

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Avril 2019 / April 2019

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

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Mise en ligne web

Aude Sirvain

ISSN : 2556-2827

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

Web publishing

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

Sommaire Contents

Assurance maladie Health Insurance

- 11 **Les « mises en marché » du risque santé en France : une pluralité de logiques et de séquences de changement**
Benoît C. et Coron G.
- 11 **Effects of National Health Insurance on Household Out-Of-Pocket Expenditure Structure**
Ku Y.-C., Chou Y.-J., Lee M.-C., et al.

E-santé – Technologies médicales E-Health – Medical Technologies

- 12 **Google Trends: Opportunities and Limitations in Health and Health Policy Research**
Arora V. S., McKee M. et Stuckler D.
- 12 **Challenges and Opportunities Faced by Large Health Systems Implementing Telehealth**
Ellimoottil C., An L., Moyer M., et al.
- 12 **The Use of Telemedicine by Physicians: Still the Exception Rather Than the Rule**
Kane C. K. et Gillis K.
- 13 **The Use of Electronic Consultations Is Associated with Lower Specialist Referral Rates: A Cross-Sectional Study Using Population-Based Health Administrative Data**
Moroz I., Kendall C., Liddy C., et al.
- 13 **Are State Telehealth Policies Associated with the Use of Telehealth Services Among Underserved Populations?**
Park J., Erikson C., Han X., et al.
- 13 **Le développement de la télémédecine, une question de financement ? Un éclairage par l'analyse lexicométrique du discours parlementaire**
Thorigny M.

- 14 **Population-Level Estimates of Telemedicine Service Provision Using an All-Payer Claims Database**
Yu J., Mink P. J., Huckfeldt P. J., et al.
- 14 **Expansion of Telestroke Services Improves Quality of Care Provided in Super Rural Areas**
Zhang D., Wang G., Zhu W., et al.

Économie de la santé Health Economics

- 14 **Le financement par cotisations freine-t-il la redistribution ? Une analyse en comparaison internationale**
Amoureux V., Guillaud E. et Zemmour M.
- 15 **Improving the Medicare Physician Fee Schedule: Make It Part of Value-Based Payment**
Berenson R. A. et Ginsburg P. B.
- 15 **Variation in Health Spending Growth for the Privately Insured from 2007 to 2014**
Cooper Z., Craig S., Gray C., et al.
- 15 **Rationalisation des examens biologiques en cardiologie**
Corré J. et Douard H.
- 16 **Explaining the Slowdown in Medical Spending Growth Among the Elderly, 1999-2012**
Cutler D. M., Ghosh K., Messer K. L., et al.
- 16 **The Impact of Financial Incentives on Health and Health Care: Evidence from a Large Wellness Program**
Einav L., Lee S. et Levin J.
- 16 **Addressing Overuse of Health Services in Health Systems: A Critical Interpretive Synthesis**
Ellen M. E., Wilson M. G., Vélez M., et al.
- 17 **National Health Care Spending in 2017: Growth Slows to Post-Great Recession Rates; Share of GDP Stabilizes**
Martin A. B., Hartman M., Washington B., et al.

- 17 **Regional Variation in Healthcare Spending and Mortality Among Senior High-Cost Healthcare Users in Ontario, Canada: A Retrospective Matched Cohort Study**
Muratov S., Lee J., Holbrook A., et al.
- 18 **The Impact of Out-Of-Pocket Costs on Treatment Commencement and Adherence in Chronic Kidney Disease: A Systematic Review**
Palagyi A., Jan S., Dodd R., et al.
- 18 **Who Benefits Most in Disease Management Programs: Improving Target Efficiency**
Simcoe T., Catillon M. et Gertler P.
- 18 **Expérimentations en faveur de l'innovation : réussir un projet de transformation de type article 51**
Townsend A., de Trogoff H., Szwarcensztein K., et al.
- 19 **Cure for Increasing Health Care Costs: The Bernhoven Case as Driver of New Standards of Appropriate Care**
Van Leersum N., Bennemeer P., Otten M., et al.
- 19 **Did the Expansion of Free GP Care Impact Demand for Emergency Department Attendances? A Difference-In-Differences Analysis**
Walsh B., Nolan A., Brick A., et al.

État de santé Health Status

- 20 **Burnout in French Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis**
Kansoun Z., Boyer L., Hodgkinson M., et al.
- 20 **Excess Mortality and Hospitalizations in Transitional-Age Youths with a Long-Term Disease: A National Population-Based Cohort Study**
Rachas A., Tuppin P., Meyer L., et al.
- 21 **Long-Term Effect of Outdoor Air Pollution on Mortality and Morbidity: A 12-Year Follow-Up Study for Metropolitan France**
Sanyal S., Rochereau T., Maesano C. N., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

- 21 **Absence de lien entre la densité de médecins généralistes et la survie des patients atteints de carcinome hépatocellulaire**
Barrault F., Dramé M., Heurgue A., et al.
- 22 **« Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches**
Chevallard G., Lucas-Gabrielli V. et Mousques J.
- 22 **Disparités socio-spatiales d'accès à pied des personnes âgées aux services de santé au sein de la Région Rhône-Alpes**
Chibane S. R.
- 22 **Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ?**
Lucas-Gabrielli V. et Mangeney C.
- 23 **Developing a Composite Index of Spatial Accessibility Across Different Health Care Sectors: A German Example**
Siegel M., Koller D., Vogt V. et Sundmacher L.
- 24 **Perspectives: Using Results from HRSA's Health Workforce Simulation Model to Examine the Geography of Primary Care**
Streeter R. A., Zangaro G. A. et Chattopadhyay A.

Handicap Disability

- 24 **Handicap et santé bucco-dentaire : les réseaux de soins, une solution temporaire qui perdure !**
Denis F., Guyet P. et Moussa-Badran S.
- 24 **L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône**
Hammoud M., Prudhomme J., Champsaur L., et al.
- 25 **Contribution of Chronic Conditions to Disability in Men and Women in France**
Looman C. W. N., Wapperom D., Nusselder W. J., et al.

Hôpital Hospitals

- 25 **A Model of Care for Osteoarthritis of the Hip and Knee: Development of a System-Wide Plan for the Health Sector in Victoria, Australia**
Briggs A., Page C. J., Sham B. R., et al.
- 26 **Impact de la dépendance à l'alcool sur le coût et la durée des séjours hospitaliers**
Delo C., Van Wilder P., Van Den Bulcke J., et al.
- 26 **Quantification of the Impact of Hip Fracture and the Operative Procedure on Patient's Basic Mobility in the Early Postoperative Period**
Michael A. et Swingewood N.
- 26 **Effets du programme d'accompagnement du retour à domicile sur les pratiques des services de Protection maternelle et infantile**
Saïas T., Clavel C. et Bodard J.
- 27 **Understanding the Allocation of Caesarean Outcome to Provider Type: A Chart Review**
Thiessen K., Nickel N., Prior H. J. et al.
- 27 **Evaluation of Cost and Length of Stay's Homogeneity Per APR-DRG for Oncological Inpatient Stays in 11 Belgian Hospitals**
Van Wilder P., Van Den Bulcke J., Martins D., et al.
- 27 **L'attractivité des CHU : dossier**
Wilde D. d. et al.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 28 **Unmet Health Care and Health Care Utilization**
Bataineh H., Devlin R. A. et Barham V.
- 28 **Socioeconomic Inequality in Non-Communicable Diseases in Europe Between 2004 and 2015: Evidence from the SHARE Survey**
Bono F. et Matrangola D.
- 28 **Health Differentials Between Citizens and Immigrants in Europe: A Heterogeneous Convergence**
Bousmah M.-a.-Q., Combes J.-B. S. et Abu-Zaineh M.

- 29 **Qui se sent pauvre en France ? Pauvreté subjective et insécurité sociale**
Duvoux N. et Papuchon A.
- 29 **Adding Interactions to Models of Intersectional Health Inequalities: Comparing Multilevel and Conventional Methods**
Evans C. R.
- 30 **Smoking Among Immigrant Groups in Metropolitan France: Prevalence Levels, Male-To-Female Ratios and Educational Gradients**
Khlata M., Bricard D. et Legleye S.
- 30 **Trajectories of Health-Related Quality of Life in Immigrants and Non-Immigrants in Germany: A Population-Based Longitudinal Study**
Nesterko Y., Turrion C. M., Friedrich M., et al.
- 30 **Smoking Among Immigrant Groups in the United States: Prevalence, Education Gradients, and Male-To-Female Ratios**
Pampel F., Khlata M., Bricard D., et al.

Médicaments Pharmaceuticals

- 31 **Physicians' Attitudes Towards Deprescribing**
Chan H. K., Cheong S. T. et Chen Y. R.
- 31 **Une charte de bon usage des antibiotiques en médecine générale : faisabilité et acceptabilité**
Conrard F., Pulcini C., Rabaud C., et al.
- 32 **Enrichir et mettre à jour sa panoplie pour mieux soigner : le tri parmi les 954 textes publiés par Prescrire en 2018**
Revue Prescrire
- 32 **Le dossier pharmaceutique : à renforcer pour plus d'utilité pour les soins**
Revue Prescrire
- 32 **Médicaments « biosimilaires » : état des lieux début 2019 en France**
Revue Prescrire

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

- 32 **Réflexions sur la notion de donnée publique**
Boul M.
- 32 **Transparence des algorithmes face à l'open data : quel statut pour les données d'apprentissage ?**
Bourcier D. et De Filippi P.
- 33 **La propriété des données publiques**
Camus A.
- 33 **Vers l'État-plateforme ?**
Chevallier J.
- 33 **La construction d'un service public de la donnée**
Cluzel-Métayer L.
- 33 **Big data de santé et autodétermination informationnelle : quelle articulation possible pour une innovation protectrice des données personnelles ?**
Debiès É.
- 34 **Telephone Health Survey Estimates: Effects of Nonresponse and Sample Limitations**
Fowler F. J., Jr., Brenner P. S., Buskirk T. D., et al.
- 34 **Données publiques et protection des données personnelles : le cadre européen**
Lanna M.
- 34 **L'accès aux données publiques et aux codes source en Italie. À la recherche d'une « transparence algorithmique », à l'aube du Règlement général sur la protection des données**
Mancosu G.
- 34 **Obtaining Contextually Relevant Geographic Data Using Facebook Recruitment in Public Health Studies**
Nelson E. J., Loux T., Arnold L. D., et al.
- 35 **La portabilité des données et des services**
Pellegrini F.
- 35 **Parangonnage du codage des DAS producteurs de sévérité**
Philippon J.-F. et Caridade G.

- 36 **Un futur antérieur. Le rapport aux données dans le travail de prévision macroéconomique**
Pilmis O.
- 36 **Defining and Measuring Multimorbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews**
Prescott G. J., Johnston M. C., Black C., et al.
- 36 **Traces numériques et recherche scientifique au prisme du droit des données personnelles**
Rossi J. et Bigot J.-É.
- 37 **Web sémantique : les politiques du sens et la rhétorique des données**
Sire G.
- 37 **L'encadrement juridique des données ouvertes en Espagne**
Valero Torrijos J. et Andreu Martínez M. B.

Politique de santé

Health Policy

- 37 **L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé**
Duchesne V.
- 38 **How Is the Use of Research Evidence in Health Policy Perceived? A Comparison Between the Reporting of Researchers and Policy-Makers**
Ellen M. E., Lavis J. N., Horowitz E., et al.
- 38 **Mise en place d'une politique publique de santé des migrants**
Ginot L., Kirschen B., Laporte A., et al.
- 38 **Past, Present and Future Challenges in Health Care Priority Setting**
Hall W., Williams I., Smith N., et al.
- 39 **La démarche stratégique en matière de politique de santé : pourquoi sommes-nous restés au milieu du gué ?**
Henrard J.-C.
- 39 **La réforme du troisième cycle des études médicales : où en est-on ?**
Lavigne B. et Fontaine A.
- 39 **Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**
Sebai J.

- 40 **Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe**
Sebai J. et Yatim F.
- 40 **Health Enhancing Physical Activity in All Policies? Comparison of National Public Actors Between France and Belgium**
Van Hoyer A., Vandoorne C., Absil G., et al.

Politique sociale Social Policy

- 41 **L'« universalisation » : une notion à interroger ?**
Bucharles B.
- 41 **Raising Take-Up of Social Assistance Benefits Through a Simple Mailing: Evidence from a French Field Experiment**
Chareyron S., Gray D. et L'Horty Y.
- 41 **Universalisation de la protection sociale : vers la personnalisation des droits sociaux ?**
Chauchard J.-P.
- 42 **L'individualisation/universalisation des droits à la protection sociale, un processus en marche dans l'Europe continentale**
Euzéby C.
- 42 **Le paritarisme à l'épreuve de l'universalisation de la protection sociale**
Ferkane Y.
- 42 **La régularité du séjour des étrangers en France : frontière du projet d'universalisation de la protection sociale ?**
Izambert C.
- 42 **Contexte d'émergence du Housing First**
Laval C.

Prévention de la santé Health Prevention

- 43 **Impact d'une campagne nationale de promotion des Consultations Jeunes Consommateurs**
Cogordan C., Protais C., Díaz Gómez C., et al.

- 44 **Genre, inégalités et promotion de la santé à l'échelle locale. L'exemple gennevillois**
Faure E. et Rican S.
- 44 **Améliorer la complémentarité des offres d'éducation thérapeutique du patient : retour d'expérience et recommandations**
Fournier C., Cittée J., Brugerolles H., et al.

Prévision – Evaluation Prevision - Evaluation

- 45 **Les sociologies économiques relationnelles : réflexions sur trois ouvrages récents**
Steiner P.
- 45 **Predicting Healthcare Expenditure by Multimorbidity Groups**
Tarazona V. C., Olmeda N. G. et Consuelo D. V.

Psychiatrie Psychiatry

- 46 **Le projet Baromètre, un outil numérique et collaboratif. Pertinence et utilité dans le champ de la santé mentale**
Bossé P.-L., Carrier S. et Morin P.
- 46 **The Impact of Depressive Symptoms on Exit from Paid Employment in Europe: A Longitudinal Study with 4 Years Follow-Up**
Burdorf A., Robroek S. J. W. et Porru F.
- 46 **Citoyenneté OU Empowerment : « encore un effort » ?**
Desmons P.
- 47 **L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre »**
Farkas M.
- 47 **Expérimentation pionnière et monopoles professionnels. Les obstacles au partage du pouvoir décisionnel**
Godrie B.
- 47 **Co-Designing for Quality: Creating a User-Driven Tool to Improve Quality in Youth Mental Health Services**
Hackett C. L., Mulvale G. et Miatello A.

- 48 **Quelles sont les limites des nouveaux courants en santé mentale ? Le cas de la santé mentale communautaire et de l'empowerment**
Haliday H.
- 48 **Education Care in Patients with Psychiatric Disorders in France: Psychoeducation or Therapeutic Patient Education?**
Lang J. P., Jurado N., Herdt C., et al.
- 48 **Les médecins généralistes face à la « dépression chronique ». Représentations et attitudes thérapeutiques**
Linder A., Widmer D., Fitoussi C., et al.
- 49 **Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques. Le savoir d'expérience pour agir contre la stigmatisation en santé mentale**
Loubières C., Caria A. et Arfeuillère S.
- 49 **Adolescent Mental Health and Unemployment over the Lifespan: Population Evidence from Sweden**
Mousteri V., Daly M., Delaney L., et al.
- 51 **Physician Perspectives on Choosing Wisely Canada as an Approach to Reduce Unnecessary Medical Care: A Qualitative Study**
Embrett M. et Randall G. E.
- 51 **Rethinking the Place of Primary Healthcare in France-Role of General Practice**
Gay B.
- 52 **Collaboration interprofessionnelle pour la santé buccodentaire des personnes âgées – esquisse de mise en œuvre**
Harnagea H.
- 52 **Le médecin généraliste, un acteur central dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques faiblement alphabétisés**
Margat A. et Morsa M.
- 52 **Examining the Role of the Physician as a Source of Variation: Are Physician-Related Variations Necessarily Unwarranted?**
Mercuri M. et Gafni A.
- 53 **New Approaches to Measuring the Comprehensiveness of Primary Care Physicians**
O'Malley A. S., Rich E. C., Shang L., et al.

Soins de santé primaires Primary Health Care

- 49 **Explaining Primary Care Physicians' Decision to Quit Patient-Centered Medical Homes: Evidence from Quebec, Canada**
Ammi M., Diop M. et Strumpf E.
- 50 **La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé**
Bauduer F., Vanz E., Guillet N., et al.
- 50 **Le choix de la médecine générale aux ECN : «des déterminants qui s'installent dans le paysage »**
Bismuth M., Boyer P., Rodriguez J., et al.
- 50 **Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité**
Chevallier C., Collombier M., Zeindler E., et al.
- 51 **Facteurs associés à la prise de rendez-vous en ligne pour une consultation de médecine générale**
Ellouze S., Lafortune J. et Soares A.
- 53 **Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens**
Ridard E. et Somme D.
- 54 **Coordinating Primary Care Services: A Case of Policy Layering**
Rudoler D., Peckham A., Grudniewicz A., et al.

Travail et santé Occupational Health

- 54 **Job Sick Leave: Detecting Opportunistic Behavior**
Biscardo C. A., Bucciol A. et Pertile P.
- 54 **How Disability Insurance Reforms Change the Consequences of Health Shocks on Income and Employment**
Hullegie P. et Koning P.
- 55 **Does Experience Rating Reduce Sickness and Disability Claims? Evidence from Policy Kinks**
Kyra T. et Paukkeri T.

- 55 **The Association Between Part-Time and Temporary Employment and Sickness Absence: A Prospective Swedish Twin Study**

Mather L., Svedberg P., Helgadóttir B., et al.

- 55 **Introduction: Frontline Delivery of Welfare-To-Work in Different European Contexts**

Van Berkel R., Larsen F. et Caswell D.

Vieillessement **Ageing**

- 56 **Identifying Care Home Patients in the Last Twelve Months of Life**

Chu C. et Woods S.

- 56 **Durée d'assurance et équivalent patrimonial des droits à la retraite : l'impact de la réforme de 1993**

Daniel C., Mottet S., Herell Nze Obame J., et al.

- 56 **Les impacts du vieillissement de la population française sur les systèmes sanitaires et médico-sociaux : une analyse des revues académiques et professionnelles depuis la loi ASV**

Hentic-Giliberto M. et Stephan S.

- 57 **Effets de la prise en charge des personnes démentes sur le travail aide-soignant en EHPAD. Une approche par la théorie de la régulation sociale**

Lebrun L., Dumas M. et Douguet F.

- 57 **The Ageing and De-Institutionalisation of Death—Evidence from England and Wales**

Leeson G. W.

- 58 **The Short-Term Effects of Retirement on Health Within Couples: Evidence from France**

Messe P.-J. et Wolff F.-C.

- 58 **Éditorial : le vieillissement de la population, un enjeu social et managérial majeur pour les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux**

Payre S., Tissioui M. et Joffre C.

Health Insurance**► Les « mises en marché » du risque santé en France : une pluralité de logiques et de séquences de changement**BENOÎT C. ET CORON G.
2018**Revue française des affaires sociales(4): 259-279.**<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-259.htm>

L'article examine l'émergence d'un marché de l'assurance santé complémentaire en France au cours des vingt dernières années. Nous y développons l'idée que, loin d'avoir suivi une trajectoire univoque, cette évolution résulte de la rencontre de plusieurs séries de réformes partiellement indépendantes : les directives européennes « assurances » et « Solvabilité 2 » ; le développement des réseaux de soins, encouragé par les pouvoirs publics ; et plus récemment, l'obligation faite aux entreprises du secteur privé de fournir une couverture complémentaire à leurs salariés. Si chaque réforme concourt au renforcement d'un marché du risque santé, nous insistons sur le fait qu'elles répondent à des logiques et mobilisent des acteurs spécifiques. Dans ce contexte, l'article montre les tensions induites par cette pluralité de « mises en marché », qui s'accompagne d'une complexification de la régulation de l'assurance santé complémentaire dans le système français.

► Effects of National Health Insurance on Household Out-Of-Pocket Expenditure StructureKU Y.-C., CHOU Y.-J., LEE M.-C., et al.
2019**Social Science & Medicine 222: 1-10.**

Achieving universal health insurance coverage is a major objective for many countries. Taiwan implemented its National Health Insurance (NHI) program with universal coverage in 1995. This study investigates whether the NHI program affects the level and structures of out-of-pocket (OOP) health expenditures. We used data from the Taiwan Survey of Family Income and Expenditure released by the Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics. We identified a case and a control group and then employed coarsened exact matching to match the two groups using several available variables. We then conducted a difference-in-difference analysis and determined that there was a statistically significant negative effect on OOP expenditure that was attributable to NHI (a reduction of 2.11 percentage points in total household expenditure). The largest reductions were found in health care services (-1.63%) and pharmaceuticals (-0.45%). We found a statistically significant positive effect on purchases of private insurance related to health care, which was attributable to NHI (an increase of 0.96 percentage points in household budget share). In addition, we discovered that the NHI program had a greater impact on households of a lower socioeconomic status compared with higher socioeconomic status households. The structure of OOP payments in the post-NHI period remained similar to that of the pre-NHI period in the full sample but varied slightly depending on the educational level of the head of the household.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **Google Trends: Opportunities and Limitations in Health and Health Policy Research**

ARORA V. S., MCKEE M. ET STUCKLER D.
2019

Health Policy 123 (3) : 338-341

Web search engines have become pervasive in recent years, obtaining information easily on a variety of topics, from customer services and goods to practical information. Beyond these search interests, however, there is growing interest in obtaining health advice or information online. As a result, health and health policy researchers are starting to take note of potential data sources for surveillance and research, such as Google Trends™, a publicly available repository of information on real-time user search patterns. While research using Google Trends™ is growing, use of the dataset still remains limited. This paper offers an overview of the use of such data in a variety of contexts, while providing information on its strengths, limitations, and recommendations for further improvement.

► **Challenges and Opportunities Faced by Large Health Systems Implementing Telehealth**

ELLIMOOTTIL C., AN L., MOYER M., *et al.*
2018

Health Aff (Millwood) 37(12): 1955-1959.

Executives at large health systems across the United States have an interest in developing or expanding telehealth programs. While interest is increasing, telehealth implementation teams (or e-health teams) often face challenges that can hinder the successful transition from pilot to full-scale implementation. Here we share lessons learned by four large health systems that have faced and largely surmounted these challenges. For e-health teams to successfully engage senior leaders in new telehealth initiatives, it is essential to align proposals with the strategic goals of the institution and use patient stories to highlight the benefits of telehealth. To manage the demand for telehealth offerings from patients and dozens of clinical departments, e-health teams should develop

a framework for deciding what's most important. To get large medical staffs to adopt telehealth workflows, e-health teams should nurture telehealth champions at each staff level and incentivize them with career development opportunities and rewards. To enroll a heterogeneous population of patients in telehealth programs, e-health teams should use multiple methods of education to accommodate different learning styles. And finally, health systems should develop telehealth-specific outcome measures and repeatedly use them to motivate improvement.

► **The Use of Telemedicine by Physicians: Still the Exception Rather Than the Rule**

KANE C. K. ET GILLIS K.
2018

Health Aff (Millwood) 37(12): 1923-1930.

Using data from the American Medical Association's 2016 Physician Practice Benchmark Survey, we provide the first nationally representative estimates of physicians' use of telemedicine. In 2016, 15.4 percent of physicians worked in practices that used telemedicine for a wide spectrum of patient interactions, including e-visits as well as diagnoses made by radiologists who used telemedicine to store and forward data. In the same year, 11.2 percent of physicians worked in practices that used telemedicine for interactions between physicians and health care professionals. We found that in addition to specialty, larger practice size was an important correlate of telemedicine use. This suggests that despite regulatory and legislative changes to encourage the use of telemedicine, the financial burden of implementing it may be a continuing barrier for small practices.

► **The Use of Electronic Consultations Is Associated with Lower Specialist Referral Rates: A Cross-Sectional Study Using Population-Based Health Administrative Data**

MOROZ I., KENDALL C., LIDDY C., *et al.*
2018

Family Practice 35(6): 698-705.

<https://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmy020>

The referral-consultation process can be difficult to navigate. Electronic consultations (eConsults) can help streamline referrals by facilitating inter-provider communication. We evaluated the potential effect of eConsult on specialist referral rates in Ontario among family physicians providing comprehensive care. We conducted a retrospective 1:3 matched cohort study examining total referrals and referrals to all available medical specialties from primary care providers between 1 April 2014 and 31 March 2015. We used multivariable random effects Poisson regression analysis to compare referral rates between eConsult and non-eConsult users while adjusting for relevant patient and provider characteristics. Referral rates were expressed per physician, per 100 patients and per 100 patient encounters. There were 113197 referrals across all medical specialties made by 119 eConsult physicians and 352 matched controls. Referral rates per physician were significantly lower in the eConsult group for all specialty groupings [unadjusted rate ratio (RR) = 0.87, 95% confidence interval (CI) = 0.80–0.95; adjusted RR = 0.92, 95% CI = 0.85–1.00]. Referral rates per patient were lower among eConsult physicians (unadjusted RR = 0.91, 95% CI = 0.84–0.98) but this difference was not statistically significant after adjustment (adjusted RR = 0.96, 95% CI = 0.90–1.02). No statistically significant difference was observed when referrals were expressed per 100 patient encounters. This is the first Canadian study to examine the potential effect of eConsult on overall referrals at a population level. Our findings demonstrate that using eConsult service is associated with fewer referrals from primary to specialist care, with considerable potential for cost savings to our single-payer system.

► **Are State Telehealth Policies Associated with the Use of Telehealth Services Among Underserved Populations?**

PARK J., ERIKSON C., HAN X., *et al.*

2018

Health Aff (Millwood) 37(12): 2060-2068.

Using four years of data from a nationally representative consumer survey, we examined trends in telehealth usage over time and the role state telehealth policies play in telehealth use. Telehealth use increased dramatically during the period 2013-16, with new modalities such as live video, live chat, texting, and mobile apps gaining traction. The rate of live video communication rose from 6.6 percent in June 2013 to 21.6 percent in December 2016. However, underserved populations-including Medicaid, low-income, and rural populations-did not use live video communication as widely as other groups did. Less restrictive state telehealth policies were not associated with increased usage overall or among underserved populations. This study suggests that state efforts alone to remove barriers to using telehealth might not be sufficient for increasing use, and new incentives for providers and consumers to adopt and use telehealth may be needed.

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

THORIGNY M.

2018

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

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

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

dence : la maîtrise des dépenses de santé, le financement des acteurs, le financement des équipements et les modalités de rémunération des actes.

► **Population-Level Estimates of Telemedicine Service Provision Using an All-Payer Claims Database**

YU J., MINK P. J., HUCKFELDT P. J., et al.
2018

Health Aff (Millwood) 37(12): 1931-1939.

In recent years state and federal policies have encouraged the use of telemedicine by formalizing payments for it. Telemedicine has the potential to expand access to timely care and reduce costs, relative to in-person care. Using information from the Minnesota All Payer Claims Database, we conducted a population-level analysis of telemedicine service provision in the period 2010-15, documenting variation in provision by coverage type, provider type, and rurality of patient residence. During this period the number of telemedicine visits increased from 11,113 to 86,238, and rates of use varied extensively by coverage type and rurality. In metropolitan areas telemedicine visits were primarily direct-to-consumer services provided by nurse practitioners or physician assistants and covered by commercial insurance. In nonmetropolitan areas telemedicine use was chiefly real-time provider-initiated services delivered by physicians to publicly insured populations. Recent federal and state legislation that expanded coverage and increased provider reimbursement for telemedicine services could lead to expanded use of telemedicine, including novel approaches in new patient populations.

► **Expansion of Telestroke Services Improves Quality of Care Provided in Super Rural Areas**

ZHANG D., WANG G., ZHU W., et al.
2018

Health Aff (Millwood) 37(12): 2005-2013.

Telestroke is a telemedicine intervention that facilitates communication between stroke centers and lower-resourced facilities to optimize acute stroke management. Using administrative claims data, we assessed trends in telestroke use among fee-for-service Medicare beneficiaries with acute ischemic stroke and the association between providing telestroke services and intravenous tissue plasminogen activator (IV tPA) and mechanical thrombectomy use, mortality, and medical expenditures, by urban versus rural county of residence in the period 2008-15. The proportion of ischemic stroke cases receiving telestroke increased from 0.4 to 3.8 per 1,000 cases, with usage highest among younger, male, non-Hispanic white, and patients in rural or super rural areas (super rural is the bottom quartile of rural areas). Compared with patients receiving usual care, those receiving telestroke had greater IV tPA and mechanical thrombectomy use regardless of county type, while those in super rural counties had lower thirty-day all-cause mortality. Despite increased telestroke use, rural patients remained less likely than urban patients to receive IV tPA. The findings suggest that telestroke service expansion efforts have increased, especially in rural and super rural counties, and have improved outcomes.

Économie de la santé

Health Economics

► **Le financement par cotisations freinet-il la redistribution ? Une analyse en comparaison internationale**

AMOUREUX V., GUILLAUD E. ET ZEMMOUR M.
2018

Revue française des affaires sociales(4): 75-101.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-75.htm>

L'universalité des droits est généralement présentée comme contradictoire avec un financement par cotisations sociales : celles-ci seraient par nature régressives, notamment en raison de plafonnements, et devraient financer exclusivement des droits contributifs ; à l'in-

verse, un financement par l'impôt sur le revenu (IR) serait davantage progressif et pourrait financer des droits universels. À partir d'une base de microdonnées comparatives à l'échelle des ménages (LIS, 22 pays de l'OCDE), nous remettons en perspective cette opposition a priori. D'une part, notre analyse montre que les cotisations sociales sont globalement redistributives : ainsi, des cotisations élevées n'entraînent pas une moindre redistributivité. D'autre part, les cotisations sont en réalité complémentaires à l'IR dans la réduction des inégalités tout au long de la distribution des revenus. En bas de la distribution des revenus, les cotisations compriment les inégalités par une progressivité marquée – en combinant effets de barème et d'assiette – et, lorsque les cotisations deviennent régressives (souvent tardivement dans l'échelle des revenus), l'IR prend le relais de la compression des inégalités.

► **Improving the Medicare Physician Fee Schedule: Make It Part of Value-Based Payment**

BERENSON R. A. ET GINSBURG P. B.
2019

Health Aff (Millwood) 38(2): 246-252.

Alternative Payment Models (APMs) can address the limitations inherent in fee-for-service payment to support new approaches to health care delivery that produce greater value. But the models being tested are directly layered on top of fee-for-service architecture, specifically the Medicare Physician Fee Schedule. Shoring up that architecture to produce greater value, in combination with APMs, should be considered an integral part of the movement to value-based payment. We propose ending the split within the Centers for Medicare and Medicaid Services between the people managing the Medicare Physician Fee Schedule and those creating and testing APMs, with both groups advised by a revamped Physician-Focused Payment Model Technical Advisory Committee that covers both dimensions of creating greater value.

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

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

Health Aff (Millwood) 38(2): 230-236.

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

► **Rationalisation des examens biologiques en cardiologie**

CORRÉ J. ET DOUARD H.
2018

Santé Publique 30(5): 689-695.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-689.htm>

Les examens biologiques complètent l'examen clinique pour la prise en charge diagnostique, pronostique, voire thérapeutique des patients. En France, la prescription de tels examens, dont le coût est très souvent méconnu par le médecin, est aisée, voire tantôt excessive, avec des examens prescrits redondants ou futiles pour la prise en charge d'un patient donné. La cardiologie n'y fait pas exception, avec des tests biologiques parfois onéreux. L'objectif de cette étude est de montrer que la prescription justifiée a priori de chacun des examens complémentaires dans un service de cardiologie permet une diminution significative de leurs volumes et coûts, sans perte de chance pour la prise en charge des patients. Deux périodes consécutives de deux ans, entre le 1^{er} novembre 2011 et le 31 octobre

2015 – chevauchant l’instauration d’une politique de rationalisation des examens complémentaires –, ont été comparées. Tous les patients admis dans notre service de cardiologie pendant cette période ont été inclus. Le volume et le coût de prescription des examens biologiques les plus fréquents ont été évalués à chaque semestre. Entre les deux périodes d’évaluation, il existait une diminution significative du volume du coût des examens biologiques (NFS : – 72 %, BNP : – 92 %, troponine : – 82 %, CRP : – 89 %, bilan hépatique : – 87 %, bilan lipidique : – 80 %, TSH : – 80 %, $p < 0,001$). Aucun événement grave indésirable n’a été rapporté et il n’y avait pas d’augmentation de la mortalité au cours des séjours hospitaliers des patients. Rationaliser permet une réduction significative de chacun des examens complémentaires, sans perte de chance pour le patient.

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

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

2019

Health Aff (Millwood) 38(2): 222-229.

We examined trends in per capita spending for Medicare beneficiaries ages sixty-five and older in the United States in the period 1999-2012 to determine why spending growth has been declining since around 2005. Decomposing spending by condition, we found that half of the spending slowdown was attributable to slower growth in spending for cardiovascular diseases. Spending growth also slowed for dementia, renal and genitourinary diseases, and aftercare for people with acute illnesses. Using estimates from the medical literature of the impact of pharmaceuticals on acute disease, we found that roughly half of the reduction in major cardiovascular events was attributable to medications controlling cardiovascular risk factors. Despite this substantial cost-saving improvement in cardiovascular health, additional opportunities remain to lower spending through disease prevention and control.

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

EINAV L., LEE S. ET LEVIN J.

2019

Health Economics 28(2): 261-279.

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

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

► **Addressing Overuse of Health Services in Health Systems: A Critical Interpretive Synthesis**

ELLEN M. E., WILSON M. G., VÉLEZ M., *et al.*

2018

Health research policy and systems 16(1): 48-48.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29907158>

Health systems are increasingly focusing on the issue of ‘overuse’ of health services and how to address it. We developed a framework focused on (1) the rationale and context for health systems prioritising addressing overuse, (2) elements of a comprehensive process and approach to reduce overuse and (3) implementation considerations for addressing overuse. We conducted a critical interpretive synthesis informed by a stakeholder-engagement process. The synthesis identified relevant empirical and non-empirical articles about system-level overuse. Two reviewers independently screened records, assessed for inclusion and conceptually mapped included articles. From these, we selected a purposive sample, created structured summaries of key findings and thematically synthesised the results.

Our search identified 3545 references, from which we included 251. Besides negative outcomes at the patient, system and global level, there were various contextual factors to addressing service overuse that seem to be key issue drivers. Processes for addressing overuse can be grouped into three elements comprising a comprehensive approach, including (1) approaches to identify overused health services, (2) stakeholder- or patient-led approaches and (3) government-led initiatives. Key implementation considerations include the need to develop 'buy in' from stakeholders and citizens. Health systems want to ensure the use of high-value services to keep citizens healthy and avoid harm. Our synthesis can be used by policy-makers, stakeholders and researchers to understand how the issue has been prioritised, what approaches have been used to address it and implementation considerations.

► **National Health Care Spending in 2017: Growth Slows to Post-Great Recession Rates; Share of GDP Stabilizes**

MARTIN A. B., HARTMAN M., WASHINGTON B., *et al.*
2019

[Health Aff \(Millwood\) 38\(1\)](#)

Total nominal US health care spending increased 3.9 percent to \$3.5 trillion in 2017, slowing from growth of 4.8 percent in 2016. The rate of growth in 2017 was similar to the increases between 2008 and 2013, which preceded the faster growth experienced during 2014-15-a period that was marked by insurance coverage expansion and large increases in prescription drug spending. Slower growth in health care spending in 2017 was mainly attributable to the use and intensity of goods and services, particularly for hospital care, physician and clinical services, and retail prescription drugs. Nearly all major sources of insurance and sponsors of health care experienced slower growth in 2017. On a per capita basis, spending on health care increased 3.2 percent and reached \$10,739 in 2017. The share of gross domestic product devoted to health care spending was 17.9 percent in 2017, similar to the share in 2016.

► **Regional Variation in Healthcare Spending and Mortality Among Senior High-Cost Healthcare Users in Ontario, Canada: A Retrospective Matched Cohort Study**

MURATOV S., LEE J., HOLBROOK A., *et al.*
2018

[BMC geriatrics 18\(1\): 262-262.](#)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30382828>

Senior high cost health care users (HCU) are a priority for many governments. Little research has addressed regional variation of HCU incidence and outcomes, especially among incident HCU. This study describes the regional variation in healthcare costs and mortality across Ontario's health planning districts [Local Health Integration Networks (LHIN)] among senior incident HCU and non-HCU and explores the relationship between healthcare spending and mortality. We conducted a retrospective population-based matched cohort study of incident senior HCU defined as Ontarians aged ≥ 66 years in the top 5% most costly healthcare users in fiscal year (FY) 2013. We studied 175,847 incident HCU and 527,541 matched non-HCU. On average, 94 out of 1000 seniors per LHIN were HCU (CV = 4.6%). The mean total costs for HCU in FY2013 were 12 times higher that of non-HCU (\$29,779 vs. \$2472 respectively), whereas all-cause mortality was 13.6 times greater (103.9 vs. 7.5 per 1000 seniors). Regional variation in costs and mortality was lower in senior HCU compared with non-HCU. We identified greater variability in accessing the healthcare system, but, once the patient entered the system, variation in costs was low. The traditional drivers of costs and mortality that we adjusted for played little role in driving the observed variation in HCUs' outcomes. We identified LHINs that had high mortality rates despite elevated healthcare expenditures and those that achieved lower mortality at lower costs. Some LHINs achieved low mortality at excessively high costs. Risk-adjusted allocation of healthcare resources to seniors in Ontario is overall similar across health districts, more so for HCU than non-HCU. Identified important variation in the cost-mortality relationship across LHINs needs to be further explored.

► **The Impact of Out-Of-Pocket Costs on Treatment Commencement and Adherence in Chronic Kidney Disease: A Systematic Review**

PALAGYI A., JAN S., DODD R., *et al.*

2018

Health Policy and Planning 33(9): 1047-1054.

<https://dx.doi.org/10.1093/heapol/czy081>

Chronic kidney disease (CKD) is a significant and growing driver of the global non-communicable diseases (NCD) burden, responsible for 1.2 million deaths in 2016. While previous research has estimated the out-of-pocket costs of CKD treatment and resulting levels of catastrophic health expenditures, less is known about the impact of such costs on access to, and maintenance of, care. Our study seeks to fill this gap by synthesizing available evidence on cost as a determinant of CKD treatment discontinuation. We searched for studies which considered the financial burden of treatment and medication for CKD patients and the extent to which this burden was associated with patients forgoing or discontinuing treatment. We identified 14 relevant studies, 5 from high-income countries and 9 from low-middle income countries. All suggest that cost adversely influences adherence to CKD medication and dialysis treatment. In poorer countries, those entering treatment programs were typically diagnosed late, under-dialysed and suffered very high levels of mortality. Identified studies present consistent findings regardless of study context: cost is barrier to treatment and a driver of non-adherence and discontinuation, with poorer households worst affected. This is in line with previous research. Major gaps in the literature remain, however, in relation to differential impact of the cost burden on men and women, the coping strategies of poor households and the effect of insurance coverage.

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

SIMCOE T., CATILLON M. ET GERTLER P.

2019

Health Economics 28(2): 189-203.

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

Disease management programs aim to reduce cost by improving the quality of care for chronic diseases. Evidence of their effectiveness is mixed. Reducing

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

► **Expérimentations en faveur de l'innovation : réussir un projet de transformation de type article 51**

TOWNSEND A., DE TROGOFF H., SZWARCENSZTEIN K., *et al.*

2018

Thérapie 74 (1) 43-49

L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018 ouvre la voie à des expérimentations de nouvelles organisations des parcours de soins, assises sur des modalités de financement dérogatoires aux règles actuelles. Le cadre très ouvert du dispositif suscite une réelle adhésion des acteurs locaux, en témoignent les multiples candidatures reçues par les pouvoirs publics en charge du dispositif. Pour maintenir cette dynamique et faire aboutir les projets d'expérimentations, nos travaux ont porté sur l'enjeu à clarifier les rôles et les responsabilités et à doter les parties prenantes d'un système d'évaluation spécifique, tenant compte de la nature évolutive de ces projets et de l'agilité nécessaire à leur conduite. Nous proposons en particulier une gradation de l'évaluation en 3 niveaux (faisabilité, résultats intermédiaires, étude d'impact), qui permettrait de décider de la généralisation d'une expérimentation sur la base de résultats intermédiaires, ou a contrario d'arrêter un projet si les indicateurs de faisabilité n'atteignent pas l'objectif fixé. Nos travaux enfin insistent sur l'importance du travail collectif et développent les conditions de collaboration entre les acteurs intéressés à l'amélioration des parcours de soins, professionnels de santé, offreurs de soins, acteurs économiques et sociétés savantes.

► **Cure for Increasing Health Care Costs: The Bernhoven Case as Driver of New Standards of Appropriate Care**

VAN LEERSUM N., BENNEMEER P., OTTEN M., *et al.*
2019

Health Policy 123 (3) : 306-311

Containing costs is a major challenge in health care. Cost and quality are often seen as trade-offs, but high quality and low costs can go hand-in-hand as waste exists in unnecessary and unfounded care. In the Netherlands, two healthcare insurers and a hospital collaborate to improve quality of care and decrease healthcare costs. Their aim is to reduce unnecessary care by shifting the business model and culture from a focus on volume to a focus on quality. Key drivers to support this are taking time for integrated diagnosis ('first time right'), the right care at the right place and shared decision making between doctor and patient. Conditions to realize this are 1) contract innovation between the hospital and insurers to move away from fee-for-service reimbursement, 2) a culture change within the organization with emphasis on collaboration and empowerment of medical leadership and physicians to change daily practice, and 3) a reorganization of the hospital organization structure from a large number of medical departments to four business units related to the fundamental underlying patient need (acute care, solution shop, intervention unit and chronic care). Results from this whole-system-approach experiment show it is possible to provide better care (as experienced by patients) with lower volumes (16% lower DRG claims after 3 years) and provides valuable lessons for further healthcare reform.

► **Did the Expansion of Free GP Care Impact Demand for Emergency Department Attendances? A Difference-In-Differences Analysis**

WALSH B., NOLAN A., BRICK A., *et al.*

2019

Social Science & Medicine 222: 101-111.

The removal of co-payments for General Practitioner (GP) services has been shown to increase utilisation of GP care. The introduction of free GP care may also have spillover effects on utilisation of other healthcare such as Emergency Department (ED) services, which often serve as substitutes for primary care, and where co-payments to attend exist for many. In Ireland, out-of-pocket payments are paid by the majority of the population to access GP care, and these costs are amongst the highest in Europe. However, in July 2015 all children in Ireland aged under 6 became eligible for free GP care. Using a large administrative dataset on 413,562 ED attendances between January 2015 and June 2016 we apply a difference-in-differences method, with treatment and control groups differentiated by age, to examine whether ED utilisation changed amongst younger children following the introduction of universal free GP care. In particular, we examine ED attendances following a GP referral, as referrals from GPs also afford access to the ED free of charge. We find that the expansion of free GP care did not reduce overall ED utilisation for under 6s. Additionally, we find that the proportion of ED attendances occurring through GP referrals increased by over 2 percentage points. This latter finding may be indicative of increased pressure placed on GPs from increased demand. Overall, this study finds that expanding free GP care to all young children did not reduce their ED utilisation.

Health Status

► **Burnout in French Physicians:
A Systematic Review and Meta-Analysis**

KANSOUN Z., BOYER L., HODGKINSON M., *et al.*
2019

Journal of Affective Disorders 246: 132-147.

Burnout syndrome is the consequence of chronic work-related stress exposure and is 2–3 times higher than in physicians than in other professions. Many studies exploring burnout in French physicians have been published with inconsistent data regarding its prevalence and associated factors. The aim of this study is to assess the prevalence of burnout and associated factors in French physicians in a systematic review and meta-analysis. Studies assessing the prevalence of French physician's burnout and its three dimensions emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and personal accomplishment (PA) were selected in the following databases from 2000 to April 2017: MEDLINE, BIOSIS WEB OF SCIENCE, PASCAL ET FRANCIS, SCIENCES DIRECT, PSYCHinfo, and BDSP. A total of 37 studies and 15,183 French physicians were included in the present meta-analysis. The random effects pooled prevalence estimate was 49% (95% CI 45%–53%, $P < 0.001$, $I^2 = 93.1\%$) for burnout, 5% (95% CI 4–7, $P < 0.001$, $I^2 = 92.7\%$) for severe burnout, 21% (95% CI 19–24, $P < 0.001$, $I^2 = 94.7\%$) for high EE, 29% (95% CI 25–33, $P < 0.001$, $I^2 = 96.7\%$) for high DP, and 29% (95% CI 24–34, $P < 0.001$, $I^2 = 97.7\%$) for low PA. Emergency physicians were found to have a trend to higher rates of burnout ($P = 0.051$), and significantly more severe burnout compared to other physicians ($b = 0.05$, $se[b] = 0.02$, $P = 0.019$). Junior residents were found to have higher rates of DP; junior residents, sample size, and monthly number of night shifts were associated with lower PA; and anesthesiologists were found to have lower rates of high EE and high DP. Conclusion Burnout is highly prevalent in French physicians. Some recommendations may be suggested to reduce this rate, including reducing the number or duration of night shifts to increase personal accomplishment and targeting emergency physicians and junior residents in priority. Other specialties should be explored in future studies.

► **Excess Mortality and Hospitalizations
in Transitional-Age Youths with a Long-
Term Disease: A National Population-
Based Cohort Study**

RACHAS A., TUPPIN P., MEYER L., *et al.*
2018

PLoS One 13(3): e0193729.

The number of adolescents with a severe chronic disease has increased in high-income countries due to improvements in the prognosis of childhood-onset chronic conditions. The transition from childhood to adulthood is a critical period that may be associated with increased mortality and morbidity. We aimed to estimate the prevalence of adolescents with a long-term disease (LTD) in France and assess their mortality and hospitalization risks relative to the general population. We extracted a population-based cohort from the French national health insurance database that included 61,119 subjects who reached 14 years of age between 2005 and 2014. LTDs are diagnosed by patients' physicians and then confirmed and registered by a physician of the national health insurance system. We assessed mortality and hospitalizations using data of patients who were between 14 and 21 years-old. Among 14-year-old adolescents, 3.30% (95% confidence interval: 3.16-3.44) had a LTD. Their mortality rate between the ages of 14 and 21 years was 20.9/10,000 person-years (13.7-32.1) versus 1.9 (1.5-2.5) for adolescents without a LTD. Mortality was higher in males than females in youths without a LTD, but not in those with a LTD. We found a similar pattern for the risk of hospitalization for an external cause. The five-year probability of hospitalization was 61.8% among youths with a LTD versus 42.7% for those without. The rate of planned hospitalizations sharply fell at 19 years-of-age among youths with a LTD, whereas the rate of unplanned hospitalizations remained stable. The 3% of youths with a LTD have ten-fold higher mortality than those without and a high risk of hospitalization. The decrease in the rate of planned hospitalizations at age 19 among youths with a LTD may indicate differences in medical practice after transfer to adult care or a break in medical care.

► **Long-Term Effect of Outdoor Air Pollution on Mortality and Morbidity: A 12-Year Follow-Up Study for Metropolitan France**

SANYAL S., ROCHEREAU T., MAESANO C. N., et al.
2018

[Int J Environ Res Public Health 15\(11\).](#)

Short-term effects of air pollution are documented more than long-term effects. We investigated 12-year impacts of ambient air pollutants on cardiovascular and respiratory morbidity and mortality at the departmental level in metropolitan France. Daily air pollution data at 2-km resolution, including concentrations of particulate matter of 10 microm or 2.5 microm in diameter or less (PM10 and PM2.5), nitrogen dioxide (NO₂), and ozone (O₃), were accrued from the CHIMERE database for 1999 and 2000. Simultaneously, morbidity (hospitalizations) and mortality data were collected in 2012 using the ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale/Health, Health Care and Insurance Survey) survey data and the CépIdc (Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales de Décès/French

Epidemiology Centre on Medical Causes of Death) database. Based on Poisson regression analyses, the long-term effect was estimated. A higher risk of all-cause mortality was observed using CépIdc database, with a relative risk of 1.024 (95 % CI : 1.022, 1.026) and 1.029 (95 % CI : 1.027, 1.031) for a 10 microg/m³ increase in PM_{2.5} and PM₁₀, respectively. Mortality due to cardiovascular and respiratory diseases likewise exhibited long-term associations with both PM_{2.5} and PM₁₀. Using ESPS survey data, a significant risk was observed for both PM_{2.5} and PM₁₀ in all-cause mortality and all-cause morbidity. Although a risk for higher all-cause mortality and morbidity was also present for NO₂, the cause-specific relative risk due to NO₂ was found to be lesser, as compared to PM. Nevertheless, cardiovascular and respiratory morbidity were related to NO₂, along with PM_{2.5} and PM₁₀. However, the health effect of O₃ was seen to be substantially lower in comparison to the other pollutants. Our study confirmed that PM has a long-term impact on mortality and morbidity. Exposure to NO₂ and O₃ could also lead to increased health risks.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Absence de lien entre la densité de médecins généralistes et la survie des patients atteints de carcinome hépatocellulaire**

BARRAULT F., DRAMÉ M., HEURGUE A., et al.
2018

[Santé Publique 30\(5\): 679-687.](#)

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-679.htm>

L'objectif de cet article est de déterminer si la densité médicale (DM) de la zone de résidence influençait la survie des patients atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) et le stade évolutif du CHC lors du diagnostic dans une région du Nord-Est de la France. Cette étude rétrospective a été menée chez 246 patients atteints de CHC présentés consécutivement dans une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) régionale dédiée aux tumeurs hépatobiliaires du 27/03/2012 au 01/01/2016. Les informations suivantes étaient recueillies : données clinico-biologiques et

radiologiques, densité des médecins généralistes (MG) de la zone de résidence, stade évolutif du CHC, traitement. Les courbes de survie ont été calculées par la méthode de Kaplan-Meier et comparées par le test du log-rank. Cinquante-et-un patients (20,7 %) résidaient dans une zone de faible DM (2,2 à 6,8 MG/10 000 habitants) et 195 (79,3 %), dans une zone de haute DM (6,8 à 12,6 MG/10 000 habitants). La survie n'était pas statistiquement différente entre les patients vivant en zones de basse et haute DM (survies médianes de 11,7 et 14,8 mois respectivement, $p = 0,58$). Le stade évolutif du CHC et le délai entre diagnostic et passage en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) n'étaient pas significativement différents entre les deux zones étudiées. Dans cette étude menée chez des patients atteints de CHC et pris en charge dans un réseau pluridisciplinaire régional dédié aux tumeurs hépatobiliaires, la disparité de la DM de la zone de résidence n'avait pas d'impact significatif sur la survie et le stade évolutif initial du CHC.

► **« Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches**

CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V. ET MOUSQUES J.

2018

L'Espace géographique 47(4): 362-380.

<https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2018-4-page-362.htm>

L'expression de « déserts médicaux » est abondamment utilisée pour décrire des territoires où les habitants rencontrent des difficultés d'accès aux soins. Cette expression n'apparaît pas assez précise, ni pour décrire la pluralité des difficultés rencontrées, ni pour réfléchir aux mesures permettant de les résoudre. L'objectif de cet article est d'abord d'analyser l'évolution de la mesure d'un faible niveau d'accessibilité aux médecins généralistes à travers le temps. Nous analysons ensuite les réponses des pouvoirs publics aux « déserts médicaux » par deux éléments : la définition de zones prioritaires et le déploiement de mesures pour y attirer et maintenir des médecins généralistes. À partir des constats établis et du cadre conceptuel usité, nous proposons des perspectives de recherches pour améliorer la description de l'accessibilité aux médecins généralistes ainsi que l'évaluation de la politique menée contre les « déserts médicaux ».

► **Disparités socio-spatiales d'accès à pied des personnes âgées aux services de santé au sein de la Région Rhône-Alpes**

CHIBANE S. R.

2018

Management & Avenir Santé 4(2): 73-97.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2018-2-page-73.htm>

L'accès aux équipements et services de soins de premiers recours joue un rôle déterminant pour la santé de la population et, plus particulièrement pour les personnes âgées. En France, du fait de l'existence de disparités spatiales en termes d'accès aux soins et de l'accroissement de la part de la population vieillissante, aux besoins de soins élevés et à la mobilité réduite, la question de l'accessibilité piétonne des personnes âgées aux services sanitaires se pose avec acuité. Aux grands âges, lorsque l'accès à l'automobile se complique du fait du décès du conjoint ou des processus de « déprise » liés au vieillissement, le recours à la mobilité pédestre devient incontournable pour la réalisa-

tion des programmes d'activités quotidiennes. Dans cette optique, le défi majeur pour les politiques d'aménagement et de santé réside ainsi dans leurs capacités à rendre équitable l'accès à pied des personnes âgées aux ressources sanitaires. À cet égard, l'article vise à identifier à l'échelle des 2 879 communes de la région Rhône-Alpes – délimitation des régions avant la réforme territoriale de 2015 – les différents potentiels d'accès aux ressources sanitaires (nombre de services par habitant) et d'en étudier les disparités d'une part et, à mesurer et géovisualiser (grâce aux outils SIG) les temps d'accès à pied à ces ressources d'autre part. Ce modèle constitue le premier prototype de ce type à l'échelle d'une région française. Il s'agit à la fois de proposer une méthode reproductible qui s'appuie sur des bases de données existantes et d'illustrer de manière opérationnelle l'apport de la dimension temporelle comme aide à la décision permettant ainsi la mise en place d'actions ciblées dans le cadre des politiques publiques. Pour mener à bien cette analyse des disparités spatiales, la dotation en ressources sanitaires est quantifiée à partir de la base permanente des équipements (BPE) qui recense, au niveau infra-communal de l'IRIS l'ensemble des équipements à disposition de la population française. Pour caractériser les temps d'accès à pied aux services retenus, les outils SIG ont été déployés pour la géolocalisation des différentes ressources de santé. Les résultats montrent que les personnes âgées qui habitent les centres urbains ne sont pas en sur-équipement (nombre d'équipements par habitant). En revanche, les habitants de ces espaces ont un accès potentiel à pied aux ressources sanitaires beaucoup plus important que le reste des communes en périphérie des grandes villes, notamment les espaces périurbains, ruraux et montagnards.

► **Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ?**

LUCAS-GABRIELLI V. ET MANGENEY C.

2019

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.

Compared to the other countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), France now enjoys an average level of medical staffing. Yet accessibility to healthcare is a major public policy issue because of the unequal distribution of health professionals throughout the French territories; the authorities are trying to fight the problem by deploying

a set of measures favoring the installation and maintenance of healthcare services in areas identified as underserved. The identification of underserved zones raises the question of what healthcare accessibility measures exist for clarifying the situation in the territories. Localized potential accessibility calculated at the municipal level has been used since 2017 as a criterion for the national selection of underserved areas. We show how this indicator represents an advance in the measurement of accessibility to care, but we also discuss the limits. Proposals for improvement are put forward. Taking advantage of the availability of new databases, we propose for the Île-de-France region an infra-communal APL indicator that is calculated at a more appropriate geographical level, integrates better consideration of mobility practices linked to the use of care, and takes into account the social aspect of healthcare needs. This type of indicator represents an important step forward in measuring territorial disparities in access to care. As in other countries, and in France for other fields, its use as an instrument of public policy raises questions related to the derivation of an operational indicator for delineating areas of action. / Comparativement aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), la France bénéficie aujourd'hui d'un niveau de dotation médicale qui la situe dans la moyenne. L'accessibilité aux soins est pourtant un enjeu majeur des politiques publiques du fait de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire que les pouvoirs tentent de combattre en déployant un ensemble de mesures en faveur de l'installation et du maintien de l'offre dans les zones identifiées comme sous-denses. L'identification des zones sous-denses pose la question des mesures de l'accessibilité aux soins mobilisables pour qualifier la situation des territoires. L'accessibilité potentielle localisée calculée au niveau communal est utilisée depuis 2017 comme critère de sélection nationale des zones sous-dotées. Nous montrons en quoi cet indicateur constitue une avancée dans la mesure de l'accessibilité aux soins, mais nous en discutons aussi les limites. Des propositions d'amélioration sont avancées. En profitant de la mise à disposition de nouvelles bases de données, un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) infra-communal calculé à un niveau géographique plus adapté, intégrant une meilleure prise en compte des pratiques de mobilité liée aux recours aux soins et une prise en compte de la dimension sociale des besoins est ici proposé pour la région Île-de-France. Ce type d'indicateur constitue une avancée importante pour mesurer les disparités territoriales d'accessibi-

lité aux soins. Son utilisation en tant qu'instrument de politique publique soulève comme dans d'autres pays ou en France pour d'autres domaines, des débats liés au fait d'en tirer un indicateur opérationnel servant à délimiter des territoires d'action.

► **Developing a Composite Index of Spatial Accessibility Across Different Health Care Sectors: A German Example**

SIEGEL M., KOLLER D., VOGT V. ET SUNDMACHER L.
2016

Health Policy 120(2): 205-212.

The evolving lack of ambulatory care providers especially in rural areas increasingly challenges the strict separation between ambulatory and inpatient care in Germany. Some consider allowing hospitals to treat ambulatory patients to tackle potential shortages of ambulatory care in underserved areas. In this paper, we develop an integrated index of spatial accessibility covering multiple dimensions of health care. This index may contribute to the empirical evidence concerning potential risks and benefits of integrating the currently separated health care sectors. Accessibility is measured separately for each type of care based on official data at the district level. Applying an Improved Gravity Model allows us to factor in potential cross-border utilization. We combine the accessibilities for each type of care into a univariate index by adapting the concept of regional multiple deprivation measurement to allow for a limited substitutability between health care sectors. The results suggest that better health care accessibility in urban areas persists when taking a holistic view. We believe that this new index may provide an empirical basis for an inter-sectoral capacity planning.

► **Perspectives: Using Results from HRSA's Health Workforce Simulation Model to Examine the Geography of Primary Care**

STREETER R. A., ZANGARO G. A. ET
CHATTOPADHYAY A.

2017

Health Serv Res 52 Suppl 1: 481-507.

The aim of this study is to inform health planning and policy discussions by describing Health Resources and Services Administration's (HRSA's) Health Workforce Simulation Model (HWSM) and examining the HWSM's 2025 supply and demand projections for primary care physicians, nurse practitioners (NPs), and physician assistants (PAs). HRSA's recently published projections for primary care providers derive from an integrated microsimulation model that estimates health workforce supply and demand at national, regional,

and state levels. Thirty-seven states are projected to have shortages of primary care physicians in 2025, and nine states are projected to have shortages of both primary care physicians and PAs. While no state is projected to have a 2025 shortage of primary care NPs, many states are expected to have only a small surplus. CONCLUSIONS: Primary care physician shortages are projected for all parts of the United States, while primary care PA shortages are generally confined to Midwestern and Southern states. No state is projected to have shortages of all three provider types. Projected shortages must be considered in the context of baseline assumptions regarding current supply, demand, provider-service ratios, and other factors. Still, these findings suggest geographies with possible primary care workforce shortages in 2025 and offer opportunities for targeting efforts to enhance workforce flexibility.

Handicap

Disability

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

DENIS F., GUYET P. ET MOUSSA-BADRAN S.
2018

Santé Publique 30(4): 533-534.

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

Un adulte d'âge actif sur huit présente des limitations fonctionnelles physiques, mentales ou sensorielles sévères qui l'exposent à des situations de handicap. Environ 8 % de ces personnes déclarent « un état dentaire mauvais, voire très mauvais ». On estime à 1,2 million de personnes constituant le « noyau dur du handicap ». Le regard stigmatisant porté par la société sur le handicap en général, associé à sa méconnaissance renforce le sentiment d'isolement éprouvé par ces personnes à l'origine d'un profond état de mal-être.

► **L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône**

HAMMOUD M., PRUDHOMME J., CHAMPSAUR L., et
al.

2018

Santé Publique 30(3): 349-359.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-349.htm>

L'objectif de cet article est de décrire l'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dans les Bouches-du-Rhône (BDR).

ESSPER-ASE13 (Étude de la santé somatique et psychique des enfants relevant de l'ASE des BDR) est une enquête descriptive transversale menée entre avril 2013 et avril 2014 auprès de 1 092 enfants âgés de moins de 18 ans à l'ASE des BDR, placés en maisons d'enfants à caractère social ou chez un assistant familial. Les données étudiées concernaient l'état de santé somatique, psychique, le handicap et les modalités du suivi médical des enfants. Cette étude analyse spéci-

fiquement l'état de santé psychique et le handicap. Les antécédents psychiatriques concernaient 22 % des enfants confiés. Ils étaient dominés par les troubles anxieux (44 %), les troubles du comportement (44 %), puis les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (16 %). Un enfant sur cinq bénéficiait d'une notification MDPH (Maison départementale des personnes handicapées). Les deux principaux types de handicap retrouvés étaient les troubles du développement psychologique (61 %) et les troubles du comportement et troubles émotionnels (20 %). Conclusion : La sur-représentation des pathologies psychiatriques et du handicap des enfants de l'ASE rend nécessaire une adaptation du dépistage et une optimisation de la coordination des soins de ces enfants.

► **Contribution of Chronic Conditions to Disability in Men and Women in France**

LOOMAN C. W. N., WAPPEROM D., NUSSELDER W. J., et al.

2018

[European Journal of Public Health 29\(1\): 99-104.](#)

<https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky138>

Women report more disability than men perhaps due to gender differences in the prevalence of diseases and/or in their disabling impact. We compare the contribution of chronic diseases to disability in men and

women in France, using a disability survey conducted in both private households and institutions, and we also examine the effect of excluding the institutionalized population. Data comprised 17 549 individuals age 50+, who participated in the 2008–09 French Disability Health Survey including people living in institutions. Disability was defined by limitations in activities people usually do due to health problems (global activity limitation indicator). Additive regression models were fitted separately by gender to estimate the contribution of conditions to disability taking into account multi-morbidity. Musculoskeletal diseases caused most disability for both men (10.1%, CI: 8.1–12.0) and women (16.0%, CI 13.6–18.2). The second contributor for men was heart diseases (5.7%, CI: 4.5–6.9%), and for women anxiety-depression (4.0, CI 3.1–5.0%) closely followed by heart diseases (3.8%, CI 2.9–4.7%). Women's higher contribution of musculoskeletal diseases reflected their higher prevalence and disabling impact; women's higher contribution of anxiety-depression and lower contributions of heart diseases reflected gender differences in prevalence. Excluding the institutionalized population did not change the overall conclusions. The largest contributors to the higher disability of women than men are moderately disabling conditions with a high prevalence. Whereas traditional disabling conditions such as musculoskeletal diseases are more prevalent and disabling in women, fatal diseases such as cardiovascular disease are also important contributors in women and men.

Hospitals

► **A Model of Care for Osteoarthritis of the Hip and Knee: Development of a System-Wide Plan for the Health Sector in Victoria, Australia**

BRIGGS A., PAGE C. J., SHAM B. R., et al.

2018

[Healthcare Policy 14\(2\): 47-58.](#)

Osteoarthritis (OA) imposes a significant burden to the person, the health system and the community. Models of Care (MoCs) drive translation of evidence into policy and practice and provide a platform for health system reform. The Victorian MoC for OA of the hip and knee

was developed following a best-practice framework, informed by best-evidence and iterative cross-sector consultation, including direct consumer consultation. Governance and external expert advisory committees consisting of local OA care champions facilitated the development and consultation processes. The MoC outlines key components of care, care that is not recommended, and suggests phased implementation strategies. This paper describes the MoC development process and lessons learned.

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

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

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

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

En 2013, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié des statistiques alarmantes montrant que la consommation excessive de l'alcool est toujours aussi présente. Elle estime que l'alcool est la cause de plus de 3,3 millions de décès chaque année. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la dépendance à l'alcool, en tant que comorbidité sur le coût et la durée des séjours hospitaliers. La population étudiée reprend 136.664 séjours hospitalisés classiques dans 12 institutions hospitalières francophones en Belgique. La sélection des séjours dépendants à l'alcool a été faite sur base des diagnostics secondaires (classification ICD9CM). Nous avons étudié 4 variables dépendantes (durée de séjour, coût selon la perspective hospitalière, coût pour la sécurité sociale et coût pour le patient) provenant de la base de données du Projet d'Analyse des Coûts des Hôpitaux Associés (PACHA), et 9 variables indépendantes provenant du résumé hospitalier minimum (RHM). 4.569 séjours ont un diagnostic secondaire de dépendance à l'alcool. Le coût médian (selon la perspective hospitalière) pour ces séjours est de 4.651,11 € et leur durée de séjour médiane est de 6,93 jours. À contrario, le coût médian (pour l'hôpital) des séjours sans ce diagnostic secondaire est de 3.607,68€ et leur durée de séjour médiane est de 3,94 jours ($p < 0,005$). La dépendance à l'alcool est un facteur augmentant le coût des séjours ce qui se confirme pour la plupart des pathologies. Dans un contexte de réforme du financement hospitalier, différentes pistes explicatives abordées dans cet article pourront intéresser les gestionnaires hospitaliers.

► **Quantification of the Impact of Hip Fracture and the Operative Procedure on Patient's Basic Mobility in the Early Postoperative Period**

MICHAEL A. ET SWINGEWOOD N.

2019

Age and Ageing 48(Supplement_1): i24-i25.

<https://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy200.03>

Cumulated Ambulatory Score (CAS) is a tool to assess three aspects of basic mobility; get in and out of bed, sit to stand from a chair with armrests and indoor walking. Each activity is scored from 0-2 depending on whether the patient can perform it independently (2), a human assistance is needed (1) or the patient is unable to do it (0). Aim: To study the impact of hip fracture and surgical repair on basic mobility in the early perioperative period.

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

SAÏAS T., CLAVEL C. ET BODARD J.

2018

Santé Publique 30(4): 489-496.

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

L'introduction par l'assurance maladie en 2010 du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) après un séjour en maternité questionne son articulation avec un dispositif de santé publique pré-existant : la Protection maternelle et infantile (PMI). Prévoyant le remboursement de deux visites à domicile postnatales à des sages-femmes libérales, il intervient en superposition aux interventions à domicile de la PMI. Dans le cadre d'une enquête nationale sur la PMI, cette étude a porté sur l'analyse d'une question ouverte à laquelle quarante-huit services départementaux de PMI ont répondu. Cette question portait sur l'effet induit par le PRADO sur leur fonctionnement. L'articulation PMI-PRADO a généré selon les répondants des problèmes de liaison entre les deux dispositifs, des effets négatifs sur l'activité des PMI et, plus globalement, des effets négatifs sur les familles. La discussion porte sur les enjeux d'empilement de services, spécifiquement en période périnatale, et sur des pistes de solution pour éviter que la multiplicité des offres ne crée des inégalités sociales de santé.

► **Understanding the Allocation of Caesarean Outcome to Provider Type: A Chart Review**

THIESSEN K., NICKEL N., PRIOR H. J. *et al.*
2018

Healthcare Policy 14(2): 22-30.

The concept, most responsible provider; has a specific definition in the Canadian National Discharge Abstract Database (DAD). Variation exists in how care providers are defined in administrative data: We compared chart data with administrative data to understand how, responsible provider; was identified in these two data sources. We found a 3% discrepancy between data sources. Differences between data sources were attributable to transfers in care that occurred at birth. Most responsible provider should consider the full trajectory of care when assigning outcomes in order to understand how to best support optimal health among low-risk births.

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

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

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

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

Un mécanisme de financement prospectif peut être difficile dans des domaines innovatifs comme le cancer. Cette étude aspirait à estimer la durée de séjour (DS) et le coût de séjours hospitaliers en oncologie, d'évaluer leur variabilité et d'identifier les facteurs affectant le coût par All Patient Refined Diagnosis Related Group (APR-DRG). Les séjours oncologiques (2012) ont été extraits parmi les séjours de 11 hôpitaux belges. Les séjours ont été classés selon la combinaison d'APR-DRG et de sévérité de maladie. Les données furent considérées comme hétérogènes si le coefficient de variation (CV) était > 1 . La réduction de la variabilité était évaluée selon 1) une exclusion des outliers et 2) une transformation logarithmique des données. Les facteurs impactant le coût de certains APR-DRG ont été analysés par une analyse de la variance. Les moyennes du DS et du coût d'un séjour oncologique

sont estimées à respectivement 8,0 jours et 6 231€. Près de 30 % des combinaisons d'APR-DRG et de sévérité de maladie avaient un CV > 1 . Les deux méthodes de réduction de la variabilité permettent d'obtenir un CV < 1 dans tous les cas; seulement la transformation de données permettait d'identifier 'hôpital' et 'sévérité de maladie' comme facteurs affectant le coût. Les séjours oncologiques ont un coût plus élevé que celui de séjours non-oncologiques. La transformation logarithmique des données réduisait la variabilité du coût et permettait d'identifier les facteurs impactant le coût ce qui rend un financement prospectif par APR-DRG possible. L'effet significatif de l'hôpital sur le coût implique qu'un montant forfaitaire non ajusté par APR-DRG sur- ou sous-estimer les coûts réels de l'hôpital.

► **L'attractivité des CHU : dossier**

WILDE D. D. ET *et al.*
2018

Gestions Hospitalières(580): 554-584.

Depuis 1958, les CHU (centres hospitaliers universitaires) exercent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche qui les place à la pointe de l'innovation. A l'occasion des 60 ans des CHU, cet article s'interroge sur leur attractivité actuelle.

Health Inequalities

► Unmet Health Care and Health Care Utilization

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

Health Economics 28 (4) : 529-542

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

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

► Socioeconomic Inequality in Non-Communicable Diseases in Europe Between 2004 and 2015: Evidence from the SHARE Survey

BONO F. ET MATRANGA D.
2018

European Journal of Public Health 29(1): 105-110.

<https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky165>

The scope of this work was to investigate socioeconomic inequalities among European adults aged 50 or older in chronic diseases and behavioural risk factors for these diseases, namely, smoking habits, obesity and physical inactivity, between 2004 and 2015. Data for this study were drawn from the Survey of Health,

Ageing and Retirement (SHARE) in Europe, which is a panel database of microdata on health, socioeconomic status and social and family networks of people aged 50 years or older, covering most of the European Union. The predicted number of non-communicable diseases (NCDs) was used to estimate the concentration index and to find the contributions of determinants to socioeconomic inequalities in chronic diseases. The inequality disfavoured the poor in both years, but the effect was stable from 2004 ($C = -0.071$) to 2015 ($C = -0.081$). Inequality was shown to be attributed mostly to physical inactivity and obesity and this contribution increased during the study period. Among socioeconomic status (SES) determinants, education and marital status were the most concentrated in both years, while physical inactivity and obesity were the most concentrated behavioural risk factors in both years. To prevent chronic diseases, health policy should aim not only to improve individual health behaviours in the population, but also to reduce socioeconomic inequality. Our study suggests promoting a healthy lifestyle in the most disadvantaged socioeconomic classes as a strategy to improve the health conditions of the whole population.

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

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

2019

Health Policy 123(2): 235-243.

The literature on immigration and health has provided mixed evidence on the health differentials between immigrants and citizens, while a growing body of evidence alludes to the unhealthy assimilation of immigrants. Relying on five different health measures, the present paper investigates the heterogeneity in health patterns between immigrants and citizens, and also between immigrants depending on their country of origin. We use panel data on more than 100,000 older adults living in nineteen European countries. Our panel data methodology allows for unobserved heterogeneity. We document the existence of a healthy immi-

grant effect, of an unhealthy convergence, and of a reversal of the health differentials between citizens and immigrants over time. We are able to estimate the time threshold after which immigrants' health becomes worse than that of citizens. We further document some heterogeneity in the convergence of health differentials between immigrants and citizens in Europe. Namely, the unhealthy convergence is more pronounced in terms of chronic conditions for immigrants from low-HDI countries, and in terms of self-assessed health and body-mass index for immigrants from medium- and high-HDI countries.

► **Qui se sent pauvre en France ? Pauvreté subjective et insécurité sociale**

DUVOUX N. ET PAPUCHON A.

2018

Revue française de sociologie 59(4): 607-647.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2018-4-page-607.htm>

La pauvreté fait l'objet de définitions et de mesures diverses, fondées soit sur le niveau de vie, sur les conditions de vie ou l'instauration d'une relation d'assistance avec l'État. Menée à l'aide du Baromètre d'opinion de la Drees, l'étude du groupe formé par les personnes qui se déclarent pauvres et des déterminants de cette façon de percevoir sa propre position sociale met en évidence l'importance de l'éloignement du marché du travail, du fait de bénéficier d'une prestation d'assistance mais également la prégnance de la position de classe. Elle invite donc à articuler des littératures qui ont suivi des voies sociologiques propres, mais qui ont toutefois en commun d'aborder les catégories sociales dites subalternes ou populaires et en situation d'assistance. En s'appuyant sur l'articulation et les discordances entre les dimensions monétaires et subjectives de la pauvreté, l'analyse fait ressortir la vulnérabilité des personnes seules et plus encore des parents isolés ainsi que l'importance du statut d'occupation du logement, en particulier chez les retraités. Finalement, la pauvreté subjective se comprend sociologiquement comme un indicateur d'insécurité sociale durable, associée à un surcroît de pessimisme envers l'avenir. Elle manifeste l'évolution de la pauvreté dans le cadre d'un régime de crise permanente et contribue à rendre compte de la dynamique contemporaine des positions inférieures de la structure sociale ainsi qu'à articuler les dimensions subjectives et objectives de celle-ci.

► **Adding Interactions to Models of Intersectional Health Inequalities: Comparing Multilevel and Conventional Methods**

EVANS C. R.

2019

Soc Sci Med 221: 95-105.

Examining health inequalities intersectionally is gaining in popularity and recent quantitative innovations, such as the development of intersectional multilevel methods, have enabled researchers to expand the number of dimensions of inequality evaluated while avoiding many of the theoretical and methodological limitations of the conventional fixed effects approach. Yet there remains substantial uncertainty about the effects of integrating numerous additional interactions into models: will doing so reveal statistically significant interactions that were previously hidden or explain away interactions seen when fewer dimensions were considered? Furthermore, how does the multilevel approach compare empirically to the conventional approach across a range of conditions? These questions are essential to informing our understanding of population-level health inequalities. I address these gaps using data from the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health by evaluating conventional and multilevel intersectional models across a range of interaction conditions (ranging from six points of interaction to more than ninety, interacting gender, race/ethnicity/immigration status, parent education, family income, and sexual identification), different model types (linear and logistic), and seven diverse dependent variables commonly examined by health researchers: body mass index, depression, general self-rated health, binge drinking, cigarette use, marijuana use, and other illegal drug use. Findings suggest that adding categories to intersectional analyses will tend to reveal new points of interaction. Stratum-level results from the multilevel approach are robust to cross-classification by school context. Conventional and multilevel approaches differ substantially when tested empirically. I conclude with a detailed consideration of the origin of these differences and provide recommendations for future scholarship of intersectional health inequalities.

► **Smoking Among Immigrant Groups in Metropolitan France: Prevalence Levels, Male-To-Female Ratios and Educational Gradients**

KHLAT M., BRICARD D. ET LEGLEYE S.

2018

BMC Public Health 18(1).

Although the French population comprises large and diverse immigrant groups, there is little research on smoking disparities by geographical origin. The aim of this study is to investigate in this country smoking among immigrants born in either north Africa, sub-Saharan Africa or French overseas départements. The data originate from the 2010 Health Barometer survey representative of metropolitan France. The subsample of 20,211 individuals aged 18–70 years (born either in metropolitan France or in the above-mentioned geographical regions) was analysed using logistic regression. Both immigrants from sub-Saharan Africa and immigrants from overseas départements were protected from smoking compared to the reference population, and the former had a distinctive strongly reversed educational gradient in both genders. Returned former settlers from the French colonies in North Africa (repatriates) had the highest smoking levels. Natives from the Maghreb (Maghrebins) showed considerable gender discordance, with men having both a higher prevalence (borderline significance) and a reversed gradient and women having lower prevalence than the reference population. Immigrants from regions of the world in stage 1 of the cigarette epidemic had relatively low smoking levels and those from regions in stage 2 had relatively high smoking levels. Some groups had a profile characteristic of late phases of the cigarette epidemic, and others, some of which long-standing residents, seemed to be positioned at its early stages. The situation for Maghrebins reflected the enduring influence of gendered norms post-migration. Based on their educational gradients, immigrants from overseas départements (particularly men) and Maghrebin women may be at risk of losing their particularly low prevalence. Immigrants from sub-Saharan Africa could retain it. In-depth analysis of smoking profiles of immigrants' groups is essential for a better targeting of smoking prevention and cessation programs.

► **Trajectories of Health-Related Quality of Life in Immigrants and Non-Immigrants in Germany: A Population-Based Longitudinal Study**

NESTERKO Y., TURRION C. M., FRIEDRICH M., *et al.*

2019

Int J Public Health 64(1): 49-58.

Due to a lack of longitudinal studies on health in immigrants, the purpose of the present study is to investigate trajectories of health-related quality of life (HRQoL) in immigrants and non-immigrants in Germany by considering the impact of immigration-related factors. Based on longitudinal SOEP data from 2002 to 2012, the trajectories of the mental (MCS) and physical component (PCS) of HRQoL (assessed with SF-12v2) were analyzed in 8546 subjects, including 1064 immigrants by conducting hierarchical linear models. RESULTS: MCS remains stable over time, whereas PCS shows a decrease, influenced by increasing age. There were no differences between immigrants and non-immigrants concerning PCS trajectories as well as no influence of immigration-related factors on it. In contrast, MCS trajectories were influenced by immigration-related factors: 2nd-generation immigrants, participants from Turkey or Southern Europe and those who immigrated at young age show a slight decrease in MCS over time. The results show negative association between MCS and time in different groups of immigrants. Future research is needed for better conceptualization of the complex interplay between health and migration over time to identify subgroups at greater risk for mental distress.

► **Smoking Among Immigrant Groups in the United States: Prevalence, Education Gradients, and Male-To-Female Ratios**

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

2019

Nicotine Tob Res.: Ahead of print

Immigrants in the United States are less likely to smoke than those born in the U.S, 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 U.S.-born and foreign-born respondents ages 25-70. 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 U.S.-born population. However, large differences emerged among the immigrant groups for region of birth but less so for duration of residence in the United States. For example, immigrants from sub-Saharan Africa and the Indian sub-continent 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. Implications: 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.

Médicaments

Pharmaceuticals

► Physicians' Attitudes Towards Deprescribing

CHAN H. K., CHEONG S. T. ET CHEN Y. R.
2019

Age and Ageing 48(Supplement_1): i27-i30.
<https://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy202.13>

Deprescribing has been proposed to address the growing problem of polypharmacy. A local study involving patients attending public primary healthcare clinics in Singapore showed that majority of the patients were keen to have medications deprescribed if deemed appropriate by their prescriber. A survey of Vancouver physicians however showed that while most doctors were keen to deprescribe medications, prescription by another healthcare specialist was a barrier towards deprescribing. While this study was conducted overseas, there is paucity of literature available on the attitudes of doctors towards deprescribing in the local context. Hence this study aimed to elucidate physicians' attitudes towards deprescribing.

► Une charte de bon usage des antibiotiques en médecine générale : faisabilité et acceptabilité

CONRARD F., PULCINI C., RABAUD C., et al.
2018

Médecine : De la Médecine Factuelle à nos Pratiques 14(8): 349-352.

Après avoir globalement diminué de 11,4 % entre 2000 et 2015, la consommation d'antibiotiques en France est en hausse de 5,4 % depuis 2010. La consommation en ville représente 93 % de la consommation totale. 70 % des prescriptions proviennent des médecins généralistes. Cette utilisation non maîtrisée est responsable du développement des résistances bactériennes. Une amélioration de la qualité des prescriptions doit être recherchée. Un engagement pour un bon usage des antibiotiques est une priorité.



► **Enrichir et mettre à jour sa panoplie pour mieux soigner : le tri parmi les 954 textes publiés par Prescrire en 2018**

REVUE PRESCRIRE

2019

Revue Prescrire 39(423): 26-55.

Dans cet article, Prescrire présente, comme chaque année, son bilan thérapeutique pour 2018. Ce bilan répond à l'objectif suivant : pour des soins de qualité, il est utile de trier en permanence, sans confondre progrès thérapeutiques et nouveautés commerciales, sans confondre les informations fausses, biaisées ou inutiles avec les informations solides, prouvées, opérationnelles.

► **Le dossier pharmaceutique : à renforcer pour plus d'utilité pour les soins**

REVUE PRESCRIRE

2019

Revue Prescrire 39(423): 57-59.

Conçu à l'origine pour les pharmaciens d'officine, le dossier pharmaceutique recensant les médicaments

dispensés à un patient est devenu accessible aux pharmaciens et aux médecins exerçant à l'hôpital. Quelques études ont évalué l'utilité du dossier pharmaceutique en pratique. Cet article rend compte de ces diverses évaluations.

► **Médicaments « biosimilaires » : état des lieux début 2019 en France**

REVUE PRESCRIRE

2019

Revue Prescrire 39(423): 12-13.

Début 2019 en France, les prescripteurs hospitaliers ou de ville sont incités à remplacer un médicament « biologique » par un autre contenant la même substance (alias « biosimilaire »), à tout moment du traitement (initiation ou renouvellement). Début 2019, les pharmaciens d'officine ne sont toujours pas autorisés à substituer ce type de médicaments. Une situation peu propice à une augmentation de l'utilisation de ces copies, qui représente pourtant un enjeu économique important.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

► **Réflexions sur la notion de donnée publique**

BOUL M.

2018

Revue française d'administration publique 167(3): 471-478.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-471.htm>

Dans une société et une économie numérisées, les données sont au centre de problématiques majeures. Données publiques et données personnelles se répondent avec des encadrements juridiques croisés : la loi pour une République numérique du 7 octobre 2016 et le règlement général pour la protection des données « RGPD ». Pourtant la notion de donnée publique est difficilement saisie par le droit. Elle ne

fait l'objet d'aucune définition. Information du service public, elle est concurrencée par de nouvelles notions. Bien au service du public, elle ne répond pas totalement aux définitions des biens publics et des facilités essentielles. Ainsi, ni le discours du droit ni le discours sur le droit n'ont réussi à appréhender cette notion.

► **Transparence des algorithmes face à l'open data : quel statut pour les données d'apprentissage ?**

BOURCIER D. ET DE FILIPPI P.

2018

Revue française d'administration publique 167(3): 525-537.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-525.htm>

L'utilisation d'algorithmes informatiques au sein des administrations publiques risque d'obfusquer les fondements factuels et juridiques des décisions administratives. Dans l'effort de respecter les principes d'un gouvernement ouvert (open data), le législateur s'est jusqu'à présent focalisé sur la transparence de la décision algorithmique, mais rien n'est précisé sur les données qui vont influencer ces algorithmes. Cet article s'intéresse aux problématiques liées à l'application d'algorithmes dans les décisions administratives, et souligne la nécessité de garantir non seulement l'accès au code source de ces algorithmes, mais aussi l'accès aux bases de données qui les ont entraînés.

► **La propriété des données publiques**

CAMUS A.

2018

Revue française d'administration publique 167(3): 479-490.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-479.htm>

Si la question du droit de l'administration sur les données publiques fut, un temps, entourée d'incertitudes, il est désormais possible d'y apporter une réponse à l'aune de la propriété. En effet, les données publiques sont des biens au centre d'un commerce juridique et faisant l'objet d'une exploitation économique. La propriété permet surtout de saisir le rapport juridique entre l'administration et les données publiques, mais aussi la maîtrise que les personnes publiques exercent sur ses utilités.

► **Vers l'État-plateforme ?**

CHEVALLIER J.

2018

Revue française d'administration publique 167(3): 627-637.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-627.htm>

L'État-plateforme est le produit d'une politique volontariste visant à adapter l'État aux défis de l'ère numérique : passant par la diffusion des données publiques et la production de services numériques, cette politique est appelée à connaître de nouveaux dévelop-

pements, à la faveur de la mise en œuvre du « Plan d'action pour un gouvernement ouvert ». La conception d'un État souple, agile, flexible qui le sous-tend ne saurait manquer d'avoir un impact plus large, en travaillant en profondeur l'architecture étatique.

► **La construction d'un service public de la donnée**

CLUZEL-MÉTAYER L.

2018

Revue française d'administration publique 167(3): 491-500.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-491.htm>

Créé par la loi « pour une République numérique », le service public de la donnée a été conçu comme l'élément structurant de ce que l'on peut appeler « l'infrastructure des données », ce service public est pour l'heure restreint à la mise à disposition des « données de référence ». Pour lui permettre de prendre de l'ampleur, le législateur l'a conçu comme une mission d'intérêt général évolutive, dont la gouvernance est publique, mais malgré tout ouverte et collaborative. Son régime juridique est à la fois exigeant et protecteur de cette infrastructure en construction.

► **Big data de santé et autodétermination informationnelle : quelle articulation possible pour une innovation protectrice des données personnelles ?**

DEBIÈS É.

2018

Revue française d'administration publique 167(3): 565-574.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-565.htm>

Dans le domaine de la santé, l'explosion du big data met en lumière les dangers que peut représenter pour l'individu le regroupement des données et traces le concernant, pour constituer un profil toujours plus fin, qui peut aboutir à la stigmatisation et à la privation de droits. Mais quel choix est laissé à l'individu de partager ses données de santé ? Le consentement peut être un leurre, voire se révéler inopérant pour les traitements de données de santé de la sphère publique. Seule l'inclusion de l'individu informé dans le pro-

cessus d'utilisation de ses données peut réellement donner sens à l'autodétermination informationnelle comme élément de responsabilisation des membres d'une communauté démocratique libre. On peut ainsi imaginer la construction d'une « protection sociale des données ».

► **Telephone Health Survey Estimates: Effects of Nonresponse and Sample Limitations**

FOWLER F. J., JR., BRENNER P. S., BUSKIRK T. D., *et al.*
2019

Health Serv Res.

The objective of this study was to assess non-response error in telephone health survey data based on an address-based sample. DATA SOURCES came from telephone and in-person interviews in Greater Boston. Interviewers attempted telephone interviews at addresses that were matched to telephone numbers using questions drawn from federal health surveys. In-person household interviews were carried out with telephone nonrespondents and at addresses without matching telephone numbers. After adjusting for demographic differences, only eight of 15 estimates based on the telephone interviews lay within two standard errors of the estimates when data from all three groups were included. For health surveys of address-based samples, many estimates based on telephone respondents differ from the total population in ways that cannot be corrected with simple demographic adjustments.

► **Données publiques et protection des données personnelles : le cadre européen**

LANNA M.
2018

Revue française d'administration publique 167(3): 501-511.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-501.htm>

Les mouvements d'ouverture des données publiques et de protection des données personnelles sont aujourd'hui à une période charnière de leurs développements respectifs. Initiés dès la fin des années 1970 au niveau national, ils ont depuis chacun fait l'objet

d'influences juridiques communautaires variées. Dès lors, le mouvement de transparence administrative, raison d'être initiale de l'open data, se trouve confronté aujourd'hui au renforcement des règles relatives à la protection des données personnelles. Si les deux domaines n'avaient à l'origine pas vocation à se croiser, les outils numériques aujourd'hui à disposition des administrations ont nécessité la prise en compte de telles problématiques.

► **L'accès aux données publiques et aux codes source en Italie. À la recherche d'une « transparence algorithmique », à l'aube du Règlement général sur la protection des données**

MANCOSU G.

2018

Revue française d'administration publique 167(3): 575-584.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-575.htm>

L'automatisation de la prise de décisions administratives affecte en même temps l'autodétermination informationnelle des personnes physiques concernées et la relation entre le public et l'administration. En Italie, les derniers développements normatifs et jurisprudentiels œuvrent dans le sens d'une plus large accessibilité aux éléments de fait (sous forme de données) et de droit (sous forme d'algorithmes et de codes source) sous-jacents aux décisions administratives automatisées. Ce qui jette les bases d'un audit généralisé des systèmes algorithmiques publics, mais qui est bien loin d'en assurer l'intelligibilité auprès du grand public.

► **Obtaining Contextually Relevant Geographic Data Using Facebook Recruitment in Public Health Studies**

NELSON E. J., LOUX T., ARNOLD L. D., *et al.*

2019

Health Place 55: 37-42.

Online participant recruitment for public health research studies has increased dramatically in recent years, particularly as traditional recruitment strategies have waned in efficiency. The emergence of e-epidemiology offers possibilities for reaching understudied populations as well as conducting large-scale studies.

We conducted a cross-sectional survey focused on self-reported neighborhood characteristics, perceived stress, and feasibility of obtaining work/residential addresses via online recruitment in St. Louis, Missouri, USA from February 2017 to December 2017. We report the process of using Facebook recruitment and demonstrate how this strategy can enhance collection of geospatial data to better understand context and spatial patterns of disease. A total of 425 participants were recruited via Facebook advertisements. All participants reported their residential and work ZIP codes, though only 64.7% and 45.6% provided their complete residential and work street addresses, respectively. Those who reported their complete residential street addresses were more likely to be female (69.8% vs. 56.1% of males, $\chi^2(2) = 7.89, 1 \text{ df}, p = 0.005$), though no differences were observed by race, age, or employment status. These findings indicate that valuable location data can be successfully collected via Facebook recruitment - data that could potentially include residential history or prospective follow-up time or be combined with other emerging technologies for geographic data in order to better understand the context and the effects of place on health outcomes. Facebook recruitment may be an underutilized resource for obtaining accurate geospatial and contextually relevant health data and should be considered as a means for finding participants due to the cost-effectiveness, efficiency and flexibility of this recruitment approach.

► **La portabilité des données et des services**

PELLEGRINI F.

2018

Revue française d'administration publique 167(3): 513-523.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-513.htm>

La réduction de l'asymétrie entre usagers et responsables de traitements informatisés nécessite la création de droits adaptés. Tel est le cas du droit à la portabilité pour les services numériques. Ce droit est à la fois un droit économique, prolongeant le droit à l'interopérabilité, et un droit des personnes, participant à garantir leur autodétermination informationnelle. Ses deux sources en France sont, d'une part, le règlement général sur la protection des données, adopté au niveau européen, et, d'autre part, la loi Pour une République numérique. La mise en œuvre pratique de ce droit, tant par les acteurs privés que publics, est

de nature à réduire les effets de rente et favoriser la création de services nouveaux.

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

PHILIPPON J.-F. ET CARIDADE G.

2018

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

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

La présente étude a pour objet le parangonnage des GHM (groupes homogènes de malades) d'un CHU (centre hospitalier universitaire) de référence avec quatre autres CHU afin de rechercher les faiblesses du CHU de référence en termes de codage des DAS (diagnostics associés significatifs) producteurs de sévérité, non exclue par le DP (diagnostic principal) ou la racine du GHM. La population se compose des RSA (résumés de sortie anonymisés) du CHU de référence, et de quatre autres CHU. La population des quatre centres comparés a été standardisée sur le sexe et l'âge de celle du CHU de référence. Les RSA sélectionnés étaient dans des GHM éligibles aux 4 niveaux de sévérité. Les données ont été obtenues grâce à des requêtes SQL sur la base PMSI MCO nationale 2012. Elles ont été traitées avec SPSS pour les tests statistiques. L'analyse des DAS producteurs de sévérité nous montre qu'un nombre important de ces pathologies ne sont jamais codées par le CHU de référence. Ces DAS manquants diffèrent en fonction des Sous-CMD. L'étude se termine par une extraction des séjours groupés dans les GHM qui ont été sélectionnés afin d'affiner les caractéristiques de ces séjours. Cette méthode permet d'analyser rapidement les performances d'un établissement en termes de codage des DAS. Elle présente l'avantage de mettre en évidence non seulement la faiblesse du codage CIM-10 des dossiers, mais également la qualité de recueil des DAS par les cliniciens. In fine l'amélioration du codage des séjours pourra se faire sur des dossiers ciblés.

► **Un futur antérieur. Le rapport aux données dans le travail de prévision macroéconomique**

PILMIS O.

2018

Revue Française de Socio-Économie 21(2): 59-76.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2018-2-page-59.htm>

L'activité de prévision macroéconomique repose de manière décisive sur la description de la situation présente des économies, rapprochant l'activité de prévisionniste de celle du statisticien. En mobilisant la typologie proposée par A. Desrosières, ce texte met en évidence la façon dont l'activité de prévision articule quatre rapports différents aux « données », à partir desquels est évalué leur « réalisme ». Il étudie aussi certains des principes par lesquels il est possible de rendre compte de leur combinaison : division du travail, catégories de classement mobilisées par les prévisionnistes, instruments utilisés pour prévoir, temporalités des exercices de prévision.

► **Defining and Measuring Multimorbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews**

PRESCOTT G. J., JOHNSTON M. C., BLACK C., et al.

2018

European Journal of Public Health 29(1): 182-189.

<https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky098>

Multimorbidity, the coexistence of multiple health conditions, is a growing public health challenge. Research and intervention development are hampered by the lack of consensus regarding defining and measuring multimorbidity. The aim of this systematic review was to pool the findings of systematic reviews examining definitions and measures of multimorbidity. Medline, Embase, PubMed and Cochrane were searched from database inception to February 2017. Two authors independently screened titles, abstracts and full texts and extracted data from the included papers. Disagreements were resolved with a third author. Reviews were quality assessed. Of six reviews, two focussed on definitions and four on measures. Multimorbidity was commonly defined as the presence of multiple diseases or conditions, often with a cut-off of two or more. One review developed a holistic definition including biopsychosocial and somatic factors as well as disease. Reviews recommended using measures

validated for the outcome of interest. Disease counts are an alternative if no validated measure exists. To enable comparison between studies and settings, researchers and practitioners should be explicit about their choice of definition and measure. Using a cut-off of two or more conditions as part of the definition is widely adopted. Measure selection should be based on tools validated for the outcome being considered. Where there is no validated measure, or where multiple outcomes or populations are being considered, disease counts are appropriate.

► **Traces numériques et recherche scientifique au prisme du droit des données personnelles**

ROSSI J. ET BIGOT J.-É.

2018

Les Enjeux de l'information et de la communication 19/2(2): 161-177.

<https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2018-2-page-161.htm>

La disponibilité croissante de masses de traces numériques inspire une nouvelle génération de projets de recherche numériquement instrumentés. Or l'exploitation de ces traces, en tant que le droit les qualifie de données à caractère personnel, entraîne l'application d'un corpus de normes juridiques dont le Règlement général de protection des données récemment adopté. Celui-ci prévoit un cadre dérogatoire pour la recherche scientifique, soutenu par une coalition d'acteurs issus de la recherche médicale, qui s'applique également aux sciences humaines et sociales (SHS). Le présent article présente une synthèse de travaux de recherche sur ce cadre légal et la façon dont il vient interroger le rapport aux traces numériques dans la recherche en SHS.

► **Web sémantique : les politiques du sens et la rhétorique des données**

SIRE G.
2018

Les Enjeux de l'information et de la communication 19/2(2): 147-160.

<https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2018-2-page-147.htm>

Nous expliquons comment fonctionne le Web sémantique, et en particulier comment les producteurs de contenus peuvent « discrétiser » les informations de manière à ce que des logiciels comme les moteurs de recherche puissent ensuite les corrélés à l'échelle du Web en générant des ontologies. Nous comparons les trois syntaxes auxquels ils peuvent avoir recours : le Resource Description Framework, les microdonnées et les microformats, ainsi que les arènes et les processus de normalisation propres à chacune de ces syntaxes. En nous référant pour notre analyse à la théorie opérationnelle de l'écriture numérique développée à l'Université Technologique de Compiègne, nous montrons ainsi comment sont confrontées différentes « politiques du sens » sur le Web portées par des acteurs dont les objectifs et les intérêts diffèrent. Nous décryptons la teneur non pas simplement du mécanisme de description et de traitement de l'information mais aussi des allers-retours entre l'individu qui décrit

et édite des informations et la machine qui traite et éditorialise des données.

► **L'encadrement juridique des données ouvertes en Espagne**

VALERO TORRIJOS J. ET ANDREU MARTÍNEZ M. B.
2018

Revue française d'administration publique 167(3): 601-611.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2018-3-page-601.htm>

Au cours des cinq dernières années, diverses lois ont été adoptées en Espagne pour tenter d'établir un cadre normatif qui stimule la modernisation technologique du secteur public. À partir de cette prémisse, l'accès à l'information détenue par le secteur public peut s'organiser à travers le principe de l'ouverture des données (libre accès et possibilité de réutilisation automatisée selon les règles européennes). Ce travail entend présenter une vue générale de son encadrement juridique, mais également signaler les principales difficultés et les défis qu'en pratique son application soulèvent, compte tenu de la portée et de la configuration du droit d'accès à l'information dont disposent les administrations publiques et les autres entités composant le secteur public.

Politique de santé

Health Policy

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

DUCHESNE V.
2018

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

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

Ce texte montre que la mise en place des agences régionales de santé constitue une nouvelle forme d'intervention de l'État en santé. Cette nouvelle étiatisation marque le passage de la logique du plan à

celle de l'incitation en dépassant les oppositions historiques qui ont animé le secteur santé (l'État contre la Sécurité sociale, la régulation locale contre la régulation centrale et l'hôpital contre la médecine libérale). Le tournant incitatif de l'organisation du système de santé s'appuie sur une structure organisationnelle originale (l'agence) et un outil de coordination (le contrat) qui est inédite par sa réussite, ampleur et spécificité. Cependant, le couple ARS- contrat n'échappe pas aux paradoxes d'une administration sous New Public Management : réformer sous contrainte budgétaire et négocier contractuellement sous tutelle. Les ARS subissent elles-mêmes la logique incitative qu'elles mettent en œuvre.

► **How Is the Use of Research Evidence in Health Policy Perceived? A Comparison Between the Reporting of Researchers and Policy-Makers**

ELLEN M. E., LAVIS J. N., HOROWITZ E., *et al.*

2018

Health research policy and systems 16(1): 64-64.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30029647>

The use of health policy and systems research (HPSR) to inform health policy-making is an international challenge. Incorporating HPSR into decision-making primarily involves two groups, namely researchers (knowledge producers) and policy-makers (knowledge users). The purpose of this study was to compare the perceptions of Israeli health systems and policy researchers and health services policy-makers regarding the role of HPSR, factors influencing its uses and potential facilitators and barriers to HPSR, and implementation of knowledge transfer and exchange (KTE) activities. A cross-sectional survey was administered to researchers and policy-makers in Israel. The survey consisted of seven closed questions. Descriptive analyses were carried out for closed-ended questions and comparative analysis were conducted between groups using the (2) test. A total of 37 researchers and 32 policy-makers responded to the survey. While some views were in alignment, others showed differences. More policy-makers than researchers perceived that the use of HPSR in policy was hindered by practical implementation constraints, whereas more researchers felt that its use was hindered by a lack of coordination between knowledge producers and users. A larger percentage of policy-makers, as compared to researchers, reported that facilitators to the KTE process are in place and a larger percentage of researchers perceived barriers within the KTE environment. A larger percentage of policy-makers perceived KTE activities were in place as compared to researchers. Results also showed large differences in the perceptions of the two groups regarding policy formulation and which organisations they perceived as exerting strong influence on policy-making. This research demonstrated that there are differences in the perceptions of knowledge producers and users about the process of KTE. Future work should focus on minimising the challenges highlighted here and implementing new KTE activities. These activities could include making the researchers aware of the most effective manner in which to package their results, providing training to policy-makers and assuring that policy-makers have technical access to appropriate databases to search for HPSR. These

results underscore the need for the groups to communicate and clarify to each other what they can offer and what they require.

► **Mise en place d'une politique publique de santé des migrants**

GINOT L., KIRSCHEN B., LAPORTE A., *et al.*

2018

Santé Publique 30(5): 611-616.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-611.htm>

Pour répondre aux besoins de prise en charge de milliers de réfugiés en région parisienne, un programme de santé publique basé sur des bilans infirmiers avec orientation sanitaire éventuelle a été mis en place. Construite progressivement et en interface avec les politiques d'accueil, cette organisation semble efficiente. Elle est soumise à certaines conditions, mais les leçons qui en sont tirées pourraient être généralisées à d'autres domaines de la santé publique et à d'autres populations.

► **Past, Present and Future Challenges in Health Care Priority Setting**

HALL W., WILLIAMS I., SMITH N., *et al.*

2018

J Health Organ Manag 32(3): 444-462.

Current conditions have intensified the need for health systems to engage in the difficult task of priority setting. As the search for a «magic bullet» is replaced by an appreciation for the interplay between evidence, interests, culture, and outcomes, progress in relation to these dimensions requires assessment of achievements to date and identification of areas where knowledge and practice require attention most urgently. The paper aims to discuss these issues. An international survey was administered to experts in the area of priority setting. The survey consisted of open-ended questions focusing on notable achievements, policy and practice challenges, and areas for future research in the discipline of priority setting. It was administered online between February and March of 2015. «Decision-making frameworks» and «Engagement» were the two most frequently mentioned notable achievements. «Priority setting in practice» and «Awareness and education» were the two most frequently mentioned

policy and practical challenges. «Priority setting in practice» and «Engagement» were the two most frequently mentioned areas in need of future research. Globally, these findings could be used as a platform for discussion and decision making related to policy, practice, and research in this area. Originality/value Whilst this study reaffirmed the continued importance of many longstanding themes in the priority setting literature, it is possible to also discern clear shifts in emphasis as the discipline progresses in response to new challenges.

► **La démarche stratégique en matière de politique de santé : pourquoi sommes-nous restés au milieu du gué ?**

HENRARD J.-C.

2018

Santé Publique 30(5): 597-599.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-597.htm>

Une démarche stratégique pour définir une politique de santé a été développée par le Haut Comité de la santé publique, qui publie, en 1992 un rapport préliminaire dans lequel il en esquisse les principes. Un second rapport, publié en 1994, La Santé en France, s'inspire de cette démarche qu'il applique à une sélection de problèmes de santé et de déterminants prioritaires, effectuée à partir d'un bilan national sur la santé de la population. Mais vingt-cinq ans plus tard, on est en droit de s'interroger sur le développement de cette démarche stratégique, au regard du développement des structures de santé publique tant au niveau national que régional, de la réforme du système de régulation des dispositifs de santé et de la plus grande participation réglementée des usagers.

► **La réforme du troisième cycle des études médicales : où en est-on ?**

LAVIGNE B. ET FONTAINE A.

2018

L'information psychiatrique 94(10): 851-856.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-851.htm>

Depuis novembre 2017, les internes sont soumis à la réforme des études du troisième cycle des études médicales. Cette réforme, dont les premiers travaux

ont débuté en 2009, a mis du temps à aboutir, subissant les remous politiques et les refontes de commissions diverses. Mais elle a permis de reposer les bases des compétences jugées nécessaires pour qu'un interne puisse exercer le métier de médecin, et en particulier celui de psychiatre. Les principales modifications apportées par la réforme concernant la forme elle-même du déroulement de l'internat : constitué désormais de trois phases de contenu pédagogique progressif intitulées respectivement phase socle, phase d'approfondissement et phase de consolidation, il garde une durée totale de quatre années. Les stages sont désormais choisis en fonction de l'avancée dans ces phases, les premiers permettant ainsi d'acquérir les bases du métier, quand les derniers permettent au contraire de se préparer à l'autonomie du post-internat. Deux options font leur apparition : la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et la psychiatrie de la personne âgée. L'addictologie devient une formation spécialisée transversale, accessible aux psychiatres et à d'autres spécialités médicales. La psychiatrie médico-légale n'a en revanche pas été reconnue comme option à part entière. Apportant un certain nombre de changements pertinents, pour certains cependant assez lourds sur le plan organisationnel, cette réforme n'en présente pas moins quelques limites, pour lesquelles un travail de fond, mené conjointement par les universitaires, les internes, mais aussi tous les praticiens accueillant des étudiants, est toujours d'actualité.

► **Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**

SEBAI J.

2018

Santé Publique 30(5): 623-631.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-623.htm>

Face à l'évolution des besoins de l'utilisateur, le modèle d'administration des services publics qui s'est construit autrefois en méconnaissance de l'utilisateur et de ses préoccupations ne trouve plus sa place. Pour expliquer cette situation, on parle ainsi d'un retournement des tendances et d'une modernisation des institutions publiques et des structures, basés sur une approche réfléchie qui survalorise la place de l'utilisateur dans le dispositif en tant que bénéficiaire, destinataire et partenaire du service de soins. La participation et le point de vue de l'utilisateur constituent dès lors un enjeu

essentiel dans l'amélioration de la qualité des soins et l'évaluation des technologies de santé. Convaincue de l'importance de les impliquer dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la Haute Autorité de santé (HAS), en tant qu'institution publique actrice de la démocratie sanitaire en France, a mis en place des projets de coopérations entre les professionnels de soins et les bénéficiaires traduits sous forme de groupes de travail et de commissions. À travers cette démarche, la HAS confère aux bénéficiaires le rôle d'experts leur permettant, à travers leur expertise expérientielle, de s'exprimer dans la démarche de modernisation et d'amélioration de la certification et de la qualité et la sécurité des soins. C'est dans l'objectif d'appréhender les différentes modalités et le niveau d'implication des représentants d'usagers dans les démarches qualité en général, et dans la certification des établissements de santé en particulier que cette contribution tente de souligner les leviers et les freins existant dans le secteur de santé en France.

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

SEBAI J. ET YATIM F.

2018

Santé Publique 30(4): 517-526.

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

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

des services publics. Toutefois, sans être antinomiques, les deux évolutions sous-tendent des ressorts et des mécanismes divergents, voire paradoxaux.

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

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

2019

Health Policy.

Despite evidence on the benefits of health enhancing physical activity (HEPA), only few countries have developed "health in all policies" and specifically integrated HEPA policies. Paucity of studies have questioned the role of public national actors in PA policies enactment and delivery, the barriers and levers for adopting cross-sectoral HEPA. The present work seeks at comparing France and Belgium in regard to their competencies of ministries promoting HEPA, the presence of leadership and coordination in HEPA policies implementation, their key public legal entities working on HEPA. Expert interviews and document analysis were realized to complete the HEPA policy audit tool in each country. Results have shown that HEPA cross-sectoral policies are at their early stage. A broad diversity of sectors was implicated in HEPA policies: sport, health, transport, environment, and education, but often with weak activity. No leadership or coordination exist to implement HEPA policies, although different public legal entities could work on this aim. Ministries relationships were principally coming from formal co-interventions mandated by national public plans in France, where in Belgium relationships were punctual. Lobbying within each sector and in key public legal entities to promote HEPA is needed, and the development of official national coordination is essential.

Social Policy**► L'« universalisation » : une notion à interroger ?**BUCHARLES B.
2018**Revue française des affaires sociales(4): 119-128.**<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-119.htm>

Cet article a pour objet d'analyser les différents sens de la notion polysémique d'universalisation, utilisée fréquemment dans le champ de la protection sociale ou du droit social. La spécificité de ce domaine rend délicate la simple transposition de l'universalité associée aux droits individuels. De même, l'emploi de ce terme pour désigner l'extension de l'objet ou du périmètre d'un droit social que l'on généralise n'est légitime qu'à certaines conditions, que l'on s'efforcera de préciser. Mais l'évolution récente la plus significative se mesure lorsqu'on observe la substitution, par exemple dans la problématique du revenu universel, d'un référent centré sur la personne à un référent lié traditionnellement au travail, à la condition sociale ou familiale. À travers la notion d'« universalisation » s'exprime alors l'exigence d'inconditionnalité que l'on revendique pour un droit social pris dans sa dimension symbolique.

► Raising Take-Up of Social Assistance Benefits Through a Simple Mailing: Evidence from a French Field ExperimentCHAREYRON S., GRAY D. ET L'HORTY Y.
2018**Revue d'économie politique 128(5): 777-805.**<https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2018-5-page-777.htm>

This paper is related to the phenomenon puzzling unduly low take-up rate for social assistance benefits in France. In order to investigate this phenomenon, we conduct an experimental evaluation in the form of a randomized control trial involving the influences of informational availability and complexity. We examine the impact of a change in the information set which is sent to these households just after they claim the benefit, seeking a behavioral response to this particular 'nudge'. Our findings suggest that a costless action on

the part of program administrators is able to substantially increase take-up for certain types of beneficiaries. In order to be effective, these actions should target households according to their individual attributes.

► Universalisation de la protection sociale : vers la personnalisation des droits sociaux ?CHAUCHARD J.-P.
2018**Revue française des affaires sociales(4): 129-148.**<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-129.htm>

En France, l'histoire de la protection sociale suggère que son universalisation n'a jamais cessé d'être présente de 1945 à nos jours sous la forme de politiques sociales sectorielles, sans parler des tentatives, législatives ou projetées, plus ou moins abouties. Mais rapprochée de la citoyenneté sociale et assise sur la solidarité nationale, l'universalisation pourrait devenir plus qu'une perspective pour peu que le besoin social correspondant s'exprime, le besoin n'étant pas inconnu du droit. À cet égard, le droit social, qui a été à la source de catégories juridiques nouvelles, pourrait trouver une occasion supplémentaire de se manifester au sein d'un État social reconsidéré dans ses fonctions, avec l'apparition d'une présomption de besoin résultant de la seule appartenance de la personne à la société. Le droit social, longtemps envisagé dans sa seule dimension de droit objectif, ne pourrait ainsi empêcher que les droits sociaux soient considérés comme des droits subjectifs à portée individuelle, prenant forme de garanties sociales d'un type nouveau, en raison de la montée en puissance de la personne dans le champ du droit social.

► **L'individualisation/universalisation des droits à la protection sociale, un processus en marche dans l'Europe continentale**

EUZÉBY C.

2018

Revue française des affaires sociales(4): 149-172.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-149.htm>

Les systèmes « bismarckiens » de protection sociale de l'Europe de l'Ouest sont fortement remis en question du fait de leur relation étroite au travail et au statut familial. La France est particulièrement concernée. Elle a déjà réalisé des avancées significatives dans la logique des droits individuels et universels pour répondre à l'instabilité familiale, à l'alternance entre chômage et précarité de l'emploi, aux ruptures professionnelles et aux besoins de formation tout au long de la vie. Mais ces avancées butent sur des obstacles institutionnels, financiers et politiques. Leur poursuite, comme le montre l'article, nécessite des changements conceptuels importants. Il s'agit d'aller vers une protection sociale « proactive », intégrative et préventive dans la logique du développement humain. Tout l'enjeu consiste à trouver le bon équilibre entre les régimes assurantiels et les nouvelles générations de droits individuels et universels.

► **Le paritarisme à l'épreuve de l'universalisation de la protection sociale**

FERKANE Y.

2018

Revue française des affaires sociales(4): 103-118.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-103.htm>

L'institution d'une protection universelle maladie (PUMA) ou bien la volonté annoncée par l'actuel gouvernement de mettre en place une assurance chômage plus universelle et plus juste attestent de la vigueur de l'objectif d'universalisation de la protection sociale. Sa réalisation n'est toutefois pas sans soulever quelques interrogations tenant à la gestion et au financement du système. En particulier, on peut se demander si le paritarisme, érigé au cours du siècle dernier comme mode de gestion vertueux, est en mesure d'être accommodé à l'extension de la protection sociale à de nouvelles catégories d'assurés et à la fiscalisation de ses

ressources. S'il est aujourd'hui avancé telle une évidence que la montée en puissance de l'universalité de la couverture de certains risques devrait nécessairement entraîner une remise en cause de la place du paritarisme, à plus ample examen cette liaison ne va pas de soi et tient moins d'une nécessité logique que d'un projet politique.

► **La régularité du séjour des étrangers en France : frontière du projet d'universalisation de la protection sociale ?**

IZAMBERT C.

2018

Revue française des affaires sociales(4): 17-37.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-17.htm>

Cet article explore la façon dont, en France, la réalisation du projet d'universalisation, entendu ici comme l'accès à la protection sociale sur le seul critère de résidence sur le territoire, est limitée par les restrictions introduites depuis le XIXe siècle pour les étrangers vivant sur le territoire. Cependant, ces restrictions, d'abord fondées sur la nationalité renvoient désormais à la régularité du séjour des personnes étrangères, condition généralisée par la loi de 1993, soumettant partiellement les objectifs des politiques de protection sociale à celles de contrôle des flux migratoires. Dans le cadre de la loi sur la couverture maladie universelle, la création en 1999 de l'aide médicale d'État, dispositif de couverture des besoins de soins exclusivement réservé aux personnes étrangères qui ne peuvent justifier d'un titre de séjour, est significative de l'exception que peut constituer la santé à cette logique d'exclusion mais aussi de l'impossible accès au droit commun pour les personnes étrangères résidentes en situation irrégulière.

► **Contexte d'émergence du Housing First**

LAVAL C.

2018

Vie sociale 23-24(3): 21-30.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2018-3-page-21.htm>

Vivre à la rue contribue à maintenir les personnes dans une forme de désocialisation que les dispositifs d'urgence sociale actuels ont une extrême difficulté

à inverser. Sous le nom de Housing first, devant ce constat, sont apparues au cours des années 2000 de nouvelles pratiques critiques des modes d'intervention institutionnels existants. Cette approche, prenant place dans le mouvement historique de la désinstitutionnalisation, ne soumet pas l'accès à un logement autonome à l'inscription préalable de la personne sans-abri dans des soins ou une démarche de sevrage de ses éventuelles addictions. Au vu de sa diffusion internationale, les promoteurs de ce modèle ont l'ambition de faire face au nombre croissant de personnes sans-abri, problème public majeur des pays industrialisés de ces dernières décennies. Leur slogan emblématique : « Zéro sdf ». Ce numéro double de Vie sociale constitue le premier travail, dans l'espace francophone, s'efforçant de documenter la genèse du modèle Housing First outre-Atlantique, de suivre son déploiement en Europe, avec un focus particulier sur le programme

français « Un chez-soi d'abord », qui est le plus important des expérimentations européennes. « Au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie », cette approche fait le pari des capacités des personnes lorsqu'elles sont logées sans condition autre qu'un accompagnement pluri-professionnel intensif ad hoc. Ce numéro donne ainsi à connaître les modalités de l'implémentation politique, les grands principes de l'accompagnement d'un public sans-abri caractérisé par des troubles sévères de santé mentale et les résultats des recherches évaluatives disponibles des deux côtés de l'Atlantique. Après une décennie d'expérimentations et de recherches évaluatives, ce travail original apporte pour la première fois des connaissances scientifiques permettant de critiquer et de renouveler la réflexion collective sur les résultats et les effets de cette nouvelle approche.

Prévention de la santé

Health Prevention

► Impact d'une campagne nationale de promotion des Consultations Jeunes Consommateurs

COGORDAN C., PROTAIS C., DÍAZ GÓMEZ C., *et al.*
2018

Santé Publique 30(4): 465-475.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-465.htm>

Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) offrent un accompagnement aux jeunes présentant des addictions ainsi qu'à leurs familles. Une campagne de promotion de ce dispositif a été diffusée à deux reprises en 2015. Cet article se propose d'en évaluer l'impact sur la notoriété des CJC auprès des parents d'adolescents et sur le recours aux CJC. Trois sources ont été mobilisées : 1/ une enquête en trois vagues indépendantes (avant la campagne, après la première diffusion, après la seconde) par téléphone auprès de 500, 500 et 531 parents et adolescents afin d'évaluer l'impact sur la notoriété auprès des cibles, 2/ les données de sollicitations au service d'aide à distance Drogues Info Service, connecté à la campagne, pour observer les évolutions en matière de profils et de nombre, 3/ une enquête auprès des CJC, réunissant les informations de 3 747

consultations, pour comparer les profils des consultants venus grâce à la campagne ou non. Avant la campagne, 15,98 % des parents avaient déjà entendu parler des CJC. Après les diffusions, cette part était inchangée parmi les parents non-exposés à la campagne et supérieure à 60 % parmi les parents exposés. Les autres sources ont montré notamment une plus grande implication des parents et une diversification des motifs de consultation. La campagne a permis d'augmenter la notoriété assistée du dispositif auprès des parents (public-cible). Les analyses secondaires suggèrent qu'elle a aidé à « décomplexer » le recours aux CJC par les parents, mais aussi par d'autres publics, comme les consommateurs de cocaïne.

► **Genre, inégalités et promotion de la santé à l'échelle locale. L'exemple genevillois**

FAURE E. ET RICAN S.

2018

Santé Publique 30(5): 617-621.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-617.htm>

En France, les inégalités sociales de santé restent importantes, tant en ce qui concerne les variations d'états de santé que celles de l'accès aux soins de la population. Si leurs dimensions socio-économiques sont largement documentées, les processus concourant aux inégalités entre hommes et femmes ainsi que leur inscription dans les dynamiques territoriales restent peu analysés. Cet article vise à interroger le rôle de ces dynamiques dans l'accès des hommes et des femmes à la prévention. Nous nous appuyons sur l'étude des modalités locales de promotion de la santé dans la commune de Gennevilliers (Hauts-de-Seine) pour interroger ce processus de construction des inégalités. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'élus, de professionnels du champ sanitaire et social et d'acteurs associatifs. La consultation de différentes sources manuscrites et des observations de terrain complètent ce travail. La commune de Gennevilliers, par l'ancienneté de la prise en compte de la santé, le dynamisme des réseaux d'acteurs ou bien le nombre d'actions innovantes qui caractérisent sa politique sanitaire, constitue un exemple mobilisateur et pertinent pour l'analyse des freins et leviers de l'intervention en santé. Cet article démontre que les dispositifs de promotion de la santé s'inscrivent dans des dynamiques territoriales complexes, mais peuvent également contribuer au renforcement des normes de genre et des écarts entre hommes et femmes. Finalement, cette recherche illustre la nécessaire prise en compte des questions de genre et de territoire dans l'analyse comme dans l'élaboration des actions de promotion de la santé.

► **Améliorer la complémentarité des offres d'éducation thérapeutique du patient : retour d'expérience et recommandations**

FOURNIER C., CITTÉE J., BRUGEROLLES H., et al.

2018

Santé Publique 30(3): 307-311.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-307.htm>

La promotion de l'ETP sur les territoires demande à être réfléchiée dans une approche communautaire, suivant une logique de complémentarité pour atténuer les risques de rupture de suivi dans les moments de transition. Le Pôle de ressources Île-de-France en ETP a réuni un échantillon pluri professionnel, pluridisciplinaire et plurisectoriel de 45 participants, afin de définir les modalités d'une complémentarité des offres d'ETP partant des besoins des patients et contribuant au changement de paradigmes professionnels. Trois entretiens collectifs ont abordé successivement les trois thématiques de la complémentarité entre les offres d'ETP, des parcours des patients, et de la pluridisciplinarité, en prenant en compte les éléments structurels, les processus et les résultats. Constatant le manque de visibilité, les cloisonnements, les difficultés d'accès et le cadrage contraint des offres, les participants soulignent des éléments favorables issus de leur expérience, fondée sur un socle culturel commun. Les recommandations portent sur : 1) le décloisonnement des structures, en développant la communication et les formations pluri-professionnelles, et en assouplissant les formats de programme ; 2) la mise en lien des acteurs, en promouvant une offre de proximité, et en facilitant les analyses de pratiques et le développement d'une coordination exemplaire de la démarche d'ETP ; 3) la diversification et l'articulation des approches évaluatives, en valorisant le caractère multidimensionnel des apports de l'ETP, non seulement pour les patients mais aussi pour les professionnels et le système de santé. Les Pôles de ressources en ETP peuvent contribuer à la mise en œuvre de ces recommandations en soutenant une approche collective fédératrice, à même de contribuer à une réduction des inégalités sociales d'accès à l'ETP.

Prevision - Evaluation**► Les sociologies économiques relationnelles : réflexions sur trois ouvrages récents**STEINER P.
2018**Revue Française de Socio-Économie 21(2): 185-196.**<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2018-2-page-185.htm>

Ce dossier propose d'explorer les conditions d'émergence et d'existence des « futurs économiques », c'est-à-dire des anticipations de ce qui devrait advenir dans le domaine économique. Cette exploration couvre une série de questionnements à la fois techniques et politiques. Techniques puisque projeter des futurs économiques, les anticiper, c'est le plus souvent utiliser une métrologie qui permet de les prévoir et calculer (prévision et calcul que l'on retrouve notamment derrière la notion de « risque »). Politiques puisqu'être doté d'une telle capacité de prévision, c'est pour une technique ou un savoir se voir attribuer un pouvoir, celui d'orienter les conduites du présent, non pas seulement celui de décrire mais aussi de produire l'économie à venir. Théories économiques, discours journalistiques, activité des prévisionnistes et des analystes financiers, usages de big data... À partir de plusieurs focales, les articles de ce dossier examinent les données, l'outillage cognitif et matériel, les professions et les institutions, les collectifs et les techniques, qui fondent les futurs économiques. Ils interrogent également la force avec laquelle ces anticipations pèsent en retour sur le présent, ou encore la légitimité qui entoure certains savoirs et certaines expertises dans la production et la circulation des représentations des mondes économiques de demain.

► Predicting Healthcare Expenditure by Multimorbidity GroupsTARAZONA V. C., OLMEDA N. G. ET CONSUELO D. V.
2019**Health Policy.**

This article has two main purposes. Firstly, to model the integrated healthcare expenditure for the entire population of a health district in Spain, according to multimorbidity, using Clinical Risk Groups (CRG). Secondly, to show how the predictive model is applied to the allocation of health budgets. The database used contains the information of 156,811 inhabitants in a Valencian Community health district in 2013. The variables were: age, sex, CRG's main health statuses, severity level, and healthcare expenditure. The two-part models were used for predicting healthcare expenditure. From the coefficients of the selected model, the relative weights of each group were calculated to set a case-mix in each health district. Results Models based on multimorbidity-related variables better explained integrated healthcare expenditure. In the first part of the two-part models, a logit model was used, while the positive costs were modelled with a log-linear OLS regression. An adjusted R² of 46-49% between actual and predicted values was obtained. With the weights obtained by CRG, the differences found with the case-mix of each health district proved most useful for budgetary purposes. The expenditure models allowed improved budget allocations between health districts by taking into account morbidity, as opposed to budgeting based solely on population size.

Psychiatry

► **Le projet Baromètre, un outil numérique et collaboratif. Pertinence et utilité dans le champ de la santé mentale**

BOSSÉ P.-L., CARRIER S. ET MORIN P.
2018

L'information psychiatrique 94(10): 802-808.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-802.htm>

Depuis plusieurs années, notre équipe (Université de Sherbrooke, Québec) poursuit diverses recherches sur la personnalisation des soins et des services. Cette approche s'appuie sur le triptyque suivant : la valorisation des savoirs d'expérience, l'évaluation de la différence produite par les soins et services dans la vie des gens et la coproduction de ces derniers par les professionnels et les usagers. De fil en aiguille, ces recherches ont inspiré la conception et le développement participatif d'une plateforme numérique et collaborative : le projet Baromètre. Cet article explicite la démarche de conception et de validation scientifique réalisée à ce jour. Il présente également l'utilité et la pertinence de cet outil : résultats de recherche circonscrits à partir de 72 histoires d'utilisation.

► **The Impact of Depressive Symptoms on Exit from Paid Employment in Europe: A Longitudinal Study with 4 Years Follow-Up**

BURDORF A., ROBROEK S. J. W. ET PORRU F.
2018

European Journal of Public Health 29(1): 134-139.

<https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky136>

Mental health problems are a risk factor for loss of paid employment. This study investigates (i) the relation between depressive symptoms and different involuntary pathways of labour force exit and (ii) explores gender and geographical differences in this relation. The study population consisted of 5263 individuals in paid employment aged between 50 years and the country-specific retirement age from 11 European countries participating in the longitudinal Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Self-reported depressive symptoms at baseline were

assessed using the EURO-D. Employment status was derived from interviews after 2 and 4 years. Cox proportional hazards regression analyses were used to investigate the association between depressive symptoms and labour force exit via disability benefit and unemployment. Population attributable fractions (PAFs) were calculated to estimate the contribution of depressive symptoms to these pathways of labour force exit. Both men and women with a EURO-D score ≥ 4 had a ≥ 2 -fold increased risk of a disability benefit (HR: 2.46, 95%CI 1.68–3.60) after adjustment for demographics and work-related characteristics. Among men depressive symptoms elevated the risk of becoming unemployed at follow-up (HR 1.55; 95%CI: 0.94–2.57). The PAF was 0.18 for disability benefit and 0.04 for unemployment, and varied across European regions. Individuals with depressive symptoms are at increased risk of losing paid employment, which in turn may aggravate their symptoms. Targeting depressive symptoms with public health and occupational policies should be considered to reduce the burden of mental diseases in Europe.

► **Citoyenneté OU Empowerment : « encore un effort » ?**

DESMONS P.
2018

L'information psychiatrique 94(10): 797-801.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-797.htm>

Pourquoi dire « empowerment » quand on parle français ? Difficile à traduire en un seul mot, la résistance de cet « intraduisible » est analysée ici comme l'indice, voire le symptôme, à la fois d'un enjeu de philosophie politique (une certaine difficulté à penser la domination ?), et d'un enjeu épistémologique (un retour du refoulé du discours savant institué ?). Cette analyse permet peut-être alors d'associer deux mouvements en cours en santé mentale et d'en rendre une certaine lisibilité : l'empowerment des « usagers », au-delà de la « citoyenneté », mais aussi l'émergence du savoir expérientiel, au-delà du savoir « savant ».

► **L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre »**

FARKAS M.

2018

Vie sociale 23-24(3): 53-74.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2018-3-page-53.htm>

Cet article, en inscrivant, aux États-Unis, le mouvement du rétablissement dans l'histoire des systèmes de santé mentale, développe le point de vue de l'auteur sur son actualité et son devenir. Ce mouvement est à resituer dans le contexte évolutif des idées de justice sociale et des luttes visant à combattre le sort inhumain réservé aux personnes souffrant de troubles mentaux, vis-à-vis des préjugés et des discriminations profondément ancrés dans la plupart des sociétés. Les définitions du rétablissement et de ses valeurs fondamentales sont présentées telles qu'elles ont été développées dans le monde anglo-saxon ainsi que leur implication dans la reconfiguration des services. En outre, cet article propose une synthèse historique du développement des services de réadaptation psychiatrique, des mouvements d'usagers-mouvements des survivants et ex-psychiatrisé(e)s et de leur contribution à l'émergence de l'idée du rétablissement en tant que philosophie orientant les services de santé mentale et dispositifs connexes. Enfin, l'auteur discute des pratiques contemporaines visant à promouvoir le rétablissement et conclut sur un constat d'oscillation pendulaire entre croyance et preuves scientifiques caractérisant ce mouvement dans son histoire, dans le temps présent et certainement dans un avenir prévisible.

► **Expérimentation pionnière et monopoles professionnels. Les obstacles au partage du pouvoir décisionnel**

GODRIE B.

2018

Vie sociale 23-24(3): 99-114.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2018-3-page-99.htm>

Cet article analyse les mécanismes de participation de personnes détentrices de savoirs expérientiels de différentes réalités, dont les problèmes de santé mentale, l'itinérance, la toxicomanie et la pauvreté, dans le projet Chez-soi Montréal (2009-2013). Cette analyse nous permet de caractériser leur rôle au sein du projet, dans et hors des comités dans lesquels elles siégeaient. Nous mettons l'accent sur l'idée de monopole pro-

fessionnel pour expliquer l'implication relativement superficielle des pairs dans ce projet, ainsi que sur les facteurs ayant limité un plus grand partage du pouvoir décisionnel, pourtant souhaité par plusieurs acteurs au sein du projet. Ce faisant, par le biais de cette analyse, nous illustrons et mettons en contexte des enjeux qui se détachent de la littérature sur la participation d'usagers ou d'anciens usagers des services sociaux et de santé à des projets de recherche et d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux.

► **Co-Designing for Quality: Creating a User-Driven Tool to Improve Quality in Youth Mental Health Services**

HACKETT C. L., MULVALE G. ET MIATELLO A.

2018

Health Expectations 21(6): 1013-1023.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hex.12694>

Although high quality mental health care for children and youth is a goal of many health systems, little is known about the dimensions of quality mental health care from users' perspectives. We engaged young people, caregivers and service providers to share experiences, which shed light on quality dimensions for youth mental health care. Using experience-based co-design, we collected qualitative data from young people aged 16-24 with a mental disorder (n = 19), identified caregivers (n = 12) and service providers (n = 14) about their experiences with respect to youth mental health services. Experience data were collected using multiple approaches including interviews, a suite of online and smartphone applications (n = 22), and a co-design event (n = 16) and analysed to extract touch points. These touch points were used to prioritize and co-design a user-driven prototype of a questionnaire to provide feedback to service providers. Young people, caregiver and service provider reports of service experiences were used to identify aspects of care quality at eight mental health service contact points: Access to mental health care; Transfer to/from hospital; Intake into hospital; Services provided; Assessment and treatment; Treatment environment; and Caregiver involvement in care. In some cases, low quality care was harmful to users and their caregivers. Young people co-designed a prototype of a user-driven feedback questionnaire to improve quality of service experiences that was supported by service providers and caregivers at the co-design event. By using EBCD to capture in-depth data regarding experiences of

young people, their caregivers and service providers, study participants have begun to establish a baseline for acceptable quality of mental health care for young people.

► **Quelles sont les limites des nouveaux courants en santé mentale ? Le cas de la santé mentale communautaire et de l'empowerment**

HALIDAY H.

2018

[L'information psychiatrique 94\(10\): 835-840.](https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-835.htm)

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-835.htm>

Nous proposons dans cet article d'étudier le courant de la santé mentale dite « communautaire » (SMC) et son corollaire, l'empowerment des usagers. Après avoir présenté les caractéristiques principales de la SMC, nous revisiterons la notion d'empowerment pour montrer qu'elle possède du fait de son contexte d'émergence des limites amenant à repenser sa transférabilité du monde anglosaxon à la culture française. Nous esquisserons l'hypothèse d'une troisième voie dans les relations entre usagers et professionnels qui ne serait ni paternaliste ni centrée sur le pouvoir d'agir en vue de remettre, dans un contexte d'instabilité profonde du soin psychique en France, la clinique des institutions au centre des préoccupations du système de santé mentale.

► **Education Care in Patients with Psychiatric Disorders in France: Psychoeducation or Therapeutic Patient Education?**

LANG J. P., JURADO N., HERDT C., *et al.*

2019

[Rev Epidemiol Sante Publique 67\(1\): 59-64.](https://doi.org/10.1016/j.scp.2019.01.001)

Psychoeducation and therapeutic patient education can be effectively included in treatments for patients with psychiatric disorders. These two effective educational therapies have the common purpose of improving disorder-related morbidity, compliance with treatment and patients' quality of life. While they have different methods of application, both teach patients to play an active role in their own care. However, it is still critical to combine them for care of patients

with psychiatric and addiction disorders in a manner that allows for specificity. To do this, the differences between psychoeducation and therapeutic patient education must be considered, and their potential for the management of patients with psychiatric and addiction disorders must be determined. In our article, we review the literature concerning therapeutic education programs for patients and discuss the literature based on the experiences of psychiatrists trained in these therapies. We conclude there is a place for therapeutic patient education in psychiatry as it provides a real benefit for patients. It could modify care practices and costs, and is suitable for patients with psychiatric or addiction disorders by helping them play an active role in their care, thereby improving treatment outcomes and quality of life.

► **Les médecins généralistes face à la « dépression chronique ». Représentations et attitudes thérapeutiques**

LINDER A., WIDMER D., FITOUSSI C., *et al.*

2018

[Revue française des affaires sociales\(4\): 239-258.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-239.htm)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-239.htm>

Partant du constat que les représentations d'une maladie influent sur la prise en charge que les médecins en proposent, une équipe de recherche multidisciplinaire s'est intéressée aux représentations et à la prise en charge de la dépression chronique par les médecins généralistes, au moyen de focus groups. Dans un premier temps, nous présentons les types de patients qui sont décrits par les médecins généralistes lorsqu'est évoquée la dépression chronique. Dans un second temps, nous nous intéressons aux savoir-faire et aux savoir-être qui sont déployés par les généralistes pour faire face à ces situations complexes. Enfin, nous interrogeons la place qu'occupent les antidépresseurs dans la prise en charge de cette maladie. Il apparaît que la prise en charge proposée par les généralistes relève davantage d'un cadre conceptuel de médecine générale – qui pourrait s'appliquer à différents troubles psychiques ou psychosomatiques – que d'une compréhension spécifique de la dépression chronique.

► **Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques. Le savoir d'expérience pour agir contre la stigmatisation en santé mentale**

LOUBIÈRES C., CARIA A. ET ARFEUILLÈRE S.
2018

L'information psychiatrique 94(10): 809-816.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-809.htm>

Agir contre la stigmatisation en santé mentale est un processus lent et complexe qui nécessite d'écouter la parole des personnes concernées par un trouble psychique. Car mettre un visage sur une maladie impose une alternative à la déshumanisation liée aux mécanismes de stigmatisation, et entendre le récit des personnes permet d'envisager les troubles psychiques au travers d'expériences singulières, évitant toute généralisation. Il convient toutefois de penser cette prise de parole publique à trois niveaux :– sa méthode : en construisant le récit selon des objectifs pédagogiques;– son approche éthique : en questionnant un rapport égalitaire des savoirs (professionnel et d'expérience), les postures des uns et des autres, mais aussi la place laissée à chacun;– sa progression : il existe différents niveaux de participation. Cet article propose quelques repères issus de l'expérience du Psycom d'accompagnement à la prise de parole publique de personnes concernées par des troubles psychiques.

► **Adolescent Mental Health and Unemployment over the Lifespan: Population Evidence from Sweden**

MOUSTERI V., DALY M., DELANEY L., et al.
2019

Soc Sci Med 222: 305-314.

Symptoms of mental health problems have been shown to predict adverse labour market outcomes including unemployment, but no studies have used sibling models to examine the relationship between clinically diagnosed psychiatric conditions in adolescence and subsequent unemployment. This study used extensive Swedish registry data to investigate the link between psychiatric conditions diagnosed during military conscription and unemployment over two decades. Further, we identified whether this relation was amplified during an economic downturn and tested whether it was affected by adjustment for unobserved family characteristics using sibling fixed-effects models. Psychiatric conditions were diagnosed by psychologists and psychiatrists at military conscription in sample of 929,191 Swedish men (mean age = 18.4 years) between 1969 and 1989. The average number of days unemployed per year was observed from 1992 to 2012, using the records of the Swedish Public Employment Services. Adolescent mental health conditions forecast an elevated risk of unemployment, which endures over the life course and is amplified in times of economic uncertainty. We conclude that investment in youth mental health services and alcohol and substance use prevention programs may yield economic benefits by reducing unemployment.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

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

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

Health Serv Res. 54 (2) : 367-378

The aim of this study is to examine the factors explaining primary care physicians' (PCPs) decision to leave patient-centered medical homes (PCMHs). Five-year

longitudinal data on all the 906 PCPs who joined a PCMH in the Canadian province of Quebec, known there as a Family Medicine Group. We use fixed-effects and random-effects logit models, with a variety of regression specifications and various subsamples. In addition to these models, we examine the robustness of our results using survival analysis, one lag in the regressions and focusing on a matched sample of quitters and stayers. We extract information from Quebec's universal health insurer billing data on all the PCPs

who joined a PCMH between 2003 and 2005, supplemented by information on their elderly and chronically ill patients. About 17 percent of PCPs leave PCMHs within 5 years of follow-up. Physicians' demographics have little influence. However, those with more complex patients and higher revenues are less likely to leave the medical homes. These findings are robust across a variety of specifications. As expected, higher revenue favors retention. Importantly, our results suggest that PCMH may provide appropriate support to physicians dealing with complex patients.

► **La prescription d'activité physique par le médecin traitant : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé**

BAUDUER F., VANZ E., GUILLET N., *et al.*

2018

Santé Publique 30(3): 313-320.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-313.htm>

L'insuffisance d'activité physique (AP) constitue un problème de santé publique car elle est associée à un risque accru de maladies chroniques et de mortalité prématurée. Nous avons utilisé la prescription d'AP adaptée par le médecin généraliste et encadrée au niveau d'associations sportives pour lutter contre le manque d'AP. L'association Biarritz Côte Basque Sport Santé (BSS) a mis en place depuis mai 2015 une procédure de prescription d'AP sur ordonnance auprès de médecins généralistes volontaires à destination de leurs patients insuffisamment actifs indemnes de pathologie chronique patente. Les personnes sont soit adressées directement à une association sportive où ils sont pris en charge par un éducateur sportif formé, soit passent par le filtre préalable d'un éducateur médico-sportif de BSS qui procède à un entretien motivationnel et une évaluation physique afin de les orienter vers l'AP encadrée la plus adaptée. La prescription d'AP (parmi 15 disciplines) s'effectue pour une durée de 12 semaines au terme de laquelle une évaluation individuelle est pratiquée. Quatre-vingt-six médecins exerçant dans 17 communes de la côte basque ont participé à cette expérience. Deux cents personnes ont bénéficié d'une prescription d'AP (27 % d'hommes) d'âge moyen 54 ans (extrêmes : 18-80); 20 % des individus ont été directement dirigés par le médecin vers les associations concernées et 80 % sont passés par l'éducateur médico-sportif de BSS. La gymnastique aquatique constitue ici l'AP adoptée par le plus de partici-

pants (23 %). Le nombre des clubs adhérents est passé de 7 au début de l'expérience à 25 au moment de cette analyse. 28 éducateurs sportifs ont suivi le dispositif de formation pour accueillir nos participants. Au moment de l'évaluation, 138 sujets sont arrivés au terme de la période de 12 semaines. Parmi eux 90 % ont poursuivi une pratique d'AP auprès d'une association sportive. Notre expérience suggère que la prescription d'AP par le médecin traitant auprès d'intervenants formés d'associations sportives est une procédure réalisable à destination des sujets avec insuffisance d'AP. Elle propose l'appui d'une structure intermédiaire, la cellule de BSS, qui permet l'évaluation et l'orientation vers une AP adaptée de chaque participant ainsi qu'un suivi d'observance. Le succès à long terme d'un tel dispositif reste cependant à évaluer.

► **Le choix de la médecine générale aux ECN : «des déterminants qui s'installent dans le paysage »**

BISMUTH M., BOYER P., RODRIGUEZ J., *et al.*

2018

Médecine : De la Médecine Factuelle à nos Pratiques 14(8): 377-384.

La population de médecins généralistes par habitant en France est en baisse pour plusieurs raisons : nombreux clausus ouvert tardivement, départs en retraite... Les départements universitaires de médecine générale comme celui de Toulouse ont mis l'accent sur une formation de qualité et cela est en train de porter ses fruits. Notre étude s'attache à déterminer les composantes du choix de la médecine générale à Toulouse entre les années 2014 à 2017 et à les comparer aux deux précédentes études réalisées entre 2008 et 2013.

► **Rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité**

CHEVALLIER C., COLLOMBIER M., ZEINDLER E., *et al.*

2018

Santé Publique 30(5): 633-661.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-5-page-633.htm>

Le soutien à la parentalité fait l'objet d'une politique de santé publique en France, identifié comme un moyen de réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance. L'infirmière puéricultrice, par

son rôle prépondérant auprès des enfants et de leurs familles, est au cœur de ces actions, dont les retours d'expérience apparaissent davantage dans la littérature grise, plutôt que dans la littérature scientifique. L'objectif de cet article est de décrire et analyser les actions d'accompagnement à la parentalité réalisées par les infirmières puéricultrices au travers de la littérature professionnelle, afin de leur donner une visibilité au sein de la communauté scientifique. Une revue de littérature a été conduite à partir de la base documentaire EM-consulte sur les années 2009 à 2015. L'analyse des articles sélectionnés s'est inspirée d'une grille de recueil d'action d'accompagnement à la parentalité élaborée par la Société française de santé publique, ajustée pour les besoins de ces travaux. Quatre-vingt-huit articles ont été sélectionnés, identifiant à la fois des actions dont le soutien à la parentalité est un objectif principal, et des actions où le soutien à la parentalité apparaît comme une philosophie du soin et de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille. Les actions se déroulaient dans tous les secteurs d'activités sanitaires, sociaux et éducatifs. L'approche qualifiante est nettement utilisée par les infirmières puéricultrices durant ces actions. Cette revue a permis de dresser un état des lieux du rôle des infirmières puéricultrices dans le soutien à la parentalité, tout en identifiant des axes d'amélioration dans la pratique, l'échange d'expériences et la diffusion des connaissances.

► **Facteurs associés à la prise de rendez-vous en ligne pour une consultation de médecine générale**

ELLOUZE S., LAFORTUNE J. ET SOARES A.

2018

Santé Publique 30(3): 371-382.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-371.htm>

Les modalités de prise de rendez-vous (RDV) pour une consultation de médecine générale sont un maillon important de la chaîne d'accès aux soins. Notre objectif était de rechercher les facteurs sociodémographiques associés à la prise de RDV sur plateformes internet des patients ayant pris un RDV chez un généraliste parisien. Une enquête épidémiologique transversale multicentrique a été réalisée de janvier à avril 2017 dans 61 pharmacies auprès de patients ayant consulté un généraliste, au sein d'arrondissements parisiens à fort gradient social. Un questionnaire était proposé par

les pharmaciens, visant à définir les caractéristiques sociodémographiques des patients ainsi que le mode de rendez-vous pris chez le généraliste. Une analyse univariée et un modèle multivarié ont été utilisés pour déterminer les facteurs associés à la prise de RDV sur plateformes Internet. In fine, l'utilisation des plateformes de prise de RDV en ligne doit être couplée aux moyens organisationnels usuels (consultation libre et prise de RDV téléphonique) afin de proposer un accès aux soins égalitaire à tous.

► **Physician Perspectives on Choosing Wisely Canada as an Approach to Reduce Unnecessary Medical Care: A Qualitative Study**

EMBRETT M. ET RANDALL G. E.

2018

Health research policy and systems 16(1): 95.

<https://doi.org/10.1186/s12961-018-0370-5>

Reducing monies spent on unnecessary medical care is one possible target to improve value in healthcare systems. Regional variation in the provision of medical care suggests physician behaviour and patient demands influence the provision of unnecessary medical care. Recently, Choosing Wisely campaigns began using 'top 5 do-not-do' lists to target unnecessary medical care by encouraging greater physician and patient dialogue at the point of care. The present study aims to examine the rationale for Choosing Wisely Canada's (CWC) design and to analyse physician perceptions regarding the features of CWC aimed to reduce unnecessary medical care.

► **Rethinking the Place of Primary Healthcare in France-Role of General Practice**

GAY B.

2013

Rev Epidemiol Sante Publique 61(3): 193-198.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639686>

Primary healthcare is poorly structured in France while it is well defined at the international level: it is the point of first medical contact of the population with the healthcare system. General practice is the clinical specialty oriented to primary healthcare. Data in the scientific literature highlight the need of refocusing

the health system on primary care known to improve both morbi-mortality and care efficiency. In France, health authorities acknowledge general practitioners as playing a key role in the health care system: its time to move from intention to action. Structural changes are needed to achieve this reinforcement of primary healthcare: to re-orientate medical studies towards primary care; to develop research in primary care; to promote cooperation between care providers; to ease the daily workload of practitioners; to diversify methods of payment; to propose a guide for patient's use of primary care. The transformation of the healthcare system in France requires a real strategy of primary healthcare implementation. Regardless of financial constraints, it is possible to redistribute the resources towards ambulatory care. Strengthening the role of general practice and favoring its societal recognition will be the major stages of this change.

► **Collaboration interprofessionnelle pour la santé buccodentaire des personnes âgées – esquisse de mise en œuvre**

HARNAGEA H.

2018

Santé Publique 30(3): 383-388.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-383.htm>

Le vieillissement accéléré de la population entraîne une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie. Même chez les personnes âgées en bonne santé, les déficits d'auto-soins sont liés à la diminution de la mobilité, de l'endurance et à la perte sensorielle. Dans les centres d'hébergement, les résidents dépendent des soignants pour la majorité des activités de la vie quotidienne. En général, l'offre de service dentaire pour les personnes en perte d'autonomie demeure insuffisante. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation dont l'absence de directives gouvernementales et le manque de formation initiale et continue du personnel autant dentaire que non dentaire. Issues d'une revue des publications parues entre 1970- 2016, quatre stratégies se démarquent : valoriser, soutenir et formaliser la collaboration interprofessionnelle, bâtir une vision commune autour de la santé buccodentaire, développer des compétences professionnelles et relationnelles complémentaires et partagées, redéfinir les rôles et responsabilités des intervenants en soins primaires. Ces stratégies pourraient être considérées dans le processus de mise en

œuvre d'une offre de services buccodentaires adapté aux besoins de ce groupe de population.

► **Le médecin généraliste, un acteur central dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques faiblement alphabétisés**

MARGAT A. ET MORSA M.

2018

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques(14): 365.

Parmi les réponses apportées aux malades chroniques, l'éducation thérapeutique du patient tient une place importante. Cependant, un faible niveau de littératie en santé (LS) constitue un obstacle majeur pour accéder à cette éducation. Ceci est particulièrement déterminant chez les patients faiblement ou non alphabétisés qui bénéficient moins des actions d'éducation en santé et ne possèdent pas les compétences pour recourir aux ressources existantes. La LS est au carrefour de l'éducation, de la santé et de la culture et, en ce sens, elle nécessite une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. À ce titre, le médecin généraliste peut jouer un rôle central que ce soit par le repérage des patients avec un faible niveau de littératie ou la mise en œuvre d'interventions éducatives.

► **Examining the Role of the Physician as a Source of Variation: Are Physician-Related Variations Necessarily Unwarranted?**

MERCURI M. ET GAFNI A.

2018

Journal of Evaluation in Clinical Practice 24(1): 145-151.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12770>

The physician is often implicated as an important cause of observed variations in health care service use. However, it is not clear if physician-related variation is problematic for patient care. This paper illustrates that observed physician-related variation is not necessarily unwarranted. Methods This is a narrative review. Its Many studies have attributed observed variations to the physician, but little attention is given towards discriminating between those variations that exist for good reasons and those that are unwarranted. Two

arguments can be made for why physician-related variation is unwarranted. The first posits that physician-related factors should not play a role in management of care decisions because such decisions should be driven by science (which is imagined to be definitive). The second considers the possibility of supplier-induced demand as a factor driving observed variations. We show that neither argument is sufficient to rule out that physician-related variations may be warranted. Furthermore, the claim that such variations are necessarily problematic for patients has yet to be substantiated empirically. It is not enough to simply show that physician-related variation can exist—one must also show where it is unwarranted and what is the magnitude of unwarranted variations. Failure to show this can have significant implications on how we interpret and respond to observed variations. Improved measurement of the sources of variation, especially with respect to patient preferences and context, may help us start to disentangle physician-related variation that is desirable from that which is unwarranted.

► **New Approaches to Measuring the Comprehensiveness of Primary Care Physicians**

O'MALLEY A. S., RICH E. C., SHANG L., *et al.*

2019

Health Serv Res. 54(2) : 356-368

The aim of this study is to develop claims-based measures of comprehensiveness of primary care physicians (PCPs) and summarize their associations with health care utilization and cost. A total of 5359 PCPs caring for over 1 million Medicare fee-for-service beneficiaries from 1404 practices. We developed Medicare claims-based measures of physician comprehensiveness (involvement in patient conditions and new problem management) and used a previously developed range of services measure. We analyzed the association of PCPs' comprehensiveness in 2013 with their beneficiaries' emergency department, hospitalizations rates, and ambulatory care-sensitive condition (ACSC) admissions (each per 1000 beneficiaries per year), and Medicare expenditures (per beneficiary per month) in 2014, adjusting for beneficiary, physician, practice, and market characteristics, and clustering. Each measure varied across PCPs and had low correlation with the other measures—as intended, they capture different aspects of comprehensiveness. For patients whose PCPs' comprehensiveness score was at the 75th vs 25th

percentile (more vs less comprehensive), patients had lower service use ($P < 0.05$) in one or more measures: involvement with patient conditions: total Medicare expenditures, -\$17.4 (-2.2 percent); hospitalizations, -5.5 (-1.9 percent); emergency department (ED) visits, -16.3 (-2.4 percent); new problem management: total Medicare expenditures, -\$13.3 (-1.7 percent); hospitalizations, -7.0 (-2.4 percent); ED visits, -19.7 (-2.9 percent); range of services: ED visits, -17.1 (-2.5 percent). There were no significant associations between the comprehensiveness measures and ACSC admission rates. These measures demonstrate strong content and predictive validity and reliability. Medicare beneficiaries of PCPs providing more comprehensive care had lower hospitalization rates, ED visits, and total Medicare expenditures.

► **Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens**

RIDARD E. ET SOMME D.

2018

Santé Publique 30(3): 361-370.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-361.htm>

Les centres de santé (CDS) sont des structures de soins ambulatoires, mono- ou pluridisciplinaires, dont le personnel est salarié. Ils ont une vocation d'accessibilité sociale et financière. Depuis quelques années, de nouveaux CDS sont créés afin d'attirer des médecins généralistes. Pour que ces CDS puissent être une réponse à la désertification médicale, il faudrait connaître les motivations des médecins y travaillant, afin de déterminer s'il est possible d'amplifier ce phénomène. L'étude réalisée cherche à préciser les raisons qui orientent les médecins vers ce choix d'exercice et leurs motivations. Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins exerçant dans des CDS des régions Bretagne et Pays de la Loire a été réalisée. Une analyse thématique des données a été effectuée. Douze médecins généralistes ont été inclus. Les motivations principales sont le salariat et ses avantages, les conditions de travail intéressantes. Les échanges professionnels, souvent informels, sont valorisés. D'autres motivations apparaissent au second plan dans les entretiens : les médecins mettent en avant le service rendu à la population, l'accessibilité des CDS et leur sentiment de pouvoir y exercer une médecine de qualité. Ces motivations

professionnelles peuvent être classées en motivations externes et internes. Afin de diffuser le modèle des CDS, d'y recruter des médecins, mais aussi de les fidéliser, les gestionnaires pourraient, en plus de proposer des conditions de travail attrayantes, développer le volet actions de santé publique, et améliorer leur communication pour faire connaître les CDS.

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

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

Health Policy 123(2): 215-221.

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

Travail et santé

Occupational Health

► **Job Sick Leave: Detecting Opportunistic Behavior**

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

Health Economics 28(3) : 37-388

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

We utilize a large administrative dataset of sickness leave in Italy (a) to investigate whether private firms are more effective than the public insurer in choosing who to monitor and (b) to study the correlation between potentially opportunistic behavior and the observable characteristics of the employee. We find that private employers are more likely to select into monitoring employees who are fit for work despite being on sick leave, if the public insurer is not supported by any data-driven tool. However, the use of a scoring mechanism, based on past records, allows the public insurer to be as effective as the employer. This result suggests that the application of machine learning to appropriate databases may improve the targeting of public monitoring to detect opportunistic behavior. Concerning the association between observable characteristics and potentially opportunistic behavior,

we find that males, employees younger than 50, those on short leaves, or without a history of illness are more likely to be found fit for work.

► **How Disability Insurance Reforms Change the Consequences of Health Shocks on Income and Employment**

HULLEGIE P. ET KONING P.
2018

J Health Econ 62: 134-146.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30366230>

This paper examines whether Dutch disability insurance reforms have helped or hindered employment opportunities of workers that are facing unanticipated shocks to their health. An important component of the reforms was to make employers responsible for paying sickness benefits and to strengthen their sickness monitoring obligations. This may stimulate preventive and reintegration activities by firms. Using administrative data on hospitalizations, we conclude that both financial incentives and monitoring obligations have

substantially lowered DI receipt and increased the employment of workers after a health shock.

► **Does Experience Rating Reduce Sickness and Disability Claims? Evidence from Policy Kinks**

KYYRA T. ET PAUKKERI T.
 2018

J Health Econ 61: 178-192.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30149248>

We study whether the experience rating of employers' disability insurance premiums affects the inflow to disability benefits in Finland. To identify the causal effect of experience rating, we exploit kinks in the rule that specifies the degree of experience rating as a function of firm size. Using comprehensive matched employer-employee panel data, we estimate the effects of experience rating on the inflow to sickness and disability benefits. We find that experience rating has little or no effect on either of these outcomes.

► **The Association Between Part-Time and Temporary Employment and Sickness Absence: A Prospective Swedish Twin Study**

MATHER L, SVEDBERG P., HELGADÓTTIR B., et al.
 2018

European Journal of Public Health 29(1): 147-153.

<https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky145>

Sickness absence (SA) is becoming a major economic problem in many countries. Our aim was to investigate whether type of employment, including temporary employment or part-time employment, is associated with SA while controlling for familial factors (genetic and shared environment). Differences between men and women and across employment sectors were explored. This is a prospective twin study based on 21 105 twins born in Sweden 1959–85. The participants completed a survey in 2005 with follow-up of SA (≥ 15 days), using register data, until end of 2013. The data were analyzed with logistic regression, with results presented as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI). Temporary employment involved higher odds of SA (OR = 1.21 95% CI = 1.04–1.40) compared to full-time employment. Both part-time workers (OR = 0.84 95% CI = 0.74–0.95) and the self-employed (OR = 0.77

95%CI = 0.62–0.94) had lower odds of SA. Stratifying by sex showed lower odds for part-timers (OR = 0.82 95% CI = 0.73–0.94) and self-employed women (OR = 0.65 95% CI = 0.47–0.90), but higher odds for men in temporary employment (OR = 1.33 95% CI = 1.03–1.72). Temporary employees in county councils (OR = 1.73 95% CI = 1.01–2.99) and municipalities (OR = 1.41 95% CI = 1.02–1.96) had higher odds while part-timers employed in the private sector had lower odds (OR = 0.77 95% CI = 0.64–0.93). Familial factors did not confound the association between employment type and SA. Employment type is associated with SA, with temporary employment involving a higher risk compared to permanent full-time employment while both part-time employment and self-employment involved a lower risk. The associations vary between women and men and across sectors.

► **Introduction: Frontline Delivery of Welfare-To-Work in Different European Contexts**

VAN BERKEL R., LARSEN F. ET CASWELL D.
 2018

International Social Security Review 71(4): 3-11.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/issr.12186>

This themed issue contributes to European research on the role of front-line work in the implementation of welfare-to-work policies. A number of factors underline the relevance of such study. First, the focus on activating and disciplining the unemployed seen in many countries may on the surface look similar. However, a closer look at these policies and how they unfold in different contexts reveals many and interesting differences. While all contain a certain level of disciplining and coercive elements, they also to a varying degree contain elements that focus on the upgrading of skills, building human capital and providing other types of support in promoting labour-market participation. In turn, these policies contain both people processing and people changing technologies that are used for different aspects of policy delivery. In addition, policy developments have gradually expanded the client group of these policies, including more hard-to-place unemployed, thus making the client group more heterogeneous. Finally, we have seen a strong political belief in the positive effects of using punitive sanctions. Research supports this belief when it comes to clients with high employability and limited problems besides unemployment, but the knowledge-base is rather

shaky when it comes to the hard-to-place clients with substantial problems. Using punitive sanctions or other disciplining or coercive measures in frontline work has caused controversy and resistance. In order to qual-

ify our understanding of welfare-to-work policies, we need to take a step closer to where these policies are translated into reality for the target group.

Vieillesse

Ageing

► Identifying Care Home Patients in the Last Twelve Months of Life

CHU C. ET WOODS S.

2019

Age and Ageing 48(Supplement_1): i1-i15.

<https://dx.doi.org/10.1093/ageing/afy211.57>

Topic: In the UK 26.2% of care home residents die within 1 year. Patients in their last twelve months of life have more unplanned admissions and persistent symptoms as they become increasingly frail. On the Wirral Emergency Healthcare Plans (EHCPs) are used for anticipatory clinical planning, helping to reduce avoidable Hospital admissions. Established guidelines for recognising patients within the last twelve months of life are the Gold Standard Framework Prognostic Indicator Guidance (GSF PIG) and the Supportive and Palliative care Indicators Tool (SPICT). They both provide suggested general indicators of declining health.

► Durée d'assurance et équivalent patrimonial des droits à la retraite : l'impact de la réforme de 1993

DANIEL C., MOTTET S., HERELL NZE OBAME J., *et al.*

2018

Economie & prévision 214(2): 141-162.

<https://www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2018-2-page-141.htm>

À l'aide des données de l'Échantillon Interrégimes des Retraités de 2008, nous quantifions les effets de la réforme des retraites de 1993 sur l'équivalent patrimonial des droits à retraite (EPDR) des retraités de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS). Cet indicateur permet d'estimer les effets sur les droits à la retraite du report de l'âge de

liquidation et de la décote induits par l'allongement de la durée d'assurance requise pour une retraite à taux plein. Nous montrons que la décote a un effet négatif sur l'EPDR de l'ensemble des retraités considérés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes nées entre 1934 et 1943. La diminution de l'EPDR liée à la décote est plus importante pour les hommes que pour les femmes. Le report de l'âge de liquidation a en revanche un effet positif pour les hommes et négatif pour les femmes. L'augmentation d'EPDR entraînée par le report est annulée par la décote pour les hommes; tandis que la baisse de l'EPDR liée à la décote est amortie par le report pour les femmes. Par ailleurs, les conséquences de la réforme ne sont pas homogènes le long de la distribution de l'EPDR, avec un effet décote plus marqué pour les EPDR les plus modestes, sans que le report ne permette une compensation totale.

► Les impacts du vieillissement de la population française sur les systèmes sanitaires et médico-sociaux : une analyse des revues académiques et professionnelles depuis la loi ASV

HENTIC-GILIBERTO M. ET STEPHAN S.

2018

Management & Avenir Santé 4(2): 99-123.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2018-2-page-99.htm>

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillesse (ASV), promulguée en décembre 2015, fait de la prise en compte du vieillissement « un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ». Le présent article vise à nourrir l'état des lieux de la prise en compte de cette problématique, au moyen d'une étude du contenu éditorial de la lit-

térature académique et professionnelle francophone. Une démarche exploratoire fondée sur une analyse lexicale permet d'extraire des contenus, l'approche du vieillissement telle qu'elle est abordée dans les travaux académiques en SHS et spécifiquement en économie-gestion, et dans les revues professionnelles du secteur sanitaire et médico-social. Une étude approfondie est menée sur les trois thématiques que sont la gouvernance du système de santé, le management des structures sanitaires et médico-sociales, la silver économie. Les résultats font apparaître que si la sociologie est la discipline qui étudie de manière plus marquée l'émergence et les conséquences du vieillissement sur l'environnement et les populations (66 articles), seuls 28 articles en sciences économiques et sciences de gestion lui sont consacrés. Ces derniers identifient principalement la problématique de la gouvernance du vieillissement au niveau macro-économique ou en lien avec les situations particulières de certains pays. Seuls, quelques rares articles s'intéressent spécifiquement à la situation française et aux dimensions managériale, organisationnelle ou opérationnelle. Concernant les revues professionnelles, l'accent est mis sur le positionnement de la personne âgée au cœur du dispositif d'accompagnement, les thématiques de la dépendance et des domaines et modalités de sa prise en charge sont largement discutées. De part et d'autre la silver économie, pourtant identifiée comme un véritable levier de croissance (OMS2, 2016), reste mal identifiée.

► **Effets de la prise en charge des personnes démentes sur le travail aide-soignant en EHPAD. Une approche par la théorie de la régulation sociale**

LEBRUN L., DUMAS M. ET DOUGUET F.

2018

Management & Avenir Santé 4(2): 35-54.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2018-2-page-35.htm>

Au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, les aides-soignantes font face – dans un contexte organisationnel contraint – à l'augmentation du nombre de résidents atteints de pathologies neurodégénératives. Leur prise en charge est spécifique et fait évoluer le travail aide-soignant. Cette évolution bouleverse à la fois le rapport entretenu par ces professionnels à leur satisfaction au travail, et aussi à l'ensemble du collectif aide-soignant. Notre recherche s'est donné pour objet l'étude de ces

effets en choisissant de s'appuyer principalement sur la théorie de la régulation sociale comme cadre d'analyse pour comprendre l'évolution des règles régissant l'organisation du travail aide-soignant au sein d'un EHPAD. Ces éléments d'analyse nous conduisent, à considérer des pistes managériales adaptées à la prise en charge des résidents déments par un collectif d'aides-soignantes.

► **The Ageing and De-Institutionalisation of Death—Evidence from England and Wales**

LEESON G. W.

2019

Health Policy. [In press]

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

► **The Short-Term Effects of Retirement on Health Within Couples: Evidence from France**

MESSE P.-J. ET WOLFF F.-C.

2019

Social Science & Medicine 221: 27-39.

This paper investigates the short-term effects of transition into retirement on health within couples using French household data. We rely on a semi-parametric difference-in-differences method to account for the endogeneity of the retirement decision. We compare the health trajectories of respondents who retire to those of respondents who remain employed over the same period after balancing their pre-retirement characteristics using a matching procedure. We also look at potential spillover effects within the couple by comparing health changes for spouses of respondents who retire to those of respondents who remain employed. We find that transition into retirement has a short-term beneficial effect on respondents' self-assessed health. Conversely, we fail to find any significant effect of respondents' retirement on their spouses' health.

► **Éditorial : le vieillissement de la population, un enjeu social et managérial majeur pour les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux**

PAYRE S., TISSIOUI M. ET JOFFRE C.

2018

Management & Avenir Santé 4(2): 7-11.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2018-2-page-7.htm>

Les dernières projections démographiques de l'Insee (Blanpain, Buisson, 2016) indiquent qu'en 2030, près de 30 % de la population française devraient avoir 60 ans et plus et 12 % devraient avoir plus de 75 ans. Face aux enjeux d'une telle évolution démographique, cet article s'interroge sur les impacts du vieillissement de la population française sur les systèmes sanitaires et médico-sociaux de la France, qui semblent être de plus en plus sollicités pour ne pas dire en difficultés.

Index des auteurs Author index

A

Absil G.	40
Abu-Zaineh M.	28
Ammi M.	49
Amoureux V.	14
Andreu Martínez M. B.	37
An L.	12
Arfeuillère S.	49
Arnold L. D.	34
Arora V. S.	12

B

Barham V.	28
Barrault F.	21
Bataineh H.	28
Bauduer F.	50
Bennemeer P.	19
Benoît C.	11
Berenson R. A.	15
Bigot J.-É.	36
Biscardo C. A.	54
Bismuth M.	50
Black C.	36
Bodard J.	26
Bono F.	28
Bossé P.-L.	46
Boul M.	32
Bourcier D.	32
Bousmah M.	28
Boyer L.	20
Boyer P.	50
Brenner P. S.	34
Bricard D.	30
Brick A.	19
Briggs A.	25
Brugerolles H.	44
Bucciol A.	54
Bucharles B.	41
Burdorf A.	46
Buskirk T. D.	34

C

Camus A.	33
Caria A.	49
Caridade G.	35
Carrier S.	46
Caswell D.	55
Catillon M.	18
Champsaur L.	24
Chan H. K.	31
Chareyron S.	41
Chattopadhyay A.	24
Chauchard J.-P.	41
Chen Y. R.	31
Cheong S. T.	31
Chevallier C.	50
Chevallier J.	33
Chevillard G.	22
Chibane S. R.	22
Chou Y.-J.	11
Chu C.	56
Cittée J.	44
Clavel C.	26
Cluzel-Métayer L.	33
Cogordan C.	43
Collombier M.	50
Combes J.-B. S.	28
Conrard F.	31
Consuelo D. V.	45
Cooper Z.	15
Coron G.	11
Corré J.	15
Craig S.	15
Cutler D. M.	16

D

Daly M.	49
Daniel C.	56
Debiès É.	33
De Filippi P.	32
Delaney L.	49
Delo C.	26

Denis F.	24
Desmons P.	46
de Trogoff H.	18
Devlin R. A.	28
Díaz Gómez C.	43
Diop M.	49
Dodd R.	18
Douard H.	15
Douguet F.	57
Dramé M.	21
Duchesne V.	37
Dumas M.	57
Duvoux N.	29

E

Einav L.	16
Ellen M. E.	16, 38
Ellimoottil C.	12
Ellouze S.	51
Embrett M.	51
Erikson C.	13
Euzéby C.	42
Evans C. R.	29

F

Farkas M.	47
Faure E.	44
Ferkane Y.	42
Fitoussi C.	48
Fontaine A.	39
Fournier C.	44
Fowler F. J.	34
Friedrich M.	30

G

Gafni A.	52
Gay B.	51
Gertler P.	18
Ghosh K.	16
Gillis K.	12
Ginot L.	38
Ginsburg P. B.	15
Godrie B.	47
Gray C.	15
Gray D.	41

Grudniewicz A.	54
Guillaud E.	14
Guillet N.	50
Guyet P.	24

H

Hackett C. L.	47
Haliday H.	48
Hall W.	38
Hammoud M.	24
Han X.	13
Harnagea H.	52
Hartman M.	17
Helgadóttir B.	55
Henrard J.-C.	39
Hentic-Giliberto M.	56
Herdt C.	48
Herell Nze Obame J.	56
Heurgue A.	21
Hodgkinson M.	20
Holbrook A.	17
Horowitz E.	38
Horty Y.	41
Huckfeldt P. J.	14
Hullegie P.	54

I

Izambert C.	42
------------------	----

J

Jan S.	18
Joffre C.	58
Johnston M. C.	36
Jurado N.	48

K

Kane C. K.	12
Kansoun Z.	20
Kendall C.	13
Khlat M.	30
Kirschen B.	38
Koller D.	23
Koning P.	54

Ku Y.-C.	11
Kyyra T.	55

L

Lafortune J.	51
Lang J. P.	48
Lanna M.	34
Laporte A.	38
Larsen F.	55
Laval C.	42
Lavigne B.	39
Lavis J. N.	38
Lebrun L.	57
Lee J.	17
Lee M.-C.	11
Lee S.	16
Leeson G. W.	57
Legleye S.	30
Levin J.	16
Liddy C.	13
Linder A.	48
Looman C. W. N.	25
Loubières C.	49
Loux T.	34
Lucas-Gabrielli V.	22

M

Maesano C. N.	21
Malley A. S.	53
Mancosu G.	34
Mangeney C.	22
Margat A.	52
Martin A. B.	17
Martins D.	27
Mather L.	55
Matranga D.	28
McKee M.	12
Mercuri M.	52
Messe P.-J.	58
Messer K. L.	16
Meyer L.	20
Miatello A.	47
Michael A.	26
Mink P. J.	14
Morin P.	46
Moroz I.	13
Morsa M.	52

Mottet S.	56
Mousques J.	22
Moussa-Badran S.	24
Mousteri V.	49
Moyer M.	12
Mulvale G.	47
Muratov S.	17

N

Nelson E. J.	34
Nesterko Y.	30
Nickel N.	27
Nolan A.	19
Nusselder W. J.	25

O

Olmeda N. G.	45
Otten M.	19

P

Page C. J.	25
Palagyi A.	18
Pampel F.	30
Papuchon A.	29
Park J.	13
Paukkeri T.	55
Payre S.	58
Peckham A.	54
Pellegrini F.	35
Pertile P.	54
Philippon J.-F.	35
Pilmis O.	36
Porru F.	46
Prescott G. J.	36
Prior H. J.	27
Protais C.	43
Prudhomme J.	24
Pulcini C.	31

R

Rabaud C.	31
Rachas A.	20
Randall G. E.	51

Revue Prescrire	32
Rican S.	44
Rich E. C.	53
Ridard E.	53
Robroek S. J. W.	46
Rochereau T.	21
Rodriguez J.	50
Rossi J.	36
Rudoler D.	54

S

Saiias T.	26
Sanyal S.	21
Sebai J.	39 , 40
Sham B. R.	25
Shang L.	53
Siegel M.	23
Simcoe T.	18
Sire G.	37
Smith N.	38
Soares A.	51
Somme D.	53
Steiner P.	45
Stephan S.	56
Streeter R. A.	24
Strumpf E.	49
Stuckler D.	12
Sundmacher L.	23
Svedberg P.	55
Swingewood N.	26
Szwarcensztein K.	18

T

Tarazona V. C.	45
Thiessen K.	27
Thorigny M.	13
Tissoui M.	58
Townsend A.	18
Tuppin P.	20
Turrion C. M.	30

V

Valero Torrijos J.	37
Van Berkel R.	55
Van Den Bulcke J.	26 , 27

Vandoorne C.	40
Van Hoya A.	40
Van Leersum N.	19
Van Wilder P.	26 , 27
Vanz E.	50
Vélez M.	16
Vogt V.	23

W

Walsh B.	19
Wang G.	14
Wapperom D.	25
Washington B.	17
Widmer D.	48
Wilde D.	27
Williams I.	38
Wilson M. G.	16
Wolff F.-C.	58
Woods S.	56

Y

Yatim F.	40
Yu J.	14

Z

Zangaro G. A.	24
Zeindler E.	50
Zemmour M.	14
Zhang D.	14
Zhu W.	14