les comparaisons internationales, semble lacunaire. Une étude récente de l'OCDE a mis au jour un indicateur pour évaluer les dépenses en soins primaires. De plus, cette note rapporte des chiffres sur le nombre et les revenus des médecins généralistes tirés du Panorama de la santé 2019 de l'OCDE, tout en notant les limites à la comparabilité de ces données. En revanche, les indicateurs qui mesurent les activités et les résultats du secteur des soins primaires restent assez limités, bien que l'OCDE ait entrepris un vaste programme de travail pour combler les lacunes concernant les données sur la qualité des soins primaires pour les patients ayant des maladies chroniques.

► **Paying For Value From Costly Medical Technologies: A Framework For Applying Value-Based Payment Reforms**

LOPEZ M. H., DANIEL G. W., FIORE N. C., *et al.*
2020

Health Affairs 39(6): 1018-1025.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00771>

Innovative medical products offer significant and potentially transformative impacts on health, but they create concerns about rising spending and whether this rise is translating into higher value. The result is increasing pressure to pay for therapies in a way that is tied to their value to stakeholders through improving outcomes, reducing disease complications, and addressing concerns about affordability. Policy responses include the growing application of health technology assessments based on available evidence to determine unit prices, as well as alternatives to volume-based payment that adjust product payments based on predictors or measures of value. Building on existing frameworks for value-based payment for health care providers, we developed an analogous framework for medical products, including drugs, devices, and diagnostic tools. We illustrate each of these types of alternative payment mechanisms and describe the conditions under which each may be useful. We discuss how the use of this framework can help track reforms, improve evidence, and advance policy analysis involving medical product payment.

► **Gender Discrimination In Health-Care Expenditure: An Analysis Across The Age-Groups With Special Focus On The Elderly**

MONDAL B. ET DUBEY J. D.

2020

Social Science & Medicine 258: 113089.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113089>

This study aims to understand how much of the gender gap in hospitalization expenditure is explained by different socio-economic, demographic and health-care related factors across the age-groups with a particular focus on the elderly. The unexplained part of the gap (the coefficient effect) is assumed to arise purely due to gender bias. Gender inequality in health-care expenses has been well-documented particularly in case of developing countries and also for India separately. The current study contributes to the existing knowledge by analyzing the gender gap across the age-groups and by bringing to notice how the severity of gender disparity and the importance of different determinants vary across the age-groups. Using the 71st Social Consumption: Health Survey of NSSO, conducted during January to June in 2014, the study finds that on overall the coefficient effect comprises around 50% of the total gender gap, indicating large gender bias in hospitalization expenses. Also a large part of the endowment effect (the explained part) is suggestive of an implicit form of gender discrimination as the differences in choices between men and women influencing hospitalization expenses like the choice between public and private health-care providers, whether to avail of services like x-ray, diagnostic tests or not, indicate that women health-care needs are often put on the lower end of the priority list of households. The gender gap and also both the implicit and explicit forms of gender discrimination are found to be highest among the elderly. Unlike few other age-groups, where the ailment pattern explains a lot of the gender gap, ailment patterns are similar for the elderly men and women. Apart from education level and the implicit form of gender discrimination accounting for a large part, the multivariate analysis suggests marital status to be a significant explaining factor for the gender gap among the elderly. Among the elderly, more women suffering from widowhood leads to economic deprivation being reflected in less hospitalization expenses as compared to men and explains the gender gap significantly.

► **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 124(5): 491-500.

<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-for-mula (vs. past-budgets or government decisions). 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. Qualitative data were collected through a questionnaire filled by experts from 17 OECD countries. 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 variations. 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.

État de santé

Health Status

► **The Contribution Of Drinking Culture At Comprehensive School To Heavy Episodic Drinking From Adolescence To Midlife**

BERG N., VIRTANEN M., LINTONEN T., *et al.*
2019

European Journal of Public Health 30(2): 357-363.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz136>

The school context is associated with adolescent alcohol use, but it is not clear whether this association continues into adulthood. This study examined whether exposure to drunkenness oriented drinking culture in 9th grade school class is associated with individuals' heavy episodic drinking (HED) from adolescence to midlife. Participants in the 'Northern Swedish Cohort' study aged 16 years in 1981 were followed-up when aged 18, 21, 30 and 43 (N=1080). Individual-level factors were HED, positive attitudes towards drunkenness, early initiation of HED and peer-oriented spare-time. School class-level drinking culture was measured as classmate reported HED, positive attitudes, early initiation of HED and peer-oriented spare time. Multilevel log-binomial regression analyses were adjusted for gender, parental socioeconomic background, fam-

ily structure and HED at age 16. After adjustment for sociodemographic factors several cross-sectional and longitudinal associations were found between class-level indicators of drinking culture and individual HED. After additional adjustment for age 16 HED, most associations attenuated. The risk ratio (95% confidence interval) for engaging in HED at age 43 was 1.58 (1.03–2.42) times higher for those who at age 16 had many classmates reporting positive attitude towards drunkenness. These findings suggest that drinking culture in school may have a long-lasting impact on drinking habits in adulthood. The associations with HED at follow-ups are likely mediated by HED in adolescence. Studies on alcohol use would benefit from taking into account both individual and contextual factors in a life course perspective.

► **Three Questions about Happiness**

HELLIWELL J. F.
2019

Behavioural Public Policy 4(2): 177-187.

<https://doi.org/10.1017/bpp.2019.41>

The paper by Frijters, Clark, Krekel and Layard makes

a strong historical case for treating happiness as a primary measure of human welfare. They argue that it is now time to revamp the science of policy-making to re-establish this central tradition, building on recent progress in measuring and understanding subjective wellbeing. I agree with them. There are three key questions raised in or by their presentation that need further evidence. I shall try to address these in turn. The questions relate to how to measure happiness, how to measure and deal with inequality and how to take due account of the social context of wellbeing, including the need to achieve consistency between individual and societal happiness.

► **Changes In Tobacco-Related Morbidity And Mortality In French Women: Worrying Trends**

OLIÉ V., PASQUEREAU A., ASSOGBA F. A. G., *et al.*
2019

European Journal of Public Health 30(2): 380-385.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz171>

The high prevalence of smoking among French women since the 1970s has been reflected over the past decade by a strong impact on the health of women. This paper describes age and gender differences in France of the impact of smoking on morbidity and mortality trends since the 2000s. Smoking prevalence trends were based on estimates from national surveys from 1974 to 2017. Lung cancer incidence were estimated from 2002–12 cancer registry data. Morbidity data for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation and myocardial infarction were assessed through hospital admissions data, 2002–15. For each disease, number of deaths between 2000 and 2014 came from the national database on medical causes of death. The tobacco-attributable mortality (all causes) was obtained using a population-attributable fraction methodology. The incidence of lung cancer and COPD increased by 72% and 100%, respectively, among women between 2002 and 2015. For myocardial infarction before the age of 65, the incidence increased by 50% between 2002 and 2015 in women vs. 16% in men and the highest increase was observed in women of 45–64-year-olds. Mortality from lung cancer and COPD increased by 71% and 3%, respectively, among women. The estimated number of women who died as a result of smoking has more than doubled between 2000 and 2014 (7% vs. 3% of all deaths). The increase in the prevalence of smoking among women has a major impact on the morbidity and mortality of tobacco-related

diseases in women and will continue to increase for a number of years.

► **The State Of Health In The European Union (EU-28) In 2017: An Analysis Of The Burden Of Diseases And Injuries**

SANTOS J. V., SOUZA J., VALENTE J., *et al.*
2019

European Journal of Public Health 30(3): 573-578.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz203>

The Global Burden of Disease study has generated a wealth of data on death and disability in Europe. At a time of change for the European Union and European Region of WHO, with a new Health Commissioner and Regional Director, respectively, a review of health trends can contribute to identify outstanding needs and gaps. This paper reports a summary of the burden of disease in the European Union (EU) in 2017 (compared with 2007). For the whole EU and each country, mortality by causes of death, disability-adjusted life years (DALYs) and life expectancies are reported. In 2017, the age-standardized mortality and DALY rates were of 452.6 and 19 663.3 per 100 000 inhabitants, respectively. The diseases contributing most to mortality were ischaemic heart disease (IHD), dementias and stroke, while low back pain and IHD accounted for the highest burden of DALYs. Overall, there was an improvement in the state of health in the EU but substantial differences between countries remain. Cardiovascular diseases still represent the major burden, although there have been substantial improvements. There are many opportunities for mutual learning among otherwise similar countries with different patterns of disease.

► **Variations Between Women And Men In Risk Factors, Treatments, Cardiovascular Disease Incidence, And Death In 27 High-Income, Middle-Income, And Low-Income Countries (PURE): A Prospective Cohort Study**

WALLI-ATTAEI M., JOSEPH P., ROSENGREN A., *et al.*
2020

Lancet 396 (10244) : 97-109

Some studies, mainly from high-income countries (HICs), report that women receive less care (investigations and treatments) for cardiovascular disease than do men and might have a higher risk of death. However, very few studies systematically report risk

factors, use of primary or secondary prevention medications, incidence of cardiovascular disease, or death in populations drawn from the community. Given that most cardiovascular disease occurs in low-income and middle-income countries (LMICs), there is a need for comprehensive information comparing treatments and outcomes between women and men in HICs, middle-income countries, and low-income countries from community-based population studies. In the Prospective Urban Rural Epidemiological study (PURE), individuals aged 35-70 years from urban and rural communities in 27 countries were considered for inclusion. We recorded information on participants'

sociodemographic characteristics, risk factors, medication use, cardiac investigations, and interventions. 168 490 participants who enrolled in the first two of the three phases of PURE were followed up prospectively for incident cardiovascular disease and death. Treatments for cardiovascular disease are more common in women than men in primary prevention, but the reverse is seen in secondary prevention. However, consistently better outcomes are observed in women than in men, both in those with and without previous cardiovascular disease. Improving cardiovascular disease prevention and treatment, especially in LMICs, should be vigorously pursued in both women and men.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Représentations des acteurs de la mise en œuvre du projet régional de santé dans deux régions**

BRÉCHAT P.-H. ET JOURDAIN A.
2020

Santé Publique 32(1): 69-86.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-69.htm>

En France, le projet régional de santé (PRS) constitue la référence des politiques de santé sur les territoires. Il est élaboré en trois grandes étapes : préparation, diagnostic et priorités. Différents acteurs institutionnels y participent : gestionnaires, administrateurs, animateurs de la démocratie et acteurs du terrain médico-social et des soins de première ligne. Comment ces acteurs ont-ils investi les trois étapes de la préparation du PRS ? L'objectif de cet article est d'analyser la mise en œuvre du PRS dans deux régions et la représentation que s'en font les acteurs. L'analyse de la mise en œuvre du PRS a porté sur la définition du processus de réalisation, le diagnostic, l'identification des problèmes jusqu'à l'élaboration des priorités et des objectifs en prenant en compte les ressources et l'évaluation. Cette analyse a été réalisée dans deux régions de taille moyenne en France entre 2011 et 2015. La formulation des problèmes dans les PRS reste assez générale. Les priorités et les objectifs sont peu justifiés. Les ressources et l'évaluation sont peu prises en compte. Nous attribuons ces faiblesses à la difficulté

de croiser les représentations administrative, gestionnaire ou démocratique des acteurs du PRS avec les pratiques de soins dans les territoires. Conclusions : Une méthode et un processus intégrant les deux représentations de l'action publique devraient être précisés dans un document établi avant d'engager officiellement la démarche de planification. Une harmonisation de la méthodologie et des termes est nécessaire ainsi que le développement de formations et de recherches.

► **Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour**

CONTI B., BAUDET-MICHEL S. ET LE NEINDRE C.
2020

Géographie, économie, société 22(1): 5-33.

<https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2020-1-page-5.htm>

Cet article propose d'analyser, à travers la notion de rétraction, l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (séjour supérieur à un jour) en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique dans les villes de France métropolitaine sur la période 2000-2016. La notion de rétraction, utilisée dans les travaux sur la décroissance urbaine, est ici mobilisée afin de mettre l'accent sur le retrait de cet équipement de soins dans le système des villes. Après avoir présenté la manière dont la distribution spatiale des

hôpitaux a été pensée et modifiée par l'État au cours des 50 dernières années, la rétraction des lits d'hospitalisation est interrogée dans sa relation à l'organisation du système urbain : affecte-t-elle davantage les petites villes ? Affecte-t-elle de manière préférentielle les villes en décroissance ? Plusieurs indicateurs de rétraction sont proposés pour répondre à ces questions. La rétraction par diminution permet de mettre en valeur une évolution qui a affecté la quasi-totalité du système urbain. La rétraction par disparition concerne davantage les petites villes et les villes en décroissance. D'une manière générale, les grandes villes sont moins touchées par la rétraction des lits hospitaliers que les villes petites et moyennes.

► **Retail Decline In France's Small And Medium-Sized Cities Over Four Decades. Evidences From A Multi-Level Analysis**

DELAGE M., BAUDET-MICHEL S., FOL S., *et al.*

2020

Cities 104: 102790.

<https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.102790>

In recent years, a vast array of literature has shown that more and more city centres are affected by retail decline, be it in Japan, Belgium, Britain, the United States, or in France, while urban peripheries benefit from expanding retail activities. In this paper, we first rely on an international state of the art review, which allows us to identify recurring main factors that explain retail decline (such as sectoral concentration and competition from e-commerce), as well as more contextual factors bringing changes in urban settings and consumption practices (like demographic and labour market dynamics, the size of cities, or the location of municipalities within cities). Secondly, we examine how these factors, when combined, contribute to explain the decline in a superior diversity mix of retail activities in small and medium-sized French towns and cities, for four periods of about ten years each, from 1975 to 2014. The decline in shop diversity affects about a third of the municipalities observed in each period. Our hypotheses regarding the role of demographic size, employment mobility and location are then discussed and compared with the information given by the literature review.

► **Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne**

HASSENTEUFEL P., SCHWEYER F.-X., GERLINGER T., *et al.*

2020

Revue française des affaires sociales(1): 33-56.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-33.htm>

Partant du constat de l'importance prise par l'enjeu des pénuries territoriales de soins primaires, cet article cherche à répondre à deux questions : comment expliquer la saillance de cet enjeu ? Quel est le lien entre ce manque et la réorganisation des soins primaires ? Pour y répondre, l'accent est mis sur les acteurs jouant un rôle clé dans ces processus permettant de comprendre la mise à l'agenda de la réorganisation des soins primaires en recourant à une comparaison entre la France et l'Allemagne. Dans les deux pays, on observe un retournement du discours sur la démographie médicale au début des années 2000 et une mise en avant de l'enjeu de déficits territoriaux en médecins sur lesquels portent de façon croissante les politiques de santé. Les instruments mobilisés pour garantir une offre de soins dans les territoires défavorisés sont assez semblables et diversifiés. Ils concernent principalement le zonage, la formation en médecine générale et les incitations financières. Cependant, au niveau de l'analyse des interactions entre les acteurs, des transformations plus significatives peuvent être mises en avant en France, avec, d'une part, l'affirmation de nouveaux acteurs locaux (les ARS et les collectivités territoriales) contribuant à une territorialisation des soins primaires et, d'autre part, le développement du travail pluriprofessionnel dans le cadre de nouveaux modes d'organisation des soins primaires portés par des « entrepreneurs médicaux ».

► **The Use Of Small Area Estimates In Place-Based Health Research**

KONG A. Y. ET ZHANG X.

2020

American Journal of Public Health 110(6): 829-832.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305611>

Interest in the impact of the built environment on health behaviors, outcomes, and disparities is increasing, and the growing development of statistical modeling techniques has allowed researchers to better

investigate these relationships. However, without enough data that are identifiable at smaller geographic levels (e.g., census tract), place-based health researchers are unable to reliably estimate the prevalence of a health outcome at these more granular and potentially more salient neighborhood levels. When reliable direct survey estimates cannot be produced because of small samples or a lack of samples, estimates based on small area estimation techniques are often used. As place-based health research and the production and secondary use of small area estimates increase, it is critical that researchers understand both the underlying methods used to create these estimates and their limitations. Without this foundation, researchers may fit inappropriate models, or interpret findings inaccurately. As a demonstrative example, we focus this discussion on the small area health indicator estimates recently produced through the 500 Cities Project by the Robert Wood Johnson Foundation, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and the CDC Foundation.

► **Retention Of Physicians And Surgeons In Rural Areas—What Works?**

KUMAR S. ET CLANCY B.

2020

Journal of Public Health [Ahead of pub]

<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa031>

Causes for health inequity among rural populations globally are multifactorial, and include poorer access to healthcare professionals. This study summarizes the recent literature identifying factors that influence rural doctor retention and analyses strategies implemented to increase retention. Uniquely, this study addresses the importance of context in the planning, implementation and success of these strategies, drawing on literature from high-, middle- and low-income countries. A systematic review of the English literature was conducted in two parts. The first identified factors contributing to rural doctor retention, yielding 28 studies (2015–2019). The second identified 19 studies up to 2019 that assessed the outcomes of implemented rural retention strategies. Universal retention factors for health professionals in a rural environment include rural background, positive rural exposure in training or in the early postgraduate years and personal and professional support. Financial incentives were less influential on retention, but results were inconsistent between studies and differed between high-, middle- and low-income nations. Successful strategies included

student selection from rural backgrounds into medical school and undergraduate education programs and early postgraduate training in a rural environment. Bundled or multifaceted interventions may be more effective than single factor interventions. Rural health workforce retention strategies need to be multifaceted and context specific, and cannot be effective without considering the practitioner's social context and the influence of their family in their decision making. Adequate rural health facilities, living conditions, work-life balance and family, community and professional support systems will maximize the success of implemented strategies and ensure sustainability and continuity of healthcare workforce in rural environments.

► **Inégalités géographiques dans l'accès aux thérapies contre le cancer**

MONMOUSSEAU F. ET RUSCH E.

2019

Revue française d'économie XXXIV(4): 201-249.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2019-4-page-201.htm>

Les inégalités géographiques en termes d'offre de soins induisent des flux de patients entre territoires. Dans le cas du traitement du cancer, nous explorons les facteurs influençant le choix du lieu de soins où les médicaments sont administrés. L'analyse porte sur les consommations de molécules onéreuses, entre 2009 et 2013, des patients atteints de cancer habitant la région Centre-Val de Loire. Les résultats du logit emboîté confirment le rôle négatif de la distance et l'impact positif d'une offre de soins développée sur la probabilité de choisir un lieu de soins. Ils précisent l'impact des caractéristiques individuelles sur la probabilité d'être pris en charge en dehors de la région (âge, molécule, localisation du cancer...). Le calcul des effets marginaux confirme l'attractivité des établissements de santé situés en Ile-de-France et dans les départements limitrophes à la région.

► **Impact Of Nonphysician Providers On Spatial Accessibility To Primary Care In Iowa**

YOUNG S. G., GRUCA T. S. ET NELSON G. C.

2020

Health Services Research 55(3): 476-485.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13280>

The aim of this study is to assess the impact of non-physician providers on measures of spatial access to primary care in Iowa, a state where physician assistants and advanced practice registered nurses are considered primary care providers. The sources are funded on 2017 Iowa Health Professions Inventory (Carver College of Medicine), and minor civil division (MCD) level population data for Iowa from the American Community Survey. We used a constrained optimization model to probabilistically allocate patient populations to nearby (within a 30-minute drive) primary care providers. We compared the results (across 10 000 scenarios) using only primary care physicians with those including nonphysician providers (NPPs). We analyze results by rurality and compare findings with current health professional shortage areas. Physicians and

NPPs practicing in primary care in 2017 were extracted from the Iowa Health Professions Inventory. Principal Findings Considering only primary care physicians, the average unallocated population for primary care was 222 109 (7 percent of Iowa's population). Most of the unallocated population (86 percent) was in rural areas with low population density (< 50/square mile). The addition of NPPs to the primary care workforce reduced unallocated population by 65 percent to 78 252 (2.5 percent of Iowa's population). Despite the majority of NPPs being located in urban areas, most of the improvement in spatial accessibility (78 percent) is associated with sparsely populated rural areas. Conclusions The inclusion of nonphysician providers greatly reduces but does not eliminate all areas of inadequate spatial access to primary care.

Handicap

Disability

► **Le handicap : un concept complexe. Réflexions médicales et socio-anthropologiques**

GOLSE B. ET QUERRE M.
2020

[La psychiatrie de l'enfant 63\(1\): 123-133.](https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2020-1-page-123.htm)

<https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2020-1-page-123.htm>

Après avoir redonné l'étymologie du terme de handicap, les auteurs mettent en perspective les deux grandes classifications internationales du handicap pour en montrer les différences, soit la Classification internationale du handicap (la CIH) et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Après quoi, ils envisagent le concept de handicap en pédopsychiatrie en évoquant le cas particulier de l'autisme, et ils présentent ensuite les approches socio-anthropologiques du handicap. Le travail se conclut sur l'importance de la dialectisation des points de vue dans la perspective de la notion « d'écart » ou « d'entre » de F. Jullien.

► **Estimating The Impact Of Disability Onset On Employment**

JONES M. K. ET MCVICAR D.
2020

[Social Science & Medicine 255: 113001.](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113001)

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113001>

This paper examines the impact of disability onset on the probability of employment using an underexplored longitudinal dataset for Britain. It contrasts estimates based on a control group drawn from those not experiencing disability onset – a common approach in the literature – with estimates based on a control group drawn from those who do experience disability onset, but one year after the treatment group. Compared to the non-disabled control group, the control group of later-onsetters is likely to be more similar to the treatment group in terms of unobservables, with the resulting estimates therefore more plausibly interpreted as causal. Using this control group we estimate that the probability of employment falls by 11 percentage points in the year of disability onset. The equivalent estimate using the control group drawn from those not experiencing onset is about fifty percent larger. The employment effects of disability onset are also shown to be larger for those with lower qualification levels, consistent with weaker attachment to the labour market.

Hospitals

► **Do Performance Indicators Predict Regulator Ratings Of Healthcare Providers? Cross-Sectional Study Of Acute Hospitals In England**

ALLEN T., WALSH K., PROUDLOVE N., *et al.*
2019

International Journal of Quality in Health Care
32(2): 113-119.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz101>

To determine whether a large set of care performance indicators ('Intelligent Monitoring (IM)') can be used to predict the Care Quality Commission's (CQC) acute hospital trust provider ratings. The IM dataset and first-inspection ratings were used to build linear and ordered logistic regression models for the whole dataset (all trusts). This was repeated for subsets of the trusts, with these models then applied to predict the inspection ratings of the remaining trusts. The United Kingdom Department of Health and Social Care's Care Quality Commission is the regulator for all health and social care services in England. We consider their first-inspection cycle of acute hospital trusts (2013–2016). All 156 English NHS acute hospital trusts. None. Percentage of correct predictions and weighted kappa. Only 24% of the predicted overall ratings for the test sample were correct and the weighted kappa of 0.01 indicates very poor agreement between predicted and actual ratings. This lack of predictive power is also found for each of the rating domains. While hospital inspections draw on a much wider set of information, the poor power of performance indicators to predict subsequent inspection ratings may call into question the validity of indicators, ratings or both. We conclude that a number of changes to the way performance indicators are collected and used could improve their predictive value, and suggest that assessing predictive power should be undertaken prospectively when the sets of indicators are being designed and selected by regulators.

► **How The Design And Implementation Of Centralized Waiting Lists Influence Their Use And Effect On Access To Healthcare - A Realist Review**

BRETON M., SMITHMAN M. A., SASSEVILLE M., *et al.*
2020

Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.023>

Many health systems have centralized waiting lists (CWLs), but there is limited evidence on CWL effectiveness and how to design and implement them. Aim To understand how CWLs' design and implementation influence their use and effect on access to healthcare. We conducted a realist review (n = 21 articles), extracting context-intervention-mechanism-outcome configurations to identify demi-regularities (i.e., recurring patterns of how CWLs work). In implementing non-mandatory CWLs, acceptability to providers influences their uptake of the CWL. CWL eligibility criteria that are unclear or conflict with providers' role or judgement may result in inequities in patient registration. In CWLs that prioritize patients, providers must perceive the criteria as clear and appropriate to assess patients' level of need; otherwise, prioritization may be inconsistent. During patients' assignment to service providers, providers may select less-complex patients to obtain CWLs rewards or avoid penalties; or may select patients for other policies with stronger incentives, disregarding the established patient order and leading to inequities and limited effectiveness. These findings highlight the need to consider provider behaviours in the four sequential CWL design components: CWL implementation, patient registration, patient prioritization and patient assignment to providers. Otherwise, CWLs may result in limited effects on access or lead to inequities in access to services.

► **Education Level And Hospitalization For Ambulatory Care Sensitive Conditions: An Education Approach Is Required**

BUJA A., FONZO M., SPEROTTO M., *et al.*
2019

European Journal of Public Health 30(2): 207-212.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz122>

Studies in several different countries and settings suggest that ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs)-related hospitalizations could be associated more with socioeconomic variables than with the quality of primary healthcare services. The aim of the present study was to analyze the potential links

between education levels or other social determinants and ACSC-related hospitalization rates. We analyzed a total of 467 504 records of ordinary discharges after acute hospitalization in 2015–16 for patients 20–74 years old residing in the Veneto Region. We calculated the prevention quality indicators (PQIs) developed by the Agency for Healthcare Research and Quality. Rate ratios (RRs) and 95% confidence intervals (95% CIs) were estimated with a set of Poisson regressions to measure the relative risk by sociodemographic level. Hospitalizations for ACSCs accounted for 3.9% of all hospital admissions (18 436 discharges), and the crude hospitalization rate for ACSCs among 20- to 74-year-olds was 26.6 per 10 000 inhabitants (95% CI, 25.8–27.4). For all conditions, we found a significant association with formal education. In the case of the overall composite PQI#90, e.g. poorly educated people (primary school or no schooling) were at significantly higher risk of hospitalization for ACSCs than the better educated (RR, 4.50; 95% CI, 4.13–4.91). Currently available administrative data regarding ACSCs may be used effectively for reveal equity issues in the provision of health care. Our results indicate that an educational approach inside Primary Health Care could address the extra risk for preventable healthcare demands associated with poorly educated patients.

► Hospital Performance In The First 6 Years Of Medicare's Value-Based Purchasing Program

CARROLL N. W. ET CLEMENT J. P.

2020

Medical Care Research and Review[Ahead of pub]
1077558720927586.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720927586>

The Medicare value-based purchasing (VBP) program, ongoing since 2013, uses financial bonuses and penalties to incentivize hospital quality improvements. Previous research has identified characteristics of penalized hospitals, but has not examined characteristics of hospitals with improvements in VBP program performance or consistent good performance. We identify five different trajectories of program performance (improvement, decline, consistent good or poor performance, mixed). A total of 11% of hospitals were penalized every year of the program, 24% improved their VBP program performance, 14% of hospitals consistently earned a bonus, while 18% performed well in the program's early years but experienced declines in

performance. In 2013, organizational and community characteristics were associated with higher odds of improving relative to performing poorly every year. Few variables under managers' control were associated with program improvement, though accountable care organization participation was in some models. We find changes in VBP program metrics may have contributed to improvement in some hospitals' program scores.

► Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ?

CHARRIER P., BUCHET-POYAU K., DELAROCHE-GAUDIN M., *et al.*

2019

Santé Publique 31(6): 797-807.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-6-page-797.htm>

Les violences dans les services d'urgence sont devenues un problème central dans le quotidien des professionnels. Si la vidéo-surveillance et la formation des professionnels à la gestion de conflit sont souvent utilisées, rare est la mise en place de tiers comme un médiateur. Nous avons conduit une étude qualitative auprès des professionnels pour étudier leurs représentations associées à la médiation. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels de quatre services d'urgences. Les thématiques abordées portaient sur la définition de la médiation et sur les missions du médiateur. Le contenu de 38 entretiens a été analysé selon l'approche inductive de la théorie ancrée. Une analyse de contenu a été menée, suivie d'une analyse visant à faire émerger des types et des convergences/divergences. Les professionnels ne connaissaient pas la définition de la médiation et ses missions. Ils y rattachaient une thématique d'ordre instrumental, faisant de la médiation un outil de prévention et de gestion des conflits, et un outil de communication aux patients sur leur prise en charge et le fonctionnement des urgences. La présence à venir des médiateurs était perçue comme une aide. Une crainte de la concurrence entre les professionnels et les médiateurs dans les tâches réalisées a été identifiée. L'étude a montré une opinion favorable envers la médiation. Elle a permis d'identifier les obstacles au bon fonctionnement des missions assignées aux médiateurs. Un des enjeux porte sur l'intégration de ce nouvel acteur, le médiateur.

► **Le Lean management et la satisfaction au travail à l'hôpital : Étude dans un centre hospitalo-universitaire français**

CHATAIN C., MORELLEC S., GAREL B., *et al.*

2020

Journal de gestion et d'économie de la santé 7(1): 37-54.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-1-page-37.htm>

Depuis quelques années, de nouvelles approches managériales, telle que le Lean management, ont été développées en milieu hospitalier. Les retours d'expériences publiés sur la mise en place de cette démarche, rapportent à la fois des effets positifs, notamment en termes d'amélioration de la performance mais aussi des effets mitigés sur l'intensification du travail et la satisfaction au travail. Compte-tenu des écrits recensés dans la littérature, nous nous sommes interrogés quant à l'impact du Lean sur la satisfaction au travail des professionnels en milieu hospitalier. L'étude a été menée dans 10 services hospitaliers de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris : 5 ayant mis en place une démarche d'amélioration de type Lean et 5 ne l'ayant pas mise en place. La méthodologie employée était mixte de type quantitatif et qualitatif. Un questionnaire nous a permis d'évaluer la satisfaction au travail du personnel médical et paramédical. Il a été complété par des entretiens semi-dirigés à destination des cadres de santé pour objectiver les pratiques managériales. Au total, 160 questionnaires et 10 entretiens ont montré que le Lean impacte positivement différentes dimensions de la satisfaction au travail ($p < 0,05$). Ces résultats exploratoires sont encourageants et permettent ainsi de dessiner des nouvelles voies de recherche.

► **Benchmarking de la prothèse hanche dans 7 hôpitaux**

DEHANNE F., VAN WILDER P., LECLERCQ P., *et al.*

2019

Journal de gestion et d'économie de la santé 5(5): 410-430.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-5-page-410.htm>

La comparaison des hôpitaux sur la performance des coûts et de la qualité semble indispensable pour permettre aux directions hospitalières de s'inscrire dans des programmes d'amélioration de la qualité. Cette étude vise à réaliser un benchmarking hospitalier com-

binant des indicateurs qualitatifs issus de l'Agency for Healthcare Research and Quality, et des coûts pour l'« arthroplastie de la hanche ». L'échantillon repose sur les données administratives et financières de 7 hôpitaux belges (PACHA). Du point de vue hospitalier, deux types de coûts ont été constitués : les coûts d'hospitalisation et les coûts des prestations médicales et des produits pharmaceutiques. La régression linéaire sur le coût des prestations a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 25. Les taux de complications et de mortalité sont de 11,9 % et de 1,9 %. Pour les patients sans complication, la durée médiane (P25- P75) du séjour est de 7,81 jours (5-13 jours) pour un coût médian (P25- P75) de 7.219 € (6.248 €- 9.610 €). Pour les patients avec complication, la durée médiane (P25- P75) du séjour passe à 20,74 jours (10,53- 38,80 jours) ($p < 0,001$) pour un coût médian (P25- P75) de 14.405 € (8.359 €- 21.208 €) ($p < 0,001$). 3 groupes distincts apparaissent : 3 hôpitaux à faible coût et à faible taux de complications. 3 hôpitaux à coût médian élevé et à taux de complications élevé. 1 hôpital associant un taux élevé de complications, un coût médian faible. On constate le recours à l'ingénierie pour surmonter les mécanismes de financement belges et une dichotomie d'objectifs entre gestionnaires et médecins.

► **Can Governments Push Providers To Collaborate? A Comparison Of Hospital Network Reforms In France And The United States**

FIELD R. I., KELLER C. ET LOUAZEL M.

2020

Health Policy(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.003>

France recently implemented a program to encourage greater collaboration among public hospitals, which represent about 65 percent of total capacity, by placing them into regional groupings known as Groupements Hospitalier Territoire (GHTs) and mandating that facilities within them share several core functions. The strategy echoes that of Accountable Care Organizations (ACOs) in the United States, which offer financial incentives to providers to form networks that foster collaboration. While the programs share an underlying strategy for improving care and reducing costs, the difference in approaches, mandatory versus voluntary, could significantly affect outcomes. We analyzed aspects of the programs that could lead to differences in their results. ACOs appear to have several advantages, as financial inducements have proven effec-

tive in shaping provider behavior in other contexts. GHTs may benefit from a more direct approach, but mandatory participation risks pushback. Regardless of whether the programs succeed in fostering effective care integration, they may accelerate provider consolidation, which could impair access in already underserved areas by concentrating resources in larger facilities and promoting the closure of smaller ones.

► **Les urgences hospitalières sur la sellette**

GALICHON B.

2020

Études Juin(6): 33-43.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2020-6-page-33.htm>

La crise sanitaire actuelle manifeste la capacité du personnel de santé à y faire face mais révèle aussi les faiblesses du système hospitalier, marqué par plusieurs décennies de profonde transformation. Les urgences sont un lieu significatif, dans la mesure où elles se situent à l'interface entre la médecine de ville et l'hôpital. La tendance croissante à s'en remettre à l'hôpital et à sa technicité se fait au détriment du soin des personnes.

► **Travail infirmier à distance et articulation de la trajectoire des patient·e·s : dispositifs de suivi en oncologie et pertinence sociale des soins**

HASCHAR-NOË N., BASSON J.-C. ET MAYÈRE A.

2020

Revue française des affaires sociales(1): 361-383.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-361.htm>

À partir d'une recherche sur les interactions soignants-patients, nous interrogeons la notion de pertinence des soins hospitaliers en nous focalisant sur ses dimensions sociales. Dans un contexte de développement du virage ambulatoire, d'industrialisation des soins hospitaliers et d'injonctions à l'autonomie des patient·e·s, deux dispositifs de suivi téléphonique de personnes atteintes de cancer sont explorés. Les considérant non comme des objets techniques mais comme des artefacts interactionnels, nous analysons,

selon une perspective interactionniste, le travail d'articulation de la trajectoire des patient·e·s mené par des infirmières spécialisées chargées de ce suivi à distance. Leur compétence à gouverner les situations d'interaction avec leurs patient·e·s s'appuie, d'une part, sur un cadrage clinique qui contraint et surveille pour assurer la sécurité et l'efficacité des soins et, d'autre part, sur un cadrage social et relationnel qui s'ajuste aux caractéristiques sociales des patient·e·s pour accompagner leur travail de santé. C'est dans l'articulation entre ces deux types de cadrages que se situe la pertinence tant médicale que sociale des soins.

► **EMS Access Constraints And Response Time Delays For Deprived Critically Ill Patients Near Paris, France**

HEIDET M., DA CUNHA T., BRAMI E., *et al.*

2020

Health Affairs 39(7): 1175-1184.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00842>

Increased emergency medical services (EMS) response times and areas of low socioeconomic status are both associated with poorer outcomes for several time-sensitive medical conditions attended to by medical personnel before a patient is hospitalized. We evaluated the association between EMS response times, area deprivation level, and on-scene access constraints encountered by EMS in a large urban area in France. We conducted a multicenter prospective cohort study of EMS dispatches occurring in the forty-seven cities in a region southeast of Paris. We fit multilevel mixed-effects linear regression models for multivariate assessment of the predictors of EMS response times and then used multivariate logistic regression on outcomes among a subgroup of patients presenting with out-of-hospital cardiac arrest. We found evidence that access constraints were more frequently encountered by EMS in the most deprived areas compared to less deprived ones, and were associated with increased EMS response times until patient contact and with poorer outcomes from cardiac arrest. Strategies to anticipate and overcome access constraints should be implemented to improve outcomes for emergent conditions attended to by prehospital medical teams.

► **Reflecting On Choosing Wisely Canada At Five Years: Accomplishments, Challenges And Opportunities For Reducing Overuse And Improving Quality**

KAREN BORN T. H. ET WENDY L.
2019

HealthcarePapers 18(1): 9-17.

<https://www.longwoods.com/content/25874/healthcarepapers/reflecting-on-choosing-wisely-canada-at-five-years-accomplishments-challenges-and-opportunities-fo>

Overuse is a significant and long-standing issue within Canadian healthcare. Previous efforts to curb overuse have relied predominantly on top-down mechanisms to shape clinician behaviour. In 2014, the Choosing Wisely Canada campaign was launched, with a refreshing, grassroots approach premised on clinicians taking leadership on overuse. Five years later, and by many accounts, Choosing Wisely Canada has fulfilled that original mission, with significant penetration among clinicians. However, the overuse problem still persists and continues to be a challenge for clinicians, administrators, decision makers and patients. Although it is necessary for the clinician community to take leadership on overuse, this alone is not a sufficient condition for change. Many factors contributing to overuse are beyond what most individual clinicians can affect. These are system-level factors, including poorly designed information systems that drive overuse, lack of clinician feedback, outdated organizational processes, misaligned incentives and insufficient training within medical education and institutions on addressing overuse. This article proposes that it is time for a concerted approach to tackling overuse, one that is built on the foundation of strong clinician leadership, in combination with systemic actions to make it easier to do the right things at the front lines of care.

► **Assessment Of Technical Efficiency Of Public Hospitals In Turkey**

KÜÇÜK A., ÖZSOY V. S. ET BALKAN D.
2019

European Journal of Public Health 30(2): 230-235.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz143>

Turkish public hospitals have been subjected to health care reform because of increasing cost pressure, inequities in access to health care, poor quality of care and limited patient responsiveness in the last three decades. This study investigates the impact of recent hos-

pital reforms on the efficiency of public hospitals. The study provides a comprehensive evaluation of the efficiency of Turkish hospitals by using Data Envelopment Analysis (DEA). The estimation of efficiency of 669 public hospitals of Turkey is performed by an output-oriented model of DEA under the assumption of variable return-to-scale by using data collected from the Ministry of Health (MoH) over the period 2013–17. The average efficiency score is equal to 0.83 for all MoH hospitals. Considering the hospital type, the efficiency scores of training and research hospitals are higher than those of the general and branch hospitals. In addition, considering the hospital size, huge-scale hospitals have the highest efficiency score in all years. Moreover, overcrowded regions such as Marmara and South-eastern Anatolia regions had higher efficiency scores than other geographical regions. The results indicate that recent health reforms did not significantly enhance hospital efficiency. Thus, policymakers and managers should take the necessary precautions to increase hospital efficiency.

► **Measuring The Quality Of Care In Small Countries: The Empirical Analysis Of 30-Day Mortality Following Acute Myocardial Infarction And Ischaemic Stroke In Latvia**

LENZI J., NOTO G., CORAZZA I., *et al.*
2020

Health Policy 124(7): 695-700.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.017>

The evaluation of quality of care is a complex task that, over the last decades, has been performed using the Donabedian model as its main conceptual framework. Small countries are an ideal setting in which to make innovative, empirical evaluations of the quality of care. In this research, we discussed the challenges and opportunities of assessing hospital performance in Latvia, a small country in the Baltic region of Northern Europe. The study outcomes were 30-day acute myocardial infarction mortality and 30-day ischaemic stroke mortality. We described how indicator specifications, risk-adjustment, data reliability assessment and graphical representations were tailored to the geographic and institutional context of Latvia. By looking at the impact of structural characteristics on hospital performance, we found that cath labs and large case-loads were significantly associated with lower mortality. This approach allows decision-makers at different governance levels to design and implement actions aimed at improving the quality of care. At the health

system level, it may help policy-makers adopt proper strategies to tackle poor outcomes; at the hospital level, it may help managers intervene on structural determinants of performance. Because small countries face some relevant issues that have implications for health care, these analyses might be relevant also for larger countries to improve the design of their health-care services

► **Associations Of 4AT With Mobility, Length Of Stay And Mortality In Hospital And Discharge Destination Among Patients Admitted With Hip Fractures**

LISK R., YEONG K., ENWERE P., *et al.*
2019

Age and Ageing 49(3): 411-417.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afz161>

The 4AT (Alertness, Abbreviated Mental Test-4, Attention and Acute change or fluctuating course), a tool to screen cognitive impairment and delirium, has recently been recommended by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network. We examined its ability to predict health outcomes among patients admitted with hip fractures to a single hospital between January 2018 and June 2019. The 4AT was performed within 1 day after hip surgery. A 4AT score of 0 means unlikely delirium or severe cognitive impairment (reference group); a score of 1–3 suggests possible chronic cognitive impairment, without excluding possibility of delirium; a score ≥ 4 suggests delirium with or without chronic cognitive impairment. Logistic regression, adjusted for: age; sex; nutritional status; co-morbidities; polypharmacy; and anticholinergic burden, used the 4AT to predict mobility, length of stay (LOS), mortality and discharge destination, compared with the reference group. From 537 (392 women, 145 men: mean = 83.7 \pm standard deviation [SD] = 8.8 years) consecutive patients, 522 completed the 4AT; 132 (25%) had prolonged LOS (≥ 2 weeks) and 36 (6.8%) died in hospital. Risk of failure to mobilise within 1 day of surgery was increased with a 4AT score ≥ 4 (OR = 2.4, 95% confidence interval [CI] = 1.3–4.3). Prolonged LOS was increased with 4AT scores of 1–3 (OR = 2.4, 95%CI = 1.4–4.1) or ≥ 4 (OR = 3.1, 95%CI = 1.9–6.7). In-patient mortality was increased with a 4AT score ≥ 4 (OR = 3.1, 95%CI = 1.2–8.2) but not with a 4AT score of 1–3. Change of residence on discharge was increased with a 4AT score ≥ 4 (OR = 3.1, 95%CI = 1.4–6.8). These associations persisted after excluding patients with dementia. 4AT score = 1–3 and ≥ 4 associated with

increased LOS by 3 and 6 days, respectively. For older adults with hip fracture, the 4AT independently predicts immobility, prolonged LOS, death in hospital and change in residence on discharge.

► **Understanding The Large Heterogeneity In Hospital Readmissions And Mortality For Acute Myocardial Infarction**

LOBO M. F., AZZONE V., LOPES F., *et al.*
2020

Health Policy 124(7): 684-694.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.004>

This study aims to investigate the variation in two acute myocardial infarction (AMI) outcomes across public hospitals in Portugal. In-hospital mortality and 30-day unplanned readmissions were studied using two distinct AMI cohorts of adults discharged from all acute care public hospital centers in Portugal from 2012–2015. Hierarchical generalized linear models were used to assess the association between patient and hospital characteristics and hospital variability in the two outcomes. Our findings indicate that hospitals are not performing homogeneously—the risk of adverse events tends to be consistently larger in some hospitals and consistently lower in other hospitals. While patient characteristics accounted for a larger share of the explained between-hospital variance, hospital characteristics explain an additional 8% and 10% of hospital heterogeneity in the mortality and the readmission cohorts respectively. Admissions to hospitals with low AMI caseloads or located in Alentejo/Algarve and Lisbon had a higher risk of mortality. Discharges from larger-sized hospitals were associated with increased risk of readmissions. Future health policies should incorporate these findings in order to incentivize more consistent health care outcomes across hospitals. Further investigation addressing geographical disparities, hospital caseload and practices is needed to direct actions of improvement to specific hospitals.

► **Moving From Volume To Value With Hospital Funding Policies In Canada**

LOGAN T. ET JASON M. S.
2020

HealthcarePapers 19(2): 24-35.
<https://doi.org/10.12927/hcpap.2020.26261>

Canada's two most populous provinces are moving toward activity-based funding (ABF) of hospitals.

Although ABF may encourage greater value by improving cost-efficiency, it may decrease value in other respects. To address this trade-off, many jurisdictions have implemented value-based payment programs that modify ABF payments based on hospital performance on other aspects of value, such as outcomes and patient experience. In this article, the design and implementation of two value-based programs are reviewed: Australia's Pricing for Safety and Quality Program and Medicare's Hospital Value-Based Purchasing Program. The contrasts of these programs highlight key questions facing provincial payers in Canada to increase value from hospital spending.

► **Hospitalisation à domicile : faut-il adapter le Code de la santé publique à la prise en charge à domicile ?**

MAGNIER A., GUYON G. ET CLAUDOT F.

2020

[Revue française des affaires sociales\(1\): 195-214.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-195.htm)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-195.htm>

La législation française encadrant l'activité de soins s'est construite principalement autour des établissements de santé avec hébergement. Si cette législation convient naturellement à la prise en charge d'un patient dans le cadre d'une hospitalisation classique, la question se pose de savoir si elle est adaptée lorsqu'elle intervient non plus dans un établissement sanitaire de santé, mais dans un lieu non initialement dédié aux soins, à savoir le domicile du patient ? Notre étude avait pour objectif d'étudier l'ergonomie de la législation hospitalière au cadre particulier de l'hospitalisation à domicile. Pour cela, nous avons recensé les textes issus du Code de la santé publique encadrant les droits des patients et de leur entourage, les obligations des professionnels de santé ainsi que ceux régissant le fonctionnement des services d'hospitalisation à domicile, et nous les avons confrontés. Cette étude exploratoire nous a permis de préciser les principales problématiques issues de la confrontation entre le cadre juridique théorique, d'une part, et le cadre pratique et la réalité de terrain de l'hospitalisation à domicile, d'autre part, à savoir une hospitalisation réalisée à distance et dans un lieu non dédié aux soins.

► **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins**

MALLÉJAC N. ET OR Z.

2019

[Journal de gestion et d'économie de la santé 5\(5\): 431-465.](https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-5-page-431.htm)

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-5-page-431.htm>

La coordination des soins avant et après une hospitalisation est importante pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et l'efficacité du système de santé. Différents protocoles de soins centrés sur le patient ont été développés dans la littérature médicale. Ils sont de plus en plus promus et employés dans les établissements de santé. Dans cette étude, nous évaluons l'impact de la mise en place d'un protocole de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (Raac) en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins dans différentes cliniques privées. Les données mobilisées viennent du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (PMSI-MCO) concernant les patients ayant séjourné pour pose de prothèse de hanche ou de genou. Nous analysons l'impact de la Raac sur les durées de séjours, les modes de sortie (Soins de suite et de réadaptation (SSR) ou domicile) et la probabilité de réadmission à 30 jours. À partir de régressions en doubles différences, nous comparons les résultats des patients opérés dans les établissements labellisés Raac avec ceux des patients pris en charge dans des cliniques témoins comparables. On isole l'effet de la Raac en prenant en compte l'impact potentiel d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe du patient, son état de santé et l'offre de soins environnante à son domicile. Les patients opérés dans un service de chirurgie qui pratique la Raac ont, en moyenne, une durée de séjour plus courte que ceux qui sont opérés dans un service de chirurgie classique (-0,4 jour). Ces patients ont une probabilité plus élevée de retour à domicile (+15 %), sans avoir un plus grand risque de réadmission à 30 jours. La Raac semble également induire une augmentation du volume des interventions chirurgicales pour les prothèses de hanche ou de genou, le label semble donner un signal de qualité aux patients.

► **Fast-Track Hip And Knee Arthroplasty In Older Adults—A Prospective Cohort Of 1,427 Procedures In Patients ≥85 Years**

PETERSEN P. B., JØRGENSEN C. C., KEHLET H., *et al.*
2019

Age and Ageing 49(3): 425-431.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afz176>

Fast-track protocols in total hip and knee arthroplasty (THA/TKA) have improved postoperative recovery and reduced postoperative morbidity. Additionally, increasing life expectancy and improved surgical techniques have led to an increasing number of older adult patients undergoing THA/TKA. However, no large detailed studies on fast-track THA/TKA in older adults are available. Consequently, we aimed to describe the length of stay (LOS) and postoperative morbidity in a large cohort of patients ≥85 years within a continuous multicentre fast-track collaboration. We used a prospective observational cohort design with unselected consecutive data between 2010 and 2017 on primary elective THA and TKA patients ≥85 years. Data were obtained from nine centres reporting to the Lundbeck Foundation Centre for Fast-track Hip and Knee Replacement database and the Danish National Patient Registry on LOS, readmissions and mortality. Causes of morbidity were determined by review of health records. We included 1,427 (3.9% of all THA/TKA) procedures with 62.3% THA. Median age was 87 (IQR: 85–88) years with 71% women. LOS decreased from median 4 (3–6) days in 2010 to 2 (2–3) days in 2017. The proportion with LOS ≥4 days decreased from 32 to 18%. Readmission and mortality rate remained at about 11.7 and 0.9% after 30 days and 16.0 and 1.5% after 90 days, respectively. This detailed large multicentre fast-track THA/TKA study in patients ≥85 years

found major reductions in LOS without increase in readmission or mortality rates. The unchanged readmission rate poses an area for further improvements.

► **Does A Reduction In Readmissions Result In Net Savings For Most Hospitals? An Examination Of Medicare’s Hospital Readmissions Reduction Program**

YAKUSHEVA O. ET HOFFMAN G. J.
2020

Medical Care Research and Review 77(4): 334-344.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558718795745>

This study aimed (1) to estimate the impact of an incremental reduction in excess readmissions on a hospital’s Medicare reimbursement revenue, for hospitals subject to penalties under the Medicare’s Hospital Readmissions Reduction Program and (2) to evaluate the economic case for an investment in a readmission reduction program. For 2,465 hospitals with excess readmissions in the Fiscal Year 2016 Hospital Compare data set, we (1) used the Hospital Readmissions Reduction Program statute to estimate hospital-specific Medicare reimbursement gains per an avoided readmission and (2) carried out a pro forma analysis of investment in a broad-scale readmission reduction program under conservative assumptions regarding program effectiveness and using program costs from earlier studies. For an average hospital, avoiding one excess readmission would result in reimbursement gains of \$10,000 to \$58,000 for Medicare discharges. The economic case for investments in a readmission reduction effort was strong overall, with the possible exception of hospitals with low excess readmissions.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Social Inequalities In Medical Rehabilitation Outcomes—A Registry-Based Study On 219 584 Insured Persons In Germany**

GÖTZ S., WAHRENDORF M., SIEGRIST J., *et al.*
2020

European Journal of Public Health 30(3): 498-503.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa024>

Given limited knowledge on the extent of social inequalities in longer-term work ability of people with a chronic disease, this study analyzes social inequalities of three consecutive indicators of work ability following medical rehabilitation in a large sample of

insured employees. Based on data from the German statutory pension insurance, a representative 20% random sample of all employed persons undergoing medical rehabilitation between 2006 and 2008 was included in a longitudinal analysis (n = 219 584 persons). Three measures of consecutive work-related outcomes (physicians' assessment of work ability at discharge; return to work in the year thereafter; disability pension during follow-up) and socioeconomic position (SEP) (education, occupational position and income) were assessed. Adjusted relative risks (RRs) for each outcome were calculated according to SEP, applying Poisson regression analysis. The measures of SEP were associated with all three outcomes of work ability in the fully adjusted models. Relatively strongest relationships were observed for education as SEP measure, and they were particularly pronounced for 'low work ability' (RR = 2.38 for lower secondary education compared to tertiary education; 95% CI: 2.26–2.51). Based on average marginal effects, absolute differences of work ability by SEP indicate a socially graded pattern, with only few exceptions. Despite Germany's universal access to medical and vocational rehabilitation social inequalities in longer-term work ability following chronic disease persist, thus calling for targeted programmes of prevention and occupational health promotion.

► **Limiting Health-Care Access To Undocumented Immigrants: A Wise Option?**

JIMÉNEZ-RUBIO D. ET VALL CASTELLÓ J.
2020

Health Economics 29(8): 878-890.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4115>

The number of undocumented migrants in high-income countries has increased in recent decades, imposing considerable political, fiscal, and social pressures on governments. This has fostered discussions on whether and to what extent undocumented migrants should get access to public programs and public benefits. Looking at the 2012 Spanish health reform, this is the first paper to document the impacts of a restriction on access to the health-care system for undocumented migrants on health-care utilization, health-care system perceptions, and self-reported health in a high-income country. We show that such restrictions may significantly reduce planned care for undocumented migrants and result in sharp fall in positive opinions about the health-care services still left available to them. We also exploit

the heterogeneity in implementing the policy across regions and report stronger effects in regions that enforced the national ban more fully. Furthermore, in the first 3 years since the implementation of the reform, we find suggestive evidence of a worsening in self-assessed health. This study is relevant for policy-makers in the developed world, especially in countries that have recently implemented initiatives aimed at reducing the health-care coverage for targeted groups, such as the United Kingdom and the United States.

► **Health Indicators Of The National Roma Integration Strategy In Spain In The Years 2006 And 2014**

LA PARRA-CASADO D., ARZA-PORRAS J. ET ESTÉVEZ J. F.

2020

European Journal of Public Health [Ahead of pub]

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa070>

In 2011, the European Commission adopted the European framework for the National Roma Integration Strategies (NRISs) 2020, which focussed on four areas: education, employment, health and housing. In 2012 Spain approved its Strategy 2012–20, one of the central aims of which is to reduce social inequalities in health that affect the Roma population. Our objective was to analyze changes in health inequalities between the Roma population and the general population in Spain in the years 2006 and 2014. The Spanish National Health Surveys (NHSs) 2006 (n = 29 478) and 2012 (n = 20 884) and the NHS of the Spanish Roma Population 2006 (n = 933) and 2014 (n = 1155) were compared. This study considered the variables included in NRIS 2012–20: self-perceived health, tobacco use in men, traffic accidents in men and women, obesity in women and gynaecological visits. Despite the adoption of the NRIS 2012–20, there were no observed improvements in health between 2006 and 2014 in the Roma population. Nor was there a reduction in inequalities in health concerning the general population in Spain. Also, there was no reduction in the health inequalities by gender for the two populations. Health is determined in part by social factors including education, employment, housing and also by anti-Roma discourses and discrimination. Improving the health of the Roma population requires a multi-sectoral approach with a gender perspective.

► **Genre et santé : Quelles sont les représentations des médecins généralistes sur les disparités en santé entre les hommes et les femmes ?**

LEVOIR C., LEVOIR T. ET VINCENT Y. M.

2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(2): 84-90.

Des écarts de prévalence en termes de maladies entre les hommes et les femmes, que les différences biologiques seules n'expliquent pas, ont pu être mis en évidence dans la dépression et les maladies cardio-vasculaires (MCV). Des travaux de sociologie se sont intéressés à la concordance entre représentations genrées de la santé dans la population générale et les différences de santé entre hommes et femmes. Cette étude vise à explorer les représentations des médecins généralistes (MG) sur les disparités en santé entre hommes et femmes afin de les confronter aux représentations de la santé dans la population générale et à la morbidité différentielle des hommes et des femmes.

► **Smoking Among Immigrant Groups In The United States: Prevalence, Education Gradients, And Male-To-Female Ratios**

PAMPPEL F., KHLAT M., BRICARD D., *et al.*

2019

Nicotine & Tobacco Research 22(4): 532-538.

<https://doi.org/10.1093/ntr/ntz022>

Immigrants in the United States are less likely to smoke than those born in the United States, but studies have not fully described the diversity of their smoking patterns. We investigate smoking by world region of birth and duration of residence in the United States, with a comprehensive approach covering current prevalence levels, education gradients, and male-to-female ratios. The data originate from the National Health Interview Surveys, 2000–2015, and the sample of 365 404 includes both US-born and foreign-born respondents aged 25–70 years. World region of birth and duration of residence in the United States measure immigrant characteristics. Current cigarette smoking was analyzed using logistic regression. Immigrant groups were protected from smoking and had weaker education gradients in smoking and larger male-to-female smoking ratios than the US-born population. However, large differences emerged among the immigrant groups for region of birth but less so for duration of res-

idence in the United States. For example, immigrants from sub-Saharan Africa and the Indian subcontinent have low prevalence, weak education gradients, and high male-to-female ratios. Immigrants from Europe have the opposite pattern, and immigrants from Latin America fall between those two extremes. The stage of the cigarette epidemic in the region of birth helps explain the diverse group profiles. Duration of residence in the United States does less to account for the differences in smoking than region of birth. The findings illustrate the heterogeneity of immigrant populations originating from diverse regions across the world and limited convergence with the host population after immigration. The study identifies immigrant groups that, because of high smoking prevalence related to levels in the host country, should be targeted for cessation efforts. It also identifies immigrant groups with low prevalence for which anti-smoking programs should encourage maintenance of healthy habits. Many immigrant groups show strong education disparities in smoking, further suggesting that smokers with lower levels of education be targeted by public health programs.

► **Healthcare Access For Asylum Seekers And Refugees In England: A Mixed Methods Study Exploring Service Users' And Health Care Professionals' Awareness**

TOMKOW L. J., KANG C. P., FARRINGTON R. L., *et al.*

2019

European Journal of Public Health 30(3): 556-561.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz193>

With the aim of decreasing immigration, the British government extended charging for healthcare in England for certain migrants in 2017. There is concern these policies amplify the barriers to healthcare already faced by asylum seekers and refugees (ASRs). Awareness has been shown to be fundamental to access. This article jointly explores (i) health care professionals' (HCPs) awareness of migrants' eligibility for healthcare, and (ii) ASRs' awareness of health services. Mixed methods were used. Quantitative survey data explored HCPs' awareness of migrants' eligibility to healthcare after the extension of charging regulations. Qualitative data from semi-structured interviews with ASRs were analyzed thematically using Saurman's domains of awareness as a framework. In total 514 HCPs responded to the survey. Significant gaps in HCPs' awareness of definitions, entitlements and charging regulations were identified. 80% of HCP

respondents were not confident defining the immigration categories upon which eligibility for care rests. Only a small minority (6%) reported both awareness and understanding of the charging regulations. In parallel, the 18 ASRs interviewed had poor awareness of their eligibility for free National Health Service care and suitability for particular services. This was compounded by language difficulties, social isolation,

frequent asylum dispersal accommodation moves, and poverty. This study identifies significant confusion amongst both HCP and ASR concerning eligibility and healthcare access. The consequent negative impact on health is concerning given the contemporary political climate, where eligibility for healthcare depends on immigration status.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **The Prevalence And Impact Of Potentially Inappropriate Prescribing Among Older Persons In Primary Care Settings: Multilevel Meta-Analysis**

LIEW T. M., LEE C. S., GOH S. K. L., *et al.*
2020

Age and Ageing 49(4): 570-579.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa057>

Potentially inappropriate prescribing (PIP) may not have received as much attention in primary care settings (compared to tertiary hospital and nursing home settings), due to uncertainty about its prevalence in this healthcare setting. We conducted a systematic review with meta-analysis to summarise the prevalence of PIP specific to primary care settings and computed the population attributable risk (PAR) to estimate the impact of PIP in primary care. We searched PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science, Scopus, PsycINFO and previous review articles for studies related to 'older persons', 'primary care' and 'inappropriate prescribing'. Two reviewers selected eligible articles, extracted data and evaluated risk of bias. Multilevel meta-analysis was conducted to pool the prevalence estimates across the included studies, while meta-regression was conducted to investigate the sources of heterogeneity. Of the 4,259 articles identified, we included 67 articles with 111 prevalence estimates and a total of 5,054,975 participants. Overall, PIP had a pooled prevalence of 33.3% (95% CI 29.7–37.0%). Based on population attributable risks, PIP explained 7.7–17.3% of adverse outcomes related to older persons in primary care. If current PIP prevalence is halved, 37–79 cases of adverse outcomes may potentially be prevented (per 1,000 adverse outcomes). The findings

demonstrate the relevance and potential impact of PIP specific to primary care settings. Given the increasingly central role that primary care plays in coordinating healthcare, the findings highlight the need to prioritise PIP intervention in primary care as a key strategy to reduce iatrogenic medication-related harm among older persons in current healthcare system.

► **Gender Differences In Treatment With Antidepressants During First Weeks Of A Sick-Leave Spell Due To Depressive Episode**

LYTSY P., ALEXANDERSON K. ET FRIBERG E.
2019

European Journal of Public Health 30(2): 299-304.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz172>

The incidence of depression is higher in women; women are more often on sick leave due to depression, and more women than men use antidepressants. The objective of this study was to explore possible gender differences in buying prescribed antidepressants during the first 21 days of a new sick-leave spell due to depressive episode. Included were all individuals living in Sweden in working age (18–64 years old) who in 2010 or 2011 began a new sick-leave spell due to depressive episode (ICD-10 F32) lasting at least 21 days (n = 44 863). Register data on sociodemographics, morbidity and dispensed prescription medication were used to investigate associations between gender and buying prescribed antidepressants in the total group and in subgroups, using multiple logistic regression models. The study population consisted of 69.5% women. Within the first 21 days of the sick-leave spell, 48.0% of

the men and 42.1% of the women had dispensed prescribed antidepressants. In the adjusted multiple logistic regression model, men had an odds ratio of 1.28 (95% confidence interval 1.23–1.33) as compared with women, for buying prescribed antidepressants. In this nationwide register study, nearly half of the women and men on sick leave with depressive episode bought prescribed antidepressants during the first three weeks of the sick-leave spell. In the adjusted models, men were more likely to do this. Further studies are needed to elucidate the reasons for this gender difference.

► **Dispensation des antirétroviraux pour une durée de plus d'un mois : retour sur une recherche exploratoire qualitative**

RAYMOND I., ALESSANDRIN A., CERTAIN A., *et al.*

2020

Santé Publique 32(1): 97-102.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-97.htm>

Cet article restitue les résultats d'une recherche qualitative portant sur les pratiques officinales de dispensation d'antirétroviraux (ARV) relatives à des demandes supérieures à un mois, pour un départ à l'étranger. Malgré une réglementation stricte, une cartographie montre une hétérogénéité de son application conduisant à une grande diversité des pratiques de dispensation. Cette recherche qualitative menée auprès de 22 officines à l'échelle du territoire national révèle des logiques relationnelles et réglementaires qui participent de cette absence d'uniformité des pratiques. Les notions d'« embarras », d'« engagement professionnel », de « souci réglementaire » et de « relations personnelles » avec les patients expliquent en grande partie les aménagements observés dans ce type de demande de dispensation d'ARV.

► **La régulation du médicament par les normes (AMM, SMR, ASMR...)**

TOUSSAINT B.

2020

Les Tribunes de la santé 64(2): 87-97.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-87.htm>

En réaction à la visibilité croissante des dégâts sanitaires provoqués par les médicaments, de nombreux pays ont renforcé dans les années 1960 et 1970 leurs processus de mise sur le marché. Les firmes pharmaceutiques, de moins en moins nationales, ont alors cherché à pouvoir commercialiser leurs médicaments rapidement dans le monde entier, sur la base d'un dossier unique. Elles ont joué un rôle moteur dans l'harmonisation des normes qui leur étaient appliquées. Les normes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) sont produites par l'International Council for Harmonisation (ICH), dominé, depuis ses origines en 1990, par des représentants des firmes pharmaceutiques et de certaines agences du médicament. De nombreuses données montrent que, en Europe comme ailleurs, ces normes minutieuses mais élaborées dans l'entre-soi firmes-régulateurs laissent arriver sur le marché une majorité de médicaments qui n'apportent pas de progrès médical avéré, voire sont des régressions. On constate aussi qu'une démonstration de valeur thérapeutique ajoutée doit devenir une norme d'AMM pour répondre aux besoins des principaux intéressés par les médicaments : les patients et les professionnels de santé, et les responsables de la protection sociale. En France, par sa cotation méthodique de l'intérêt du médicament, qui conditionne le remboursement par la Sécurité sociale, la Commission de la transparence peut protéger les patients de médicaments autorisés mais plus dangereux qu'utiles.

► **Is The European Health Interview Survey Online Yet? Response And Net Sample Composition Of A Web-Based Data Collection**

BRAEKMAN E., CHARAFEDDINE R., DEMAREST S., *et al.*

2019

European Journal of Public Health 30(3): 567-573.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz206>

The European Health Interview Survey (EHIS) provides cross-national data on health status, health care and health determinants. So far, 10 of the 30 member states (MS) opted for web-based questionnaires within mixed-mode designs but none used it as the sole mode. In the context of future EHIS, the response rate and net sample composition of a web-only approach was tested. A Belgian study with a target sample size of 1000 (age: 16–85) was organized using the EHIS wave 3 model questionnaire. The sample was selected according to a multistage, clustered sampling procedure with geographical stratification. Field substitution was applied; non-participating households were replaced by similar households regarding statistical sector, sex and age. There was one reminder letter and a €10 conditional incentive. Considering all substitutions, a 16% response rate was obtained after sending one reminder. Elderly, Brussels Capital inhabitants, people living without a partner and those with a non-Belgian nationality were less responding. By design, there were no differences between the initial and final net sample regarding substitution characteristics. Nevertheless, people living without a partner, non-Belgians and lower educated people remain underrepresented. There was a low response rate, particularly for some population groups. The response rate was lower than those of MS using mixed-mode designs including web, especially these comprising interviewer-based approaches. Despite the long and complex questionnaire, there was a low break off rate. So far, web-only data collection is not an acceptable strategy for population-based health surveys but efforts to increase the response should be further explored.

► **[What Place For French Morbidity Registries In The Era Of Big Data?]**

FRANCIS F., TERROBA C., PERSOZ C., *et al.*

2020

Rev Epidemiol Sante Publique 68(2): 117-123.

The recent opening of massive health databases, as well as the development of methods and tools adapted to their data processing, questions the French model of «morbidity registry». In France in 2019, nearly 61 health registries were operating. As defined by law, these registries identify exhaustively all patients with a given disease in a given territory. Established several decades ago, these registries are part of the French surveillance system that is used for research and evaluation purposes. Since the advent of recent technological progress, large-scale databases are made available to researchers and it is possible with these databases to answer questions initially assigned to the registries. What is the place of such registries in this new context: are they obsolete or still useful? Should they be opposed to the new tools or are they complementary to them, and if so, what is their place in the new French public health ecosystem? The objective of this work was to assess the roles and missions of existing registries and to reflect on their positioning in this new environment. The French model of registry is sometimes questioned because of the complexity of its circuits, requiring a significant amount of human resources. However, the data that constitute them, validated by cross-checking information from several sources, are of very high quality, and make it possible to validate the data in the new databases (National Health Data System (NSDS) or Hospital Data Warehouses). Registries and new databases are in fact complementary, and far from jeopardizing this model, the recent opening of these databases represents an opportunity for registries to modernize their operations and respond to new missions.

► **Constructing Data-Derived Family Histories Using Electronic Health Records From A Single Healthcare Delivery System**

LEVENTER-ROBERTS M., GOFER I., BARAK CORREN Y., *et al.*

2019

European Journal of Public Health 30(2): 212-218.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz152>

In order to examine the potential clinical value of integrating family history information directly from the electronic health records of patients' family members, the electronic health records of individuals in Clalit Health Services, the largest payer/provider in Israel, were linked with the records of their parents. We describe the results of a novel approach for creating data-derived family history information for 2 599 575 individuals, focusing on three chronic diseases: asthma, cardiovascular disease (CVD) and diabetes. In our cohort, there were 256 598 patients with asthma, 55 309 patients with CVD and 66 324 patients with diabetes. Of the people with asthma, CVD or diabetes, the percentage that also had a family history of the same disease was 22.0%, 70.8% and 70.5%, respectively. Linking individuals' health records with their data-derived family history has untapped potential for supporting diagnostic and clinical decision-making.

► **Grandeurs et turpitudes des normes depuis l'EBM : quantitativistes et qualitativistes doivent travailler ensemble**

MAISONNEUVE H.

2020

Les Tribunes de la santé 64(2): 79-86.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-79.htm>

Selon l'évidence-based medicine (EBM), la norme serait la preuve scientifique, mais quelle preuve ? Proposer une médecine sur des normes a favorisé les méthodes quantitatives. Les méthodes qualitatives ont été ignorées et marginalisées. La preuve scientifique serait-elle uniquement basée sur les essais contrôlés randomisés (ECRs) qui évaluent un patient moyen ? La médecine scientifique basée sur les nombres a ignoré la médecine qualitative basée sur les mots. La mauvaise qualité de la littérature quantitative pourrait mettre en péril l'EBM. Au début des années 2010, des chercheurs ont montré que ce qui était publié était peu reproductible... Pour le rédacteur en chef du Lancet, la moitié des publications seraient fausses. Des courants ont attiré l'attention sur les biais de ces « normes », en évoquant une crise de l'EBM. Les études qualitatives nous permettent de comprendre comment des interventions cliniques prometteuses n'ont jamais « marché » dans la vie réelle, comment les professionnels et les patients utilisent les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Ces études explorent les relations complexes entre les systèmes et les hommes, dans un contexte sociopolitique qui régule la santé. Les méthodes des chercheurs en sciences humaines et sociales sont robustes si elles sont faites par des professionnels de ces disciplines. Le retour des qualitativistes ne veut pas dire éloignement des normes, contrairement à ce que pensent les quantitativistes.

Health Policy

► **Moving Health Professionals
As An Alternative To Moving Patients:
The Contribution Of Overseas Visiting
Medical Specialists To The Health System
In Malta**

CASHA A., CASHA R. ET AZZOPARDI MUSCAT N.
2020

Health Policy 124(5): 519-524.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.002>

Cross-border healthcare has become a major policy issue in the past years across the European Union. Professional mobility, as a means of providing specialised health services has not been given sufficient attention in both the research and policy agendas. This paper presents a case study of the contribution made by visiting overseas medical specialists to the health system in Malta. Twenty-five semi-structured interviews were conducted. A grounded theory approach was utilised in view of the limited amount of literature available on the subject. Qualitative content analysis revealed one superordinate theme, being the value of the service, and three further subthemes, which include the quality of the service provided, its longevity and durability, as well as the critical contributions of expatriates. The service is an integral component of the local health service. This study makes an important contribution to the literature on cross-border healthcare. Lessons learnt may be transferable to other small island states and territories. The European Reference Networks being developed at EU level may need to focus more on the benefits that can accrue through short term professional mobility than has been the case to date. The findings also serve to propose several important features that need to be in place to increase the chances of longevity, sustainability, quality and cost effectiveness in cross border health care services.

► **Health, Federalism And The European
Union: Lessons From Comparative
Federalism About The European Union**

GREER S. L.
2020

Health Economics, Policy and Law: 1-14.

<https://www.doi.org/10.1017/S1744133120000055>

Bringing together the results of a large-scale review of European Union (EU) policies affecting health and a large-scale analysis of social policy and federalism, this paper uses comparative federalism to identify the scope and tensions of EU health policy at the end of the Juncker Commission. Viewing health care and public health policy through the lens of comparative federalism highlights some serious structural flaws in EU health policy. The regulatory state form in which the EU has evolved makes it difficult for the EU to formulate a health policy that actually focuses on health. Of the three faces of EU health policy, which are health policy, internal market policy and fiscal governance, health policy is legally, politically and financially the weakest. A comparison of the EU to other federations suggests that this creates basic weaknesses in the EU's design: its key powers are regulatory and its redistribution minimal. No federal welfare state so clearly pools risks at a low level while making markets so forcefully or creating rights whose costs are born by other levels of government. This structure, understandable in light of the EU's history and development, limits its health and social policy initiatives and might not be stable over the long term.

► **Haute Autorité de santé et normalisation
de la médecine**

GRENIER C., LE GULUDEC D., DE MONTALEMBERT
P., *et al.*
2020

Les Tribunes de la santé 64(2): 37-47.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-37.htm>

Le secteur de la santé, comme bien d'autres secteurs, n'échappe pas au processus de normalisation. À la différence d'autres secteurs toutefois, il se caractérise par l'aléa. Il est soumis à une évolution permanente des connaissances et des moyens diagnostiques et thérapeutiques. Cette situation est au fondement du concept d'evidence-based medicine (EBM) ou médecine fondée sur les preuves : il s'agit d'appuyer les décisions cliniques sur les données les plus probantes. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'action de la Haute Autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique, aux missions vastes : évaluer les

médicaments, dispositifs médicaux et actes; évaluer et recommander les bonnes pratiques professionnelles et élaborer des recommandations de santé publique; mesurer et améliorer la qualité dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. De par ses missions, la HAS est donc pleinement, mais singulièrement, engagée dans le processus de normalisation. Elle le fait en respectant quelques grands principes clés : la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés; la transparence; l'indépendance; et la gestion des liens d'intérêts.

► **Trajectoires de personnes souffrant de lombalgie chronique : ruptures et reconstructions après un programme de rééducation**

MBARGA J., FOLEY R.-A., PICHONNAZ C., *et al.*

2020

Santé Publique 32(1): 19-28.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-19.htm>

L'objectif de cet article est d'examiner, du point de vue des patients, les ruptures de trajectoires biographiques induites par la lombalgie chronique et l'impact d'un programme de rééducation multidisciplinaire sur leur reconstruction. À partir d'une recherche qualitative interdisciplinaire, l'expérience de 20 patients lombalgiques participant à un programme de rééducation de trois semaines à l'hôpital a été analysée. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avant et après la participation au programme. Bien que la lombalgie chronique affecte de manière singulière chaque personne, elle induit des ruptures de linéarité biographique analogues, liées à l'apparition des douleurs et à la perturbation des activités quotidiennes et professionnelles. Pour la majorité des participants, le programme de rééducation constitue un espace réparateur permettant de rétablir une continuité entre vie passée, présente et future. Qu'il y ait une diminution de la douleur ou pas, plusieurs des sujets rapportent des bénéfices qui leur procurent le sentiment de recouvrer leur normalité. Cependant, ils les identifient davantage pour leurs activités domestiques, familiales et sociales que professionnelles, les effets restant modérés voire mitigés dans ce domaine. Le programme de rééducation influence la dynamique des trajectoires biographiques et favorise un retour à ce qui est perçu comme la normalité. En fournissant des outils théoriques et pratiques aux individus et en accroissant leurs capacités fonctionnelles, il favorise une gestion autonome de

la douleur et du problème. Les effets immédiats sont perçus comme réparateurs pour les activités domestiques, familiales et sociales, mais restent limités au niveau professionnel.

► **The SDGs And Health Systems: The Last Step On The Long And Unfinished Journey To Universal Health Care?**

RAJAN S., RICCIARDI W. ET MCKEE M.

2020

European Journal of Public Health 30(Supplement_1): i28-i31.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32391906>

In 2015, the world's governments committed, in the Sustainable Development Goals (SDGs), to achieve universal health coverage by 2030, something they will be held accountable for. We examine progress in the WHO European Region using data from several sources. We assess effective coverage using data from the Global Burden of Disease Programme, including access to 9 key interventions for maternal and child health and communicable and non-communicable diseases and mortality from 32 conditions amenable to health care. Progress is mixed; while Finland and Iceland have already achieved the 2030 target already, other countries, including in the Caucasus and Central Asia have not yet, and are unlikely to by 2030. We then examine financial protection, where progress lags in Central and South East Europe and the former Soviet Union, where high out-of-pocket healthcare payments and catastrophic spending are still common. We stress the need to consider inequalities within countries, with the most vulnerable groups, such as Roma or newly arrived migrants (from the Middle East and Africa) often underserved, while their needs are frequently undocumented. To make progress on the SDGs, governments must invest more heavily in health services research and support the infrastructure and capacity required to enable it.

► **Conceptualising Equity
In The Impact Evaluation Of Chronic
Disease Management Programmes:
A Capabilities Approach**

TAPAGER I., HANSEN K. S. ET VRANGBÆK K.
2020

Health Economics, Policy and Law: 1-16.
<https://www.doi.org/10.1017/S1744133120000067>

Chronic diseases are highly important for the future level and distribution of health and well-being in western societies. Consequently, it seems pertinent to assess not only efficiency of chronic care but also its impact on health equity. However, operationalisation of health equity has proven a challenging task. Challenges include identifying a relevant and measurable evaluative space. Various schools of thought in health economics have identified different outcomes of interest for equity assessment, with capabilities as a proposed alternative to more conventional economic conceptualisations. The aim of this paper is to contribute to the conceptualisation of health equity evaluation in the context of chronic disease management. We do this by firstly introducing an equity enquiry framework incorporating the capabilities approach. Secondly, we demonstrate the application and relevance of this framework through a content analysis of equity-related principles and aims in national chronic disease management guidelines and the national diabetes action plan in Denmark. Finally, we discuss how

conceptualisations of equity focused on capabilities may be used in evaluation by scoping relevant operationalisations. A promising way forward in the context of chronic care evaluation may emerge from a combination of concepts of capabilities developed in economics, health sciences and psychology.

► **Improving Value Means Increasing
Population Health And Equity**

WALTER P. W. ET ROBERT J. R.
2020

HealthcarePapers 19(2): 10-15.
<https://doi.org/10.12927/hcpap.2020.26263>

The purpose of this commentary is to outline a vision for the future of value-based healthcare in provinces across Canada and offer a few suggestions for the requirements to make substantial gains in value, based on learnings from past initiatives. We declare as our premise that improving value in healthcare means to improve population health. The goal of improving population health means to improve both average quality of life and life expectancy and to reduce inequalities in these health outcomes. That is, « shift and squeeze » the population health distribution, as Dr. Patricia Martens phrased it in the Emmett Hall lecture at the Canadian Health Services and Policy Research conference in 2014.

Politique publique

Public Policy

► **A Happy Choice: Wellbeing As The Goal
Of Government**

FRIJTERS P., CLARK A. E., KREKEL C., *et al.*
2020

Behavioural Public Policy 4(2): 126-165.
<https://doi.org/10.1017/bpp.2019.39>

In this article, we lay out the basic case for wellbeing as the goal of government. We briefly review the history of this idea, which goes back to the ancient Greeks and was the acknowledged ideal of the Enlightenment. We then discuss possible measures on which a wellbeing orientation could be based, emphasizing the impor-

tance of acknowledging the political agency of citizens and thus their own evaluations of their lives. We then turn to practicalities and consequences: how would one actually set up wellbeing-oriented decision-making and what difference should we expect from current practice? We end by discussing the current barriers to the adoption of wellbeing as the goal of government, both in terms of what we need to know more about and where the ideological barriers lie.

► **Happiness And Public Policy:
A Procedural Perspective**

STUTZER A.
2019

Behavioural Public Policy 4(2): 210-225.
<https://www.doi.org/10.1017/bpp.2019.44>

This article comments on the role of empirical subjective wellbeing research in public policy within a constitutional, procedural perspective of government and state. It rejects the idea that, based on the promises of the measurement, we should adopt a new policy perspective that is oriented toward a decision rule

maximizing some aggregate measure of subjective wellbeing. This social engineering perspective, implicit in much reasoning about wellbeing policy, neglects: (1) important motivation problems on the part of government actors, such as incentives to manipulate indicators, but also on the part of citizens to truthfully report their wellbeing; and (2) procedural utility as a source of wellbeing. Instead, wellbeing research should be oriented toward gaining insights that improve the diagnoses of societal problems and help us to evaluate alternative institutional arrangements in order to address them, both as inputs into the democratic process.

Prévention santé

Health Prevention

► **Prevention Policy: Good News And Bad
News From France**

ALLA F. ET CAMBON L.
2020

European Journal of Public Health 30(2): 206-206.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz145>

For the second year, the number of smokers in France is falling. The results are obvious: 1.6 million fewer smokers between 2016 and 2018, the prevalence of daily smoking among adults fell from 29.4% to 25.4% over this period.¹ This dramatic change is the result of an ambitious and structured national policy: the National Tobacco Reduction Programme, launched in 2014, followed and strengthened by a National Tobacco Control Programme, launched in 2018 and strongly supported by the Minister of Health. This programme includes 28 actions covering all levels of health promotion, including measures that are known to be very effective, such as increasing the price of tobacco products and improving the accessibility of nicotine substitutes. This policy is the result of more than a decade of social and professional mobilization supported by quality expert work giving the evidence needed for decision-making. One example is the Court of Auditors' evaluation report 'Tobacco control policies', published in 2012, which drew an extremely clear conclusion on the health, social and economic issues related to tobacco use and proposed a set of strong measures that have been widely included in the

above-mentioned programmes.

► **Personalized Prevention And Population
Health Impact: How Can Public Health
Professionals Be More Engaged?**

BOCCIA S. ET RICCIARDI W.
2020

European Journal of Public Health 30(3): 391-392.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa018>

Since 2000 incredible advancement in genotyping technology, coupled with the reduction in the costs of genome sequencing and the more recent advent of digital technologies in healthcare including wearable devices and mHealth, initiated a third revolution in medicine. Such technologies are creating unprecedented opportunities for disease prevention, diagnosis and treatment and for disease monitoring on a personalized basis, both within the health system and beyond. As all the new technologies and their applications advance, they are likely to play an integral role in shaping healthcare and the ways in which citizens manage and optimize their health.¹

► **Alcohol In TV Series Popular With Teens: A Content Analysis Of TV Series In France 22 Years After A Restrictive Law**

CHAPOTON B., WERLEN A.-L. ET REGNIER DENOIS V.
2019

European Journal of Public Health 30(2): 363-368.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz163>

European citizens are the largest alcohol users in the world with an average of 11 l of alcohol per individual per year being used. This consumption practice usually begins during adolescence. Youths' views of substances consumption are built upon socialization experiments from which television takes part. To prevent vulnerable people from media influence, some governments tend to adopt restrictive laws against alcohol marketing within the public space including TV programmes; others rely on the self-control of the alcohol and/or media industry. More than 22 years ago, France adopted a restrictive law made of measures aiming to regulate or prohibit advertising of alcoholic products, especially within media dedicated to minors. This study relies on a content analysis to identify the patterns and the frequencies of occurrences linked to alcohol within a sample of 14 TV series (8 French series and 6 American series) most watched by French teenagers. In total, 180 episodes have been analysed representing 111 h 24 min and 6 s of series coded. Alcohol is depicted within 87.8% of the sample. French series statistically show more events related to alcohol when compared to the American series. In French series, alcohol, mainly wine, is associated with a familiar lifestyle context with primary characters. The restrictive law ongoing in France does not prevent popular TV programmes watched by minors to depict alcohol. Concerns should be raised about the impact of the values given to the substance integrated to main characters life within the media.

► **Consommation de soins dentaires préventifs en région Centre-Val de Loire : une étude rétrospective**

DENIS F., DE FONTAGALLAND C., MEYMANDI-NEJAD B., *et al.*

2020

Santé Publique 32(1): 87-95.
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-87.htm>

La démographie des chirurgiens-dentistes en région Centre-Val de Loire est très inférieure à la moyenne nationale et est marquée par de nombreuses inéga-

lités territoriales de santé. Le but de cette étude est de préciser les habitudes de consommation de soins dentaires dans cette région sur la base d'un acte, le détartrage (HBJD001) qui permet une élimination mécanique du tartre afin de prévenir l'apparition de maladies parodontales. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à partir de données issues de plusieurs bases du Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie de l'année 2016, effectuée par l'Institut statistique des professionnels de santé libéraux. On observe un sous-recours aux détartrages par rapport à la France métropolitaine avec certains territoires qui cumulent des difficultés d'offre de soins et un recours aux détartrages inférieur à la moyenne régionale. Bien que l'offre de soins soit inégalement répartie, elle influe peu sur le volume d'actes consommés par patient, notamment sur le recours aux détartrages. À l'inverse, les indicateurs de richesse ou de pauvreté impactent la consommation de l'acte HBJD001. Cette étude suggère que la consommation de détartrages est indépendante de l'offre de soins, mais liée au gradient social de la population. Elle pointe également le déficit de la consommation de cet acte en regard de celle observée en France métropolitaine. Le rôle potentiel de l'acte HBJD001 comme marqueur d'un parcours de soins préventifs ainsi que la nécessité d'un ajustement du zonage déterminé par l'ARS sont mis en avant.

► **Health-Related Sustainable Development Goals: Countdown On Alcohol Use, Smoking Prevalence, Child Overweight And Suicide Mortality**

DROOGERS M., JANSEN D., LINDERT J., *et al.*

2020

European Journal of Public Health 30(Supplement_1): i10-i13.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa027>

The Sustainable Development Goals (SDGs) are a set of goals that aspire to 'leave no one behind', adopted by all members of the United Nations and to be achieved by 2030. Now, four years after the SDGs entered into force, we examine the progress towards the health-related SDGs in the European region. In this region, least progress is made towards the targets set for alcohol consumption, smoking prevalence, child overweight, and suicide mortality. For each of these challenges we take stock of current policies, continuing challenges, and ways forward. Written from the perspective of European Public Health Association (EUPHA) we emphasize the potential contribution of civil society

organizations in attaining the health-related SDGs.

► **La prescription médicale d'activité physique et perspectives socio-écologiques**

KNOBÉ S.
2019

Santé Publique 31(6): 827-836.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-6-page-827.htm>

Cet article propose un état des lieux récent (2009-2018) de la littérature en sciences sociales et en santé publique relative à la prescription médicale d'activité physique. La focale est spécifiquement orientée vers les études portant sur les bénéficiaires de ces prescriptions, et cherche à y questionner le recours à des indicateurs d'ordre socio-écologique. L'interrogation de bases de données de références bibliographiques a permis de retenir 28 articles tenant compte des critères d'inclusion suivants : (1) revue à comité de lecture ; (2) prescription effectuée par un professionnel de santé ; (3) bénéficiaires adultes ; (4) participation à un programme d'activité physique encadrée ; (5) programme d'au moins un mois ; (6) prise en compte, dans la publication, d'indicateurs sociodémographiques ou psychosociaux complémentaires aux seuls âge et sexe. La « prescription médicale d'activité physique » renvoie à des interventions variées en termes de publics visés, de modalités d'encadrement, de durées de prise en charge ou de suivi à l'issue du programme proposé. Les études réalisées mesurent essentiellement le niveau global d'activité physique pendant et/ou à l'issue de l'intervention. Elles mobilisent principalement des indicateurs d'ordre individuel et ont peu recours à l'analyse d'autres déterminants dans une perspective socio-écologique. La prise en compte des différents types et niveaux de déterminants, dans une approche multidimensionnelle, permettrait d'identifier les facteurs sociaux, relationnels et territoriaux, ainsi que leur poids respectif et leurs liens, pour affiner les actions mises en place et favoriser des leviers d'accès à des modes de vie moins sédentaires et des changements durables dans les pratiques au quotidien.

► **Inequalities In Participation In Colorectal Cancer Screening Programmes: A Systematic Review**

MOSQUERA I., MENDIZABAL N., MARTÍN U., *et al.*
2020

European Journal of Public Health. 30(3) :558-567

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz236>

Colorectal cancer (CRC) is a major public health problem due to its incidence and mortality. Screening programmes help decrease its impact on the population through early detection. However, the uneven distribution of social determinants of health can cause inequalities. The aim of this study is to identify the social inequalities in the participation in CRC screening programmes. A systematic review of the literature was carried out, searching in both health and social databases for papers published since 2000 in English, Spanish, Portuguese and French. The search strategies combined terms regarding screening, CRC, participation and social inequalities. Included papers were quantitative or qualitative primary studies analyzing gender and socioeconomic inequalities in the participation in CRC screening programmes implemented by public and private health-care providers and addressing 45- to 75-year-old population. A total of 96 studies, described in 102 articles, were included. Most were quantitative observational studies and analyzed population-based screening programmes. They were carried out mainly in the UK (n = 29) and the USA (n = 18). Participation in screening programmes varied from 1.1% to 82.8% using several methods. A total of 87 studies assessed participation by sex and one focussed on men, but only two provided an analysis from a gender perspective. Although men are at a higher risk of developing CRC, they generally were less likely to participate in screening programmes. Screening attendance was higher among the least deprived areas. Gender and socioeconomic inequalities in CRC screening participation should be addressed through the design of tailored interventions with a multidimensional focus.

► **Le dépistage par mammographie en France dans la théorie du comportement planifié : bénéfice collatéral, confiance, valeur perçue et comportements périphériques**

PERNIN J.-L.
2020

Sciences sociales et santé 38(1): 39-66.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-1-page-39.htm>

Cet article propose d'utiliser une version étendue de la théorie du comportement planifié pour étudier les déterminants psychosociologiques de la participation

des femmes aux campagnes de dépistage du cancer du sein par mammographie en France. Les modifications théoriques concernent : l'intégration d'un bénéfice collatéral, le test du rôle de la confiance et de la valeur perçue dans la formation de l'intention et l'intégration de comportements périphériques. Une enquête par questionnaire (n = 135) a été menée auprès de femmes de 40 à 75 ans. Les analyses sont réalisées à l'aide de modélisations par équations structurelles. Les principaux résultats concernent l'importance du bénéfice collatéral dans la formation de l'attitude et le lien entre l'acceptation de faire des analyses de sang et le dépistage par mammographie. Le temps est le principal frein pour se faire dépister. Ni la confiance ni la valeur perçue ne sont prédictifs de l'intention comportementale.

► **How Is Informed Decision-Making About Breast Cancer Screening Addressed In Europe? An International Survey Of 28 Countries**

RITCHIE D., VAN HAL G. ET VAN DEN BROUCKE S.
2020

Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.011>

The aim of this study was to develop a typology of

approaches towards informed decision-making (IFD) about mammography screening in Europe. All countries collaborating in the European Commission Initiative on Breast Cancer were approached to participate. Experts from 28 European countries responded to a web-based survey providing data on key organisational and policy characteristics of breast screening at the national or regional level. A total of 35 responses were received including data from regionally organised breast screening in several countries. 27 respondents, covering 21 countries, reported the existence of a policy towards IFD and stated that they communicated to women about the benefit and risks. Few countries had attempted to measure the proportion of women making an informed choice. A cluster analysis of the survey responses allowed to identify three categories: countries in a confirmation phase who have adopted a policy specific to mammography screening; countries in an implementation phase with generic policies and limited administrative support dedicated yet to IFD; and countries in a decision phase who are deliberating how to address IFD. To the best of our knowledge, this study is the first to investigate the key policy and organisational characteristics of approaches taken to facilitate IFD in Europe. The results demonstrate a broad adoption of the principle of enabling IFD but indicate heterogeneity of implementation.

Psychiatrie

Psychiatry

► **Prices And Cost Sharing For Psychotherapy In Network Versus Out Of Network In The United States**

BENSON N. M. ET SONG Z.
2020

Health Affairs 39(7): 1210-1218.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01468>

Patients in the US are more likely to receive out-of-network behavioral health care, including treatment for mental health or substance use disorders, than they are to receive other medical and surgical services out of network. To date, out-of-network and in-network trends in the prices and use of ambulatory behavioral health care have been seldom described. Here

we compare levels and growth of insurer-negotiated prices (allowed amounts), patient cost sharing, and use of psychotherapy services in network and out of network in a large, commercially insured US population during 2007-2017. For both adult and child psychotherapy, prices and cost sharing were substantially higher out of network than they were in network. These gaps widened during the eleven-year period. Prices and cost sharing for in-network psychotherapy decreased during this period, whereas prices and cost sharing for out-of-network psychotherapy increased. Use of adult and child psychotherapy increased during this period, driven by growth of in-network rather than out-of-network use. The increasing gap in prices and cost sharing between out-of-network and in-network

psychotherapy, viewed in the context of a shortage of behavioral health providers who accept insurance, may limit access to ambulatory behavioral health care.

► **Des « experts d'expériences » pour former des professionnels de santé mentale**

BIZET C., DEFROMONT L. ET LABEY M.

2020

Le Journal des psychologues 377(5): 56-61.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-5-page-56.htm>

Depuis les années 1980, un axe fondamental du projet du pôle de santé mentale des villes de Mons-en-Barœul, Hellemmes, Lesquin, Lezennes, Ronchin et Faches-Thumesnil (pôle 59G21) est la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. Ce pôle, reconnaissant l'importance du rôle des savoirs expérientiels dans le parcours de rétablissement des usagers, fait évoluer son organisation. Il s'attache à favoriser « l'empowerment » des usagers et la participation d'experts d'expériences au sein des services (Labey, 2017). L'« empowerment », parfois appelé « pouvoir d'agir », « capacité d'agir », « empouvoirement » ou encore « en-capacitation » chez les francophones canadiens (Daumerie, 2011), pourrait ainsi se traduire par « reprise du pouvoir » des usagers. Une des actions impulsées par le pôle depuis 2016 est la formation des professionnels par des experts d'expériences. Ainsi, des personnes directement concernées par des problèmes de santé mentale, avancées dans leur parcours de rétablissement, viennent partager leurs expériences, dire aux professionnels ce qu'est le rétablissement selon eux, et les renseignent sur les attitudes qui peuvent ou non aider les « patients ». Plus loin dans cet article, nous présenterons cette action plus en détail et exposerons les grands principes et conseils tirés de l'enseignement des experts qui sont intervenus dans ce pôle.

► **A Systematic Review Of Mental Health Measurement Scales For Evaluating The Effects Of Mental Health Prevention Interventions**

BREEDVELT J. J. F., ZAMPERONI V., SOUTH E., *et al.*

2020

European Journal of Public Health 30(3): 539-545.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz233>

Consistent and appropriate measurement is needed

in order to improve understanding and evaluation of preventative interventions. This review aims to identify individual-level measurement tools used to evaluate mental health prevention interventions to inform harmonization of outcome measurement in this area. Searches were conducted in PubMed, PsychInfo, CINAHL, Cochrane and OpenGrey for studies published between 2008 and 2018 that aimed to evaluate prevention interventions for common mental health problems in adults and used at least one measurement scale (PROSPERO CRD42018095519). For each study, mental health measurement tools were identified and reviewed for reliability, validity, ease-of-use and cultural sensitivity. A total of 127 studies were identified that used 65 mental health measurement tools. Most were used by a single study (57%, N = 37) and measured depression (N = 20) or overall mental health (N = 18). The most commonly used questionnaire (15%) was the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale. A further 125 tools were identified which measured non-mental health-specific outcomes. There was little agreement in measurement tools used across mental health prevention studies, which may hinder comparison across studies. Future research on measurement properties and acceptability of measurements in applied and scientific settings could be explored. Further work on supporting researchers to decide on appropriate outcome measurement for prevention would be beneficial for the field.

► **The Impact Of Medicare's Mental Health Cost-Sharing Parity On Use Of Mental Health Care Services**

COOK B. L., FLORES M., ZUVEKAS S. H., *et al.*

2020

Health Affairs 39(5): 819-827.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01008>

Before the implementation of cost-sharing parity in Medicare, beneficiaries faced higher cost sharing for mental health services than for other medical services. The Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 phased in cost-sharing reductions in Medicare for outpatient mental health services in the period 2010-2014. Using data for 2006-2015 from the Medical Expenditure Panel Survey and difference-in-differences analyses, we assessed whether this reduction in mental health cost sharing was associated with changes in specialty and primary care outpatient mental health visits and psychotropic medication fills. We compared people with Medicare and with private

insurance before and after parity implementation. Medicare beneficiaries? use of psychotropic medication increased after the implementation of cost-sharing parity, but we did not detect a change in visits. Changes in the use of psychotropic medications were greater among people with probable serious mental illness and among Medicare beneficiaries who did not report having supplemental coverage. The increased medication use could signal improvements in mental health care access among Medicare beneficiaries, especially among the subgroups most likely to benefit from the policy change.

► **Programme de soin en psychiatrie : ni pour ni contre, bien au contraire !**

DECKER M.

2020

L'information psychiatrique 96(5): 321-322.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-5-page-321.htm>

La lecture des articles des docteurs Cantero et Vidon, récemment publiés dans l'Information psychiatrique (vol 93, n° 3), consacrée aux programmes de soins tels que définis par la loi du 05 juillet 2011, m'inspire ce bref commentaire. Nos deux collègues émettent des opinions très divergentes quant à l'utilité de cet aménagement des soins sous contrainte, permettant « d'obliger » des patients à s'y astreindre selon les modalités fixées par le psychiatre responsable de leur prise en charge. L'allusion du docteur Cantero à Samuel Beckett, dont je suis un lecteur enthousiaste, a achevé de me convaincre de prendre la plume. Je précise tout de suite que j'accorde à ces deux articles le plus vif intérêt tant il est réconfortant de constater qu'ils plaident avec une pareille intensité pour la réhabilitation psychosociale des patients. Le docteur Cantero privilégie la dynamique du rétablissement en tant que processus d'auto-détermination et d'« empowerment » pour d'emblée la situer hors toute contrainte imposée au patient-usager, acteur à part entière des soins qu'il accepte dans le cadre de l'alliance thérapeutique. Le docteur Vidon, dont on connaît le militantisme de longue date au service des stratégies de réhabilitation psychosociale, organisateur à ce titre du prochain congrès « Réh@b » justement consacré à l'« empowerment » (qui devait se tenir en juin de cette année à Angers mais a été reporté en 2021 pour cause de Covid-19), expose, au vu d'une étude observationnelle à grande échelle menée en Île-de-France, l'intérêt de ces mesures contraignantes

pour un certain nombre de patients, arguant que telles dispositions permettent de minimiser considérablement les risques de rechute.

► **Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste**

GALLAIS J. L.

2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(2): 77-83.

Au travers de l'analyse qualitative et quantitative du dispositif de médecine générale est éclairée la position d'interface médicale et sociale spécifique et celle d'acteur de santé mentale du médecin généraliste traitant. Parmi les constats négatifs beaucoup sont reliés aux faiblesses des choix de santé publics et aux défauts structurels d'organisation et de régulation du système de santé français. Dans les réformes en cours, le développement du dispositif du médecin traitant et des parcours de soins coordonnés est décrit comme levier essentiel pour des améliorations nécessaires.

► **Care Coordination For Severe Mental Health Disorders: An Analysis Of Healthcare Provider Patient-Sharing Networks And Their Association With Quality Of Care In A French Region**

GANDRÉ C., BEAUGUITTE L., LOLIVIER A., *et al.*

2020

BMC health services research 20(1): 548-548.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32552821>

For patients with multiple and complex health needs, such as those suffering from mental health disorders, outcomes are determined by the combined actions of the care providers they visit and their interactions. Care coordination is therefore essential. However, little is known on links between hospitals providing psychiatric care and community-based care providers which could serve as a basis for the creation of formal mental care networks supported by recent policies. In this context, we first aimed to identify and characterize existing types of healthcare provider patient-sharing networks for severe mental health disorders in one French region. Second, we aimed to analyse the association between their characteristics and the quality of the care they provide. Patient flows among healthcare providers involved in treating severe mental health disorders in the Provence-Alpes-Côte-d'Azur region were

extracted from the French national health data system, which contains all billing records from the social health insurance. Healthcare provider networks that have developed around public and private non-profit hospitals were identified based on shared patients with other providers (hospitals, community-based psychiatrists, general practitioners and nurses). Hierarchical clustering was conducted to create a typology of the networks. Indicators of quality of care, encompassing multiple complementary dimensions, were calculated across these networks and linked to their characteristics using multivariable methods. Three main types of existing healthcare provider networks were identified. They were either networks strongly organized around the main hospital providing psychiatric care; scattered networks involving numerous and diverse healthcare providers; or medically-oriented networks involving mainly physician providers. Few significant associations between the structure and composition of healthcare provider networks and indicators of quality of care were found. Our findings provide a basis to develop explicit structuring of mental care based on pre-existing working relationships but suggest that healthcare providers' patient-sharing patterns were not the main driver of optimal care provision in the context explored. The shift towards a stronger integration of health and social care in the mental health field might impact these results but is currently not observable in the administrative data available for research purpose which should evolve to include social care.

► **Accompagner l'habitat des personnes en souffrance psychique : quelles organisations pour quelle inclusion ?**

HENCKES N.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(2): 37-45.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-2-page-37.htm>

L'habitat inclusif cherche à répondre à un enjeu fondamental dans les politiques actuelles d'accompagnement de la souffrance psychique, de la maladie mentale et du handicap psychique : favoriser la pleine participation sociale des personnes concernées. Il s'adresse en particulier à une demande nouvelle exprimée par les personnes comme par l'ensemble de la société : satisfaire le droit à un logement personnel. Jusqu'à quel point le dispositif effectivement déployé sur les territoires est-il armé pour cela ? Ce sont quelques éléments de réponse à cette question

que voudrait apporter cet article. Il s'appuie pour cela sur une réflexion sur les organisations à l'œuvre pour délivrer les services.

► **Présentation du programme de formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM)**

MARESCAUX J.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(2): 46-49.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-2-page-46.htm>

Le programme de formation aux PSSM est une adaptation à la France d'un programme créé en Australie au début des années 2000 : le Mental Health First Aid (MHFA) par un universitaire, le Pr Tony Jorn et une éducatrice et usagère des services de psychiatrie, Betty Kitchener. Leur objectif : contribuer à la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage, améliorer l'accès aux soins en formant des secouristes en santé mentale - et non des soignants -, sur le modèle général du secourisme qui a fait ses preuves.

► **Associations Between Cross-Sector Partnerships And Local Health Department Participation In Population-Based Activities To Prevent Mental Health Conditions**

NELSON K. L.

2020

American Journal of Public Health 110(S2): S225-S231.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305646>

The aim of this study is to describe partnerships between US local health departments (LHDs) and community organizations and assess the relationship between the types of activities performed in these partnerships and LHD engagement in population-based activities to prevent mental health conditions. Data were derived from 457 LHDs that responded to module 1 of the 2016 Profile Study conducted by the National Association of County and City Health Officials. These data were used to assess the presence of partnerships with community organizations and examine associations between the types of activities performed in such partnerships and LHDs? participation in population-based activities to prevent mental health

conditions. LHDs had higher odds of participating in population-based activities to prevent mental health conditions if they shared personnel or resources or had written agreements with mental health or substance use disorder providers, held regularly scheduled meetings with hospitals, or shared personnel or resources with community health centers. Odds were reduced if they exchanged information with community health centers or shared personnel or resources with faith-based organizations. This study offers an improved understanding of how the types of activities performed in cross-sector partnerships affect LHDs? participation in population-based activities to prevent mental health conditions, which is important as public policies, programs, and funding initiatives continue to encourage cross-sector partnership building.

► **Quelle politique de santé en pédopsychiatrie en 2020 ? Réflexion et analyse pour une meilleure précocité des interventions**

PERNEL A.-S., ROOS-WEIL F., GARRET-GLOANEC N., *et al.*

2020

L'information psychiatrique 96(4): 269-278.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-4-page-269.htm>

La politique de santé de la pédopsychiatrie demande de répondre à tous les besoins de soins, de l'ensemble de la population. Elle doit éviter de créer des filières à plusieurs vitesses et financements, sous prétexte d'un usage biaisé et incomplet des classifications diagnostiques des troubles mentaux. Faute de quoi, les effets en seront la production de nouvelles exclusions. Des nouvelles mesures se déclinent aujourd'hui, grâce à un intérêt partiellement retrouvé pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Une coordination avec ce qui existe déjà et un maillage sur le terrain sont indispensables pour qu'elles constituent un élément de plus en faveur des populations. Aucun dispositif unique ne peut répondre à toutes les demandes et à tous les besoins. Le service public a longtemps pensé qu'à lui seul incombait cette mission. Il s'inscrit aujourd'hui dans un paysage où la société exige de pouvoir faire des choix, éclairés et faisables. Afin de garantir le meilleur soin pour chaque enfant, encore faut-il donner les moyens nécessaires aux missions universelles que le service public continue d'assumer.

► **Does Poor Mental Health Explain Socio-Demographic Gradients In Breast Cancer Screening Uptake? A Population-Based Study**

ROSS E., MAGUIRE A., DONNELLY M., *et al.*

2019

European Journal of Public Health 30(3): 396-401.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz220>

Research from the USA indicates disparities in breast cancer screening uptake for women with poor mental health. However, no attempt has been made to examine the contribution of poor mental health to socio-demographic variations in breast screening uptake. The current study aims to examine the impact of self-reported chronic poor mental health on attendance at breast screening in the UK, and to what extent this explains socio-demographic inequalities in screening uptake. Breast screening records were linked to 2011 Census records within the Northern Ireland Longitudinal Study. This identified a cohort of 57 328 women who were followed through one 3-year screening cycle of the National Health Service Breast Screening Programme. Information on mental health status, in addition to other individual and household-level attributes, was derived from the 2011 Census. Logistic regression was employed to calculate odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) of attendance at screening. 10.7% of women in the cohort reported poor mental health, and in fully adjusted analyses, these individuals were 23% less likely to attend breast screening (OR 0.77; 95% CI 0.73–0.82). Although poor mental health was a strong predictor of screening uptake, it did not explain the observed inequalities in uptake by socio-economic status, marital status, or area of residence. This study provides novel evidence of inequalities in breast screening uptake for women with chronic poor mental health in the UK. Targeted interventions are necessary to ensure equitable screening access and to enhance overall mortality benefit.

► **L'hôpital de jour de psychiatrie à l'ère du numérique : les propositions d'un patient expert**

SALLES J., LEVASSEUR D., YRONDI A., *et al.*

2020

L'information psychiatrique 96(5): 363-367.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-5-page-363.htm>

Les hôpitaux de jours font partie du paysage psychia-

trique depuis la naissance des secteurs et leur utilité dans le parcours de soin des patients n'est plus à démontrer. Pour autant les nouvelles générations habituées aux media numériques peinent parfois à trouver leur place dans des activités pensées avant la naissance de ces innovations technologiques. Dans notre structure, les patients ont pu faire le constat que les activités médiatisées ne s'étaient que trop timidement saisies des champs créatifs et communicatifs générés par ces outils connectés. Ce constat est d'autant plus regrettable que ces nouvelles technologies ouvrent des voies inédites et permettent de repenser les prises en charge et la relation soignant soigné. Nous avons donc fait appel à un patient expert afin de préciser quels axes d'améliorations pouvaient être envisagés pour intégrer le numérique aux activités de notre structure. Ce patient expert fait partie de la génération connectée, il a pu faire plusieurs propositions pour le développement des activités numériques au sein des activités proposées à l'heure actuelle. Les propositions du patient expert ont ensuite été adaptées aux possibilités de mise en œuvre pratique compte tenu des facteurs budgétaires et organisationnels.

► **Internet s'invite dans la consultation psychiatrique**

SOUFFIR V., GAUTHIER S. ET HAYAT M.

2020

L'information psychiatrique 96(5): 355-362.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-5-page-355.htm>

L'utilisation et les ressources d'Internet viennent, depuis quelques années, s'installer dans la relation psychiatrique. Cet article inventorie certaines positions et réactions possibles des professionnels de la psychiatrie. Comment mettre à profit dans notre pratique ce qui est intéressant et utilisable pour les usagers de la psychiatrie et pour leurs proches ? Quels infléchissements dans la pratique des professionnels ? Un consensus nous semble devoir être recherché. Les échanges entre professionnels sur les sites Internet, sur les applications possibles, sur les problématiques émergentes doivent, selon les auteurs, être encouragés et facilités. À notre avis, la psychiatrie ne peut pas rester en marge d'une évolution sociétale de cette importance. Il existe un champ possible de progrès cliniques et thérapeutiques pour la psychiatrie.

► **Recourir à la pédopsychiatrie publique : étude dans six centres de soins parisiens**

TIBI-LÉVY Y.

2020

Santé Publique 32(1): 43-55.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-43.htm>

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 12 % des enfants et adolescents vivant en France (soit un sur huit) présentent des troubles psychiques. Les conditions de recours de cette population aux centres de santé mentale restent néanmoins peu explorées. L'objectif de cette étude était d'apporter un double éclairage – statistique et discursif – sur l'orientation de cette population vers la pédopsychiatrie publique (profil socio démographique, acteurs à l'origine des demandes, motifs de première consultation, qualification des difficultés et troubles par les parents...). Cet article s'appuie sur une enquête quantitative et une enquête qualitative menées conjointement dans six centres de soins publics parisiens : deux centres médico-psychologiques (CMP), deux centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et une unité d'hospitalisation de jour (HJ). Au total, 581 fiches de premier appel et 73 dossiers-patients ont été analysés (correspondant à 654 enfants), puis complétés à titre illustratif d'extraits d'entretien issus de 59 monographies de familles. Au-delà d'éléments descriptifs (sexe, âge, niveau scolaire, environnement socio familial, conditions d'accès aux centres...), cette étude a souligné la forte vulnérabilité de certaines familles, la diversité des motifs avancés pour entamer un suivi, ainsi que le rôle clé de l'institution scolaire dans le dépistage, puis l'orientation de ces jeunes vers des structures spécialisées en santé mentale. Ces résultats ouvrent des réflexions intéressantes sur l'instauration précoce de mesures préventives et offrent de nombreuses perspectives de recherche.

► **Impact Of Gentrification On Adult Mental Health**

TRAN L. D., RICE T. H., ONG P. M., *et al.*

2020

Health Services Research 55(3): 432-444.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13264>

The aim of this paper is to estimate the net effect of living in a gentrified neighborhood on probability of hav-

ing serious psychological distress. We pooled 5 years of secondary data from the California Health Interview Survey (2011-2015) and focused on southern California residents. We compared adults (n = 43 815) living in low-income and gentrified, low-income and not gentrified, middle- to high-income and upscaled, and middle- to high-income and not upscaled neighborhoods. Adults who completed the survey on their own and lived in urban neighborhoods with 500 or more residents were selected for analyses. Survey respondents who scored 13 and above on the Kessler 6 were categorized as having serious psychological distress in the past year. We used eight neighborhood change measures to classify respondents' neighborhoods. Living in a gentrified and upscaled neighborhood was associated with increased likelihood of serious psychological distress relative to living in a low-income and not gentrified neighborhood. The average treatment effect was 0.0141 (standard error = 0.007), which indicates that the prevalence of serious psychological distress would have been 1.4 percentage points less if none of the respondents lived in gentrified neighborhoods. Gentrification appears to have a negative impact on the mental health of renters, low-income residents, and long-term residents. This effect was not observed among homeowners, higher-income residents, and recent residents. Gentrification levies mental health costs on financially vulnerable community members and can worsen mental health inequities.

► **Améliorer la participation et le vécu des proches de personnes atteintes de schizophrénie dans le parcours de soins en santé mentale**

VILLANI M. ET KOVESS-MASFÉTY V.

2020

L'Encephale 46(3): 177-183.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.10.004>

La schizophrénie est un trouble psychique qui peut être chronique et conduire à des difficultés d'intégration sociale et un isolement que les patients eux-mêmes et leurs proches vivent mal. L'objectif de notre étude est d'évaluer la perception de la maladie par les proches, ainsi que la façon dont ils vivent le système de soins français. Méthodes : Notre population est constituée de proches aidants, recrutés à travers une association de familles. Nous avons utilisé le Bref Questionnaire de Perception de la Maladie, ainsi qu'un entretien portant sur le vécu du système de soins par les proches, en particulier en termes de communication du diagnostic, d'information sur la maladie et le traitement, de psychoéducation familiale, de vécu de l'hospitalisation et d'accès aux professionnels de santé. Résultats : Nos résultats tendent à montrer que les perceptions de la maladie des 27 proches inclus dans notre recherche sont fortement négatives, notamment concernant la durée estimée de la maladie et la fréquence observée des symptômes. Un meilleur accès au diagnostic est cependant associé à une perception plus positive de la chronicité, tandis que la communication avec les professionnels de santé est liée à la perception d'une meilleure efficacité de traitement. La psychoéducation familiale est associée à la perception de symptômes moins nombreux. Ces résultats plaident en faveur d'une meilleure intégration des familles, encore mises à l'écart dans le processus de soin alors qu'elles pourraient jouer un rôle stratégique, et un élargissement de l'accès à la psychoéducation pour tous les proches impliqués dans les soins.

Sociology of Health

► Partager la décision thérapeutique dans des cliniques contraintes ?

AUDREY L. ET RÉGIS M.-V.

2020

Sciences sociales et santé 38(2): 41-66.

La décision thérapeutique partagée est une notion dont la valeur est incontestable dans la pratique clinique contemporaine. Son caractère d'évidence ne devrait toutefois pas faire illusion : elle reste située et doit se négocier dans des contextes variés. Dans cette étude qualitative, il s'agit de la questionner dans des cliniques réputées difficiles (troubles psychotiques, prison et migration) en analysant les discours des institutions, des soignants et des patients. Il en ressort que l'attente légitime d'une pratique des soins la plus démocratique possible ne peut faire l'économie de compromis de la part de ses acteurs, ni oublier l'importance du soutien actif des institutions qui les encadrent.

► Pour une société du care. Retour sur dix ans de combat

BRUGÈRE F.

2020

Études Juillet-Août(7): 61-72.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2020-7-page-61.htm>

La pandémie de Covid-19 a rendu visible ces travailleurs de l'ombre, donnant une consistance éthique et politique à des métiers jusqu'ici peu considérés. Défendre les professions du care et plus largement les activités de « prendre soin », par un singulier tournant, s'avère à nouveau possible et s'impose même comme une nécessité du moment présent. Toutes les idées ridiculisées, il y a dix ans, reviennent comme d'improbables boomerangs nous heurter en plein visage.

► La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers

BUSNEL C., LUDWIG C. ET DA ROCHA RODRIGUES M. G.

2020

Recherche en soins infirmiers 140(1): 7-16.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-1-page-7.htm>

Si la théorie de la complexité a influencé les champs de la santé et du social, elle entre aujourd'hui de manière encore plus ciblée dans les soins infirmiers au travers d'une foison de terminologies. Ainsi, les termes de patient complexe, cas complexe, complexité des soins, pratique complexe et besoins complexes ont progressivement été proposés pour qualifier différents aspects de la complexité dans les soins infirmiers. Comme le traduisent ces qualificatifs, les infirmières deviennent les actrices de prises en soins multi déterminées et se doivent d'intégrer la complexité dans une pratique réflexive. Le présent article a pour objectif, à partir d'une revue narrative de littérature, d'apporter un regard croisé sur la complexité dans les soins infirmiers en précisant les différents termes utilisés dans la discipline, selon une approche multi niveaux. A l'issue de cette revue, les auteures proposent un nouveau cadre conceptuel intégratif de la complexité dans la pratique infirmière.

► Les voies de construction de l'identité professionnelle des psychologues. Une enquête nationale 15 ans après

CASTRO D.

2020

Le Journal des psychologues 377(5): 20-26.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-5-page-20.htm>

En 2005, le Journal des psychologues lançait une enquête sur l'évolution des représentations et la construction identitaire du métier de psychologue. Quinze ans après et eu égard aux réformes universitaires, à la diversification des pratiques, aux transformations sociétales, qu'en est-il de l'identité professionnelle du psychologue aujourd'hui, qu'est ce qui a réellement changé ? Les auteurs nous partagent ici leurs réflexions sur cette question cruciale, d'autant que l'action du psychologue se situe souvent à la lisière de bien d'autres professions.

► **Plaidoyer pour l'intégration des patients formateurs dans l'enseignement des futurs médecins généralistes à partir de l'expérience de l'université Sorbonne Paris Nord et de la littérature internationale**

CHEVALLIER F., DUHOT D., RUELLE Y., *et al.*
2020

Revue française des affaires sociales(1): 281-293.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-281.htm>

Dans un contexte de virage ambulatoire, d'augmentation des pathologies chroniques et de nécessité de rendre plus effectifs les parcours de soins encore trop souvent opaques pour les patients, il est urgent de repenser la place et le rôle des différents acteurs du système de soins primaires – en particulier, l'intégration du patient dans la formation spécialisée, mais aussi la formation initiale des médecins généralistes qui est susceptible d'améliorer leurs compétences humaines et cliniques et de changer en conséquence les représentations des étudiants sur leur exercice futur. Certains programmes intègrent des patients dans l'enseignement depuis plusieurs années. Leur impact dépasse la prise en compte de la perspective patient et touche toutes les compétences des futurs médecins. Leur implication peut et doit se faire à tous les niveaux, de l'animation des cours à la gouvernance des différentes instances. Cela doit ouvrir la voie à un partenariat plus harmonieux dans la gestion de soins primaires, voire au-delà. L'université peut avoir un rôle à jouer via la recherche académique tout en adossant cette mission à une nouvelle forme de responsabilité sociale, en permettant l'émergence d'un système non seulement basé sur les preuves, mais également sur des valeurs communes avec les usagers.

► **La démocratie sanitaire : une réponse néocorporatiste française à la demande de participation**

CHIGOT V.
2020

Les Tribunes de la santé 64(2): 99-116.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-99.htm>

La participation des usagers aux réflexions sur le système de santé s'est institutionnalisée depuis les grandes crises sanitaires des années 1980/1990. Communément désignée sous le nom de démocratie

sanitaire, cette participation, organisée par l'État via les associations de patients, familles, consommateurs, retraités et personnes en situation de handicap, s'est organisée en France sous une forme néocorporatiste. Tentant d'abord de s'affranchir du pouvoir traditionnellement paternaliste de la profession médicale, les associations sont ensuite entrées dans des instances autrefois paritaires, comme les caisses d'Assurance maladie, suscitant des oppositions de certains syndicats de salariés et professionnels médicaux. Certains considèrent que, par la figuration de l'usager en consommateur la démocratie sanitaire accélère la mise en marché du système de santé. Mais la prépondérance des associations de malades et de personnes en situation de handicap au sein de la représentation centralisée des usagers la protège pour l'instant d'une orientation purement consumériste. La représentation des usagers par les associations, qui recrutent principalement dans les classes moyennes et éduquées, sa centralisation et sa professionnalisation produisent des angles morts, en particulier en ce qui concerne la défense des usagers en situation de précarité. Enfin, l'indépendance politique et financière de la représentation, et plus particulièrement envers l'État est loin d'être achevée, compromettant sa crédibilité.

► **Profession psychologue : l'identité en question**

CROZON-NAVELET C.
2020

Le Journal des psychologues 378(6): 74-78.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-6-page-74.htm>

La littérature sur ce thème de l'identité est abondante et relève globalement de deux registres : la profession dans son inscription sociale, la profession dans ses modalités techniques. Ces deux registres sont évidemment articulés par la déontologie qui, elle-même, procède de l'articulation loi/éthique. Si l'on admet avec Freud que notre « Moi » est la somme de nos identifications (1914, 1920, 1921, 1923), on peut s'interroger sur l'origine de la difficulté rencontrée par certains psychologues, jeunes ou moins jeunes, à reconnaître leur « légitimité », à définir leur « Moi » professionnel, autrement dit à se positionner. Chaque fois que je m'y suis trouvée confrontée, que ce soit dans mes relations avec de jeunes collègues en supervision ou avec des étudiants en formation, j'ai entendu cette difficulté à la fois comme l'expression d'une timidité personnelle (qu'est-ce qui me permet de croire que je peux aider

ou intervenir dans la vie d'autrui?) et la traduction d'une représentation problématique de la discipline, donc de la profession, elle-même. Pour la timidité, la solution passe évidemment par l'expérience et la résolution des conflits internes personnels, voire de l'ambivalence au principe de l'orientation professionnelle. Pour la représentation problématique de la discipline, il y a beaucoup à dire et beaucoup de responsables à interpeller. Les premiers d'entre eux sont naturellement le fonctionnement universitaire et les universitaires eux-mêmes.

► **Les pratiques de repérage de la situation sociale des patients. Analyse anthropologique de discours de praticiens libéraux**

DESPRÈS C.

2020

Rev Epidemiol Sante Publique 68(4): 235-242.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.06.001>

Des études montrent une différenciation des soins, parfois une discrimination en fonction des catégories sociales qui contribuent à la production d'inégalités. En miroir, quand le système de santé traite également tous les patients, qu'il n'intègre pas leurs difficultés, on parle d'inégalités par omission, ce qui a amené des acteurs de santé publique à préconiser de recueillir systématiquement la situation sociale des patients. L'objectif de l'article est d'analyser les pratiques de recueil de la situation socioéconomique des patients et leurs conséquences. Les méthodes reposent sur plus de 50 entretiens semi-directifs auprès de médecins et dentistes libéraux. Ils ont fait l'objet d'une analyse socio-anthropologique des discours. La situation sociale est évaluée de manière proactive chez quelques-uns par le biais de questions systématiques, chez d'autres, selon des critères subjectifs et indirects. Elle est très souvent ignorée, par désintérêt, et plus rarement par choix pour se protéger de risques de stigmatisation des patients les plus démunis. Différentes logiques président à ces attitudes : sélectives, d'égalité, d'équité, relationnelles, de protection identitaire. Lorsqu'il y a repérage, la justification essentielle est d'ajuster le parcours de soins à d'éventuels obstacles économiques. Pour les praticiens qui cherchent à connaître la situation sociale des patients, la justification principale est d'adapter le parcours de soins aux obstacles financiers. Dans la majorité des cas, les critères sont subjectifs et indirects. Ces pratiques introduisent de l'arbitraire là où l'Etat avait cherché

à produire de la justice sociale. Les questionnements systématiques peuvent constituer une violence symbolique supplémentaire pour des personnes fréquemment disqualifiées et portent le risque de l'assignation de stéréotypes, voire de préjugés mais ils peuvent survenir en l'absence de questionnements et de manière inconsciente. De plus, si le médecin passe à côté de problématiques sociales qui peuvent générer des obstacles à se soigner, il ne pourra pas ajuster ses soins. Certains praticiens ont insisté sur la temporalité du questionnement, sa contextualisation, dans un cadre relationnel de confiance.

► **Quelle place pour la subjectivité du malade dans la pratique médicale ?**

GUILLEN A. S., GUILLEN A. ET COMBRES L.

2020

Éthique & Santé 17(2): 65-70.

<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2020.03.002>

La médecine expérimentale produit un savoir sur l'objet maladie, mais nécessite d'exclure la subjectivité du patient. Cette exclusion a été redoublée par la médecine paternaliste qui pouvait laisser le malade en dehors des décisions concernant ses soins. Le sentiment de certains malades de ne pas être entendu les a amenés à réaffirmer leur demande de participer de manière plus active aux soins. Cette demande a été prise en compte par la Loi du 4 mars 2002 : le savoir du médecin doit être mis à la portée du malade. L'éducation thérapeutique connaît dès lors un nouvel essor, car elle donne accès aux connaissances médicales pour acquérir un certain pouvoir sur la maladie. Mais certains patients continuent à ressentir le manque d'un espace pour subjectiver ce qui leur arrive. Il faut donc s'appuyer sur d'autres dispositifs, tels que l'art ou la psychanalyse, pour autoriser et favoriser des constructions subjectives.

► **Souhaits de mourir et pratiques sédatives : repères pour délibérer**

MALLET D., BEGAT N. ET DUCHÊNE V.

2020

Éthique & Santé 17(2): 71-81.

<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2020.03.005>

Dans le cadre d'une maladie létale ou dans des situations de fin de vie, certains patients formulent un souhait de mourir impliquant la participation, directe ou indirecte, de la médecine. Si cette aspiration est parfois

en adéquation avec le cadre légal actuel, elle vient inéluctablement interroger les soignants sur les repères éthiques du soin, polarisés en première intention vers le soutien de la vie. De plus, elle peut provoquer un malaise psychique d'autant que la mise en œuvre éventuelle de ce souhait implique la participation effective du soignant. Dans ce contexte, la qualité de la délibération est un temps fondateur de la justesse de la décision et du soin à venir. En nous appuyant sur une relecture de situations, nous avons dégagé des repères délibératifs, pratiques et réflexifs, à destination des acteurs de première ligne exerçant en milieu hospitalier. Nous abordons notamment l'analyse du souhait du mourir, l'exposition des différents scénarii possibles de fin de vie, le choix du médecin consultant, la temporalité pour décider, l'argumentation légale ou éthique de la décision, les tensions éthiques en jeu. Ces propositions relatives à la délibération s'inscrivent dans une forme de prolongation des recommandations officielles de la HAS de février 2018 intitulées : « Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès » mais en se centrant uniquement sur la délibération lorsqu'un patient exprime son souhait de mourir dans un service de soins.

► **La décision partagée en oncologie, entre émancipation et domination de la personne malade**

MARTY S., STIEGLER B., ROBERT G., *et al.*

2020

Éthique & Santé 17(2): 82-88.

<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2020.02.007>

La décision partagée est un nouveau modèle dans la prise de décision privilégiant l'autonomie du patient qui participe au choix thérapeutique le concernant. Cette possibilité de choix répond aux exigences de la démocratie sanitaire, née de la mobilisation de la société civile suite aux scandales des années 1980 (sida, sang contaminé) ayant conduit l'État à renforcer les droits des patients grâce à la loi du 4 mars 2002. Si ce modèle est mal compris et mis en œuvre, il peut également présenter des risques pour soignés et soignants. Pour certains cancers de la prostate, les patients se voient proposer deux traitements d'efficacité équivalente mais aux modalités et effets secondaires différents : la radiothérapie ou la chirurgie. Dans ce contexte d'annonce de pathologie cancéreuse, l'autonomie est un concept à interroger. En effet, certains patients voient dans la décision partagée une injonction à faire preuve de cette autonomie. La sur-respon-

sabilité ressentie ou crainte peut même aboutir à des refus de traitement. Paradoxalement, cette procédure peut être l'occasion pour les soignants d'exercer une domination sur les patients avec une décision partagée utilisée comme alibi éthique. Une certaine forme de désengagement moral peut résulter d'une attention uniquement portée sur le choix. Nous proposons une lecture de ce dilemme éthique sous l'angle d'une logique de soin. L'autonomie de la personne n'est plus un postulat mais une construction à réaliser avec l'aide des soignants attentifs aux capacités. Les paramédicaux du « temps d'accompagnement soignant » ont un rôle essentiel à jouer dans cet accompagnement.

► **Représentations sociales du psychologue : état des lieux en France et enjeux pour la profession**

MOURET M.

2020

Le Journal des psychologues 377(5): 14-19.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-5-page-14.htm>

« Mais tu es psychologue ? Ça veut dire que tu vas t'analyser ? » sont les propos que nous avons entendus durant nos parcours universitaires et professionnels. Nos étudiants l'ont suggéré en cours, faisant part de leur étonnement et de la persistance des stéréotypes associés à leur discipline, se questionnant sur leur future profession, se demandant si la représentation des « psys » influe sur leurs pratiques professionnelles. Ils nous ont poussés à nous intéresser aux travaux menés sur les représentations sociales du psychologue, dont il résulte que peu de travaux de recherche ont été initiés, tandis que beaucoup de questionnements circulent dans la presse, sur Internet. Nous-mêmes, des années après avoir obtenu nos diplômes, malgré nos expériences et bagages professionnels divers et variés, nous faisons face à ce type d'affirmation en dehors de notre pratique, et ce, même si notre métier est moins attaché à la psychologie clinique. C'est ainsi que nous sommes souvent amenés à parler de nos activités dans le domaine de la psychologie, de confronter l'image du tout-venant à la réalité de l'exercice professionnel. Dans un premier temps, nous exposerons les liens qui unissent représentations sociales et identité, puis nous reviendrons sur les représentations sociales du psychologue ayant cours dans la société française, auprès du grand public, mais aussi chez des étudiants en psychologie. Cette démarche a pour but de mieux cerner l'impact que peuvent engendrer ces représenta-

tions sur l'identité professionnelle des psychologues et de déterminer les enjeux pour la profession à l'avenir.

► **Ces patients « particuliers ». Comment les jeunes médecins (dé)médicalisent les symptômes médicalement inexpliqués ?**

SARRADON-ECK A., DIAS M. ET POUCHAIN R.
2020

Sciences sociales et santé 38(1): 5-30.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-1-page-5.htm>

À partir d'entretiens de groupe et individuels avec de jeunes médecins généralistes (internes ou récemment diplômés), l'article examine la catégorisation des personnes présentant des symptômes médicalement inexpliqués en patients « particuliers » ou « difficiles ». Il analyse les ressorts de ce processus de catégorisation par les médecins qui se produit lorsqu'ils ont des difficultés à atteindre les idéaux médicaux incorporés lors de leur socialisation professionnelle. La mise en échec de ces idéaux les amène à reconfigurer leur savoir et leur expertise, et les conduit à re-conceptualiser les situations cliniques pour les inclure dans un cadre de pensée qui démedicalise une partie des demandes de soins afin de renforcer leur identité professionnelle. Cette démedicalisation de facto suit plusieurs voies. La première consiste à refuser ou à minimiser la gravité des troubles ressentis, et/ou les situer en dehors d'une prise en charge ordinaire en médecine générale. La seconde requalifie les troubles et le comportement de la personne dans le registre de la déviance morale et/ou médicale.

► **Des « symptômes médicalement inexpliqués » aux « maladies d'une époque ». Les difficultés de la prise en charge des patients. Commentaire**

THOMAS M.
2020

Sciences sociales et santé 38(1): 31-38.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-1-page-31.htm>

De tout temps, la souffrance des individus a été reconnue comme liée à des causes physiques, des maladies ou des accidents, à l'environnement familial, social ou professionnel, ou à des causes psychologiques. Mais elle a également été fréquemment non

comprise. Toute vie humaine entraîne bien-être et... mal-être. Lorsque ce dernier survient, dans nos sociétés modernes et développées, l'individu en souffrance s'adresse bien souvent, mais non exclusivement, au médecin. Il lui présente alors des plaintes qui peinent à entrer dans les cadres classiques des maladies. Ce sont des symptômes médicalement inexpliqués (SMI). Les patients qui en souffrent en revendiquent souvent la reconnaissance en tant que « vraie » maladie.

► **Les décisions de soins en contexte de vulnérabilité : quels arbitrages du droit entre autonomie et contrainte ?**

VÉRON P.
2020

Sciences sociales et santé 38(2): 67-75.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-2-page-67.html>

Inspirée du modèle nord-américain de la shared decision-making (Charles et al., 1997 : 681), la décision médicale partagée fait l'objet d'une attention croissante en France depuis une vingtaine d'années, dans les discours institutionnels (HAS, 2013) et dans une moindre mesure dans les pratiques de soins, en particulier la prise en charge des maladies chroniques (Boulenc et Poisson, 2014 : 4). En droit médical français, elle fait désormais figure de règle de principe. Le code de la santé publique dispose depuis 2002 que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Cette exigence générale s'incarne plus concrètement dans le droit du patient d'être informé sur les actes qui lui sont proposés et d'y donner un consentement éclairé. Le patient doit ainsi pouvoir discuter des différentes alternatives diagnostiques et thérapeutiques, au regard de ses priorités, besoins et préférences. La codécision s'inscrit dans la tendance plus générale à promouvoir à la fois l'autonomie du patient, acteur de sa santé, et l'expertise profane. Cette autonomie n'a cependant rien d'évident. Elle est à construire.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques

ACKER D.

2020

Revue française des affaires sociales(1): 313-323.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-313.htm>

À l'heure où les défis s'accumulent, en France, pour répondre aux besoins de santé (inégalités d'accès aux soins, déserts médicaux, engorgement des urgences hospitalières, prise en charge des maladies chroniques, pour n'en citer que quelques-uns), il nous a semblé intéressant de rappeler comment s'organisent les pays nordiques en matière de soins primaires et d'évaluer les enseignements que la France pourrait en tirer. Même si les pays nordiques ont de nombreux points communs, il existe des différences sensibles entre eux. Nous traiterons principalement de la Suède qui consacrait en 2018 environ la même part de son PIB aux dépenses de santé (11 %) que la France (11,2 %), les autres pays nordiques se situant légèrement en dessous (Danemark 10,5 %, Norvège 10,2 % et Finlande 9,1 %). L'organisation des soins en Suède relève de la responsabilité des comtés (régions) dans un contexte de forte décentralisation.

► Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles

BOURGEOIS I. ET FOURNIER C.

2020

Revue française des affaires sociales(1): 167-193.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-167.htm>

Les principaux enjeux que soulève le développement des maladies chroniques se matérialisent de façon très concrète pour les professionnels de santé du premier recours, par une gestion de prises en charge de plus en plus complexes au moment où, dans certains territoires, de nombreux médecins généralistes partent à la retraite sans succession. Localement, depuis plus d'une dizaine d'années, des professionnels de santé libéraux s'engagent ainsi dans une transformation de

leur manière de travailler ensemble au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). La moitié des équipes engagées dans ces projets contractualisent avec l'Assurance maladie afin de financer leur activité collective, au moyen de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Ces transformations engagent les professionnels dans trois types de « chantiers » qu'ils investissent de manière conjointe. Le chantier central est celui de la constitution d'un collectif de santé pluriprofessionnel. Viennent s'y imbriquer les chantiers que représentent, d'une part, l'intégration d'impératifs gestionnaires et, d'autre part, l'invention d'un travail partenarial avec d'autres secteurs d'activité, des élus et des institutions de santé publique. Ces chantiers, qui s'inscrivent dans un temps long, engagent les professionnels dans des négociations et des apprentissages et reposent sur des transformations culturelles et organisationnelles qui s'avèrent fragiles, instables et exposées à de nombreux aléas. Au fil de l'avancée de ces chantiers, la contractualisation avec l'Assurance maladie se présente comme une opportunité parmi d'autres, que certaines équipes rejettent d'emblée, que d'autres aimeraient pouvoir atteindre sans y parvenir et dont d'autres encore hésitent à s'emparer, pesant le pour et le contre au regard de l'organisation et du sens qu'elles donnent à leur travail, au sein d'environnements toujours singuliers.

► La place de la pharmacie d'officine dans la coordination des soins primaires

BOUZIGE B.

2020

Revue française des affaires sociales(1): 295-297.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-295.htm>

L'évolution de l'exercice officinal vers la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou non, est capitale. La prise de conscience de cette nécessité est accélérée aujourd'hui par la « paupérisation » médicale qui touche de plus en plus de bassins de vie et qui incite ou pousse les clients/patients à venir plus nombreux chercher l'orientation ou le conseil médical de premier recours à la pharmacie, lieu de proximité ouvert sept jours sur sept. Nous rappelons que pour

100 personnes qui rentrent dans une officine, 70 à 80 viennent ou vont chez le médecin et une dizaine voit une infirmière. C'est dans ce contexte nouveau que le travail de relation et de coordination avec les autres professionnels de santé s'installe, lentement mais sûrement, comme l'un des éléments du service rendu à la population. Le rôle des pharmacies dans la coordination des soins repose en premier lieu sur la capacité des pharmaciens et de leurs collaborateurs à partager des dossiers et des informations utiles pour gérer la trajectoire des patients. Ce partage est rendu difficile par l'inexistence de logiciels interopérables, ce qui les oblige à ce jour à une double saisie des données patients, très chronophage et source d'erreurs (M. Naiditch, p. 237). Un travail essentiel doit être entrepris très rapidement pour y remédier. Une grande partie de la valeur ajoutée des pharmaciens tourne autour de leurs savoirs et savoir-faire spécifiques concernant le médicament et les traitements mais aussi de leur rôle de confident.

► **Connaissance des directives anticipées en soins primaires**

BRUEL S., GUINET L., CHAUX R., *et al.*
2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(3): 125-129.

Les droits des malades en fin de vie ont fait l'objet depuis plusieurs années de nombreuses polémiques médiatiques et controverses éthiques. Les directives anticipées, moyen officiel et légal de faire respecter ses volontés en fin de vie, sont méconnues. L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance de la population en soins primaires à la suite de la campagne nationale d'information de février 2017. L'objectif secondaire était de rechercher les déterminants pouvant influencer cette connaissance.

► **Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne**

BRUNN M.
2020

Revue française des affaires sociales(1): 215-236.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-215.htm>

En France, au cours des deux dernières décennies, nous

observons un renforcement de l'État et de l'Assurance maladie dans l'organisation du système de soins à travers le pilotage et le contrôle des politiques publiques. Dans une tradition analytique qui articule le rôle de l'État régulateur avec celui du corporatisme médical, cet article compare l'introduction du disease management et du paiement à la performance dans le secteur ambulatoire en France et en Allemagne. Il considère ces outils comme des instruments d'action publique. L'hypothèse défendue ici est que la fragmentation interne de la représentation médicale explique en partie l'introduction de ces réformes; on présume par ailleurs que ces réformes, qui sont de fait imposées, y contribuent. Il s'agit donc de processus interdépendants qui se renforcent au fil du temps, accentués par la nature conflictuelle de la relation entre médecins et État. Les contreparties financières pour les médecins, qui ont pesé de manière significative dans les arbitrages, représentent vraisemblablement un avantage surtout à court terme en échange de concessions qui se manifestent surtout à long terme.

► **Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ?**

CACHARD J.
2020

Revue française des affaires sociales(1): 143-165.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-143.htm>

Les pouvoirs publics, s'appuyant sur des recommandations de santé publique, affichent l'importance de développer des démarches participatives dans le domaine de la santé. En soins primaires, de telles démarches existent dans des maisons de santé pluriprofessionnelles en quartiers populaires. À partir d'une enquête sociologique au sein de neuf d'entre elles, nous analysons les objets autour desquels ces pratiques se développent, les types d'acteurs impliqués et leurs modes d'engagement, puis nous décrivons les dynamiques et les effets qu'elles produisent. Ces pratiques participatives, qui engagent à la fois des professionnels de santé, des usagers et des décideurs politiques, nécessitent néanmoins des conditions difficiles à réunir, surtout si l'on se place dans une perspective d'extension à d'autres maisons de santé, au-delà des quartiers populaires.

► **Innovation territoriale aux Mureaux**

CLERC P. ET CERTAIN M.-H.

2020

Revue française des affaires sociales(1): 263-280.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-263.htm>

Cette contribution vise à présenter un ensemble de réflexions sur les difficultés que rencontrent les professionnels libéraux dès lors qu'ils s'efforcent de transformer leurs pratiques et leur organisation des soins, afin de mieux remplir ce qu'ils considèrent comme leur mission et leur mandat. Ces réflexions sont issues d'une expérience, en cours de construction, d'un projet de pôle de santé, puis d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et, enfin, d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) présentée sous forme d'une étude de cas réfléchie par les acteurs libéraux de soins primaires qui l'ont initiée et portée. Cette étude de cas suit un fil narratif permettant de revenir sur les facteurs qui, ces vingt dernières années, ont contribué à ce que le projet voie le jour, puis se déploie et s'étoffe progressivement, non sans rencontrer de multiples difficultés. Ces dernières témoignent empiriquement, au-delà de ce seul cas, de l'ampleur des transformations nécessaires dès lors que l'on tente de faire évoluer les soins primaires vers une organisation plus performante, au sein d'un système de santé rénové.

► **Primary Health Care Patient Satisfaction: Explanatory Factors And Geographic Characteristics**

FERREIRA P. L., RAPOSO V. ET TAVARES A. I.

2020

International Journal for Quality in Health Care 32(2): 93-98.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz134>

To determine the factors that explain the levels of patient satisfaction and the role of geographical characteristics. Questionnaires to patients of Primary Health Care (PHC) units in Portugal Mainland distributed to each unit according to their size; codes were distributed to guarantee single responses; the questionnaire was anonymous and confidential. Primary Health Care units in Portugal Mainland. Primary health care patients. None. Overall patient satisfaction. The main results indicate that the most significant dimension explaining overall patient satisfaction index is the satisfaction regarding general practitioner (GP) care,

and the two other most significant explanatory variables of satisfaction are to be enrolled in a GP list and education. The bigger is the size of a PHC unit the lower is satisfaction. In rural areas, the level of satisfaction is higher than in urban areas. Comparing to the Lisbon metropolitan area, all other regions show a higher satisfaction in access dimension. These results contribute to the creation of strategic information relevant to the evaluation of the various models of Primary Health Care, to the commissioning and definition of health policies.

► **Drivers For Emigration Among Healthcare Professionals: Testing An Analytical Model In A Primary Healthcare Setting**

FERREIRA P. L., RAPOSO V., TAVARES A. I., *et al.*

2020

Health Policy 124(7): 751-757.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.009>

This paper aims to contribute to the discussion on health workforce migration, notably by testing an analytical model of the individual drivers for a professional to decide to emigrate. A large database was obtained from all primary health care units on mainland Portugal. A professional satisfaction survey was conducted and information on social-economic, labour and job satisfaction characteristics, including burnout, was obtained. Results showed that healthcare professionals who reported intention to emigrate are mostly male, young, not married, and more educated; they consider their income insufficient for their needs, and show higher levels of burnout at work and professional dissatisfaction. This profile is slightly different for GPs and nurses. The results obtained contribute to the discussion on what motivates primary health care professionals, including GPs and nurses, to emigrate. They also provide insight into the design of policy measures that may mitigate the intention of these healthcare professionals in general to emigrate.

► **Unmet Social Needs And No-Show Visits In Primary Care In A US Northeastern Urban Health System, 2018–2019**

FIORI K. P., HELLER C. G., REHM C. D., *et al.*

2020

American Journal of Public Health 110(S2): S242-S250.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305717>

The aim of this paper is to characterize the association between social needs prevalence and no-show proportion and variation in these associations among specific social needs. In this study, we used results from a 10-item social needs screener conducted across 19 primary care practices in a large urban health system in Bronx County, New York, between April 2018 and July 2019. We estimated the association between unmet needs and 2-year history of missed appointments from 417637 patients by using negative binomial regression models. Results. The overall no-show appointment proportion was 26.6%. Adjusted models suggest that patients with 1 or more social needs had a significantly higher no-show proportion (31.5%) than those without any social needs (26.3%), representing an 19.8% increase ($P < .001$). We observed a positive trend ($P < .001$) between the number of reported social needs and the no-show proportion: 26.3% for those with no needs, 30.0% for 1 need, 32.1% for 2 needs, and 33.8% for 3 or more needs. The strongest association was for those with health care transportation need as compared with those without (36.0% vs 26.9%). Conclusions. We found unmet social needs to have a significant association with missed primary care appointments with potential implications on cost, quality, and access for health systems.

► **Les référentiels et leur non-application en médecine générale**

FRAPPÉ P.
2020

[Les Tribunes de la santé 64\(2\): 49-59.](https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-49.htm)

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-2-page-49.htm>

Les médecins généralistes sont régulièrement pointés du doigt pour leur faible connaissance des recommandations, mais les référentiels sont-ils vraiment faits pour être respectés ? Plutôt que d'insister dans une surenchère tous azimuts d'appels à renforcer leur formation, une meilleure appropriation des référentiels pourrait relever d'autres leviers tels que : positionner ces référentiels dans une finalité aidante avant tout, anticiper leur structuration dans un répertoire global cohérent, gagner en fiabilité dans leur capacité à répondre aux questions pratiques avec le juste niveau de complexité, gagner en pertinence en développant leur adaptabilité à la diversité des exercices et au contexte individuel, développer leur interopérabilité avec les autres référentiels et les autres professionnels, proposer une déclinaison territoriale, inscrire leur éla-

laboration dans une démarche d'actualisation continue et faciliter l'accès rapide à leur contenu.

► **How To Engage French Professionals To Undertake Social Responsibility At A Local Level?**

GAUTIER S. ET BOURGUEIL Y.
2019

[European Journal of Public Health 29\(Supplement_4\).](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.361)

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.361>

In France, primary care is organised according to the principles of private practice: independent providers, payment by fee for service, freedom of settlement... Successive reforms have introduced more regulation i.e. gatekeeping role for GPs, better recognition of professional groups, new forms of payment and promotion of team work and multi-professional practices. Today, the concept of Health Territorial and Professional Communities (HTPC) is becoming a key element of health care reform encouraging primary care professionals to meet with specialists and social workers at a larger level than practice. HTPC should address issues such as access to services, coordination of care and promoting of preventive actions toward populations. This implies change in the roles, skills, methods and resources needed on both professional and regulatory sides. This study explores levers of the professional commitment in the HTPC and resources necessary for it. We conducted a qualitative multiple case study in three French regions. Data was collected from thirty semi-structured interviews with key national informants, regional regulators and health professionals themselves. Professional commitment emerges at a local level on a territory defined by the collaboration practices and habits following a bottom-up process. The integration of care relies on the size of the HTPC which allows them to know each other and to work together to improve access to care and patient's disease management. In order to achieve that, professionals claim to have access to administrative health data and to be able to analyze it. They need to develop new skills in management and group animation. The function and training of coordination professionals appear to be essential. The professional commitment in HTPC relies on professional empowerment toward collective activities. This requires autonomy, skills and new roles both for professionals and regulatory authorities. French government relies on professionals' investment at the territorial level by implementing HTPC to guar-

antee access to care and respond to population needs in primary care.HTPC implementation implies radical change for the professionals to undertake social and populational responsibility for which public health professionals should help to meet the challenge.

► **Physician Group, Physician And Patient Characteristics Associated With Joining Interprofessional Team-Based Primary Care In Ontario, Canada**

HAJ-ALI W., MOINEDDIN R., HUTCHISON B., *et al.*
2020

Health Policy 124(7): 743-750.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.013>

Countries throughout the world have been experimenting with new models to deliver primary care. We investigated physician group, physician and patient characteristics associated with voluntarily joining team-based primary care in Ontario. This cross-sectional study linked provincial administrative datasets to form data extractions of interest over time with the earliest in 2005 and the latest in 2013. We generated mixed, generalized chi-square and multivariate models to compare the characteristics of teams and non-teams, both with blended capitation reimbursement, and to examine characteristics associated with joining a team. Having more physicians per group, being a female physician, having more years under the blended capitation model, having more patients in the lowest income quintile and more patients residing in rural areas were positively associated with joining a team. Being a female physician and having more patients who are males, recent immigrants and living in rural areas were positively associated with the outcome of joining teams in the late phase. Our study findings indicate that there are differences in physician group, physician and patient characteristics when comparing teams to non-teams. Other jurisdictions aiming to expand physician participation in interprofessional care should note those factors. Researchers looking to understand the impact of team-based care should be aware of pre-existing differences and the need to address selection bias associated with participation in team-based care.

► **Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos**

HASSENTEUFEL P., NAIDITCH M. ET SCHWEYER F.-X.
2020

Revue française des affaires sociales(1): 11-31.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-11.htm>

La réorganisation des soins de proximité est au cœur de l'agenda des réformes actuelles. Ainsi, le plan Ma santé 2022, annoncé par le Président de la République en septembre 2018, fait du renforcement du premier recours l'un de ses principaux objectifs – que l'on retrouve dans la loi sur la transformation du système de santé votée en juillet 2019. Cette orientation actuelle des politiques de santé n'est ni propre à la France, comme le montrent les autres cas nationaux présentés dans ce numéro, ni récente. Dans le cas français, elle remonte aux années 1990, avec le renforcement du rôle du médecin généraliste (mise en place du système du médecin référent en 1997, puis du médecin traitant en 2004), l'accent mis sur les soins de premier recours dans la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) et l'appel au « virage ambulatoire », qui s'est fait de plus en plus insistant dans les discours publics et les annonces ministérielles de ces dernières années. Cette réorganisation des soins primaires apparaît dès lors comme la réponse à toute une série de problèmes publics construits au XXI^e s., en particulier l'existence de déserts médicaux dans un nombre croissant de territoires ruraux, périurbains et même urbains ainsi que la crise des urgences renvoyant à la saturation des hôpitaux publics.

► **The Impact Of Improved Access To After-Hours Primary Care On Emergency Department And Primary Care Utilization: A Systematic Review**

HONG M., THIND A., ZARIC G. S., *et al.*
2020

Health Policy (Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.015>

Access to after-hours primary care is problematic in many developed countries, leading patients to instead visit the emergency department for non-urgent conditions. However, emergency department utilization for conditions treatable in primary care settings may contribute to emergency department overcrowding and increased health system costs. This systematic

review examines the impact of various initiatives by developed countries to improve access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization. We performed a systematic review on the impact of improved access to after-hours primary care and searched CINAHL, EMBASE, MEDLINE, and Scopus. We identified 20 studies that examined the impact of improved access to after-hours primary care on ED utilization and 6 studies that examined the impact on primary care utilization. Improved access to after-hours primary care was associated with increased primary care utilization, but had a mixed effect on emergency department utilization, with limited evidence of a reduction in non-urgent and semi-urgent emergency department visits. Although our review suggests that improved access to after-hours primary care may limit emergency department utilization by shifting patient care from the emergency department back to primary care, rigorous research in a given institutional context is required before introducing any initiative to improve access to after-hours primary care.

► **Astana Declaration: A New Pathway For Primary Health Care**

JUNGO K. T., ANKER D. ET WILDISEN L.
2020

International Journal of Public Health 65(5): 511-512.

<https://doi.org/10.1007/s00038-020-01368-5>

In October 2018, 40 years after the Alma-Ata declaration on primary health care, the Global Conference on Primary Health Care brought together heads of state and heads of government to endorse a new declaration in Astana, Kazakhstan. While the 1978 Alma-Ata declaration focused on building primary healthcare systems, especially in countries with underdeveloped systems, the new declaration adopted a wider scope. It reemphasizes the importance of primary health care to addressing current health challenges, renewing political commitment to primary health care, and achieving universal health coverage (Global Conference on Primary Health Care 2018). In this editorial, we discuss the implications of this new declaration for primary health care.

► **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 30(2): 236-240.

<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.

► **Economic Evaluation Of Guideline Implementation In Primary Care: A Systematic Review**

KOVACS E., WANG X., STROBL R., *et al.*
2019

International Journal for Quality in Health Care 32(1): 1-11.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz059>

The aim of this study is to review the economic evaluation of the guideline implementation in primary

care. Medline and Embase. Electronic search was conducted on April 1, 2019, focusing on studies published in the previous ten years in developed countries about guidelines of non-communicable diseases of adult (≥ 18 years) population, the interventions targeting the primary care provider. Data extraction was performed by two independent researchers using a Microsoft Access based form. Among the 1338 studies assessed by title or abstract, 212 qualified for full text reading. From the final 39 clinically eligible studies, 14 reported economic evaluation. Cost consequences analysis, presented in four studies, provided limited information. Cost-benefit analysis was reported in five studies. Patient mediated intervention, and outreach visit applied in two studies showed no saving. Audit resulted significant savings in lipid lowering medication. Audit plus financial intervention was estimated to reduce referrals into secondary care. Analysis of incremental cost-effectiveness ratios was applied in four studies. Educational meeting evaluated in a simulated practice was cost-effective. Educational meeting extended with motivational interview showed no improvement; likewise two studies of multifaceted intervention. Cost-utility analysis of educational meeting supported with other educational materials showed unfavourable outcome. Only a minor proportion of studies reporting clinical effectiveness of guideline implementation interventions included any type of economic evaluation. Rigorous and standardized cost-effectiveness analysis would be required, supporting decision-making between simple and multifaceted interventions through comparability.

► **Article 51 : évolution ou révolution ?
Des réseaux de soins coordonnés
au paiement des équipes de professionnels
de santé : un même combat**

LAUNOIS R.

2020

**Journal de gestion et d'économie de la santé 7(1):
3-20.**

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-1-page-3.htm>

Les sous-ensembles organisés de professionnels de santé se sont multipliés au cours de la dernière décennie, mais leurs conditions de fonctionnement demeuraient aléatoires. En l'absence de financements globalisés et transversaux, leur pérennité était subordonnée à l'enthousiasme de leurs créateurs. Le maintien de cette médecine artisanale n'est plus à même

de faire face aux problèmes que pose l'émergence des maladies chroniques. Le défi auquel le monde de la santé doit aujourd'hui faire face est de constituer des équipes structurées et coordonnées autour du malade. Le service médical rendu aux malades doit être au centre du débat. Il est la seule finalité qui permette de transcender les légitimes antagonismes professionnels. Il est le concept opérationnel autour duquel doivent se créer les groupements de professionnels de santé. Seuls, ces groupements, sont capables d'améliorer le service rendu au malade et de renforcer l'efficacité des soins. L'expérimentation en vie réelle des réseaux Groupama et Resalis mis en place au cours des années 2000 dans le cadre des ordonnances Juppé ont démontré que l'exercice coordonné en médecine de ville avait une véritable valeur ajoutée. Cette coordination, si elle entraîne une saine émulation sur le plan de la qualité, n'est pas suffisante pour rationaliser le système puisqu'elle n'introduit aucun nouveau critère d'économicité dans les choix. Il convient d'inverser les incitations en introduisant des financements globalisés per capita et en les complétant par des mécanismes appropriés d'intéressement collectif.

► **Réforme des soins primaires : évolution
ou transformation de la pharmacie ?**

MEGERLIN F.

2020

Revue française des affaires sociales(1): 299-302.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-299.htm>

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018- 2022, et au-delà, nous proposons une vision quant à la contribution de la pharmacie d'officine à la transformation de notre système. Le but est l'accessibilité à tous de soins de qualité (dont la fluidité des parcours), tout comme l'efficacité et la résilience de l'offre de soins primaires. À l'instar de tendances internationales, les avancées normatives et conventionnelles s'alignent et s'accroissent depuis 2009 en France, pour un élargissement des activités du pharmacien. D'un terminal logistique sécurisé de préparation, vente et conseils plus ou moins développés, la pharmacie s'oriente vers une plate-forme de services proactifs, à orientation clinique : aux activités réservées et ventes autorisées, la loi a ajouté des services autorisés (schéma 1). Cette évolution se justifie par deux atouts notoires sur lesquels elle s'appuie : un rapide accès sans rendez-vous à une ressource qualifiée (compétence, produits, ser-

vices in situ, à domicile – désormais aussi connectés et coordonnés); une proximité dans les bassins de vie de populations groupées ou dispersées. La cohérence atouts-modèle est ici en question.

► **L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical**

MOYAL A.
2020

Revue française des affaires sociales(1): 103-123.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-103.htm>

Cet article se propose d'étudier la forme que prend la coordination entre professionnels de santé qui exercent en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). À travers une étude qualitative dans cinq MSP signataires de l'ACI, nous montrons que les nouvelles procédures de coordination qui formalisent la division du travail en MSP, ainsi que les pratiques informelles de coordination entre professionnels, reconfigurent les territoires professionnels. Les professionnels non médecins voient notamment leurs périmètres d'activité s'étendre, sous l'effet de délégations de tâches des médecins généralistes, qui peuvent être volontaires ou contraintes par le contexte organisationnel. Nous soutenons que ces délégations soient volontaires ou contraintes par le contexte organisationnel, elles demeurent sous le contrôle des médecins généralistes, qui s'affirment ce faisant comme les orchestrateurs des prises en charge pluriprofessionnelles en soins primaires.

► **Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ?**

NAIDITCH M.
2020

Revue française des affaires sociales(1): 237-262.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-237.htm>

Depuis que l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération a été institutionnalisée au niveau national par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), toute structure désireuse d'y accéder est tenue de disposer d'un dossier médical électronique dénommé « logiciel pluriprofessionnel » (LPP). Ce

dernier doit être labellisé par l'agence des systèmes d'information partagée de santé (ASIP) attestant ainsi de son caractère pluriprofessionnel. Dans cette recherche qualitative, qui s'inscrit dans le cadre des travaux d'évaluation menés par l'IRDES sur le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), nous rendons compte des multiples difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels (médecins et paramédicaux) de ces MSP lorsqu'ils doivent successivement choisir, mettre en place puis utiliser en routine le logiciel choisi. Parmi les nombreux facteurs à l'origine de ces difficultés, nous montrons que le faible niveau d'ergonomie de ces logiciels explique en grande partie leur faible valeur d'usage pour le développement du travail en équipe. Nous montrons que ce constat est directement lié à la manière dont le processus de labellisation a été mené, lui-même tributaire du business model de l'industrie du logiciel et de la faible régulation de ce marché par l'État et l'Assurance maladie (AM), qu'ils subventionnent pourtant largement. Nous discutons de la robustesse de nos résultats en les comparant à ceux des États-Unis à partir d'une revue ciblée de la littérature. Nous concluons en réfléchissant aux évolutions susceptibles de remédier à la situation actuelle.

► **Effective Policies For Eliminating Nursing Workforce Shortages: A Systematic Review**

PARK H. ET YU S.
2019

Health Policy and Technology 8(3): 296-303.

<https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2019.08.003>

Applied policy options were reviewed for evidence of their effectiveness in reducing nursing shortages. Background The stable supply and qualitative maintenance of a healthy nursing workforce significantly impact patients' outcomes; therefore, providing adequate nursing is a major global issue in terms of health policies. We conducted a systematic review of relevant studies to identify evidence of the effectiveness of applied policy options in managing shortages of nurses via four electronic databases. The data collection period was January 23–31, 2019. Results After screening 2151 initial candidate studies, 12 articles were included, 10 quantitative and 2 qualitative. Various policies had been implemented worldwide to combat nursing shortages, classified as new payment agreements, emergency hiring plans, RN residency programs, special contracting systems, rural allowance policies,

and recruiting and guaranteeing incentives for nursing graduates and full-time government employment. Each study reviewed the implementation of policies tailored to the health-care environment of one country and reported successful results regarding nursing staff supply. Through the current review, the authors seek to promote policies using a multi-dimensional approach of cooperation between the government and health institutions, systematic information collection on health-care personnel, and government investment in crucial private programs during times of need.

► **At-Risk Drinking Screening By General Practitioners: A Survey Of Patients In Primary Care**

PHAN T., YANA J., FABRE J., *et al.*

2020

Rev Epidemiol Sante Publique.

The screening of patients who are at-risk drinkers, which means exceeding the thresholds defined by health authorities or associated with a specific situation (taking psychotropic drugs, having an organic pathology, driving a vehicle, drinking during pregnancy), represents a major issue in primary care. Few studies have offered perspective from the patients' standpoint. The main purpose of this study was to describe general practitioners at-risk drinking screening from their patients point of view. The secondary objective was to identify the factors associated with perception of satisfactory general practitioner knowledge about alcohol consumption. METHODS: A quantitative cross-sectional study was launched in 9 general practitioner offices over 6 months. Patients older than 18 were recruited to answer a questionnaire blinded from their general practitioner, indicating the level of their alcohol consumption and their perception regarding their general practitioner's screening methods. Descriptive, univariate and multivariate logistic regression analyses were performed. All in all, 445 patients were analyzed. Sixty-two at-risk drinkers were screened (13.9 %). Most of the patients declared they had not been interviewed about their alcohol consumption by their general practitioner either during initial consultations (86.1 %) or over time (83.3 %). Only 4.2 % of patients had previously initiated discussion about their consumption. Patients were not ashamed to talk about alcohol (99.2 %) and found their general practitioner to be competent on this topic (100 %). In multivariate analysis, independent factors associated with a good general practitioner knowledge about their patients' current consumption

were the questions put forward by their general practitioner about alcohol consumption during their first visit ($P < 0.001$) and during subsequent visits ($P < 0.001$). This study showed a low general practitioner screening rate of their patients' at-risk drinking. Only a minority of patients, including at-risk drinkers, declared that their general practitioner was aware of their level of alcohol consumption. Screening could be improved by being systematized during initial consultations and regularly scheduled during subsequent visits, especially in at-risk situations.

► **La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales**

RAMOND-ROQUIN A., ALLORY E. ET FIQUET L.

2020

Revue française des affaires sociales(1): 125-141.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-125.htm>

La création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) vise le développement des pratiques interprofessionnelles en soins primaires. Le soutien financier des MSP depuis 2017 via l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) implique que les équipes rendent compte de leurs activités, en particulier de concertation pluriprofessionnelle (CPP) dont la nature et les formes développées en soins primaires restent encore largement méconnues. Un projet de recherche interdisciplinaire intitulé Concert-MSP est en cours de déploiement pour analyser en profondeur les activités de concertation pluriprofessionnelle développées par les équipes dans les MSP. Cet article se propose de présenter la démarche du projet puis, à partir des résultats de l'enquête exploratoire du projet auprès de six MSP, d'illustrer la diversité des pratiques labellisées CPP par les équipes ainsi que leurs stratégies de valorisation, puis d'analyser comment la spécificité des soins primaires oblige à repenser la notion de concertation pluriprofessionnelle. L'hétérogénéité des pratiques révèle la nouveauté de l'instauration de ces concertations, une volonté de s'adapter au contexte local et le souhait d'amener progressivement les professionnels de santé vers un changement de pratiques. La mise en œuvre de ces CPP oblige à repenser la place des différents acteurs de soins primaires et les mécanismes de coordination au sein des équipes de MSP.

► **Pratique avancée : quelle articulation en équipe ?**

RAMSAY K.
2020

Les Tribunes de la santé 63(1): 57-64.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-57.htm>

Longtemps attendu et âprement négocié, l'exercice en pratique avancée infirmière est devenu une réalité. Nouveau métier, nouvelles expertises, depuis 2019, la pratique avancée est un statut qui confère aux infirmières diplômées des compétences élargies et une plus grande autonomie. Champ d'intervention, lieu de stage, formation... le modèle est-il (trop) hospitalo-centré ? Comment intégrer les infirmières en pratique avancée (IPA) dans une équipe de soins primaires ?

► **Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques**

RAY M., BOURGUEIL Y. ET SICOTTE C.
2020

Revue française des affaires sociales(1): 57-77.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-57.htm>

En France, le champ organisationnel des soins primaires connaît des transformations significatives depuis une vingtaine d'années, avec l'émergence de nouvelles formes de régulation et de nouveaux modèles organisationnels. Parmi ces derniers, les maisons de santé pluriprofessionnelles ont bénéficié du soutien des pouvoirs publics depuis le milieu des années 2000. À travers l'étude rétrospective de documents d'archive sur les politiques de développement des maisons de santé en France, nous proposons une analyse logique de ces politiques publiques et de ce modèle organisationnel. Nous caractérisons ensuite, en nous appuyant sur les théories néo-institutionnelles, les logiques qui sous-tendent la diffusion de ces nouvelles organisations formelles et discutons l'utilité de ce cadre d'analyse pour appréhender les transformations associées aux réformes de l'organisation des soins primaires.

► **Le projet pilote MOCCA : une nouvelle organisation des cabinets de médecine de famille dans le canton de Vaud, Suisse**

SCHÜTZ M., SENN N. ET COHIDON C.
2020

Revue française des affaires sociales(1): 337-350.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-337.htm>

La continuité des soins est un défi majeur pour de nombreux systèmes de santé occidentaux, en particulier pour les patient·e·s avec des besoins complexes (multimorbidité, prise en charge psychosociale, par exemple). Pour ces patient·e·s, une bonne coordination est un facteur qui contribue fortement à augmenter la continuité des soins (Osborn et al., 2014; Penm et al., 2017). Les médecins de famille, du fait de leur connaissance globale du·de-la patient·e et de sa communauté, sont bien positionné·e·s pour relever ces défis (Stille et al., 2005). En parallèle, afin de faire face aux contraintes démographiques et sanitaires (vieillesse de la population, multimorbidité), de nouveaux modèles d'organisation et de fonctionnement de la médecine de famille ont émergé au niveau international. Ils touchent à la fois aux relations entre personnel soignant, aux dispositifs de coordination des activités cliniques ainsi qu'aux systèmes d'aide à la coordination (Powell Davies et al., 2006). Ils intègrent généralement d'autres professionnel·le·s, comme des infirmier·ère·s, des travailleur·euse·s social·e·s, des pharmacien·ne·s et des éléments organisationnels comme un dossier patient informatisé, du case management et un plan de soins (Edwards et al., 2017; Van Dongen et al., 2016). La mise en place de ces nouvelles organisations dépend souvent du contexte local ou du pays dans lequel elles sont mises en œuvre et leur financement nécessite également le développement de mécanismes novateurs.

► **Integration And Retention Of American Physician Assistants/Associates Working In English Hospitals: A Qualitative Study**

TAYLOR F., DRENNAN V. M., HALTER M., *et al.*
2020

Health Policy 124(5): 525-530.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.001>

Health workforce planners in many high-income countries are considering policy strategies to retain home and overseas-trained health professionals. There is a lack of evidence on how hospitals can successfully integrate and retain skilled overseas professionals

in relevant work roles. This study aimed to explore the integration and retention experiences of skilled American physician assistants/associates working in English hospitals. A qualitative study using semi-structured telephone interviews was undertaken in spring 2017 and spring 2018. Data were coded and analysed using thematic analysis. The study was framed within a theoretical model of role development. Nineteen physician assistants/associates participated in interviews at timepoint one, and seventeen at timepoint two, across seven English hospitals. Four themes were identified in the integration and retention processes experienced by participants: motivations and expectations, seeking role identity, acceptance and integration, and establishing a niche role. Supervising doctors appeared instrumental in creating opportunities through training and system adjustment that enabled development of niche roles; offering an effective match between participant skills and interests, and medical/surgical team or organisational needs. Whether or not they had a niche role influenced the decision of participants to remain or leave. Integration approaches that maximise the value of the skilled health professional to the medical/surgical team and support retention, including development of optimum roles, require time and resources.

► **La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires**

VEZINAT N.
2020

Revue française des affaires sociales(1): 79-101.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-79.htm>

Cet article étudie la fédération française des maisons et pôles de santé en tant que groupe d'intérêt qui se situe à une échelle intermédiaire entre l'État et les maisons de santé pluriprofessionnelles. En se positionnant comme un interlocuteur des pouvoirs publics, la fédération a permis leur légitimation mutuelle. Si les maisons pluriprofessionnelles de santé étaient il y a une dizaine d'années un mode d'exercice encore atypique dans l'offre de soins primaires, leur fédération a su, par le développement d'une dialectique partenariale, résoudre la tension entre logiques ascendante et descendante en instaurant une instrumentalisation réciproque avec les autorités sanitaires.

Systèmes de santé

Health Systems

► **Associations Between Structures, Processes And Outcomes In Inter-Municipal Cooperation In Out-Of-Hours Services In Norway: A Survey Study**

ARNTSEN B., TORJESEN D. O. ET KARLSEN T.-I.
2020

Social Science & Medicine 258: 113067.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113067>

Inter-municipal cooperation (IMC) has gained widespread recognition as a beneficial strategy for improving efficiency and quality in the provision of out-of-hours emergency care services (OOH services). Little attention, however, has been given to the additional costs of cooperation and the relational processes through which benefits and costs are likely to result. Based on survey data from 266 (77%) Norwegian

municipalities involved in IMC in OOH services in 2015, this study aimed to investigate how the structure (governance form, complexity and stability) and quality (trust and consensus) of cooperation processes interact to influence the perceived outcomes (benefits and costs) of IMC in OOH services. Using Structural equation modeling, we found trust and consensus fully mediated the association between the structure and outcomes of IMC. More specifically, the results suggest that cooperation structures characterized by centralized governance, stability over time, and reduced complexity were likely to enhance the benefits and reduce the costs of IMC through trust and consensus.

► **Managing Organizational Constraints In Innovation Teams: A Qualitative Study Across Four Health Systems**

ATKINSON M. K. ET SINGER S. J.
2020

Medical Care Research and Review(Ahead of pub).

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720925993>

Though increasingly useful for developing complex healthcare innovations, interdisciplinary teams are prone to resistance and other organizational challenges. However, how teams are affected by and manage external constraints over the lifecycle of their innovation project is not well understood. We used a multimethod qualitative approach consisting of over 3 years of participant observation data to analyze how four interdisciplinary teams across different health systems experienced and managed constraints as they pursued process innovations. Specifically, we derived the constraint management process, which demonstrates how teams address constraints at different stages of innovation by applying various tactics. Our findings point to several practical implications concerning innovation processes in healthcare: (a) how conditions in the organizational context, or constraints, can impede team progress at different stages of innovation; and (2) the collective efforts, or tactics, teams use to manage or work around these constraints to further progress on their innovations.

► **Steering By Their Own Lights: Why Regulators Across Europe Use Different Indicators To Measure Healthcare Quality**

BEAUSSIER A.-L., DEMERITT D., GRIFFITHS A., *et al.*
2020

Health Policy 124(5): 501-510.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.012>

Despite widespread faith that quality indicators are key to healthcare improvement and regulation, surprisingly little is known about what is actually measured in different countries, nor how, nor why. To address that gap, this article compares the official indicator sets--comprising some 1100 quality measures-- used by statutory hospital regulators in England, Germany, France, and the Netherlands. The findings demonstrate that those countries' regulators strike very different balances in: the dimensions of quality they assess (e.g. between safety, effectiveness, and patient-centred-

ness); the hospital activities they target (e.g. between clinical and non-clinical activities and management); and the 'Donabedian' measurement style of their indicators (between structure, process and outcome indicators). We argue that these contrasts reflect: i) how the distinctive problems facing each country's healthcare system create different 'demand-side' pressures on what national indicator sets measure; and ii) how the configuration of national healthcare systems and governance traditions create 'supply-side' constraints on the kinds of data that regulators can use for indicator construction. Our analysis suggests fundamental differences in the meaning of quality and its measurement across countries that are likely to impede international efforts to benchmark quality and identify best practice.

► **Austerity, Healthcare Provision, And Health Outcomes In Spain**

BORRA C., PONS-PONS J. ET VILAR-RODRÍGUEZ M.
2020

The European Journal of Health Economics 21(3): 409-423.

<https://doi.org/10.1007/s10198-019-01141-3>

The recession that started in the United States in December 2007 has had a significant impact on the Spanish economy through a large increase in the unemployment rate and a long recession which led to tough austerity measures imposed on public finances. Taking advantage of this quasi-natural experiment, we use data from the Spanish Ministry of Health from 1996 to 2015 to provide novel causal evidence on the short-term impact of changes in healthcare provision and regulations on health outcomes. The fact that regional governments have discretionary powers in deciding healthcare budgets and that austerity measures have not been implemented uniformly across Spain helps isolate the impact of these policy changes on health indicators of the Spanish population. Using Ruhm's (Q J Econ 115(2):617-650, 2000) fixed effects model, we find that medical staff and hospital bed reductions account for a significant increase in mortality rates from circulatory diseases and external causes, but not from other causes of death. Similarly, mortality rates do not seem to be robustly affected by the 2012 changes in retirees' pharmaceutical co-payments and access restrictions for illegal immigrants. Our results are robust to changes in model specification and sample selection and are primarily driven by accidental and emergency deaths rather than in-hospital mortality,

which suggests a larger role for decreases in accessibility rather than decreases in healthcare quality as impact channels.

► **Getting Involved: The Extent And Impact Of Patient And Public Involvement In The Swedish Health System**

FREDRIKSSON M. ET TRITTER J.
2019

[Health Economics, Policy and Law 15\(3\): 325-340.](https://doi.org/10.1017/S174413311900015X)
<https://doi.org/10.1017/S174413311900015X>

Patient and public involvement (PPI) is framed as beneficial for individuals and for the health system. However, little is known about the extent of involvement, or of its impact. Based on data from Sweden, we show that apart from voting in regional elections (76%), more people reported involvement as individual patients (23%) than part of collective activities (5%) or activities relating to a citizen perspective (4%). There was no correlation between how many people participated and the estimated impact – which was generally low. More extensive involvement is thus not linked to the potential to influence decisions. We argue that to achieve the benefits associated with PPI it is crucial to understand more about people's motivation for being involved and what underlies low estimates of impact. This requires a more systematic approach to involvement, how it is evaluated and its results communicated to participants and the society. We also argue that a future challenge for the Swedish health system, and for other similar health systems, is to support long-term collective involvement in the midst of growing individualization of health services and involvement opportunities primarily intended for patients.

► **Integrated Care Models And Behavioral Health Care Utilization: Quasi-Experimental Evidence From Medicaid Health Homes**

MCCLELLAN C., MACLEAN J. C., SALONER B., *et al.*
2020

[Health Economics\(Ahead of pub\).](https://doi.org/10.1002/hec.4027)
<https://doi.org/10.1002/hec.4027>

Integration of behavioral and general medical care can improve outcomes for individuals with behavioral health conditions?serious mental illness (SMI) and substance use disorder (SUD). However, behavioral health care has historically been segregated from general

medical care in many countries. We provide the first population-level evidence on the effects of Medicaid health homes (HH) on behavioral health care service use. Medicaid, a public insurance program in the United States, HHs were created under the 2010 Affordable Care Act to coordinate behavioral and general medical care for enrollees with behavioral health conditions. As of 2016, 16 states had adopted an HH for enrollees with SMI and/or SUD. We use data from the National Survey on Drug Use and Health over the period 2010 to 2016 coupled with a two-way fixed-effects model to estimate HH effects on behavioral health care utilization. We find that HH adoption increases service use among enrollees, although mental health care treatment findings are sensitive to specification. Further, enrollee self-reported health improves post-HH.

► **A Novel Methodology To Measure Waiting Times For Community-Based Specialist Care In A Public Healthcare System**

MIRON R. W., NOVIKOV I., ZIV A., *et al.*
2020

[Health Policy\(Ahead of pub\).](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.006)
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.006>

Monitoring waiting time (WT) in healthcare systems is essential, since long WT are associated with adverse health outcomes, reduced patient satisfaction and increased private financing. The aim of this paper is to describe a methodology developed for routine national monitoring of WT for community-based non-urgent specialist appointments, in a public healthcare system. Methodology is based on data from computerized appointment scheduling systems of all Health Maintenance Organizations (HMOs) in Israel. Data included first 50 available appointments for community-based specialists and actual number of visits. Five most frequent specialties: orthopedics, ophthalmology, gynecology, dermatology and otolaryngology, were included. WT offered to HMO members for non-urgent care were calculated for two scenarios: «specific» physician and «any» physician in the region. Distribution of offered WT was calculated separately for each specialty and geographical region, combined to create the nationwide distribution. The methodology was tested on data extracted between December 2018-June 2019. Estimated national median WT for «specific» physician, ranged from 9 days (ophthalmology/gynecology) to 20 days (dermatology), with large variation between geographic regions. WT were 26-56% shorter for «any» than for «specific» physician. This novel method offers

a solution for ongoing national WT measurement, using computerized scheduling systems. It integrates two scenarios for appointment scheduling and allows identification of differences between specialties and regions, setting the ground for interventions to strengthen public healthcare systems.

► **New Integrated Care Models In England Associated With Small Reduction In Hospital Admissions In Longer-Term: A Difference-In-Differences Analysis**

MORCIANO M., CHECKLAND K., BILLINGS J., *et al.*
2020

Health Policy(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.004>

Closer integration of health and social care services has become a cornerstone policy in many developed countries, but there is still debate over what population and service level is best to target. In England, the 2019 Long Term Plan for the National Health Service included a commitment to spread the integration prototypes piloted under the Vanguard 'New Care Models' programme. The programme, running from 2015-2018, was one of the largest pilots in English history, covering around 9% of the population. It was largely intended to design prototypes aimed at reducing hospital utilisation by moving specialist care out of hospital into the community and by fostering coordination of health, care and rehabilitation services for (i) the whole population ('population-based sites'), or (ii) care home residents ('care home sites'). We evaluate and compare the efficacy of the population-based and care home site integrated care models in reducing hospital utilisation. We use area-level monthly counts of emergency admissions and bed-days obtained from administrative data using a quasi-experimental difference-in-differences design. We found that Vanguard sites had higher hospital utilisation than non-participants in the pre-intervention period. In the post-intervention period, there is clear evidence of a substantial increase in emergency admissions among non-Vanguard sites. The Vanguard integrated care programme slowed the rise in emergency admissions, especially in care home sites and in the third and final year. There was no significant reduction in bed-days. In conclusion, integrated care policies should not be relied upon to make large reductions in hospital activity in the short-run, especially for population-based models.

► **How Healthcare Systems Shape A Purchaser's Strategies And Actions When Managing Chronic Care**

NOORT B. A. C., AHAUS K., VAN DER VAART T., *et al.*
2020

Health Policy 124(6) : 628-638

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.03.009>

Healthcare purchasing organisations in both insurance-based and tax-based healthcare systems struggle to improve chronic care. A key challenge for purchasers is to deal with the chain of multiple providers involved in caring for patients with complex needs. To date, most research has focused on differences between healthcare systems in terms of regulation, tools and the freedom that healthcare purchasers have. However, this does not explain how such different healthcare system characteristics lead to different purchasing strategies and actions. A better understanding of this link between system characteristics and purchaser behaviour would assist policymakers seeking to improve healthcare purchasing. This multiple case study conducted in England, Sweden and the Netherlands examines the link between the different healthcare systems' characteristics and the purchasers' strategies and actions when managing chronic care chains. Purchasers' strategies and actions varied in terms of the purchaser's engagement, strategic lens and influencing style. Our findings suggest that differences in purchaser competition, purchaser governance and patient choice in healthcare systems are key factors in explaining a purchaser's strategies and actions when pursuing improvements in chronic care. This study contributes to knowledge on what shapes the purchaser's role, and shows how policymakers in both insurance- and tax-based regimes can improve healthcare purchasing.

► **The Growth Of Private Equity Investment In Health Care: Perspectives From Ophthalmology**

O'DONNELL E. M., LELLI G. J., BHIDYA S., *et al.*
2020

Health Affairs 39(6): 1026-1031.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01419>

The growth of private equity investment in health care has dramatically changed the landscape of health care delivery over the past decade. Private equity firms are rapidly acquiring physician practices, with ophthalmology practices being one of the most fre-

quently acquired types. We present perspectives from thirty-five semistructured interviews conducted with a wide range of knowledgeable people on private equity investment in physician practices, with a specific focus on ophthalmology. Acquisition by a private equity firm can be an attractive option for physicians, particularly older ones. However, interviewees had starkly conflicting perspectives on the likely impact of private equity acquisitions on the cost, quality, and use of medical care.

► **The Regulation Of Competition And Procurement In The National Health Service 2015–2018: Enduring Hierarchical Control And The Limits Of Juridification**

OSIPOVIČ D., ALLEN P., SANDERSON M., *et al.*
2019

Health Economics, Policy and Law 15(3): 308-324.
<https://www.doi.org/10.1017/S1744133119000240>

Since 1990, market mechanisms have occurred in the predominantly hierarchical National Health Service (NHS). The Health and Social Care Act 2012 led to concerns that market principles had been irrevocably embedded in the NHS and that the regulators would acquire unwarranted power compared with politicians (known as ‘juridification’). To assess this concern, we analysed regulatory activity in the period from 2015 to 2018. We explored how economic regulation of the NHS had changed in light of the policy turn back to hierarchy in 2014 and the changes in the legislative framework under Public Contracts Regulations 2015. We found the continuing dominance of hierarchical modes of control was reflected in the relative dominance and behaviour of the sector economic regulator. But there had also been a limited degree of juridification involving the courts. Generally, the regulatory decisions were consistent with the 2014 policy shift away from market principles and with the enduring role of hierarchy in the NHS, but the existing legislative regime did allow the incursion of pro market regulatory decision making, and instances of such decisions were identified.

► **Amélioration des soins et des services en première ligne pour la gestion des maladies chroniques : le programme COMPAS+ au Québec**

POMEY M.-P., MENEAR M., DROUIN C., *et al.*
2020

Revue française des affaires sociales(1): 325-335.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-325.htm>

Depuis plusieurs années, le Québec essaye de restructurer sa première ligne de soins et de services de santé afin d’améliorer l’accès à une équipe de médecine de famille. Depuis 2001, le Québec s’emploie donc à créer les groupes de médecine de famille (GMF) offrant ainsi à tous les Québécois la possibilité de progressivement s’inscrire auprès de ces structures (Pomey et al., 2009). Simultanément à ces démarches, une initiative a été mise en place dans une région du Québec, la Montérégie, qui se situe sur la rive sud de Montréal, pour créer des lieux permettant aux équipes de première ligne de réfléchir à leurs pratiques, grâce notamment à la présentation d’indicateurs et de repères de pratique. C’est ainsi que, en 2010, le Collectif pour les meilleures pratiques et l’amélioration des services (COMPAS) a débuté ses activités. Devant les résultats encourageants de cette initiative (Vachon et al., 2013 et 2015), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a décidé de continuer COMPAS et a proposé à l’Institut national d’excellence en santé et services sociaux (INESSS) d’assurer sa coordination scientifique et son déploiement à travers la province. L’INESSS a ainsi été amené, entre 2017 et 2020, à poursuivre l’évolution et à élargir la portée territoriale de ce programme de soutien à l’amélioration continue, désormais nommé COMPAS+. Les objectifs du programme sont d’améliorer la prestation des soins et services basés sur les données probantes, de renforcer la collaboration interprofessionnelle dans les soins et services de proximité, de favoriser le développement d’une gouvernance clinique intégrée pour les maladies chroniques et d’améliorer la valeur des soins et services de proximité, c’est-à-dire de pouvoir avoir de meilleurs résultats de santé et de bien-être et une meilleure expérience de soins pour les patients, au meilleur coût possible.

► **Transforming Health Care: The Policy And Politics Of Service Reconfiguration In The UK's Four Health Systems**

STEWART E., GREER S. L., ERCIA A., *et al.*

2019

Health Economics, Policy and Law 15(3): 289-307.

<https://doi.org/10.1017/bpp.2019.44>

Public involvement in service change has been identified as a key facilitator of health care transformation (Foley et al., 2017) but little is known about how health policy influences whether and how organisations involve the public in change processes. This qualitative study compares policy and practice for involving the public in major service changes across the UK's four health systems (England, Northern Ireland, Wales and Scotland). We analysed policy documents, and conducted interviews with officials, stakeholders, NHS staff and public campaigners (total number of interviewees = 47). Involving the public in major service change was acknowledged as a policy challenge in all four systems. Despite ostensible similarities, there were some clear differences between the four health systems' processes for involving patients and the public in major changes to health services. The extent of central Government oversight, the prescriptiveness of Government guidance, the role for intermediary bodies and arrangements for independent scrutiny of contentious decisions all vary. We analyse how health policy in the four systems has used 'sticks' and 'sermons' to promote particular approaches, and conclude that both policy and the wider system context within which health care organisations try to effect change are significant, and understudied aspect of contemporary practice.

► **A Novel Methodology To Measure Waiting Times For Community-Based Specialist Care In A Public Healthcare System**

WILF - MIRON R., NOVIKOV I., ZIV A., *et al.*

2020

Health Policy 124(8): 805-811.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.006>

Monitoring waiting time (WT) in healthcare systems is essential, since long WT are associated with adverse health outcomes, reduced patient satisfaction and increased private financing. The aim of this study is to describe a methodology developed for routine national monitoring of WT for community-based non-urgent specialist appointments, in a public healthcare system. The methodology is based on data from computerized appointment scheduling systems of all Health Maintenance Organizations (HMOs) in Israel. Data included first 50 available appointments for community-based specialists and actual number of visits. Five most frequent specialties: orthopedics, ophthalmology, gynecology, dermatology and otolaryngology, were included. WT offered to HMO members for non-urgent care was calculated for two scenarios: «specific» physician and «any» physician in the region. Distribution of offered WT was calculated separately for each specialty and geographical region, combined to create the nationwide distribution. The methodology was tested on data extracted between December 2018-June 2019. Estimated national median WT for «specific» physician, ranged from 9 days (ophthalmology/gynecology) to 20 days (dermatology), with large variation between geographic regions. WT were 26–56% shorter for «any» than for «specific» physician. This novel method offers a solution for ongoing national WT measurement, using computerized scheduling systems. It integrates two scenarios for appointment scheduling and allows identification of differences between specialties and regions, setting the ground for interventions to strengthen public healthcare systems.

Occupational Health

► **Financial Vulnerability And Worker Well-Being: A Comparison Of Long-Term Services And Supports Workers With Other Health Workers**

MUENCH U., JURA M., SPETZ J., *et al.*
2020

Medical Care Research and Review 0(0): 1077558720930131.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720930131>

Over 1.5 million new jobs need to be filled by 2026 for medical assistants, nursing aides, and home care aides, many of which will work in the long-term services and supports (LTSS) sector. Using 16 years of data from the American Time Use Survey, we examined the financial vulnerability of high-skill and low-skill LTSS workers in comparison with other health care workers, while providing insight into their well-being by measuring time spent on work and nonwork activities. We found that, regardless of skill status, working in LTSS was associated with lower wages and an increased likelihood of experiencing poverty compared with other health care workers. Results from time diary data indicated that the LTSS workforce spent a greater share of their time working and commuting to work. Low-skill LTSS workers were hardest hit, spending more time on paid and unpaid activities, such as household and child care responsibilities.

► **Why Do Older Workers With Chronic Health Conditions Prefer To Retire Early?**

VANAJAN A., BÜLTMANN U. ET HENKENS K.
2020

Age and Ageing 49(3): 403-410.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afz180>

Older workers experiencing chronic health conditions (CHCs) are more likely to retire early. The different pathways through which CHCs stimulate retirement preferences, however, remain largely unexplored. We present a more comprehensive model in which we test the different pathways through which four specific CHCs—arthritis, cardiovascular disease, sleep disorders and psychological disorders—influence early retirement preferences. We hypothesize that the association between CHCs and early retirement preferences is differentially mediated by subjective life expectancy (SLE), perceived health-related work limitations (HRWL) and vitality. We collected data from 5,696 wage-employed older workers (60 to 64 years) in the Netherlands in 2015. Regression models were estimated to examine the associations between CHCs and early retirement preferences. Mediation analysis with the Karlson, Holm and Breen method was used to examine potential mediation pathways. SLE, HRWL and vitality mediated the association between CHCs and older workers' early retirement preferences. The dominant mediator differed depending on the CHC. Severe HRWL predominantly guided the retirement preferences of older workers with arthritis and cardiovascular disease. Lower vitality mainly mediated retirement preferences of older workers with sleep and psychological disorders. Lower SLE was a significant mediation pathway for older workers with cardiovascular diseases. HRWL and vitality play a major role in determining retirement preferences of older workers experiencing CHCs. Since both mediators are modifiable, targeted interventions may not only extend older workers' working lives, but also improve the quality of their working lives.

Ageing

► Vieillessement, état de santé et accident de la vie courante

ANCELOT L., BONNAL L., BUITRAGO GAMEZ G., *et al.*
2019

Revue française d'économie XXXIV(4): 151-199.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2019-4-page-151.htm>

Chaque année en France, une personne sur cinq est victime d'un accident de la vie courante (AcVC). Bien que nous soyons tous concernés par ces accidents, les études montrent que les plus touchés sont les moins de 15 ans et les plus de 65 ans. Pour ces derniers, un mauvais état de santé est un facteur aggravant. Notre contribution vient compléter cette idée. Nous montrons ainsi qu'il y a deux types d'AcVC : ceux qui semblent aléatoires et indépendants des caractéristiques observables des victimes et ceux qui semblent liés à des inégalités sociales et comportementales puisque les personnes isolées et celles ayant des difficultés financières ont plus de risque d'être victimes de ce type d'accident. Cet article milite ainsi pour davantage de prévention à destination des profils à risque chez les personnes âgées susceptibles d'être victimes d'AcVC.

► Le sentiment de solitude dans la vieillesse. Une analyse des effets de la précarité sociale et économique

AOUICI S. ET PEYRACHE M.
2019

Retraite et société 82(2): 15-35.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-2-page-15.htm>

La lutte contre la solitude est devenue un véritable enjeu de santé publique pour la population en général comme pour les personnes âgées, pour lesquelles l'isolement social entraîne la perte d'autonomie. Même si la solitude ne touche qu'une partie de la population, des événements tels que la canicule de 2003 en France ont révélé, dans l'opinion publique, la vulnérabilité de nombreuses personnes âgées face à la solitude. Le sentiment de solitude est à distinguer de l'isolement avec lequel il est souvent confondu. L'isolement ou l'exclusion peuvent néanmoins être à l'origine ou favoriser le sentiment de solitude, tout comme la précarité et les

inégalités qui en découlent. Nous proposons d'interroger ce sentiment de solitude au regard des inégalités sociales et matérielles. Cette réflexion s'appuie sur la vague 6 de l'enquête européenne Share (Survey on health, ageing and retirement in Europe) menée auprès de personnes âgées de 50 ans ou plus. Il s'agit d'une analyse des indicateurs de précarité sociale et matérielle qui recensent les ressentis et les conditions de vie des personnes interrogées. À partir de statistiques descriptives et de régressions logistiques, notre étude tentera de mettre en lien le sentiment de solitude selon trois axes : la précarité économique et matérielle, la précarité sociale et relationnelle, ainsi que la fragilité-précarité.

► Caring For Older Cancer Patients: A Scoping Review

BAGAYOGO F., LE BERRE M., RUCHON C., *et al.*
2020

Health Policy(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.002>

There is a growing recognition among oncologists that older patients differ from other cancer patients. Older patients present age-specific issues affecting the prevention and management of their cancer. Over the years, this has led to the development of the discipline of geriatric oncology, which is the set of practices elaborated to evaluate, treat, follow-up and rehabilitate the population of older cancer patients. Geriatric oncology is still struggling to establish itself in healthcare settings managing older cancer patients. Efforts are currently being made to make it a recognized medical specialty. Health policy makers have to have a grasp of the evolution of this discipline because it concerns a fast growing segment of the cancer patient population. To shed light on the literature about this field, we undertook a scoping review in which we identified relevant studies; charted the data from the selected studies, collated, summarized and reported the results. From 2043 references initially identified, we included 92 articles in our scoping review and extracted data from 88 articles. The included articles were classified into three major categories, namely Advancing the discipline, Organization of care and Nursing and support services for patient and their caregivers. This review

affords researchers and policy makers a foundation to help conduct many other conversations on each theme and sub-theme.

► **Mesures de la pauvreté et disparités géographiques en France : la place des retraités**

BREUIL P. ET CORDIER C.
2019

Retraite et société 82(2): 123-144.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-2-page-123.htm>

En France, les inégalités de niveaux de vie sont globalement stables depuis 2013. Le niveau de vie médian des retraités est de 1 790 euros par unité de consommation et par mois en 2016, contre 1 710 € pour celui de l'ensemble de la population. Même si les retraités se distinguent de l'ensemble de la population par un niveau de vie légèrement plus élevé en bas de la distribution, et un taux de pauvreté beaucoup plus faible, ils peuvent être en situation financière tendue ou devoir se restreindre sur certains postes de consommation. Définir la pauvreté est complexe. Les méthodes pour la mesurer sont assez nombreuses, les résultats obtenus pouvant être contrastés. Les sources de ces disparités sont d'ordre technique mais aussi conceptuel, et le croisement des différentes approches enrichit l'analyse. Le taux de pauvreté monétaire est l'indicateur le plus couramment utilisé. On peut aussi estimer la pauvreté en conditions de vie et, de façon moins conventionnelle, utiliser les budgets de référence pour mesurer la pauvreté des ménages, ou encore affiner les analyses en étudiant les disparités géographiques d'un pays, ce qu'un résultat global ne peut retranscrire. Cet article s'attache à illustrer cette complexité tout en proposant de faire un état des lieux des résultats obtenus, notamment pour les retraités, selon les différentes méthodes utilisées.

► **Quels sont les leviers pour lutter contre l'exclusion et la pauvreté des personnes âgées en Europe ?**

DEKKERS G.
2019

Retraite et société 82(2): 115-121.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-2-page-115.htm>

Le troisième Rapport sur l'adéquation des retraites a

été publié par la Commission européenne et le Comité de la protection sociale (CPS) en mai 2018. Cet article interroge un des membres du groupe de travail sur les questions du vieillissement au CPS (SPCWG-AGE).

► **Les inégalités sociales dans la vieillesse**

FONTAINE R. ET PENNEC S.
2020

Gérontologie et société 42 / 162(2): 15-30.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-2-page-15.htm>

L'amélioration générale du niveau de vie et de l'état de santé des populations âgées en France est aujourd'hui largement documentée. Pourtant, sur de nombreux aspects, ces constats généraux raisonnent de manière discordante avec les résultats de nombreux travaux en sciences sociales et les récents rapports publics qui pointent l'isolement, l'exclusion sociale, la précarité économique ou la difficulté à accéder à certains soins médicaux ou médico-sociaux d'un nombre significatif de personnes âgées. Un rapport récent de l'OCDE fait en particulier le constat d'un accroissement des inégalités au sein des populations âgées sur différentes dimensions économiques, sociales ou en termes de santé. Si certaines des inégalités sociales dans la vieillesse ne font que prolonger et reproduire des inégalités se forgeant tout au long de la vie, d'autres sont susceptibles de se renforcer, voire de se former durant la vieillesse. À travers 11 contributions, ce numéro de *Gérontologie et société* nous invite à porter notre attention sur trois dimensions importantes des conditions de vie durant la vieillesse, traitées sous l'angle des inégalités sociales : l'exercice de l'autonomie, la santé et le territoire de vie. Chacun des articles de ce numéro offre une description originale des disparités observées dans l'accès à différentes ressources primaires matérielles ou immatérielles, ainsi qu'une analyse des mécanismes sociaux qui en sont à l'origine. L'ensemble des contributions nous aide, plus fondamentalement, à penser les transformations sociales, sanitaires et économiques susceptibles de corriger, au moins en partie, les injustices créées par les inégalités sociales dans la vieillesse.

► **Neighborhood Characteristics And Frailty: A Scoping Review**

FRITZ H., CUTCHIN M. P., GHARIB J., *et al.*
2019

The Gerontologist 60(4): e270-e285.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnz072>

Frailty is highly prevalent in later life and associated with early mortality and adverse health outcomes. The neighborhood has been identified as an important contributor to individual health, and neighborhood characteristics may contribute to frailty development. A scoping review was conducted of the peer-reviewed literature to better understand how physical and social neighborhood characteristics contribute to frailty. Following an established scoping review methodology, we searched four peer-reviewed databases for relevant studies published from January 1, 2008, to December 31, 2018. Data extracted from studies included study characteristics, operationalization of neighborhood, the conceptual model of the neighborhood–frailty relationship, operationalization of frailty, and study findings for associations among neighborhood variables and frailty indicators. A total of 522 articles were identified and 13 articles were included in the final data charting. Existing studies suggest that neighborhood characteristics are associated with frailty in later life. Few studies articulated a conceptual model identifying exact mechanisms through which neighborhood factors affected frailty. Studies designs were mostly cross-sectional. Longitudinal studies did not measure neighborhood characteristics over time. Studies varied considerably in how they operationalized the neighborhood. Frailty was most commonly assessed using a 5-point phenotype or a frailty index approach. Findings indicate that research on the relationship between neighborhood characteristics and frailty is an emerging area of inquiry. Additional studies are needed to more definitely explicate mechanisms through which neighborhoods contribute to, or protect older adults from, frailty.

► **Vieillir en Allemagne : possibilités de participation sociale et risques d'exclusion**

KÜMPERS S. ET ALISCH M.
2019

Retraite et société 82(2): 63-87.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-2-page-63.htm>

Dans la société allemande, les possibilités de participation sociale et les risques d'exclusion des personnes âgées varient en fonction de leur catégorie sociale. Ainsi, pour les personnes âgées, la pauvreté, appréciée à l'aune du statut socio-économique, représente un obstacle important à l'autonomie. La particularité de la pauvreté des personnes âgées est qu'elle est invisible. Par ailleurs, l'âge avançant, le lien étroit existant entre le statut socio-économique, l'état de santé et l'accès à une prise en charge sanitaire, médicale et thérapeutique a des répercussions considérables sur les possibilités de réalisation personnelle des individus. L'inégalité sociale verticale, mesurée sur la base de l'indice de classe sociale (revenus, niveau d'études, emploi), interagit avec d'autres caractéristiques sociales horizontales (sexe, appartenance ethnique, handicap, orientation sexuelle) d'une part, et avec les conditions de la sphère sociale d'autre part, ce qui a des conséquences sur les possibilités de participation sociale et les risques d'exclusion.

► **L'adaptation de la politique d'assurance vieillesse au vieillissement (1961-2015)**

LAROQUE M.
2020

Revue d'histoire de la protection sociale 13(1): 54-73.

<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2020-1-page-54.htm>

La politique d'assurance vieillesse s'est profondément adaptée au vieillissement de la population. Construite dans les années 1910, 1930 et 1945, l'assurance vieillesse a été marquée d'abord par le rapport Laroque de 1961, qui renouvelle ses principes. La prise de conscience du vieillissement, issu du baby-boom et de l'augmentation constante de l'espérance de vie qui traduit le « rajeunissement » de personnes âgées en bonne santé, n'intervient qu'à partir des années 1980. Elle génère, pour assurer la pérennité du système de retraite, qui dépend de « prélèvements sur la production de biens ou la création de service des actifs », la réforme de 1993 et les réformes successives du XXI^e siècle qui ne sont pas terminées.

► **The Effectiveness Of Biographical Approaches In Long-Term Care: A Systematic Review**

MENN L., CORSTEN S., LAUER N., *et al.*
2019

The Gerontologist 60(4): e309-e328.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnz074>

Older adults in long-term residential aged care experience loneliness and reduced quality of life (QoL). Biographical approaches use the recall of the past events to increase self-efficacy, promote acceptance, and improve QoL. The aim of the systematic review was to examine the effectiveness of biographical approaches in improving the QoL of older adults in long-term residential aged care. This systematic review was conducted in accordance with PRISMA guidelines, using databases Medline, CINAHL, and the Cochrane Library. A 2-phase search strategy was used to identify research literature relating to the use of biographical interventions. Narrative analysis was used to synthesize results. Twenty-one studies met inclusion criteria for this review, comprising both group and individual interventions. The findings were inconsistent. Subjective elements of QoL of older adults improved in a narrow majority of the studies. Of a total of 21 outcomes investigated in group interventions, 11 resulted in significant improvements in QoL. The 16 outcomes of the individual interventions resulted in 10 significant improvements. The most significant influence was observed in life satisfaction. Group reminiscence also had a particularly strong influence on self-esteem. Although benefits were observed, it remains unclear why some interventions led to improvements in subjective elements of QoL and others did not. Exploration of the participant perspective through qualitative data collection and more detailed description of interventions in future studies could lead to a better understanding of the treatment components that are related to improved outcomes for older adults.

► **Natural Regression Of Frailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review And Meta-Analysis**

OFORI-ASENSO R., LEE CHIN K., MAZIDI M., *et al.*
2019

The Gerontologist 60(4): e286-e298.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnz064>

Frailty is a dynamic process with potential transitions over time. However, there is limited understanding of the patterns of frailty improvement. We conducted a systematic review and meta-analysis to estimate the natural rate of frailty regression among community-dwelling older adults aged at least 60 years. Systematic searches for studies reporting frailty improvement were performed in 5 databases (Medline, Embase, CINAHL plus, Web of Science, and PsycINFO) from inception until January 2019. Twenty-five studies from 26 countries were included. Among a baseline population of more than 50,000 individuals, the pooled prevalence of pre-frailty and frailty was 50.5% (95% confidence interval [CI] 47.8–53.3) and 12.8% (95% CI 9.1–17.0), respectively. During a median follow-up of 3.0 (range 1–10.0) years, 23.3% of surviving pre-frail individuals regressed to a robust state and 35.2% of surviving frail individuals reversed to a pre-frail or robust state. The pooled remission rates among people with pre-frailty and frailty were 80.4 (95% CI 61.7–104.6) and 135.3 (95% CI 98.1–186.5) per 1,000 person-years, respectively. Frailty and pre-frailty improvement rates varied by sex, diagnostic criteria, study region, and follow-up duration. The remission rates were significantly reduced when accounting for progressions to death. The heterogeneity of included studies was high which reflected considerable differences in methodological approach. Although frailty is highly prevalent in older people, natural remission is possible and common. Improved understanding of the factors that confer increased likelihood of frailty regression may support the design of interventions to reduce the burden of frailty.

► **La solitude : quelle évolution dans le temps ? Pistes d'intervention d'après l'étude Elsa**

PITCHER VALTORTA N. K.

2019

Retraite et société 82(2) : 37-62.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-2-page-37.htm>

Au cours de la dernière décennie, les gouvernements et les sociétés civiles de toute l'Europe ont fait de l'exclusion sociale des personnes âgées une priorité d'intervention. De nombreuses solutions ont été proposées, dont certaines ont été mises en œuvre, mais la plupart n'ont pas fait l'objet d'une évaluation. De ce fait, il demeure une incertitude quant à la meilleure façon de s'attaquer à ce problème. Dans cet article, nous cherchons à apporter des éléments de réponse en décrivant dans un premier temps les différentes formes de solitude d'après l'étude longitudinale anglaise sur le vieillissement (Elsa) lancée en 2002, puis en en déduisant les implications pour l'intervention. Les réponses des 15 783 participants à au moins une des six premières vagues d'Elsa montrent que les cas de solitude autodéclarée fluctuent considérablement dans le temps; que certains sous-groupes d'adultes plus âgés sont particulièrement à risque de se sentir souvent exclus des relations sociales; enfin, que solitude et isolement social ne se superposent que très peu. Ces résultats soulèvent un certain nombre de défis pour les politiques, mais laissent également entrevoir des opportunités en termes de stratégies de prévention.

► **Determinants Of Nursing Home Choice: Does Reported Quality Matter?**

SCHMITZ H. ET STROKA-WETSCH M. A.

2020

Health Economics 29(7) : 766-777

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4018>

Quality report cards addressing information asymmetry in the health care market have become a popular strategy used by policymakers to improve the quality of care for older people. Using individual level data from the largest German sickness fund merged with institutional level data, we examine the relationship between reported nursing home quality, as measured by recently introduced report cards, nursing home prices, nursing home's location, and the individual choice of nursing homes. Report cards were stepwise introduced as of 2009, and we use a sample of 2010

that includes both homes that had been evaluated at that time and that had not yet been. Thus, we can distinguish between institutions with above and below average ratings as well as nonrated nursing homes. We find that the probability of choosing a nursing home decreases in distance and price. However, we find no economically significant effect of reported quality on individuals' choice of nursing homes.

► **Are Frail Elderly People In Europe High-Need Subjects? First Evidence From The SPRINTT Data**

SICSIC J., RAVESTEIJN B. ET RAPP T.

2020

Health Policy 124(8) : 865-872.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.009>

Physical frailty and sarcopenia (PF&S) has received growing attention in empirical models of health care use. However, few articles focused on objective measures of PF&S to assess the extent of care consumption among the frail population at risk of dependency. Using baseline data from the SPRINTT study, a sample of 1518 elderly people aged 70+ recruited in eleven European countries, we analyse the association between various PF&S measures and health care / long term care (LTC) use. Multiple health care and LTC outcomes are modelled using linear probability models adjusted for a range of individual characteristics and country fixed effects. We find that PF&S is associated with a significant increase in emergency admissions and hospitalizations, especially among low-income elders. All PF&S measures are significantly associated with increased use of formal and informal LTC. There is a moderating effect of income on LTC use: poor frail elders are more likely to use any of the formal LTC services than rich frail elders. Our results are robust to various statistical specifications. They suggest that the inclusion of PF&S in the eligibility criteria of public LTC allowances could contribute to decrease the economic gradient in care use among the elderly community-dwelling European population.

► **The Dynamics Of Frailty And Change In Socio-Economic Conditions: Evidence For The 65+ In Europe**

SIRVEN N., DUMONTET M. ET RAPP T.
2020

European Journal of Public Health [Ahead of pub]
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa068>

The frailty phenotype for older people is defined as an increased vulnerability to stressors, leading to adverse health outcomes. It is acknowledged as a specific precursor of disability besides chronic diseases that allows for some reversibility in the loss of autonomy. Although the literature on the socio-economic determinants of frailty is emerging in cross-sectional settings, little is known about the dynamics of this relationship over time. This article examines the joint evolution of frailty and change in economic conditions for the 65+ in Europe. Individual and longitudinal data from SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) over the period 2004–12 has been used. The sample contains 31 044 observations from 12 002 respondents aged 65 or more. A fixed effect Poisson model is estimated in order to control for unobserved individual heterogeneity. Three types of explanative economic variables have been considered in turn: income, wealth and a subjective variable of deprivation. Our results indicate that individuals with worsening economic conditions (wealth and subjective deprivation) over time simultaneously experience a rapid increase in the frailty symptoms. Results also show that the nature of economic variable does not affect the frailty process in the same way. Subjective measure of deprivation seems to better evaluate the household's financial difficulties than objective measure. From a public policy perspective, these results show that policies fostering economic conditions of the elderly could have a significant impact on frailty and henceforth, could reduce the risks of disability.

► **Two Decades Of Nursing Home Compare: What Have We Learned?**

TAMARA KONETZKA R., YAN K. ET WERNER R. M.
2020

Medical Care Research and Review [Ahead of pub]
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720931652>

Approximately two decades ago, federally mandated public reporting began for U.S. nursing homes through a system now known as Nursing Home Compare. The

goals were to provide information to enable consumers to choose higher quality nursing homes and to incentivize providers to improve the quality of care delivered. We conduct a systematic review of the literature on responses to Nursing Home Compare and its effectiveness in meeting these goals. We find evidence of modest but meaningful response by both consumers and providers. However, we also find evidence that some improvement in scores does not reflect true quality improvement, that disparities by race and income have increased, that risk-adjustment of the measures is likely inadequate, and that several key domains of quality are not represented. Our results support moderate success of Nursing Home Compare in achieving intended goals but also reveal the need for continued refinement.

► **Making Decisions About Long-Term Institutional Care Placement Among People With Dementia And Their Caregivers: Systematic Review Of Qualitative Studies**

TENG C., LOY C. T., SELLARS M., *et al.*
2019

The Gerontologist 60(4): e329-e346.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnz046>

People with dementia become increasingly dependent on others for care as cognition declines. Decision making about placement of people with dementia into long-term institutional care can be emotionally complex. The objective of this review is to describe experiences and perspectives of people with dementia and their family caregivers in making decisions about institutional care placement. MEDLINE, Embase, PsycINFO, and CINAHL were searched from inception to August 2018. Thematic synthesis was used to analyze results. We included 42 studies involving 123 people with dementia and 705 family caregivers from 12 countries. We identified five themes: ensuring safety (avoiding injury due to frailty, protecting against dangerous behaviors, preventing aggressive encounters), reaching breaking point (insufferable burden of caregiving, needs exceeding capabilities, intensifying family conflict, loneliness and isolation, straining under additional responsibilities, making extreme personal sacrifices), vulnerability in lacking support (ill-prepared for crisis, unable to access professional expertise, unpredictable prognostic trajectory, uncertainty navigating health care services, pressured by limited placement opportunities, high cost of placement,

resenting loss of autonomy), avoiding guilt of abandonment (sharing accountability, mitigating against disagreement and stigma, reluctance to relinquish caregiving, seeking approval), and seeking reassurance and validation (preserving personhood and former identity, empowerment through engagement, assurance of care quality, acceptance from other care residents). People with dementia and family caregivers feel vulnerable, disempowered, and guilty in decision making about institutionalization. Person-centered communication and support strategies that foster confidence and reassurance are needed to assist people with dementia and caregivers to make decisions about placement into long-term institutional care settings.

► **Successful Care Transitions For Older People: A Systematic Review And Meta-Analysis Of The Effects Of Interventions That Support Medication Continuity**

TOMLINSON J., CHEONG V.-L., FYLAN B., *et al.*

2020

Age and Ageing 49(4): 558-569.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa002>

Medication-related problems occur frequently when older patients are discharged from hospital. Interventions to support medication use have been developed; however, their effectiveness in older populations are unknown. This review evaluates interventions that support successful transitions of care through enhanced medication continuity. A database search for randomised controlled trials was conducted. Selection criteria included mean participant age of 65 years and older, intervention delivered during hospital stay or following recent discharge and including activities that support medication continuity. Primary outcome of interest was hospital readmission. Secondary outcomes related to the safe use of medication and quality of life. Outcomes were pooled by random-effects meta-analysis where possible. Twenty-four studies (total participants = 17,664) describing activities delivered at multiple time points were included. Interventions that bridged the transition for up to 90 days were more likely to support successful transitions. The meta-analysis, stratified by intervention component, demonstrated that self-management activities (RR 0.81 [0.74, 0.89]), telephone follow-up (RR 0.84 [0.73, 0.97]) and medication reconciliation (RR 0.88 [0.81, 0.96]) were statistically associated with reduced hospital readmissions. Our results suggest that interventions that best support older patients' medication

continuity are those that bridge transitions; these also have the greatest impact on reducing hospital readmission. Interventions that included self-management, telephone follow-up and medication reconciliation activities were most likely to be effective; however, further research needs to identify how to meaningfully engage with patients and caregivers to best support post-discharge medication continuity. Limitations included high subjectivity of intervention coding, study heterogeneity and resource restrictions.

► **Les retraites et la création de la Sécurité sociale en 1945 : révolution ou restauration ?**

VALAT B.

2020

Revue d'histoire de la protection sociale 13(1): 36-53.

<https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2020-1-page-36.htm>

La création de la Sécurité sociale en 1945 a été l'occasion d'une importante réforme de l'assurance vieillesse des salariés du secteur privé, à la base de notre système actuel. Les dispositifs existants depuis le début du siècle dans ce domaine n'avaient pas donné satisfaction pour deux raisons principales : d'abord le choix du principe contributif, qui imposait de longues années d'attente avant la jouissance d'une pension ; ensuite, les effets de l'inflation, qui avait laminé la valeur des cotisations capitalisées depuis 1910. Une reconstruction complète était donc nécessaire. L'article examine successivement les grandes questions que les réformateurs de la Libération durent résoudre pour donner des bases solides à la législation d'après-guerre et les choix opérés en la matière, notamment celui du régime financier à retenir : capitalisation ou répartition ? À la lumière de ces choix, il tente de répondre à la question : doit-on parler de révolution pour l'assurance vieillesse en 1945 ? Ne s'agit-il pas plutôt d'une restauration ?

Index des auteurs Author index

A

Acker D.	59
Ahaus K.	72
Alessandrin A.	38
Alexanderson K.	37
Alisch M.	78
Alla F.	44
Allen P.	73
Allen T.	27
Allory E.	67
Alvarez-Galvez J.	14
Ancelot L.	76
Anker D.	64
Aouici S.	76
Arntsen B.	69
Arza-Porrás J.	35
Assogba F. A. G.	22
Atkinson M. K.	70
Audrey L.	54
Azzone V.	32
Azzopardi Muscat N.	41

B

Bagayogo F.	76
Balkan D.	31
Barak Corren Y.	40
Barlow P.	16
Barry L.	13
Basson J.-C.	30
Baudet-Michel S.	23, 24
Beauguitte L.	49
Beaussier A.-L.	70
Begat N.	56
Benson N. M.	47
Berg N.	21
Bhidya S.	72
Billings J.	72
Bizet C.	48
Blümel M.	21
Boccia S.	44
Bonnal L.	76

Borra C.	70
Bourgeois I.	59
Bourgueil Y.	62, 68
Bouzige B.	59
Braekman E.	39
Brami E.	30
Bras P.-L.	16
Bréchat P.-H.	23
Breedvelt J. J. F.	48
Breton M.	27
Breuil P.	77
Bricard D.	36
Bruel S.	60
Brugère F.	54
Brunn M.	60
Buchet-Poyau K.	28
Buitrago Gamez G.	76
Buja A.	27
Bültmann U.	75
Busnel C.	54

C

Cachard J.	60
Cambon L.	44
Carroll N. W.	28
Casha A.	41
Casha R.	41
Castro D.	54
Certain A.	38
Certain M.-H.	61
Chambe J.	15
Chapoton B.	45
Charafeddine R.	39
Charrier P.	28
Chatain C.	29
Chaux R.	60
Checkland K.	72
Chen B. K.	17
Chen C.-H.	17
Chen W.-Y.	16
Cheong V.-L.	82
Chevallier F.	55
Chigot V.	55

Clancy B.....	25
Clark A. E.	43
Claudot F.....	33
Clement J. P.	28
Clerc P.	61
Cohidon C.....	68
Combres L.	56
Conti B.	23
Cook B. L.	48
Corazza I.....	31
Cordier C.....	77
Corsten S.....	79
Courouve L.....	15
Crozon-Navelet C.....	55
Cutchin M. P.....	78

D

Da Cunha T.	30
Daniel G. W.	20
Da Rocha Rodrigues M. G.	54
Decker M.	49
de Fontagalland C.....	45
Defromont L.....	48
Dehanne F.....	29
Dekkers G.....	77
Delage M.....	24
Delaroche-Gaudin M.	28
Demarest S.....	39
Demeritt D.....	70
de Montalembert P.	41
Denis F.	45
De Pourville G.....	17
Desprès C.....	56
Dias M.....	58
Donio V.....	15
Donnell E. M.....	72
Donnelly M.	51
Drennan V. M.	68
Droogers M.	45
Drouin C.....	73
Dubey J. D.....	20
Duchêne V.	56
Duhot D.....	55
Dumontet M.	81

E

Eggleston K.....	17
Ellen M.....	17
Engels A.....	18
Enwere P.....	32
Ercia A.	74
Estévez J. F.	35

F

Fabre J.....	67
Farrington R. L.	36
Fels M.....	13
Feral-Pierssens A.-L.	13
Ferreira P. L.	61
Field R. I.....	29
Fiore N. C.	20
Fiori K. P.	61
Fiquet L.....	67
Flores M.....	48
Foley R.-A.....	42
Fol S.....	24
Fontaine R.	77
Fonzo M.....	27
Fournier C.	59
Francis F.....	39
Frappé P.....	62
Fredriksson M.....	71
Friberg E.	37
Frijters P.....	43
Fritz H.....	78
Fylan B.	82

G

Galichon B.....	30
Gallais J. L.....	49
Gandré C.	49
Garel B.	29
Garret-Gloanec N.....	51
Garyga V.	13
Gauthier S.....	52
Gautier S.	62
Gerlinger T.	24
Gharib J.....	78
Giannouchos T. V.	18
Gofer I.....	40
Goh S. K. L.	37

Golse B.	26
Götz S.	34
Grass É.	15
Greer S. L.	41 , 74
Grenier C.	41
Griffiths A.	70
Gruca T. S.	25
Gruson D.	15
Guillen A.	56
Guillen A. S.	56
Guinet L.	60
Guyon G.	33

H

Haj-Ali W.	63
Halter M.	68
Hansen K. S.	43
Harrington N. G.	18
Haschar-Noé N.	30
Hassenteufel P.	24 , 63
Hayat M.	52
Heidet M.	30
Heller C. G.	61
Helliwell J. F.	21
Henckes N.	50
Henkens K.	75
Herault T.	15
Hobbins A. P.	13
Hoffman G. J.	34
Hong M.	63
Horowitz E.	17
Hutchison B.	63

J

Jansen D.	45
Jason M. S.	32
Jiménez-Rubio D.	35
Jones M. K.	26
Jørgensen C. C.	34
Joseph P.	22
Jourdain A.	23
Jungo K. T.	64
Jura M.	75

K

Kam C.	15
Kang C. P.	36
Karam P.	17
Karen Born T. H.	31
Karlsen T.-I.	69
Kehlet H.	34
Kelleher D.	13
Keller C.	29
Khlat M.	36
Knobé S.	46
Kolodziejczyk C.	19
Kong A. Y.	24
Kool R. B.	64
Koufopoulou P.	18
Kovacs E.	64
Kovess-Masfáty V.	53
Kreis K.	19
Krekel C.	43
Küçük A.	31
Kumar S.	25
Kümpers S.	78

L

Labey M.	48
Lafortune G.	19
La Parra-Casado D.	35
Laroque M.	78
Lauer N.	79
Launois R.	65
Le Berre M.	76
Leclercq P.	29
Lee Chin K.	79
Lee C. S.	37
Le Guludec D.	41
Lelli G. J.	72
Le Neindre C.	23
Lenzi J.	31
Levasseur D.	51
Leventer-Roberts M.	40
Levoir C.	36
Levoir T.	36
Liew T. M.	37
Lindert J.	45
Lintonen T.	21
Lisk R.	32
Lobo M. F.	32
Logan T.	32

Lolivier A.....	49
Lopes F.....	32
Lopez M. H.....	20
Louazel M.....	29
Loy C. T.....	81
Ludwig C.....	54
Lytsy P.....	37

M

Maclean J. C.....	71
Magaard J. L.	18
Magnier A.....	33
Maguire A.....	51
Maisonneuve H.....	40
Malléjac N.	33
Mallet D.	56
Marescaux J.	50
Martín U.	46
Marty S.....	57
Matta J.	13
Mayère A.....	30
Mayne C.....	13
Mazevet M. E.	13
Mazidi M.	79
Mbarga J.....	42
McClellan C.....	71
McKee M.	42
McVicar D.	26
Megerlin F.....	65
Meijs J.....	64
Mendizabal N.....	46
Menear M.	73
Menn L.....	79
Meymandi-Nejad B.....	45
Miron R.....	74
Miron R. W.....	71
Moineddin R.	63
Mondal B.	20
Monmousseau F.....	25
Montagni I.....	14
Morciano M.....	72
Morellec S.....	29
Mosquera I.	46
Mouret M.....	57
Moyal A.	66
Mueller M.....	19
Muench U.....	75

N

Naiditch M.....	63 , 66
Nelson G. C.	25
Nelson K. L.....	50
Noort B. A. C.	72
Noto G.....	31
Novikov I.	71 , 74

O

Ofori-Asenso R.....	79
Olié V.....	22
Ong P. M.	52
Or Z.....	33
Osipovič D.....	73
Özsoy V. S.	31

P

Pampel F.....	36
Park H.	66
Pasquereau A.....	22
Pennec S.....	77
Perlman S.....	17
Pernel A.-S.....	51
Pernin J.-L.....	46
Persoz C.	39
Petersen P. B.	34
Peyrache M.....	76
Phan T.	67
Pichonnaz C.	42
Pitcher Valtorta N. K.....	80
Plöthner M.	19
Pomey M.-P.	73
Pons-Pons J.....	70
Pouchain R.	58
Proudlove N.	27

Q

Querre M.	26
----------------	----

R

Rajan S.	42
Ramond-Roquin A.	67
Ramsay K.	68
Raposo V.	61
Rapp T.	80, 81
Ravesteijn B.	80
Ray M.	68
Raymond I.	38
Reber K. C.	18
Régis M.-V.	54
Regnier Denois V.	45
Rehm C. D.	61
Ricciardi W.	42, 44
Rice T. H.	52
Ritchie D.	47
Rives-Lange C.	13
Robert G.	57
Robert J. R.	43
Roos-Weil F.	51
Rosengren A.	22
Ross E.	51
Ruchon C.	76
Ruelle Y.	55
Rusch E.	25

S

Salinas-Perez J. A.	14
Salles J.	51
Saloner B.	71
Sanderson M.	73
Santos J. V.	22
Sarradon-Eck A.	58
Sasseville M.	27
Schmidt A. E.	21
Schmidt T.	19
Schmitz H.	80
Schütz M.	68
Schweyer F.-X.	24, 63
Scott A. M.	18
Sellars M.	81
Senn N.	68
Sicotte C.	68
Sicsic J.	80
Siegrist J.	34
Singer S. J.	70
Sirven N.	81

Smithman M. A.	27
Song Z.	47
Souffir V.	52
South E.	48
Souza J.	22
Spencer E. A.	18
Sperotto M.	27
Spetz J.	75
Stewart E.	74
Stiegler B.	57
Strobl R.	64
Stroka-Wetsch M. A.	80
Stutzer A.	44
Sweetman A.	14

T

Tamara Konetzka R.	81
Tapager I.	43
Tavares A. I.	61
Taylor F.	68
Teng C.	81
Terroba C.	39
Thind A.	63
Thomas M.	58
Tibi-Lévy Y.	52
Tomkow L. J.	36
Tomlinson J.	82
Torjesen D. O.	69
Toussaint B.	38
Tran L. D.	52
Tritter J.	71

V

Valat B.	82
Valente J.	22
Vall Castelló J.	35
Vanajan A.	75
Van den Broucke S.	47
van der Vaart T.	72
Van Hal G.	47
Van Wilder P.	29
Verkerk E. W.	64
Véron P.	58
Veziat N.	69
Vilar-Rodríguez M.	70
Villani M.	53
Vincent Y. M.	36

Virtanen M.	21
Vozikis A.	18
Vrangbæk K.	43

W

Wahrendorf M.	34
Waitzberg R.	21
Walli-Attai M.	22
Walshe K.	27
Walter P. W.	43
Wang C.	14
Wang X.	64
Wendy L.	31
Werlen A.-L.	45
Werner R. M.	81
Wildisen L.	64

Y

Yakusheva O.	34
Yana J.	67
Yan K.	81
Yeong K.	32
Young S. G.	25
Yrondi A.	51
Yu S.	66

Z

Zamperoni V.	48
Zaric G. S.	63
Zhang X.	24
Ziv A.	71 , 74
Zumstein C.	15
Zuvekas S. H.	48