

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Mai 2022 / May 2022

Assurance Maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie - Modes de vie	<i>Demography – Living conditions</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-santé – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance Maladie Health Insurance

- 13 **The Effects of Expanding the Generosity of Statutory Sick Leave Insurance: The Case of a French Reform**
Ben Halima M. et Koubi M.
- 13 **Exploring Variation of Coverage and Access to Dental Care For Adults in 11 European Countries: A Vignette Approach**
Winkelmann J., Gomez Rossi J., Schwendicke F., et al.

Covid

- 13 **Tackling the Covid-19 Pandemic: Initial Responses in 2020 in Selected Social Health Insurance Countries in Europe**
Schmidt A. E., Merkur S., Haindl A., et al.

Démographie - Modes de vie Demography – Living conditions

- 14 **Une chute historique du nombre de mariages en 2020 à la suite des restrictions sanitaires**
Papon S.
- 14 **The Prevalence of Loneliness Across 113 Countries: Systematic Review and Meta-Analysis**
Surkalim D. L., Luo M., Eres R., et al.

Covid

- 15 **Population en France : une évolution faite de ruptures et de constantes face à la Covid-19**
Dumont G.-F.

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

- 15 **Le leadership transformationnel et les technologies de l'information comme facteurs clés dans le partage des connaissances : étude de cas d'une organisation sanitaire et médico-sociale multisites**
Benzidia S., Garidi S. et Husson J.
- 15 **Acceptability of and Willingness to Take Digital Pills By Patients, the Public, and Health Care Professionals: Qualitative Content Analysis of a Large Online Survey**
Chevance A., Fortel A., Jouannin A., et al.
- 16 **La transition numérique, une menace pour le recours aux droits sociaux des personnes en situation de précarité socio-économique**
Grellié H., Le Matt Q., Valatchy M., et al.
- 16 **Artificial Intelligence For Medical Information Departments : Construction and Evaluation of a Decision-Making Tool to Identify and Prioritize Stays of Which the PMSI Coding Could Be Optimized, and to Ensure the Revenues Generated By Activity-Based Pricing**
Gutton J., Lin F., Billuart O., et al.
- 17 **L'usage du dossier patient informatisé dans un hôpital public : une approche qualitative sur les affordances et les contraintes**
Hochlaf A.
- 17 **La Téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner**
Jaury P., Larangot-Rouffet C., Gay B., et al.
- 17 **The Digital Health Paradox: International Policy Perspectives to Address the Increased Health Inequalities For People Living with Disabilities (Preprint)**
Kessel R., Hrzic R., O'Nuallain E., et al.
- 18 **Impact de l'utilisation d'un dossier médical électronique sur les coûts de prise en charge à l'hôpital : une revue systématique de la littérature**
Moukoumbi Lipenguet G., Koumamba A. P., Ibinga E., et al.

- 18 **Évaluation des cinq programmes « Territoire de soins numériques » pour améliorer la coordination des soins de santé et des services sociaux, France**
Salmi R., Roberts T., Cueille S., et al.
- 18 **Diagnostic Self-Tests: A Value Proposition For Healthcare System's Users?**
Scaloni F., Laporte M.-È., Savic M., et al.

Covid

- 19 **The Effectiveness of Teleconsultations in Primary Care: Systematic Review**
Carrillo de Albornoz S., Sia K.-L. et Harris A.
- 19 **The Dawn of Digital Public Health in Europe: Implications For Public Health Policy and Practice**
Wong B. L. H., Maaß L., Vodden A., et al.

Économie de la santé

Health Economics

- 20 **Les enjeux du financement de la Sécurité sociale**
- 20 **Effectiveness of Pay For Performance to Non-Physician Health Care Providers: A Systematic Review**
Asadi-Aliabadi M., Karimi S. M., Tehrani-Banihashemi A., et al.
- 20 **One Last Effort. Are High Out-Of-Pocket Payments at the End of Life a Fatality?**
Bell-Aldeghi R., Sirven N., Le Guern M., et al.
- 21 **The 2018 Merit-Based Incentive Payment System: Participation, Performance, and Payment Across Specialties**
Gettel C. J., Han C. R., Canavan M. E., et al.
- 21 **Variability Drivers of Treatment Costs in Hospitals: A Systematic Review**
Jacobs K., Roman E., Lambert J., et al.
- 21 **Willingness to Pay For a Quality-Adjusted Life Year: A Systematic Review with Meta-Regression**
Kouakou C. R. C. et Poder T. G.
- 22 **Infidélité, ambiguïté et dimension provisoire de la valorisation des coûts de parcours de soins**
Lemaire C. et Pessaux P.
- 22 **Grande Sécurité sociale : comment faire main basse sur l'argent des salariés ?**
Paker A.

- 22 **Estimating the Additional Costs of Living with a Disability in the United Kingdom Between 2013 and 2016**
Schuelke L., Munford L. et Morciano M.
- 23 **Paying Patients to Use Lower-Priced Providers**
Whaley C., Sood N., Chernew M., et al.
- 23 **Private Provider Incentives in Health Care: The Case of Caesarean Births**
Yu S., Fiebig D. G., Viney R., et al.

Covid

- 23 **The Cost of Lost Productivity Due to Premature Mortality Associated with Covid-19: A Pan-European Study**
Hanly P., Ahern M., Sharp L., et al.
- 24 **Correction To: The Cost Of Lost Productivity Due To Premature Mortality Associated With COVID-19: A Pan-European Study**
Hanly P., Ahern M., Sharp L., et al.
- 24 **How Resilient Is Health Financing Policy in Europe to Economic Shocks? Evidence From the First Year of the Covid-19 Pandemic and the 2008 Global Financial Crisis**
Thomson S., García-Ramírez J. A., Akkazieva B., et al.
- 24 **Balancing Financial Incentives During Covid-19: A Comparison of Provider Payment Adjustments Across 20 Countries**
Waitzberg R., Gerkens S., Dimova A., et al.

État de santé

Health Status

- 25 **What Do We Know About the Impact of Economic Recessions on Mortality Inequalities? a Critical Review**
Benach J., Padilla-Pozo Á., Martínez-Herrera E., et al.
- 25 **État de santé et présentéisme des soignants**
Dumas M. et Berthe B.
- 26 **Estimation of the Global Prevalence of Dementia in 2019 and Forecasted Prevalence in 2050: An Analysis For the Global Burden of Disease Study 2019**
Nichols E., Steinmetz J. D., Vollset S. E., et al.

26 **Recent Historic Increase of Infant Mortality in France: A Time-Series Analysis, 2001 to 2019**

Trinh N. T. H., de Visme S., Cohen J. F., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

26 **Foreign-Trained Physicians in the United States: A Descriptive Profile**

Kaushal N., Kaestner R. et Rigzin T.

27 **Measuring the Health of People in Places: A Scoping Review of OECD Member Countries**

Murray E. T., Shelton N., Norman P., et al.

27 **Brain Drain: Do Economic Conditions “Push” Doctors Out of Developing Countries?**

Okeke E. N.

27 **Supply-Demand Adjusted Two-Steps Floating Catchment Area (SDA-2SFCA) Model For Measuring Spatial Access to Health Care**

Shao Y. et Luo W.

28 **Definition and Categorization of Rural and Assessment of Realized Access to Care**

Zahnd W. E., Del Vecchio N., Askelson N., et al.

Covid

28 **Risk of Persistent and New Clinical Sequelae Among Adults Aged 65 Years and Older During the Post-Acute Phase of SARS-Cov-2 Infection: Retrospective Cohort Study**

Cohen K., Ren S., Heath K., et al.

29 **Les infarctus du myocarde pendant un an de pandémie de Covid-19 - Étude nationale française des taux d'hospitalisation, du pronostic et de la mortalité à 90 jours**

Grave C., Gabet A., Puymirat E., et al.

29 **Whole Genome Sequencing Reveals Host Factors Underlying Critical Covid-19**

Kousathanas A., Pairo-Castineira E., Rawlik K., et al.

30 **Post-Acute and Long-Covid-19 Symptoms in Patients with Mild Diseases: A Systematic Review**

Van Kessel S. A. M., Olde Hartman T. C., Lucassen P. L. B. J., et al.

30 **Estimating Excess Mortality Due to the Covid-19 Pandemic: A Systematic Analysis of Covid-19-Related Mortality, 2020-21**

Wang H., Paulson K. R., Pease S. A., et al.

30 **Les indicateurs de suivi de l'épidémie de Covid-19 par aires d'attraction des villes**

Dos Santos R., Forestier G., Genin G., et al.

Hôpital Hospitals

31 **Mobilisations citoyennes pour défendre les services publics sanitaires de proximité. L'exemple de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité (dite « CN »)**

Antony M.

31 **L'accueil des patients étrangers à l'hôpital sous le feu croisé des réformes comptables et des politiques d'immigration**

Aron J., Geeraert J. et Izambert C.

31 **Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : les raisons du tri**

Belorgey N.

32 **L'hôpital au rapport 2021 : dossier**

Budet J. M. et al.

32 **Rationaliser l'activité pour sauver l'État social ? Appropriations et application localisée des nouvelles règles gestionnaires par les professionnels de l'hôpital public**

Foubert C.

32 **Expanding Our Understanding of Factors Impacting Delayed Hospital Discharge: Insights From Patients, Caregivers, Providers and Organizational Leaders in Ontario, Canada**

Kuluski K., Cadel L., Marcinow M., et al.

32 **Extrême urgence pour l'hôpital public**

Leflon M.

33 **Long-Run Growth of Ambulatory Surgery Centers 1990–2015 and Medicare Payment Policy**

Munnich E. L. et Richards M. R.

33 **La réhabilitation améliorée après chirurgie programmée. Une révolution qui réduit la morbi-mortalité postopératoire**

Slim K. et Theissen A.

Covid

- 33 **A Country-Level Analysis Comparing Hospital Capacity and Utilisation During the First Covid-19 Wave Across Europe**
Berger E., Winkelmann J., Eckhardt H., et al.
- 34 **Soigner sans compter. Les agents de l'hôpital public face à l'épidémie de Covid-19**
Gelly M. et Spire A.
- 34 **Variations géographiques des hospitalisations pour Covid-19 et lien avec les facteurs environnementaux du patient**
Georgescu V., Riedel C., Baehr C., et al.
- 35 **Le Covid : accélérateur des évolutions à l'hôpital**
Gerain-Breuzard M.-N.
- 35 **Coronavirus Disease 2019 and Hospital Readmissions: Patient Characteristics and Socioeconomic Factors Associated with Readmissions in an Urban Safety-Net Hospital System**
Gore V., Li Z., Drake C. B., et al.
- 35 **Hospitalisations pour AVC en France pendant la pandémie de Covid-19 avant, pendant, et après le premier confinement**
Mariet A. S., Giroud M., Benzenine E., et al.
- 36 **Facteurs de risque de mortalité chez des patients Covid-19 hospitalisés avec ou sans passage en soins critiques - Etude nationale CovidIM**
Ouattara E., Bruandet A., Borde A., et al.
- 36 **Dynamiques des routines organisationnelles en contexte de crise. Le cas du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier de Troyes face à la crise Covid-19**
Sanchez S., Echajari L., Friot-Guichard V., et al.
- 37 **Facteurs de risque de passage en soins critiques au sein de la population pédiatrique hospitalisée pour Covid-19 en France, étude nationale CovidIM**
Tezenas du Montcel S., Retbi A., Prevost B., et al.

Inégalités de santé

Health Inequalities

- 38 **Les inégalités d'accès aux ressources par les réseaux personnels chez les patients atteints de cancer**
Barthe J.-F. et Defossez A.
- 38 **Investigating the Salmon Bias Effect Among International Immigrants in Sweden: A Register-Based Open Cohort Study**
Dunlavy A., Cederström A., Katikireddi S. V., et al.
- 38 **Le virage ambulatoire de la chirurgie lourde : une mise au travail des patients productrice d'inégalités sociales**
Marchand-Tonel C.

Covid

- 39 **The Impact of Physical Distancing on Socially Vulnerable People Needing Care During the Covid-19 Pandemic in the Netherlands**
De Vries D., Pols J., M'charek A., et al.
- 39 **The Effect of Social Deprivation on the Dynamic of SARS-Cov-2 Infection in France: A Population-Based Analysis**
Vandendorren S., Smaïli S., Chatignoux E., et al.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 39 **Consommation en ville des médicaments opioïdes forts indiqués dans la douleur et l'addiction aux opiacés dans le régime des indépendants : évolution, effets de substitution et facteurs démographiques**
Ha-Vinh P. et Régnard P.
- 40 **Global Burden of Bacterial Antimicrobial Resistance in 2019: A Systematic Analysis**
Murray C. J. L., Ikuta K. S., Sharara F., et al.
- 40 **How Value-Based Policy Interventions Influence Price Negotiations For New Medicines: An Experimental Approach and Initial Evidence**
Wettstein D. J. et Boes S.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

- 40 **Le partage des données vu par les chercheurs : une approche par la valeur**
Rebouillat V.
- 41 **Quelle actionnabilité des recherches en sciences de gestion dans le secteur médico-social ?**
Tissiou M., Joffre C. et Scouarnec A.

Politique de santé

Health Policy

- 41 **La loi du 4 mars 2002 dite “loi Kouchner”**
Cardin H.
- 42 **Alternative Provision of Public Health Care: The Role of Citizens’ Satisfaction with Public Services and the Social Responsibility of Government**
Cohen N., Mizrahi S. et Vigoda-Gadot E.
- 42 **La santé, une affaire d’État**
Dubois G., Denoix de Saint Marc R., Durrleman A., et al.
- 42 **Tribune. Faut-il une loi qui autorise le suicide assisté ?**
Limousin M.
- 42 **Intégration des patients enseignants dans les études de médecine**
Maury A., Berkesse A., Lucas G., et al.
- 43 **Réflexions et pistes de programme pour les présidentielles de 2022**
Montangon M.

Covid

- 43 **The Role of the European Union in Global Health: The EU’s Self-Perception(S) Within the Covid-19 Pandemic**
Bergner S.
- 43 **Interaction Between Science Advice and Policymaking in Time of Covid-19: A French Perspective**
Bruat C., Monnet E., Azanowsky J.-M., et al.
- 44 **Strengthening National Capacities For Pandemic Preparedness: A Cross-Country Analysis of Covid-19 Cases and Deaths**
Duong D. B., King A. J., Grépin K. A., et al.

- 44 **Centralizing and Decentralizing Governance in the Covid-19 Pandemic: The Politics of Credit and Blame**
Greer S. L., Rozenblum S., Falkenbach M., et al.

- 44 **A Comparison of 2020 Health Policy Responses to the Covid-19 Pandemic in Canada, Ireland, the United Kingdom and the United States of America**
Unruh L., Allin S., Marchildon G., et al.

Politique publique

Public Policy

- 45 **Projecting Quarantine Utilization During a Pandemic**
Li W., Kolaczyk E. D. et White L. F.
- 45 **Quelle politique conduire face aux problèmes de l’usage des drogues en particulier le cannabis ?**
Limousin M.
- 45 **Quoi qu’il en coûte. Des mesures incomparables pour faire face aux conséquences économiques de la pandémie ?**
Math A.

Covid

- 46 **United States Response to the Covid-19 Pandemic, January–November 2020**
Alexander M., Unruh L., Koval A., et al.
- 46 **The Federal Government and Canada’s Covid-19 Responses: From ‘We’re Ready, We’re Prepared’ to ‘Fires Are Burning’**
Allin S., Fitzpatrick T., Marchildon G. P., et al.
- 47 **Going Hard and Early: Aotearoa New Zealand’s Response to Covid-19**
Cumming J.
- 47 **A Year of Covid-19: Experiences and Lessons Learnt By Small European Island States—Cyprus, Iceland and Malta**
Cuschieri S., Pallari E., Hatziyianni A., et al.
- 47 **Covid-19 et confinement : quels premiers enseignements en retenir ?**
Le N., Y., Dumoulin M. et Drahi E.
- 48 **Belgium’s Response to the Covid-19 Pandemic**
Luyten J. et Schokkaert E.

- 48 **France's Response to the Covid-19 Pandemic: Between a Rock and a Hard Place**
Or Z., Gandré C., Durand Zaleski I., et al.
- 48 **What Have European Countries Done to Prevent the Spread of Covid-19? Lessons From the Covid-19 Health System Response Monitor**
Rajan S., McKee M., Hernández-Quevedo C., et al.
- 49 **Nordic Responses to Covid-19: Governance and Policy Measures in the Early Phases of the Pandemic**
Saunes I. S., Vrangbæk K., Byrkjeflot H., et al.
- 49 **Australia's Response to Covid-19**
Stobart A. et Duckett S.
- 49 **Timing of Non-Pharmaceutical Interventions to Mitigate Covid-19 Transmission and Their Effects on Mobility: A Cross-Country Analysis**
Summan A. et Nandi A.
- 50 **Lessons Learned From the Baltic Countries' Response to the First Wave of Covid-19**
Webb E., Winkelmann J., Scarpetti G., et al.
- 50 **Soft Law and Individual Responsibility: A Review of the Swedish Policy Response to Covid-19**
Winblad U., Swenning A.-K. et Spangler D.
- 52 **Exposition et effets, sur les jeunes, des messages en faveur de l'alcool diffusés sur les réseaux sociaux : revue de la littérature**
Gatinet A. et Gallopel-Morvan K.
- 53 **Examining the Transnational Preventive Healthcare Utilisation of a Group of Eastern European Migrants Living Full-Time in Another European State**
Kelleher D., Doherty E. et O'Neill C.
- 53 **Adaptations des pratiques d'ETP destinées aux personnes diabétiques en France durant la crise de la Covid-19 : enquête descriptive sur 153 programmes d'ETP durant le confinement de mars 2020**
Lafitte P., Malet D. et Gagnayre R.
- 53 **Long-Term Effectiveness of a Peer-Led Asthma Self-Management Program on Asthma Outcomes in Adolescents Living in Urban Areas: A Randomized Clinical Trial**
Rhee H., Love T., Wicks M. N., et al.
- 54 **Bouger pour sa santé : une revue narrative des modèles théoriques de l'engagement dans l'activité physique à partir de l'approche socio-écologique**
Van Hoya A., Mastagli M., Hayotte M., et al.
- 54 **Quelles orientations et quelles stratégies d'intervention auprès des populations en situation de pauvreté pour la prévention de l'obésité ? Approche comparative franco-américaine**
Ward J.

Prévention Prevention

- 51 **Participation au dépistage du cancer colorectal selon le taux de pauvreté dans les Bouches-du-Rhône**
Arlotto S., Gentile S., Rinaldi Y., et al.
- 51 **Trajectories and Individual Determinants of Regular Cancer Screening Use over a Long Period Based on Data From the French E3n Cohort**
Dugord C. et Franc C.
- 52 **L'expérimentation strasbourgeoise du sport santé sur ordonnance**
Feltz A. et Schindler C.
- 52 **Arrêt du tabac : une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage**
Gallopel-Morvan K., Alla F., Bonnay-Hamon A., et al.

Prévision – Evaluation Prevision - Evaluation

- 55 **Health Effects From Heat Waves in France: An Economic Evaluation**
Adélaïde L., Chanel O. et Pascal M.
- 55 **Mesure de la valeur perçue de l'Éducation Thérapeutique en oncologie**
Labbé-Pinlon B., Lombart C., Berger V., et al.
- 55 **Defining Value in Health Care: A Scoping Review of the Literature**
Landon S. n., Padikkala J. et Horwitz L. i.

- 56 **Évaluation des frais de fonctionnement de l'activité médicale (étude dans le cadre du plan de réforme du financement hospitalier belge adopté en 2015), l'exemple de la neurochirurgie**
Pirson M., Bardiaux S., Martins D., et al.

- 56 **La mesure de la qualité des soins perçue par les patients : un rôle clé dans la transformation vers des systèmes de santé centrés sur la personne**
Thuong C. T., Calmus S. et Legris C.

Covid

- 57 **Social Sciences and Social Justice in the Design, Implementation and Evaluation of Measures Against Covid-19 - the Case Study of France in 2020**
Maria V., Laurent D. et Cyril P.

Psychiatrie *Psychiatry*

- 57 **The Short- and Long-Term Effects of the Great Recession on Late-Life Depression in Europe: The Role of Area Deprivation**
Aretz B.

- 58 **Qui veut encore d'un bon hôpital psychiatrique ?**
Bonnemaïson X.

- 58 **Chronique interminable de l'isolement et de la contention**
David M.

- 58 **Un pôle de psychiatrie citoyenne centré sur une offre ambulatoire. Le secteur 59G21 dans la banlieue lilloise**
Defromont L.

- 58 **Bilan et effets des contrôles du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en psychiatrie**
Ferragne A.

- 59 **Divergences en expertise psychiatrique pénale : étude d'une population hospitalisée en unité pour malades difficiles**
Guillot-Drugeon M., Raymond S. et Gasman I.

- 59 **Access to Health Care and Mental Health—Evidence From the ACA Preexisting Conditions Provision**
Hampton M. et Lenhart O.

- 59 **Impact psychologique du confinement sur le personnel hospitalier en psychiatrie**
Isaac C., Castillo M.-C., Motut A., et al.

- 60 **Innovation et pratiques de soin à l'heure de la co-construction patients/soignants : un cas d'étude autour de dispositifs de contenance volontaire**
Leboucher A.

- 60 **Pratiques et réflexivité des psychiatres-psychothérapeutes dans le diagnostic et la prise en charge de la dépression chronique**
Linder A., Widmer D., Burguburu A., et al.

- 60 **Patient Cost-Sharing, Mental Health Care and Inequalities: A Population-Based Natural Experiment at the Transition to Adulthood**
Lopes F. V., Riumallo Herl C. J., Mackenbach J. P., et al.

- 61 **La santé mentale des étudiants : mieux prendre la mesure et considérer les enjeux**
Morvan Y. et Frajerman A.

- 61 **Rapport 22-01. Psychothérapies : une nécessaire organisation de l'offre**
Olié J. P., Bioulac B., Bontoux D., et al.

- 61 **Peut-on se passer de l'hôpital psychiatrique ? De l'approche économique à l'expérience clinique en psychiatrie adulte**
Paoli B.

- 62 **L'hospitalisation en établissement de santé mentale : un parcours obligé ?**
Richard M.-J.

- 62 **Outpatient Mental Health Service Use Following Contact with Primary Health Care Among Migrants in Norway: A National Register Study**
Straiton M. L., Liefbroer A. C., Hollander A.-C., et al.

Covid

- 62 **One-Year Impact of Covid-19 Lockdown-Related Factors on Cardiovascular Risk and Mental Health: A Population-Based Cohort Study**
Bérard E., Huo Yung Kai S., Coley N., et al.

- 62 **The Covid-19 Pandemic and Its Impact on Socioeconomic Inequality in Psychological Distress in the United Kingdom: An Update**
Gao X., Davillas A. et Jones A. M.

- 63 **Met and Unmet Need For Mental Health Care Before and During the Covid-19 Pandemic**
Knudsen A. K. S., Skogen J. C., Stene-Larsen K., et al.

Sociologie Sociology

- 63 **La santé publique comme objet sociologique. Trajectoires de recherche, productions scientifiques et configurations institutionnelles**
Gelly M., Mariette A. et Pitti L.
- 63 **Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé**
Pomey M.-P., Flora L., Karazivan P., et al.
- 64 **Mobilisations soignantes par gros temps : quelle prise de risque organisationnelle ?**
Sainsaulieu I.

Covid

- 64 **Syndémie... Un terme qui pourrait parler aux professionnels de santé**
Peyret P.

Soins de santé primaires Primary Health Care

- 64 **Longitudinal Participation in Delivery and Payment Reform Programs Among US Primary Care Organizations**
Adler-Milstein J., Linden A., Bernstein S., et al.
- 65 **Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif**
Aghnatios M., Darloy T., Dictor J., et al.
- 65 **De la politisation des questions de santé à la mobilisation politique des usager·ère·s précaires. Les ateliers d'accompagnement à l'autonomie en santé de la Case de santé à Toulouse**
Boulaghaf L.
- 66 **La santé environnementale au cœur des préoccupations infirmières : une nécessité identifiée et des actions à entreprendre**
Cartron E., Jovic L. et Lecordier D.

- 66 **Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde**
Chevillot D., Zamord T., Durieux W., et al.

- 66 **Development of an Evidence-Based Reference Framework For Care Coordination with a Focus on the Micro Level of Integrated Care: A Mixed Method Design Study Combining Scoping Review of Reviews and Nominal Group Technique**
Colombani F., Encrenaz G., Sibé M., et al.

- 66 **Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile**
Cristofalo P. et Dariel O.

- 67 **Technology Adoption By Primary Care Physicians**
Iversen T. et Ma C.-t. A.

- 67 **Realist Protocol For Implementing Integrated Care Pathways in France (Waiver 51 LFSS 2018)**
Launois R., Diard M., Cabout E., et al.

- 68 **Achieving Higher Performing Primary Care Through Patient Registration: A Review of Twelve High-Income Countries**
Marchildon G. P., Brammli-Greenberg S., Dayan M., et al.

- 68 **Pathways For Primary Care Practice Adoption of Patient Engagement Strategies**
Miller-Rosales C., Miake-Lye I. M., Brewster A. L., et al.

- 69 **Approaches to Measure Efficiency in Primary Care: A Systematic Literature Review**
Neri M., Cubi-Molla P. et Cookson G.

- 69 **Ambiguïté et appropriation d'un dispositif d'appui à la coordination par les médecins traitants**
Routelous C. et Philippe T.

Covid

- 69 **Transformations in the Landscape of Primary Health Care During Covid-19: Themes From the European Region**
Kumpunen S., Webb E., Permanand G., et al.

- 70 **How to Pay Primary Care Physicians For SARS-Cov-2 Vaccinations: An Analysis of 43 EU and OECD Countries**
Milstein R., Shatrov K., Schmutz L. M., et al.

- 70 **Variations du nombre de consultations de professionnels de santé primaire en France au cours de l'épidémie de Covid-19 en 2020 versus 2019 selon les caractéristiques des individus : une étude nationale observationnelle**
Tuppin P., Lesuffleur T., Constantinou P., et al.

Systemes de santé Health Systems

- 71 **SSR : conditions et enjeux d'une réforme réussie**
Devailly J. P.
- 71 **Analyse descriptive des Innovations Organisationnelles de l'article 51**
Grandclaude S., Nobre T., Schneider P., et al.
- 71 **Improving the Value of Healthcare Systems Using the Triple Aim Framework: A Systematic Literature Review**
Kokko P.
- 72 **Entre le médecin et le supérieur hiérarchique : être infirmier(e) docteur(e) ou doctorant(e) dans les organisations de santé en France**
Met N. et Waelli M.
- 72 **Système de santé français face à la crise sanitaire : de désorganisation à réorganisation**
Milcent C.
- 73 **Supporting Government Policies to Embed and Expand Rehabilitation in Health Systems in Europe: A Framework For Action**
Skempes D., Kiekens C., Malmivaara A., et al.

Covid

- 73 **Calculating the Carbon Footprint of a Geriatric Medicine Clinic Before and After Covid-19**
Bartlett S. et Keir S.
- 73 **Health System Resilience and Health Workforce Capacities: Comparing Health System Responses During the Covid-19 Pandemic in Six European Countries**
Burau V., Falkenbach M., Neri S., et al.

- 74 **The Impact of the Covid-19 Pandemic and Policy Response on Health Care Utilization: Evidence From County-Level Medical Claims and Cellphone Data**
Cantor J., Sood N., Bravata D. M., et al.
- 74 **Gestion des risques, pandémie et paradoxes du système de santé et d'assurance maladie français : pour un nouveau modèle décisionnel**
Castiel D. et Bréchat P.-H.
- 75 **A Comparison of Health System Responses to Covid-19 in Bulgaria, Croatia and Romania in 2020**
Džakula A., Banadinović M., Lovrenčić I. L., et al.
- 75 **Covid-19 Preparedness and Response Plans from 106 Countries: A Review from a Health Systems Resilience Perspective**
Mustafa S., Zhang Y., Zibwowa Z., et al.
- 76 **Early Health System Responses to the Covid-19 Pandemic in Mediterranean Countries: A Tale of Successes and Challenges**
Waitzberg R., Hernández-Quevedo C., Bernal-Delgado E., et al.
- 76 **Unmasking a Health Care System: The Dutch Policy Response to the Covid-19 Crisis**
Wallenburg I., Helderma J.-K., Jeurissen P., et al.
- 76 **Providing Health Services Effectively During the First Wave of Covid-19: A Cross-Country Comparison on Planning Services, Managing Cases, and Maintaining Essential Services**
Webb E., Hernández-Quevedo C., Williams G., et al.

Travail et santé Occupational Health

- 77 **Comprendre les inégalités sociales de santé par la dimension émotionnelle du travail. Esquisse d'une typologie dans le secteur marchand de l'aide à domicile**
Bonnet T. et Drais É.
- 77 **How Does Social Support Shape the Association Between Depressive Symptoms and Labour Market Participation: A Four-Way Decomposition**
Veldman K., Pingel R., Hallqvist J., et al.

Covid

- 78 **Beyond the Covid-19 Pandemic For Working Carers Across the European Union: Work, Policy and Gender Considerations**
Phillips D., Duffy C., Fahy M., et al.

Vieillessement

Ageing

- 78 **Impact on Healthcare Utilization of a General Practitioner-Led Model of Care For Patients with Frailty**
Jones H. E., Morrison I., Hurding S., et al.

Covid

- 79 **Tensions and Polarities in the Autonomy of Family Carers in the Context of the Covid-19 Pandemic in France**
Giraud O., Petiau A., Touahria-Gaillard A., et al.
- 79 **Rapport 22-02. Après la crise Covid, quelles solutions pour l'EHPAD de demain ?**
Gonthier R., Adolphe M., Michel J. P., et al.
- 79 **L'impact du vieillissement sur la variabilité des flux hospitaliers**
Nordman J. P.
- 79 **Grand âge, autonomie, handicap : dossier**
Spirnhirny F., Gzil F., Thomassin B., et al.
- 80 **Older Europeans' Health Perception and Their Adaptive Behavior During the Covid-19 Pandemic**
Spitzer S., Shaikh M. et Weber D.

Assurance Maladie

Health Insurance

► **The Effects of Expanding the Generosity of Statutory Sick Leave Insurance: The Case of a French Reform**

BEN HALIMA M. ET KOUBI M.
2022

Health Policy 126(3): 216-223.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.010>

This study evaluates the impact of the French reform of 11 January 2008 in the private sector, which modified the share of sick leave paid by the employer in addition to the social security benefit. The reform is comprised of two parts: the waiting period until complementary payment is made by the employer, reduced from ten to seven days; and the minimum required tenure to be eligible, reduced from three years to one year. In this study, we use the administrative panel data (Hygie) from 2006 to 2010 along with a new collective bargaining agreement (CBA) database. The latter was constructed by the authors in order to collect the parameters of complementary benefits for sick leave. We examined separately the effects of the waiting period part and the tenure part of the reform, using a difference-in-differences strategy with matching. When the waiting period is reduced, the number of sick days' increase significantly (+ 0.5 days). When the minimum tenure requirement is reduced, there is more impact on sick leave (+ 0.6 days on the number of sick days and + 0.9 pp on sickness probability). The effects of sick pay reform are different between men and women.

► **Exploring Variation of Coverage and Access to Dental Care For Adults in 11 European Countries: A Vignette Approach**

WINKELMANN J., GOMEZ ROSSI J., SCHWENDICKE F., *et al.*
2022

BMC Oral Health(65)

<https://doi.org/10.1186/s12903-022-02095-4>

Oral health, coupled with rising awareness on the impact that limited dental care coverage has on oral health and general health and well-being, has received increased attention over the past few years. The purpose of the study was to compare the statutory coverage and access to dental care for adult services in 11 European countries using a vignette approach. We used three patient vignettes to highlight the differences of the dimensions of coverage and access to dental care (coverage, cost-sharing and accessibility). The three vignettes describe typical care pathways for patients with the most common oral health conditions (caries, periodontal disease, edentulism). The vignettes were completed by health services researchers knowledgeable on dental care, dentists, or teams consisting of a health systems expert working together with dental specialists

Covid

► **Tackling the Covid-19 Pandemic: Initial Responses in 2020 in Selected Social Health Insurance Countries in Europe**

SCHMIDT A. E., MERKUR S., HAINDL A., *et al.*
2021

Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.011>

Countries with social health insurance (SHI) systems display some common defining characteristics - pluralism of actors and strong medical associations - that, in dealing with crisis times, may allow for common

learnings. This paper analyses health system responses during the Covid-19 pandemic in eight countries representative of SHI systems in Europe (Austria, Belgium, France, Germany, Luxembourg, the Netherlands, Slovenia and Switzerland). Data collection and analysis builds on the methodology and content in the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM) up to November 2020. We find that SHI funds were, in general, neither foreseen as major stakeholders in crisis management, nor were they represented in crisis management teams. Further, responsibilities in some countries shifted from SHI funds to federal gov-



ernments. The overall organisation and governance of SHI systems shaped how countries responded to the challenges of the pandemic. For instance, coordinated ambulatory care often helped avoid overburdening hospitals. Decentralisation among local authorities may however represent challenges with the coordination of policies, i.e. coordination costs. At the same

time, bottom-up self-organisation of ambulatory care providers is supported by decentralised structures. Providers also increasingly used teleconsultations, which may remain part of standard practice. It is recommended to involve SHI funds actively in crisis management and in preparing for future crisis to increase health system resilience.

Démographie - Modes de vie

Demography – Living conditions

► Une chute historique du nombre de mariages en 2020 à la suite des restrictions sanitaires

PAPON S.

2022

Insee Focus(260).

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6050251>

En 2020, 154 600 mariages ont été célébrés en France, un nombre historiquement bas dû à l'épidémie de Covid-19. Le nombre de mariages baisse depuis une vingtaine d'années, mais il a chuté de près d'un tiers entre 2019 et 2020. La période de confinement de la mi-mars à la mi-mai 2020 a entraîné une mise à l'arrêt des célébrations de mariages. Les restrictions sanitaires, imposant notamment un nombre maximum de convives aux célébrations, ont eu des répercussions sur la suite de l'année jusqu'au deuxième confinement de novembre 2020.

► The Prevalence of Loneliness Across 113 Countries: Systematic Review and Meta-Analysis

SURKALIM D. L., LUO M., ERES R., *et al.*

2022

BMJ 376: e067068.

<https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>

Objectives To identify data availability, gaps, and patterns for population level prevalence of loneliness globally, to summarise prevalence estimates within World Health Organization regions when feasible through meta-analysis, and to examine temporal trends of loneliness in countries where data exist. Design Systematic review and meta-analysis. Data

sources Embase, Medline, PsycINFO, and Scopus for peer reviewed literature, and Google Scholar and Open Grey for grey literature, supplemented by backward reference searching (to 1 September 2021) Eligibility criteria for selecting studies Observational studies based on nationally representative samples ($n \geq 292$), validated instruments, and prevalence data for 2000-19. Two researchers independently extracted data and assessed the risk of bias using the Joanna Briggs Institute checklist. Random effects meta-analysis was conducted in the subset of studies with relatively homogeneous research methods by measurement instrument, age group, and WHO region. Results Prevalence data were available for 113 countries or territories, according to official WHO nomenclature for regions, from 57 studies. Data were available for adolescents (12-17 years) in 77 countries or territories, young adults (18-29 years) in 30 countries, middle aged adults (30-59 years) in 32 countries, and older adults (≥ 60 years) in 40 countries. Data for all age groups except adolescents were lacking outside of Europe. Overall, 212 estimates for 106 countries from 24 studies were included in meta-analyses. The pooled prevalence of loneliness for adolescents ranged from 9.2% (95% confidence interval 6.8% to 12.4%) in South-East Asia to 14.4% (12.2% to 17.1%) in the Eastern Mediterranean region. For adults, meta-analysis was conducted for the European region only, and a consistent geographical pattern was shown for all adult age groups. The lowest prevalence of loneliness was consistently observed in northern European countries (2.9%, 1.8% to 4.5% for young adults; 2.7%, 2.4% to 3.0% for middle aged adults; and 5.2%, 4.2% to 6.5% for older adults) and the highest in eastern European countries (7.5%, 5.9% to 9.4% for young adults; 9.6%, 7.7% to 12.0% for middle aged adults; and 21.3%, 18.7% to 24.2% for older adults).

Conclusion Problematic levels of loneliness are experienced by a substantial proportion of the population in many countries. The substantial difference in data coverage between high income countries (particularly Europe) and low and middle income countries raised an important equity issue. Evidence on the temporal trends of loneliness is insufficient. The findings of this

meta-analysis are limited by data scarcity and methodological heterogeneity. Loneliness should be incorporated into general health surveillance with broader geographical and age coverage, using standardised and validated measurement tools. Systematic review registration PROSPERO CRD42019131448.No additional data available.

Covid

► **Population en France : une évolution faite de ruptures et de constantes face à la Covid-19**

DUMONT G.-F.
2022

[Population & Avenir 757\(2\): 17-19.](#)

<https://www.cairn.info/revue-population-et-avenir-2022-2-page-17.htm>

Dans l'évolution de la population de la France, la Covid-19 a imprimé des marques significatives surtout en termes de mortalité et d'espérance de vie. Mais des constantes déjà présentes avant cette pandémie ne perdurent-elles pas?

E-santé – Technologies médicales

E-santé – Medical Technologies

► **Le leadership transformationnel et les technologies de l'information comme facteurs clés dans le partage des connaissances : étude de cas d'une organisation sanitaire et médico-sociale multisites**

BENZIDIA S., GARIDI S. ET HUSSON J.
2020

[Journal de gestion et d'économie de la santé 5-6\(5\): 336-357.](#)

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-5-page-336.htm>

Cet article a pour objectif d'identifier les facteurs clés propices au partage des connaissances et à l'innovation collaborative au sein d'un réseau communautaire sanitaire et médico-social. L'étude adopte une méthodologie qualitative de nature exploratoire basée sur 30 entretiens semi-directifs repartis dans les différentes régions de l'organisation LADAPT en France. Les résultats démontrent que les technologies de l'information et le leadership sont des facteurs déterminants dans le partage des connaissances entre les acteurs du réseau. Les résultats de cette étude révèlent également l'exis-

tence d'un potentiel fort en matière de connaissances au sein de l'organisation LADAPT, nécessitant une mise en place d'un processus de gestion des connaissances axé sur le partage et la mise en commun des pratiques des acteurs pour favoriser l'innovation collaborative et assurer la continuité dans le suivi des usagers. Cette recherche contribue au décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social au sein d'une même organisation. La complémentarité de ces deux secteurs de prise en charge est nécessaire pour améliorer l'offre de soins. Elle propose aux gestionnaires une compréhension de l'interaction entre la gestion des connaissances et le processus décisionnel associé.

► **Acceptability of and Willingness to Take Digital Pills By Patients, the Public, and Health Care Professionals: Qualitative Content Analysis of a Large Online Survey**

CHEVANCE A., FORTEL A., JOUANNIN A., *et al.*
2022

[J Med Internet Res 24\(2\): e25597.](#)

<https://doi.org/10.2196/25597>

Digital pills are pills combined with a sensor, which sends a signal to a patch connected to a smartphone when the pills are ingested. Health care professionals can access patient data from digital pills online via their own interface, thus allowing them to check whether a patient took the drug. Digital pills were developed for the stated goal of improving treatment adherence. The US Food and Drug Administration approved the first digital pills in November 2017, but the manufacturer withdrew its application to the European Medicines Agency in July 2020 because of insufficient evaluation. Objective: As recommended for the evaluation of health technologies, this study assesses the prospective acceptability of and willingness to take digital pills among patients, the public, and health care professionals. Methods: Participants were patients who were receiving long-term treatment for a chronic condition, public participants (both groups recruited from a representative sample), and health care professionals. Participants answered 5 open-ended questions regarding the acceptability of digital pills and 1 close-ended question regarding the willingness to take digital pills, which were developed in a preliminary qualitative study.

► **La transition numérique, une menace pour le recours aux droits sociaux des personnes en situation de précarité socio-économique**

GRELLIÉ H., LE MATT Q., VALATCHY M., *et al.*

2022

[Informations sociales 205\(1\): 64-70.](https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-1-page-64.htm)

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-1-page-64.htm>

Cet article analyse les effets de la dématérialisation des services publics sur le recours aux droits sociaux des personnes en situation de précarité socio-économique. S'appuyant sur des entretiens, il montre tout d'abord que le numérique, qui occupe une place variable dans le quotidien des personnes enquêtées, se trouve associé à la fois à l'injonction sociale à être connecté et à un enjeu d'autonomie. Il souligne ensuite que ces personnes ont un rapport distancié à l'e-administration. Enfin, il dégage deux types de stratégies qu'elles mettent en place pour faire face aux difficultés rencontrées : des stratégies d'adaptation sur le moment (multimodalité et délégation) et des stratégies d'anticipation qui visent à se former pour développer son autonomie numérique.

► **Artificial Intelligence For Medical Information Departments : Construction and Evaluation of a Decision-Making Tool to Identify and Prioritize Stays of Which the PMSI Coding Could Be Optimized, and to Ensure the Revenues Generated By Activity-Based Pricing**

GUTTON J., LIN F., BILLUART O., *et al.*

2022

[Rev Epidemiol Sante Publique 70\(1\): 1-8.](https://www.doi.org/10.1016/j.respe.2021.11.019)

<https://www.doi.org/10.1016/j.respe.2021.11.019>

Medical Information Departments help to optimize the hospital revenues generated by activity-based pricing. A review of medical files, selected after the targeting of coding summaries, is organized. The aim is to make any corrections to the diagnoses or coded procedures with a potential impact on the pricing of the stay. Targeting is of major importance as a means of concentrating resources on the files for which coding can be effectively improved. The tools available for targeting can be optimized. We have developed a decision-making support tool to make targeting more efficient. The objective of our study was to evaluate the performance of this tool. The tool combines an artificial intelligence module with a rule-based expert module. A predictive score is assigned to each coding summary that reflects the probability of a revalued stay. Evaluation of the performance of this tool was based on a sample of 400 stays of at least 3 nights of patients hospitalized at the Paris Saint-Joseph Hospital from 1(st) November to 31(st) December 2019. Each stay was reviewed by a coding expert, without knowledge of the score assigned and without help from expert queries. Two main assessment criteria were used: area under the ROC curve and positive predictive value (PPV). The area under the ROC curve was 0.70 (CI 95% [0.64-0.76]). With a revalued coding rate of 32%, PPV was 41% for scores above 5, 65% for scores above 8, 88% for scores above 9. The study made it possible to validate the performance of the tool. The implementation of new variables could further increase its performance. This is an area of development to be considered, particularly with in view of generalizing individual invoicing in hospitals.

► **L’usage du dossier patient informatisé dans un hôpital public : une approche qualitative sur les affordances et les contraintes**

HOCHLAF A.

2021

Journal de gestion et d’économie de la santé 6(6): 347-363.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-6-page-347.htm>

Le dossier patient informatisé (DPI) fait partie intégrante d’un système de réforme et de modernisation de la santé, visant à numériser, traiter et partager les données médicales et administratives relatives aux patients afin de mieux maîtriser les coûts de santé et d’améliorer la prise en charge du patient. La littérature dévoile que son usage par les professionnels est considéré comme un processus complexe, lent et souvent imprévisible; certains acteurs perçoivent des aspects contraignants alors que d’autres perçoivent des aspects facilitants. La recherche avait pour objectif de donner une explication aux différences de perception des acteurs les amenant à l’usage ou aux difficultés de l’usage. En mobilisant le cadre théorique de l’affordance, la recherche montre que la nature des pratiques des individus est la source des perceptions des affordances et des contraintes du DPI. Elle conduit des groupes d’acteurs professionnels à l’usage, au mésusage ou au non-usage du même DPI dans un même établissement. La recherche postule alors que l’étude sur les pratiques des individus participe à l’explication de l’usage et de ses difficultés.

► **La Téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner**

JAURY P., LARANGOT-ROUFFET C., GAY B., *et al.*

2021

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 17(10): 476-480.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/la_teleconsultation_en_medecine_generale_une_transformation_en_profondeur_dans_la_facon_de_soigner_321504/article.phtml

Fortement encouragée par les arrêtés de 2018 qui définissent les actes de télé médecine pris en charge par l’Assurance Maladie, la téléconsultation médicale s’est ancrée dans la pratique des médecins généralistes notamment à la faveur du confinement et de l’état

d’urgence sanitaire. La téléconsultation a été utile pour éviter des prises de risque vis-à-vis de la Covid-19, pour assurer la surveillance des patients atteints de maladies chroniques ou pour améliorer l’accès aux soins. Au quotidien, à côté de ces avantages, il existe aussi des aléas de fonctionnement et des inconvénients qui méritent d’être évalués. Il faut s’interroger sur les conséquences de « cette autre façon de pratiquer la médecine » avec l’absence de l’examen clinique et la modification de la relation médecin-malade.

► **The Digital Health Paradox: International Policy Perspectives to Address the Increased Health Inequalities For People Living with Disabilities (Preprint)**

KESSEL R., HRZIC R., O’NUALLAIN E., *et al.*

2021

Journal of Medical Internet Research 24.

<https://doi.org/10.2196/33819>

The Covid-19 pandemic accelerated the uptake of digital health worldwide and highlighted many benefits of these innovations. However, it also stressed the magnitude of inequalities regarding accessing digital health. Using a scoping review, this article explores the potential benefits of digital technologies for the global population, with particular reference to people living with disabilities, using the autism community as a case study. We ultimately explore policies in Sweden, Australia, Canada, Estonia, the United Kingdom, and the United States to learn how policies can lay an inclusive foundation for digital health systems. We conclude that digital health ecosystems should be designed with health equity at the forefront to avoid deepening existing health inequalities. We call for a more sophisticated understanding of digital health literacy to better assess the readiness to adopt digital health innovations. Finally, people living with disabilities should be positioned at the center of digital health policy and innovations to ensure they are not left behind.



► **Impact de l'utilisation d'un dossier médical électronique sur les coûts de prise en charge à l'hôpital : une revue systématique de la littérature**

MOUKOUMBI LIPENGUET G., KOUMAMBA A. P., IBINGA E., *et al.*

2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 5(5): 255-266.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-5-page-255.htm>

L'objectif de cette étude est d'évaluer par une revue de littérature systématique l'impact sur le coût de prise en charge à l'hôpital de l'utilisation d'un DME favorisant les échanges d'informations sur les patients entre professionnels de santé de l'établissement et/ou avec des professionnels de santé hors de l'établissement. Méthodes : Trois bases de données (PubMed, Scopus et Business Source Premier croisé à EconLit with Full Text et Vente & Gestion) ont été consultées, à l'aide des équations conçues sur la base des mots-clés reliés par des connecteurs logiques. Les articles publiés entre 2010 et juin 2019 ont été sélectionnés. La méthode PRISMA nous a permis de retenir les articles répondant à nos critères d'inclusion. Résultats : L'interrogation des différentes bases de données a conduit à identifier 190 articles. Sur la base des titres de ces articles trouvés nous avons retenu 30. La lecture des résumés nous a amenés à la sélection de 15 articles sur lesquels nous avons appliqué nos critères d'inclusion. Nous avons retenu 6 articles après lecture complète. Les articles retenus mettent en évidence une réduction des coûts de prise en charge. Conclusion : Les travaux sur l'impact des DME sur les coûts de prise en charge à l'hôpital sont peu nombreux et fondés sur des méthodes différentes ce qui limite la portée de la revue de littérature. Ils concluent tous à une diminution de l'utilisation des ressources.

► **Évaluation des cinq programmes « Territoire de soins numériques » pour améliorer la coordination des soins de santé et des services sociaux, France**

SALMI R., ROBERTS T., CUEILLE S., *et al.*

2022

Rev Epidemiol Santé Publique 70: S9.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.070>

Les technologies de l'information (TI) pourraient aider à coordonner les acteurs sanitaires et sociaux du par-

cours des patients. Nous rapportons l'évaluation des cinq programmes « Territoires de soins numériques » (TSN) en termes de : 1) mise en œuvre et utilisation; 2) impact sur les parcours des patients; 3) impact sur l'organisation du travail; et 4) efficacité économique. Méthodes Dans un schéma mixte quasi-expérimental avant-après, nous avons utilisé les bases de données de l'Assurance maladie française de 2012 à 2017, des enquêtes qualitatives et quantitatives réalisées avant et pendant la mise en œuvre précoce et tardive et des extractions de documents et de bases de données du projet. Les principaux indicateurs d'impact étaient les visites aux urgences, les hospitalisations non planifiées, les hospitalisations évitables et les réhospitalisations avant 30 jours. Les indicateurs qualitatifs et quantitatifs secondaires couvraient les besoins perçus, la connaissance, l'utilisation, la satisfaction, l'adoption et la compréhension des projets, l'expérience du parcours, l'impact sur les pratiques professionnelles et la pertinence des hospitalisations. Résultats Les régions TSN ont mis en œuvre un mélange hétérogène de technologies et de systèmes d'information, destinés aux professionnels ou aux patients; les stratégies, l'interopérabilité avec les outils existants, l'intégration de l'existant et la structure budgétaire étaient très contrastées. La mise en œuvre, plus lente que prévu, n'a pas bien documenté la taille et les caractéristiques des populations ciblées. Qualitativement, les évolutions ont été perçues comme positives mais faibles pour les liens entre professionnels et l'amélioration des temps de réponse aux situations complexes. Il n'y avait pas de différences significatives pour les principaux indicateurs d'impact, ni sur la pertinence des hospitalisations, mais des tendances favorables sur les indicateurs secondaires de polypharmacie. Discussion/ Conclusion Les TSN pourraient être efficaces, mais la mise en œuvre tardive aurait impliqué de prolonger l'observation avant d'envisager la diffusion.

► **Diagnostic Self-Tests: A Value Proposition For Healthcare System's Users?**

SCALONI F., LAPORTE M.-È., SAVIC M., *et al.*

2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 3-4(3): 137-157.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-3-page-137.htm>

A l'heure où l'empowerment des patients est vu comme une tendance majeure, les autotests de diagnostic pourraient représenter une option intéressante

pour la population et les établissements de santé qui cherchent à influencer les politiques de santé. Ces tests permettent aux individus d'évaluer leur propre condition médicale de manière autonome, et peuvent ainsi contribuer à contrôler les budgets de santé en fournissant des diagnostics rapides. En France, le marché des autotests s'est récemment développé avec une batterie de nouveaux tests disponibles en pharmacie couvrant de multiples situations. Cependant, ces tests sont encore à un stade précoce d'adoption et ont suscité des controverses dans la communauté médicale quant à l'utilisation des informations fournies aux patients. L'objectif de la présente étude est d'explorer si la population âgée de 30 à 50 ans semble prête à adopter ces autotests. Une étude qualitative utilisant

des entretiens semi-structurés a été menée auprès de 22 participants vivant en région parisienne, portant sur le recours aux autotests médicaux en général et sur les derniers types d'autotests en particulier. Les résultats de l'étude mettent en évidence la faible notoriété des autotests et une attitude ambiguë envers eux. Les résultats suggèrent qu'il existe une différence entre la volonté déclarée des patients de s'émanciper des professionnels de la santé et leur dépendance envers eux pour la réception d'un diagnostic. Ce constat souligne un fort besoin d'orientation par la communauté médicale, car les utilisateurs n'ont pas une confiance suffisante en leurs propres compétences pour analyser les résultats des autotests et se satisfont des tests de laboratoire traditionnels.

Covid

► **The Effectiveness of Teleconsultations in Primary Care: Systematic Review**

CARRILLO DE ALBORNOZ S., SIA K.-L. ET HARRIS A.
2021

Family Practice 39(1): 168-182.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077>

The Covid-19 pandemic has focussed attention on models of healthcare that avoid face-to-face contacts between clinicians and patients, and teleconsultations have become the preferred mode of primary care delivery. However, the effectiveness of remote consultations in this setting remains unclear. To evaluate the impact of telephone or video consultations compared to those conducted face-to-face on key patient-relevant outcomes and healthcare utilisation in primary care, mental health and allied health services, which have had a critical role in the management of the wider and longer-term consequences of Covid-19. A systematic review of primary studies comparing telephone or video consultations versus face-to-face visits, following the PRISMA guidelines. Overall, consultations delivered by telephone and videoconference were as effective as face-to-face in-person visits to improve clinical outcomes in adults with mental health conditions and those attending primary care services. Patient satisfaction with telephone and video consultations and the therapeutic alliance was high across the studies. However, high discontinuation rates in patients receiving teleconsultations indicate this may not be a suitable modality of healthcare delivery for all patients. Teleconsultations offer significant

patient time savings in primary care, but appropriate implementation, including training of healthcare professionals and management of technical issues, is essential to ensure effective and valuable clinical interventions. Teleconsultations via telephone or videoconference are an effective alternative to face-to-face consultations for many patients attending primary care and mental health services. Teleconsultations have the potential to deliver time-efficient and lower-cost interventions at a distance while improving access to healthcare.

► **The Dawn of Digital Public Health in Europe: Implications For Public Health Policy and Practice**

WONG B. L. H., MAASS L., VODDEN A., *et al.*
2022

The Lancet Regional Health – Europe 14.

<https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100316>

The Covid-19 pandemic has highlighted the importance of digital health technologies and the role of effective surveillance systems. While recent events have accelerated progress towards the expansion of digital public health (DPH), there remains significant untapped potential in harnessing, leveraging, and repurposing digital technologies for public health. There is a particularly growing need for comprehensive action to prepare citizens for DPH, to regulate and effectively evaluate DPH, and adopt DPH strategies as part of health policy and services to optimise

health systems improvement. As representatives of the European Public Health Association's (EUPHA) Digital Health Section, we reflect on the current state of DPH, share our understanding at the European level,

and determine how the application of DPH has developed during the Covid-19 pandemic. We also discuss the opportunities, challenges, and implications of the increasing digitalisation of public health in Europe.

Économie de la santé

Health Economics

► Les enjeux du financement de la Sécurité sociale

2021

Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)(39)

<https://cahiersdesante.fr/editions/39/les-enjeux-du-financement-de-la-securite-sociale>

À l'occasion des 75 ans de la Sécurité sociale, la CGT en retrace ici l'histoire et montre les enjeux. Sur cette base, elle établit de grands axes de réforme pour revenir aux fondamentaux.

► Effectiveness of Pay For Performance to Non-Physician Health Care Providers: A Systematic Review

ASADI-ALIABADI M., KARIMI S. M., TEHRANI-BANIHASHEMI A., *et al.*

2022

Health Policy. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.007>

Workers' motivation and job satisfaction can improve the quality of services provided by any organization involved in providing and delivering health care services and maintaining its survival [1,2]. Non-physician health care workers (NPHWs) play a critical role in the care process, as they usually spend more time with patients and are involved in vital public health and care functions such as active and passive surveillance [3]. It is estimated that NPHWs can provide up to 80% of primary health care services at the same level as physicians with lower costs [4,5]. In recent years, the number of NPHWs such as nurses, midwives, auxiliary nurses, paramedical workers, and psychologists has remarkably increased. The increase has been associated with improvement in service quality and patient satisfaction [5]. This systematic review aims to understand the effect on care quantity and quality of per-

formance-based incentive payments to NPHWs. This review does not include studies that assessed physicians' and community health workers' (those with no or limited formal training in a healthcare-related field) responses to incentive payments [6,7].

► One Last Effort. Are High Out-Of-Pocket Payments at the End of Life a Fatality?

BELL-ALDEGHI R., SIRVEN N., LE GUERN M., *et al.*

2022

The European Journal of Health Economics. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01401-1>

Only few studies outside of the US have addressed the issue of out-of-pocket payments (OOP) at the end of life because of a lack of data. We use an exclusive dataset from a major French health insurance company (MGEN), including claim data, both mandatory and voluntary health insurance details, income and individual characteristics, for individuals aged 65 or older who died in 2017. We address three main issues: (1) What is the magnitude of OOP in France at the end of life? (2) How are OOP distributed, and do they present a financial risk to patients? (3) What are the determinants of OOP and what health system reforms could reduce them? Our results indicate that OOP expenses increase in the last year of life and accelerate in the last trimester. Despite some outliers, the French system is successful in protecting individuals from catastrophic OOP. Using generalised linear models, we confirm that improving the pathways of care could generate savings and partially reduce households' financial burden. However, OOP are elastic to income and driven essentially by personal convenience demands. Using concentration curves and Gini coefficients, we show that providing additional insurance against end-of-life OOP would likely be regressive, i.e., socially non-desirable.

► **The 2018 Merit-Based Incentive Payment System: Participation, Performance, and Payment Across Specialties**

GETTEL C. J., HAN C. R., CANAVAN M. E., *et al.*
2022

Medical Care 60(2).

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2022/02000/The_2018_Merit_based_Incentive_Payment_System_9.aspx

The Merit-based Incentive Payment System (MIPS) incorporates financial incentives and penalties intended to drive clinicians towards value-based purchasing, including alternative payment models (APMs). Newly available Medicare-approved qualified clinical data registries (QCDRs) offer specialty-specific quality measures for clinician reporting, yet their impact on clinician performance and payment adjustments remains unknown. Objectives: We sought to characterize clinician participation, performance, and payment adjustments in the MIPS program across specialties, with a focus on clinician use of QCDRs. Research Design: We performed a cross-sectional analysis of the 2018 MIPS program. Results: During the 2018 performance year, 558,296 clinicians participated in the MIPS program across the 35 specialties assessed. Clinicians reporting as individuals had lower overall MIPS performance scores (median [interquartile range (IQR)], 80.0 [39.4–98.4] points) than those reporting as groups (median [IQR], 96.3 [76.9–100.0] points), who in turn had lower adjustments than clinicians reporting within MIPS APMs (median [IQR], 100.0 [100.0–100.0] points) ($P < 0.001$). Clinicians reporting as individuals had lower payment adjustments (median [IQR], +0.7% [0.1%–1.6%]) than those reporting as groups (median [IQR], +1.5% [0.6%–1.7%]), who in turn had lower adjustments than clinicians reporting within MIPS APMs (median [IQR], +1.7% [1.7%–1.7%]) ($P < 0.001$). Within a subpopulation of 202,685 clinicians across 12 specialties commonly using QCDRs, clinicians had overall MIPS performance scores and payment adjustments that were significantly greater if reporting at least 1 QCDR measure compared with those not reporting any QCDR measures. Conclusions: Collectively, these findings highlight that performance score and payment adjustments varied by reporting affiliation and QCDR use in the 2018 MIPS.

► **Variability Drivers of Treatment Costs in Hospitals: A Systematic Review**

JACOBS K., ROMAN E., LAMBERT J., *et al.*
2022

Health Policy 126(2): 75-86.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.12.004>

Studies on variability drivers of treatment costs in hospitals can provide the necessary information for policymakers and healthcare providers seeking to redesign reimbursement schemes and improve the outcomes-over-cost ratio, respectively. This systematic literature review, focusing on the hospital perspective, provides an overview of studies focusing on variability in treatment cost, an outline of their study characteristics and cost drivers, and suggestions on future research methodology. Methods We adhered to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses and Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. We searched PubMed/MEDLINE, Web of Science, EMBASE, Scopus, CINAHL, Science direct, OvidSP and Cochrane library. Two investigators extracted and appraised data for citation until October 2020. Results 90 eligible articles were included. Patient, treatment and disease characteristics and, to a lesser extent, outcome and institutional characteristics were identified as significant variables explaining cost variability. In one-third of the studies, the costing method was classified as unclear due to the limited explanation provided by the authors. Conclusion Various patient, treatment and disease characteristics were identified to explain hospital cost variability. The limited transparency on how hospital costs are defined is a remarkable observation for studies wherein cost variability is the main focus. Recommendations relating to variables, costs, and statistical methods to consider when designing and conducting cost variability studies were provided.

► **Willingness to Pay For a Quality-Adjusted Life Year: A Systematic Review with Meta-Regression**

KOUAKOU C. R. C. ET PODER T. G.
2022

The European Journal of Health Economics 23(2): 277-299.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01364-3>

The use of a threshold for cost-utility studies is of major importance to health authorities for making the best allocation decisions for limited resources. Regarding

the increasing number of studies worldwide that seek to establish a value for a quality-adjusted life year (QALY), it is necessary to review these studies to provide a global insight into the literature. A systematic review on willingness to pay (WTP) studies focusing on QALY was conducted in eight databases up to June 26, 2020. From a total of 9991 entries, 39 studies were selected, and 511 observations were extracted for the meta-analysis using the ordinary least squares method. The results showed a predicted mean empirical value of \$52,619.39 (95% CI 49,952.59; 55,286.19) per QALY in US dollars for 2018. A 1% increase in income led to an increase of 0.6% in the WTP value, while a 1-year increase in respondent age led to a decrease of 3.3% in the WTP value. Sex, education level and employment status had significant effects on WTP. Compared to face-to-face interviews, surveys conducted by the internet or telephone were more likely to have a significantly higher value of WTP per QALY, while out-of-pocket payment tended to lower the value. The prediction made for the province of Quebec, Canada, provided a QALY value of approximately USD \$98,450 (CAD \$127,985), which is about 2.3 times its gross domestic product (GDP) per capita in 2018. This study is consistent with the extant literature and will be useful for countries that do not yet have a preference-based survey for the value of a QALY.

► **Infidélité, ambiguïté et dimension provisoire de la valorisation des coûts de parcours de soins**

LEMAIRE C. ET PESSAUX P.
2020

Journal de gestion et d'économie de la santé 5-6(5): 358-369.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-5-page-358.htm>

L'objectif de cette recherche est d'explicitier et d'analyser le processus de construction d'une méthode de calcul de coûts. A partir de l'étude rétrospective d'un cas d'application TDABC sur des parcours de soins, l'article montre que le calcul de coûts s'appuie sur une standardisation peu fidèle, une collecte de données ambiguë et aboutit à des résultats chiffrés temporaires. Il montre aussi que ce sont ces caractéristiques qui le rendent pertinent pour l'action et la communication, que sa construction favorise des améliorations organisationnelles et qu'il convient de s'interroger sur l'opportunité de sa mise en œuvre.

► **Grande Sécurité sociale : comment faire main basse sur l'argent des salariés ?**

PAKER A.
2021

Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)(39): 6.

<https://cahiersdesante.fr/editions/39/grande-securite-sociale-comment-faire-main-basse-sur-largent-des-salaries>

L'auteur aborde ici la question de la Grande Sécurité sociale, nouvelle formulation d'un thème ancien qui revient à organiser l'étatisation de la Sécurité sociale. Il examine sur la base des données chiffrées incontestables l'évolution des ressources de la Sécurité sociale. Il montre que progressivement les ressources sont pillées au profit du capital et que l'État a organisé ces transferts en éliminant les salariés de la gestion directe de l'institution. Le Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie reste en retrait de cette proposition.

► **Estimating the Additional Costs of Living with a Disability in the United Kingdom Between 2013 and 2016**

SCHUELKE L, MUNFORD L. ET MORCIANO M.
2022

The European Journal of Health Economics 23(2): 313-327.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01366-1>

In the United Kingdom, more than 20% of the population live with a disability. Past evidence shows that being disabled is associated with functional limitations that often cause social exclusion and poverty. Therefore, it is necessary to analyse the connection between disability and poverty. This paper examines whether households with disabled members face extra costs of living to attain the same standard of living as their peers without disabled members. The modelling framework is based on the standard of living approach which estimates the extra income required to close the gap between households with and without disabled members. We apply an ordered logit regression to data from the Family Resources Survey between 2013 and 2016 to analyse the relationship between standard of living, income, and disability, conditional on other explanatory variables. We find that households with disabled members face considerable extra costs that go beyond the transfer payment of the government. The average household with disabled members saw their weekly extra costs continually increase from £293 in 2013 to £326 in 2016 [2020 prices]. Therefore, the

government needs to adjust welfare policies to address the problem of extra costs faced by households with disabled members.

► **Paying Patients to Use Lower-Priced Providers**

WHALEY C., SOOD N., CHERNEW M., *et al.*
2022

Health Services Research 57(1): 37-46.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13711>

Many employers have introduced rewards programs as a new benefit design in which employees are paid \$25–\$500 if they receive care from lower-priced providers. Our goal was to assess the impact of the rewards program on procedure prices and choice of provider and how these outcomes vary by length of exposure to the program and patient population. Study Setting A total of 87 employers from across the nation with 563,000 employees and dependents who have introduced the rewards program in 2017 and 2018. Study Design Difference-in-difference analysis comparing changes in average prices and market share of lower-priced providers among employers who introduced the reward program to those that did not. Data Collection Methods We used claims data for 3.9 million enrollees of a large health plan. Principal Findings Introduction of the program was associated with a 1.3% reduction in prices during the first year and a 3.7% reduction in the second year of access. Use of the program and price reductions are concentrated among magnetic resonance imaging (MRI) services, for which 30% of patients engaged with the program, 5.6% of patients received an incentive payment in the first year, and 7.8% received an incentive payment in

the second year. MRI prices were 3.7% and 6.5% lower in the first and second years, respectively. We did not observe differential impacts related to enrollment in a consumer-directed health plan or the degree of market-level price variation. We also did not observe a change in utilization. Conclusions The introduction of financial incentives to reward patients from receiving care from lower-priced providers is associated with modest price reductions, and savings are concentrated among MRI services.

► **Private Provider Incentives in Health Care: The Case of Caesarean Births**

YU S., FIEBIG D. G., VINEY R., *et al.*
2022

Social Science & Medicine 294: 114729.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114729>

Private doctors and hospitals face incentives to intervene in the process of childbirth because they are employed and paid differently from their public counterparts. While private obstetric care has been associated with higher rates of caesarean birth, it is unclear to what extent this is attributable to unobserved selection effects related to clinical need or patient preferences. Using administrative birth data on over 280,000 births in Australia between 2007 and 2012, we implement an instrumental variables framework to account for the endogeneity of choice of care. We also exploit Australia's institutional framework to examine the differences in doctor-level and hospital-level incentives. We find that giving birth in a private hospital leads to a 4 percentage point increase in the probability of having an unplanned caesarean birth. Over our study period, this equates to an additional 3241 caesarean births.

Covid

► **The Cost of Lost Productivity Due to Premature Mortality Associated with Covid-19: A Pan-European Study**

HANLY P., AHERN M., SHARP L., *et al.*
2022

The European Journal of Health Economics 23(2): 249-259.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01351-8>

Economic cost estimates have the potential to provide

a valuable alternative perspective on the Covid-19 burden. We estimate the premature mortality productivity costs associated with Covid-19 across Europe.

► **Correction To: The Cost Of Lost Productivity Due To Premature Mortality Associated With Covid-19: A Pan-European Study**

HANLY P., AHERN M., SHARP L., *et al.*

2022

The European Journal of Health Economics 23(1): 153-153.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01380-3>

► **How Resilient Is Health Financing Policy in Europe to Economic Shocks? Evidence From the First Year of the Covid-19 Pandemic and the 2008 Global Financial Crisis**

THOMSON S., GARCÍA-RAMÍREZ J. A., AKKAZIEVA B., *et al.*

2022

Health Policy 126(1): 7-15.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.002>

The Covid-19 pandemic triggered an economic shock just ten years after the shock of the 2008 global financial crisis. Economic shocks are a challenge for health systems because they reduce government revenue at the same time as they increase the need for publicly financed health care. This article explores the resilience of health financing policy to economic shocks by reviewing policy responses to the financial crisis and Covid-19 in Europe. It finds that some health systems were weakened by responses to the 2008 crisis. Responses to the pandemic show evidence of lessons learnt from the earlier crisis but also reveal weaknesses in health financing policy that limit national preparedness to face economic shocks, particularly in countries with social health insurance schemes. These weaknesses highlight where permanent changes are needed to strengthen resilience in future: countries will have to find ways to reduce cyclicity in coverage policy and revenue-raising; increase the priority given to health in allocating public spending; and ensure that resources are used to meet equity and efficiency goals. Although many health systems are likely to face budgetary pressure in the years ahead, the experience of the 2008 crisis shows that austerity is not an option because it undermines resilience and progress towards universal health coverage.

► **Balancing Financial Incentives During Covid-19: A Comparison of Provider Payment Adjustments Across 20 Countries**

WAITZBERG R., GERKENS S., DIMOVA A., *et al.*

2021

Health Policy. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.015>

Provider payment mechanisms were adjusted in many countries in response to the Covid-19 pandemic in 2020. Our objective was to review adjustments for hospitals and healthcare professionals across 20 countries. We developed an analytical framework distinguishing between payment adjustments compensating income loss and those covering extra costs related to Covid-19. Information was extracted from the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM) and classified according to the framework. We found that income loss was not a problem in countries where professionals were paid by salary or capitation and hospitals received global budgets. In countries where payment was based on activity, income loss was compensated through budgets and higher fees. New FFS payments were introduced to incentivize remote services. Payments for Covid-19 related costs included new fees for out- and inpatient services but also new PD and DRG tariffs for hospitals. Budgets covered the costs of adjusting wards, creating new (ICU) beds, and hiring staff. We conclude that public payers assumed most of the Covid-19-related financial risk. In view of future pandemics policymakers should work to increase resilience of payment systems by: (1) having systems in place to rapidly adjust payment systems; (2) being aware of the economic incentives created by these adjustments such as cost-containment or increasing the number of patients or services, that can result in unintended consequences such as risk selection or overprovision of care; and (3) periodically evaluating the effects of payment adjustments on access and quality of care.

Health Status

► **What Do We Know About the Impact of Economic Recessions on Mortality Inequalities? a Critical Review**

BENACH J., PADILLA-POZO Á., MARTÍNEZ-HERRERA E., *et al.*

2022

Social Science & Medicine 296: 114733.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114733>

Historically, there has been a debate on the effects of recessions on population health, and especially on mortality and its distribution across different social groups. This paper contributes to this discussion by means of a critical review of the research on the impact of economic recessions on mortality inequalities in the period 1980–2020. We analyzed 19 studies according to their mortality outcomes, socioeconomic indicators, design, analysis, and main findings. Twelve studies focused on European countries or urban areas, two on Asian countries, two on Russia, one on Asia and Europe, one on the USA, and one in Somalia. Five articles included cross-country comparisons (four between European countries or cities and one between Asian and European countries). The Great Recession of 2008 was the most researched economic crisis, followed by country-specific crises in the 90s, the fall of the Soviet Union, and some crises during the 80s. Most studies ($n = 15$) showed an overall or partial increase in mortality inequalities after an economic recession. However, two papers found a decrease in mortality inequalities due to the worsening of the health of the upper and middle classes, one article found a decrease in inequalities due to a general improvement in population health, and a study found a “slow-down” effect of pre-existent mortality inequalities.

► **État de santé et présentisme des soignants**

DUMAS M. ET BERTHE B.

2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 2(2): 87-108.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-2-page-87.htm>

L'article cherche à démêler les liens et les interactions entre état de santé dégradé, absentéisme et présentéisme. La problématique soulevée par cette étude porte sur les interactions entre trois paramètres que sont la santé, l'absentéisme et le présentéisme du personnel soignant. La recherche s'articule autour de 3 questions principales : Quelle est la validité des catégories construites à partir des données d'absentéisme et de présentéisme auto-déclarées ? Quels sont les principaux déterminants de santé du présentéisme et de l'absentéisme ? Quelle(s) relation(s) l'étude peut-elle établir entre le présentéisme et l'absentéisme en analysant les catégories de présentéisme, absentéisme ? La méthodologie mobilisée s'appuie sur un questionnaire quantitatif composé de 96 questions. 136 réponses complètes sont traitées à l'aide du logiciel SPSS 21. Notre catégorisation est validée non pas par les caractéristiques personnelles ou professionnelles mais par l'auto-déclaration sur l'état de santé perçu. Nous n'observons pas de facteurs explicatifs du présentéisme autre que l'état de santé parmi ceux que nous avons testés. Les maladies ou douleurs chroniques et le mauvais état de santé expliquent aussi bien l'absentéisme que le présentéisme. Le harcèlement ou un problème relationnel au travail est lié à un mauvais état de santé et à l'absentéisme. La charge de travail et la dégradation de leur santé physique et psychologique vont diminuer le présentéisme des « purs présentéistes » donc favoriser l'absentéisme. Ce phénomène va s'amplifier puisque les « présentéistes-absentéistes » eux-mêmes seront moins présentéistes et plus absents, pour des raisons similaires. Les résultats montrent ainsi que le présentéisme favorise un accroissement de l'absentéisme.

► **Estimation of the Global Prevalence of Dementia in 2019 and Forecasted Prevalence in 2050: An Analysis For the Global Burden of Disease Study 2019**

NICHOLS E., STEINMETZ J. D., VOLLSET S. E., *et al.*
2022

The Lancet Public Health 7(2): e105-e125.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)

Given the projected trends in population ageing and population growth, the number of people with dementia is expected to increase. In addition, strong evidence has emerged supporting the importance of potentially modifiable risk factors for dementia. Characterising the distribution and magnitude of anticipated growth is crucial for public health planning and resource prioritisation. This study aimed to improve on previous forecasts of dementia prevalence by producing country-level estimates and incorporating information on selected risk factors.

► **Recent Historic Increase of Infant Mortality in France: A Time-Series Analysis, 2001 to 2019**

TRINH N. T. H., DE VISME S., COHEN J. F., *et al.*
2022

The Lancet Regional Health - Europe 16: 100339.

<https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100339>

The infant mortality rate (IMR) serves as a key indicator of population health. Methods We used data from the French National Institute of Statistics and Economic

Studies on births and deaths during the first year of life from 2001 to 2019 to calculate IMR aggregated by month. We ran joinpoint regressions to identify inflection points and assess the linear trend of each segment. Exploratory analyses were performed for overall IMR, as well as by age at death subgroups (early neonatal [D0-D6], late neonatal [D7-27], and post-neonatal [D28-364]), and by sex. We performed sensitivity analyses by excluding deaths at D0 and using other time-series modeling strategies. Results Over the 19-year study period, 53,077 infant deaths occurred, for an average IMR of 3.63/1000 (4.00 in male, 3.25 in female); 24.4% of these deaths occurred during the first day of life and 47.8% during the early neonatal period. Joinpoint analysis identified two inflection points in 2005 and 2012. The IMR decreased sharply from 2001 to 2005 (slope: -0.0167 deaths/1000 live births/month; 95%CI: -0.0219 to -0.0116) and then decreased slowly between 2005 and 2012 (slope: -0.0041; 95%CI: -0.0065 to -0.0016). From 2012 onwards, a significant increase in IMR was observed (slope: 0.0033; 95%CI: 0.0011 to 0.0056). Subgroup analyses indicated that these trends were driven notably by an increase in the early neonatal period. Sensitivity analyses provided consistent results. Interpretation The recent historic increase in IMR since 2012 in France should prompt urgent in-depth investigation to understand the causes and prepare corrective actions. Funding No financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous three years, no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Foreign-Trained Physicians in the United States: A Descriptive Profile**

KAUSHAL N., KAESTNER R. ET RIGZIN T.
2022

Medical Care Research and Review : Ahead of pub.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587211066994>

More than a quarter of physicians in the United States are international medical graduates (IMGs). This sta-

tistic, although large, does not fully capture the importance of IMGs in certain specialties and locations. We provide a comprehensive profile of IMGs documenting where and in what specialties they work and how these distributions have changed over time. Estimates show that IMGs disproportionately work in densely populated, low-income communities with sicker residents and low physician density. IMGs are overrepresented in primary care and the lowest paying specialties, and their concentration in these specialties is growing.

Calculations show that U.S. medical graduates exit the workforce at 2.5 times the exit rate of IMGs suggesting that in the near future IMGs will likely provide care for an increasingly larger share of Americans.

► **Measuring the Health of People in Places: A Scoping Review of OECD Member Countries**

MURRAY E. T., SHELTON N., NORMAN P., *et al.*
2022

Health & Place 73: 102731.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102731>

A scoping review was performed to identify how Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries measure overall health for sub-national geographies within each country. Sixty publications were selected from MEDLINE, Scopus and Google Scholar, plus information extracted from 37 of 38 OECD countries statistical agency and/or public health institute websites that were available in English. Data sources varied by categorisation into national statistical agency mortality (n = 7) or population-level survey morbidity (n = 5) health indicators. Region was the most common geographic scale (e.g., eight indicators for 26 countries), slightly fewer indicators for urban areas (max countries per most frequent indicator = 24), followed by municipality (range of 1–14 countries per indicator). Other geographies, particularly those at smaller granularity, were infrequently available across health indicators and countries. Wider availability of health indicators at smaller, and non-administrative, geographies is needed to explore the best way to measure comparative population health in local areas.

► **Brain Drain: Do Economic Conditions “Push” Doctors Out of Developing Countries?**

OKEKE E. N.
2013

Social Science & Medicine 98: 169-178.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.010>

Health worker migration is an issue of first order concern in global health policy circles and continues to be the subject of much policy debate. In this paper, we contribute to the discussion by studying the impact of economic conditions on the migration of physicians from developing countries. To our knowledge, this is

one of the first papers to do so. A major contribution of this paper is the introduction of a new panel dataset on migration to the US and the UK from 31 sub-Saharan Africa countries. The data spans the period 1975–2004. Using this data, we estimate the impact of changes in economic conditions on physician migration. In our preferred specification that allows for country-specific time trends, we find that a temporary one percentage point decline in GDP per capita increases physician migration in the next period by approximately 3 percent. In our IV models a one percentage point decline in GDP per capita increases physician migration in the next period by between 3.4 and 3.6 percent. Overall, our results suggest a significant effect of developing country economic conditions on physician migration.

► **Supply-Demand Adjusted Two-Steps Floating Catchment Area (SDA-2SFCA) Model For Measuring Spatial Access to Health Care**

SHAO Y. ET LUO W.
2022

Social Science & Medicine 296: 114727.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114727>

Spatial accessibility to health care plays a vital role in the evaluation of medical resource equality. A widely used method of spatial accessibility is the Two-Step Floating Catchment Area (2SFCA) method. However, the 2SFCA model (and its later variants) implicitly assumes that each doctor has the same attraction (unlimited resources) to care seekers and each care seeker's need is the same; it does not consider insurance that doctors accept or patients' different needs by age and gender. In fact, patients usually choose doctors within their insurance network and seniors and females usually have higher health care needs/demands than others. Here we present an improvement to the 2SFCA method to address these shortcomings. On the supply side, we allocate each doctor's resource equally to the insurance plans that he/she accepts. On the demand side, we adjusted the population based on their health care needs by age and gender and estimated the population holding each insurance based on the insurance's market share (assuming each insurance's market share is a reasonable representation of the population using that insurance). Next we calculate the accessibility score of each insurance plan following the 2SFCA approach and sum them at each population location as the accessibility at that location. We call the new improved approach Supply-Demand Adjusted 2SFCA.

The results indicate that the SDA-2SFCA model could better reflect the actual supply and demand situation of health care and thus provide a better measure of spatial accessibility to health care. The SDA-2SFCA model can help researchers and government agencies better allocate limited resources to the neediest areas.

► **Definition and Categorization of Rural and Assessment of Realized Access to Care**

ZAHND W. E., DEL VECCHIO N., ASKELSON N., *et al.*

2022

Health Services Research : Ahead of pub.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13951>

The aim of this study is to examine how three measures of realized access to care vary by definitions and categorizations of “rural.” Data sources Health Information National Trends Survey (HINTS) data, a nationally representative survey assessing knowledge of health-related information, were used. Participants were categorized by county-based Urban Influence Codes (UICs), Rural–Urban Continuum Codes (RUCCs), and census tract-based Rural–Urban Commuting Area (RUCAs). Study design Three approaches were used across categories of UICs, RUCCs, and RUCAs: (1) non-metropolitan/metropolitan, (2) three-group categorization based upon population size, and (3) three-group categorization based on adjacency to metropolitan areas. Wald Chi-square tests evaluated differences in socio-

demographic variables and three measures of realized access across three of Penchansky’s “A’s of access” and approaches. The three outcome measures included: having a regular provider (realized availability), self-reported “excellent” quality of care (realized acceptability), and self-report of the provider “always” spending enough time with you (provider attentiveness–realized accommodation). The average marginal effects corresponding to each outcome were calculated. Data collection/extraction methods N/A Principal findings All approaches indicated comparable variation in sociodemographics. In all approaches, RUCA-based categorizations showed differences in having a regular provider (e.g., 68.9% of non-metropolitan and 64.4% of metropolitan participants had a regular provider). This association was attenuated in multivariable analyses. No rural–urban differences in quality of care were seen in unadjusted or adjusted analyses regardless of approach. After adjustment for covariates, rural respondents reported greater provider attentiveness in some categorizations of rural compared with urban (e.g., non-metropolitan respondents reported 6.03 percentage point increase in probability of having an attentive provider [CI = 0.76–11.31%] compared with metropolitan). Conclusions Our findings underscore the importance of considering multiple definitions of rural to understand access disparities and suggest that continued research is needed to examine the interplay between potential and realized access. These findings have implications for federal funding, resource allocation, and identifying health disparities.

Covid

► **Risk of Persistent and New Clinical Sequelae Among Adults Aged 65 Years and Older During the Post-Acute Phase of SARS-CoV-2 Infection: Retrospective Cohort Study**

COHEN K., REN S., HEATH K., *et al.*

2022

BMJ 376: e068414.

<https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068414>

The objective of this study is to characterize the risk of persistent and new clinical sequelae in adults aged ≥65 years after the acute phase of SARS-CoV-2 infection. Design Retrospective cohort study. Setting UnitedHealth Group Clinical Research Database: deidentified administrative claims and outpatient labo-

ratory test results. Participants Individuals aged ≥65 years who were continuously enrolled in a Medicare Advantage plan with coverage of prescription drugs from January 2019 to the date of diagnosis of SARS-CoV-2 infection, matched by propensity score to three comparison groups that did not have Covid-19: 2020 comparison group (n=87337), historical 2019 comparison group (n=88070), and historical comparison group with viral lower respiratory tract illness (n=73490). Main outcome measures The presence of persistent and new sequelae at 21 or more days after a diagnosis of Covid-19 was determined with ICD-10 (international classification of diseases, 10th revision) codes. Excess risk for sequelae caused by infection with SARS-CoV-2 was estimated for the 120 days after the acute phase of the illness with risk difference and hazard ratios,

calculated with 95% Bonferroni corrected confidence intervals. The incidence of sequelae after the acute infection was analyzed by age, race, sex, and whether patients were admitted to hospital for Covid-19.

► **Les infarctus du myocarde pendant un an de pandémie de Covid-19 - Étude nationale française des taux d'hospitalisation, du pronostic et de la mortalité à 90 jours**

GRAVE C., GABET A., PUYMIRAT E., *et al.*

2022

Rev Epidemiol Santé Publique 70: S22.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.100>

Au début de la pandémie de Covid-19, plusieurs études ont signalé une diminution des séjours hospitaliers hors Covid-19. L'objectif de cette étude était de décrire les tendances nationales des admissions pour infarctus du myocarde (IDM) à l'hôpital en 2020 et comparer les caractéristiques, le pronostic hospitalier et la mortalité à 90 jours des patients admis en 2020, à ceux des patients admis en 2017-19. Méthodes Tous les patients hospitalisés pour IDM en France entre 2017 et 2020 ont été inclus à partir du PMSI-MCO. Les analyses ont comparé les tendances temporelles d'admissions pour IDM, les taux de complications cardiaques hospitalières, la réadmission et la mortalité hospitalière et à 90 jours en 2020 versus 2017-19; puis ont été stratifiées par période d'admission, type d'IDM, sexe, âge et régions. Résultats En 2020, 94 747 patients ont été hospitalisés pour IDM, correspondant à une diminution de 6 % des admissions pour IDM par rapport à 2017-2019. Cette diminution était plus importante durant le premier confinement (-24 %, $p < 0,0001$) que pendant le deuxième (-8 %, $p < 0,0001$), et a atteint -40 % en semaine 13. Les diminutions d'hospitalisation pour IDM étaient plus élevées et ont persisté plus longtemps pour les NSTEMI, pour les personnes âgées et pour les femmes. Une augmentation des hospitalisations pour STEMI a été observée entre les confinements (+4 %, $p = 0,0005$). Globalement et après ajustement sur l'âge, le sexe et l'effet temporel, les taux de mortalité hospitalière et dans les 90 jours qui suivaient la sortie d'hospitalisation ne différaient pas entre 2020 et 2017-2019 (IRR aj-hosp = 1,03[0,98; 1,08], $p = 0,19$ - IRRaj 90j-post-sortie = 1,06[0,98; 1,13], $p = 0,14$). Discussion/Conclusion En 2020, une diminution significative des hospitalisations pour IDM a été observée et était particulièrement importante au début de l'année. L'impact de la crise du Covid-19 sur les complications aiguës et le pronostic à trois mois des patients admis apparaît

limité. Néanmoins, la surveillance des complications chroniques de l'IDM et de l'impact sur les personnes non hospitalisées devra être poursuivie.

► **Whole Genome Sequencing Reveals Host Factors Underlying Critical Covid-19**

KOUSATHANAS A., PAIRO-CASTINEIRA E., RAWLIK K., *et al.*

2022

Nature. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1038/s41586-022-04576-6>

Critical Covid-19 is caused by immune-mediated inflammatory lung injury. Host genetic variation influences the development of illness requiring critical care¹ or hospitalisation^{2–4} following SARS-CoV-2 infection. The GenOMICC (Genetics of Mortality in Critical Care) study enables the comparison of genomes from critically-ill cases with population controls in order to find underlying disease mechanisms. Here, we use whole genome sequencing in 7,491 critically-ill cases compared with 48,400 controls to discover and replicate 23 independent variants that significantly predispose to critical Covid-19. We identify 16 new independent associations, including variants within genes involved in interferon signalling (IL10RB, PLSCR1), leucocyte differentiation (BCL11A), and blood type antigen secretor status (FUT2). Using transcriptome-wide association and colocalisation to infer the effect of gene expression on disease severity, we find evidence implicating multiple genes, including reduced expression of a membrane flippase (ATP11A), and increased mucin expression (MUC1), in critical disease. Mendelian randomisation provides evidence in support of causal roles for myeloid cell adhesion molecules (SELE, ICAM5, CD209) and coagulation factor F8, all of which are potentially druggable targets. Our results are broadly consistent with a multi-component model of Covid-19 pathophysiology, in which at least two distinct mechanisms can predispose to life-threatening disease: failure to control viral replication, or an enhanced tendency towards pulmonary inflammation and intravascular coagulation. We show that comparison between critically-ill cases and population controls is highly efficient for detection of therapeutically-relevant mechanisms of disease.

► **Post-Acute and Long-Covid-19 Symptoms in Patients with Mild Diseases: A Systematic Review**

VAN KESSEL S. A. M., OLDE HARTMAN T. C.,
LUCASSEN P. L. B. J., *et al.*

2021

Family Practice 39(1): 159-167.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab076>

It is expected that GPs are increasingly confronted with a large group of patients with symptoms persisting three weeks after initial symptoms of a mild (managed in the outpatient setting) Covid-19 infection. Currently, research on these persistent symptoms mainly focuses on patients with severe infections (managed in an inpatient setting) whereas patients with mild disease are rarely studied. The main objective of this systematic review was to create an overview of the nature and frequency of persistent symptoms experienced by patients after mild Covid-19 infection. Systematic literature searches were performed in Pubmed, Embase and PsychINFO on 2 February 2021. Quantitative studies, qualitative studies, clinical lessons and case reports were considered eligible designs. In total, nine articles were included in this literature review. The frequency of persistent symptoms in patients after mild Covid-19 infection ranged between 10% and 35%. Symptoms persisting after a mild Covid-19 infection can be distinguished into physical, mental and social symptoms. Fatigue was the most frequently described persistent symptom. Other frequently occurring persistent symptoms were dyspnoea, cough, chest pain, headache, decreased mental and cognitive status and olfactory dysfunction. In addition, it was found that persisting symptoms after a mild Covid-19 infection can have major consequences for work and daily functioning. There is already some evidence that symptoms of mild Covid-19 persist after 3 weeks in a third of patients. However, there is a lack of data about symptoms persisting after 3 months (long-Covid). More research is needed to help GPs in managing long-Covid.

► **Estimating Excess Mortality Due to the Covid-19 Pandemic: A Systematic Analysis of Covid-19-Related Mortality, 2020-21**

WANG H., PAULSON K. R., PEASE S. A., *et al.*

2022

The Lancet. Ahead of pub.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)

Mortality statistics are fundamental to public health decision making. Mortality varies by time and location, and its measurement is affected by well-known biases that have been exacerbated during the Covid-19 pandemic. This paper aims to estimate excess mortality from the Covid-19 pandemic in 191 countries and territories, and 252 subnational units for selected countries, from Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021.

► **Les indicateurs de suivi de l'épidémie de Covid-19 par aires d'attraction des villes**

DOS SANTOS R., FORESTIER G., GENIN G., *et al.*

2021

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 17(10): 456-457.

Depuis le début de la pandémie à Covid-19, Santé Publique France propose des indicateurs à des niveaux d'intérêt administratif. Entre le niveau départemental et la commune, il en existe un autre d'intérêt scientifique : les aires d'attraction des villes. Ce niveau représente en effet la réalité des déplacements, notamment entre le domicile et le travail. Nous montrons ici la faisabilité d'utilisation de cet échelon pour les cartes de Santé Publique France, ses intérêts et ses limites. Pour mieux répondre à la pandémie, il convient d'employer l'échelle la plus proche de la réalité quotidienne et non seulement l'échelle la plus pratique administrativement.

Hospitals

► **Mobilisations citoyennes pour défendre les services publics sanitaires de proximité. L'exemple de la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité (dite « CN »)**

ANTONY M.

2021

Revue française des affaires sociales(4): 111-120.<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-111.htm>

La proximité sanitaire est pour tous les membres de la CN un concept primordial, qui touche tous nos territoires, quelles que soient leur taille et leur localisation. Cette proximité garantit plus d'humanité et de convivialité. Elle favorise la sécurité par une prise en charge immédiate des personnes et en diminuant les déplacements routiers forcément trop longs et dangereux. Elle assure une vraie subsidiarité (faire ce que l'on peut localement avant de passer à un niveau supérieur). Elle permet de réduire les temps gaspillés ainsi que les coûts économiques et écologiques qui sont multipliés par des transferts de plus en plus nombreux. La défense et le développement de tous nos services publics de proximité permettent de conserver une vraie qualité de vie et une saine activité économique pour toutes les localités touchées. L'égalité et la solidarité territoriales sont ainsi assurées. Enfin, la proximité est aussi un moyen de garantir davantage de démocratie, de contrôle citoyen sur les décisions publiques, de prise en charge des besoins concrets des personnes et des territoires, alors que l'éloignement coûte cher en temps et en finances et rend plus superficiel l'exercice démocratique. Depuis les années 1980, on assiste, sous tous les gouvernements, à une destruction systématique du service public sanitaire de proximité par la privatisation progressive et la multiplication des regroupements et fusions d'établissements, avec leur lot toujours présent de suppressions de sites, de fermetures ou de réductions de services (les deux tiers des maternités depuis les années 1970), de réduction de lits (plus de 100 000 fermés, soit environ 1/5) et de réduction de postes.

► **L'accueil des patients étrangers à l'hôpital sous le feu croisé des réformes comptables et des politiques d'immigration**

ARON J., GEERAERT J. ET IZAMBERT C.

2021

Revue française des affaires sociales(4): 77-96.<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-77.htm>

Cet article explore les effets croisés et paradoxaux des réformes comptables et des politiques d'immigration sur les pratiques des professionnels hospitaliers dans l'accueil des patients étrangers. À l'aide de données empiriques issues de trois études en sciences sociales (notamment au sein de permanences d'accès aux soins de santé [PASS] et de services de néphrologie), il montre que le contexte hospitalier depuis le début des années 1990 a permis d'affirmer une mission d'accueil envers les étrangers dépourvus de couverture maladie. Cette mission n'a été possible que parce qu'elle s'est accommodée des objectifs de réduction des dépenses hospitalières qui se sont imposés avec force dans l'institution lors de la même période. Si cette évolution a profité aux étrangers les plus proches des critères d'éligibilité de l'Assurance maladie (eux-mêmes fixés par des politiques d'immigration restrictives) qui ont vu leur légitimité à accéder aux soins auprès des soignants s'accroître, elle a eu tendance à favoriser des pratiques discriminatoires et de refus de soins envers les étrangers dont le statut de séjour est le plus précaire.

► **Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : les raisons du tri**

BELORGEY N.

2021

Sociétés contemporaines 123(3): 23-50.<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2021-3-page-23.htm>

Un indicateur central de la nouvelle gestion publique (NGP) dans les hôpitaux est la durée moyenne de séjour (DMS), censée représenter l'efficacité de ceux-ci. Or, cet indicateur est fondamentalement biaisé, en ce qu'il est fortement tributaire des patients recrutés. À partir d'une ethnographie d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation et d'une analyse statistique,

nous montrons que la durée de séjours des patients dépend de trois types de facteurs : événementiels, liés à leur parenté pratique, enfin à leurs appartenances sociales au sens large. Ainsi, réduire sa DMS signifie surtout pour un service éviter les patients qui auraient pourtant le plus besoin de prise en charge.

► **L'hôpital au rapport 2021 : dossier**

BUDET J. M. *et al.*
2021

Gestions Hospitalières(611): 596-637.

Ce dossier est dédié à certains rapports publiés en 2021 et consacrés à l'hôpital en France.

► **Rationaliser l'activité pour sauver l'État social ? Appropriations et application localisée des nouvelles règles gestionnaires par les professionnels de l'hôpital public**

FOUBERT C.
2021

Revue française des affaires sociales(4): 35-53.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-35.htm>

À partir de l'analyse des réappropriations et des usages, par les professionnels de l'hôpital public, des discours et des contraintes austéritaires, cet article dépeint comment ces derniers se retrouvent concrètement impliqués dans la mise en place des réformes successives qui se donnent pour objectif de diminuer les coûts et de rationaliser l'activité. L'hôpital est un espace d'appropriations pratiques et banalisées de raisonnement économique, où les professionnels endossent un rôle de gardien du temple de l'« État social ». Ils et elles y construisent et partagent ce que l'on peut concevoir comme un ethos du service public hospitalier, qui les unit dans une opposition simultanée aux patients et au secteur privé. Le fait qu'ils et elles soient en première ligne des réductions de moyens renforce le sentiment de bien-fondé ainsi que la nécessité matérielle des contrôles, des évaluations et des différenciations opérés vis-à-vis des patients. Au-delà d'une réflexion opposant soumission et résistance, cet article montre comment, sur le terrain, les professionnels hospitaliers contribuent, idéologiquement et matériellement, à la mise en œuvre des réformes et à l'application des nouvelles règles gestionnaires.

► **Expanding Our Understanding of Factors Impacting Delayed Hospital Discharge: Insights From Patients, Caregivers, Providers and Organizational Leaders in Ontario, Canada**

KULUSKI K., CADEL L., MARCINOW M., *et al.*
2022

Health Policy. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.001>

The purpose of this paper was to understand the nature of delayed hospital discharge through the lens of a policy framework (ideas, institutions and interests; 3-I framework). Materials and methods One-to-one in-depth interviews were conducted with 57 participants, including 18 patients, 18 caregivers, 11 providers and 10 organizational leaders across two hospital networks in urban and rural regions of Ontario, Canada. Results Delayed discharge was a product of spill-over effects (due to rules and eligibility in other health sectors) and variable implementation of policies and guidelines (institutions); competing priorities and tensions among patients, caregivers, providers and organizational leaders (interests); as well as a number of perceived root causes including patient complexity, caregiver burnout, lack of system infrastructure, and an imbalance of system and personal responsibility to support aging adults (ideas). Conclusions The 3-I framework allowed us to examine the contributing factors to delayed discharge in a comprehensive way. Based on our findings we suggest that cross-sectoral collaboration and strengthening of relationships among stakeholders is required to address this complex policy problem.

► **Extrême urgence pour l'hôpital public**

LEFLON M.
2021

Cahiers de Santé Publique Et de Protection Sociale (Les)(39).

<https://cahiersdesante.fr/editions/39/extreme-urgence-pour-lhopital-public>

L'auteur présente la situation actuelle de l'hôpital public qui est au bord du gouffre. La pénurie de médecins justifie les fermetures de services. Le manque d'infirmières et des divers personnels nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital aggrave la situation. Le manque de respect et l'absence de démocratie font fuir les salariés. Des pistes sont proposées pour sor-

tir de cette crise due aux politiques d'austérité et au développement des structures privées à but lucratif.

► **Long-Run Growth of Ambulatory Surgery Centers 1990–2015 and Medicare Payment Policy**

MUNNICH E. L. ET RICHARDS M. R.

2022

Health Services Research 57(1): 66-71.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13707>

The aim of this study is to examine long-run growth in the ambulatory surgery center (ASC) industry and potential factors influencing its trajectory. Data sources National data for all Medicare-certified ASCs (1990–2015) and outpatient discharge records from the state of Florida in 2007. Study Design We documented the number of ASCs in the United States over time and decomposed the trend into underlying ASC market entry and exit behavior. We then examined the plausibility of 2008 Medicare payment reforms to influence the trend changes. Data Extraction Methods Data on ASC openings and closures are obtained from the Centers for Medicare and Medicaid Services Provider of Service files. Secondary data on ASC volume in Florida are obtained from the Florida Agency for Health Care Administration. Principal Findings The number of ASCs in the United States grew 5%–10% annually between 1990 and 2007 but by 1% or less beginning in 2008. This change coincided with substantive reductions in Medicare payments for key ASC services. The annual number of new ASCs was as much as 50% lower following the payment change. Conclusions ASCs are an important competitor for outpatient services, but growth has slowed dramatically. Sharp changes in new ASC entry align with less generous Medicare fees.

► **La réhabilitation améliorée après chirurgie programmée. Une révolution qui réduit la morbi-mortalité postopératoire**

SLIM K. ET THEISSEN A.

2020

Journal de Chirurgie Viscérale 157(6): 500-504.

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2020.05.009>

La réhabilitation améliorée après chirurgie programmée constitue une véritable révolution dans nos soins périopératoires. Ce concept appelé initialement « chirurgie express » a évolué vers « récupération ou réhabilitation améliorée », ce qui met en avant l'amélioration des suites opératoires plutôt que le raccourcissement du séjour hospitalier. Le principal bénéfice de la réhabilitation améliorée après chirurgie est la réduction de l'agression chirurgicale et par conséquent la réduction des complications postopératoires. Ce résultat est fondé sur un bon niveau de preuves pour de multiples spécialités chirurgicales. Les complications peu sévères sont celles qui sont les plus impactées par ce programme. La réduction de la durée de séjour n'est ainsi que le résultat de l'amélioration des suites opératoires. Cette mise au point illustre les bénéfices de la réhabilitation améliorée après chirurgie en prenant trois exemples de chirurgie programmée dans 3 spécialités chirurgicales majeures : la chirurgie colorectale, l'orthopédie et la chirurgie gynécologique. Les complications postopératoires impactées par les programmes de réhabilitation améliorée et le mécanisme de cet effet sont également discutés.

Covid

► **A Country-Level Analysis Comparing Hospital Capacity and Utilisation During the First Covid-19 Wave Across Europe**

BERGER E., WINKELMANN J., ECKHARDT H., *et al.*

2021

Health Policy. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.009>

The exponential increase in SARS-CoV-2 infections dur-

ing the first wave of the pandemic created an extraordinary overload and demand on hospitals, especially intensive care units (ICUs), across Europe. European countries have implemented different measures to address the surge ICU capacity, but little is known about the extent. The aim of this paper is to compare the rates of hospitalised Covid-19 patients in acute and ICU care and the levels of national surge capacity for intensive care beds across 16 European countries and

Lombardy region during the first wave of the pandemic (28 February to 31 July). Methods For this country level analysis, we used data on SARS-CoV-2 cases, current and/or cumulative hospitalised Covid-19 patients and current and/or cumulative Covid-19 patients in ICU care. To analyse whether capacities were exceeded, we also retrieved information on the numbers of hospital beds, and on (surge) capacity of ICU beds during the first wave of the Covid-19 pandemic from the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM). Treatment days and mean length of hospital stay were calculated to assess hospital utilisation. Results Hospital and ICU capacity varied widely across countries. Our results show that utilisation of acute care bed capacity by patients with Covid-19 did not exceed 38.3% in any studied country. However, the Netherlands, Sweden, and Lombardy would not have been able to treat all patients with Covid-19 requiring intensive care during the first wave without an ICU surge capacity. Indicators of hospital utilisation were not consistently related to the number of SARS-CoV-2 infections. The mean number of hospital days associated with one SARS-CoV-2 case ranged from 1.3 (Norway) to 11.8 (France). Conclusion In many countries, the increase in ICU capacity was important to accommodate the high demand for intensive care during the first Covid-19 wave.

► **Soigner sans compter. Les agents de l'hôpital public face à l'épidémie de Covid-19**

GELLY M. ET SPIRE A.
2021

Revue française des affaires sociales(4): 15-34.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-15.htm>

L'épidémie de Covid-19 survenue en mars 2020 a mobilisé tous les personnels des hôpitaux les plus touchés et a contraint leur administration à suspendre les restrictions budgétaires pour accueillir l'afflux de malades. À partir d'une enquête qualitative menée dans deux hôpitaux d'Île-de-France et du Grand-Est, cette contribution montre ce qu'a représenté ce moment critique pour les personnels de ces institutions. Les auteurs mettent en évidence les ressorts d'un service public qui est confronté à des besoins débordant ses capacités. Dans ce contexte, les personnels ont consenti à fournir un surtravail et à s'investir dans leur mission sans compter, bien au-delà de ce que prévoient les règlements. Cet engagement trouve sa source dans

l'intériorisation de la norme du travail bien fait et dans l'attachement à des collectifs de travail qui ont porté les agents durant cette période. Les rapports de domination entre catégories de personnels et entre services hospitaliers n'ont pas pour autant disparu et ont resurgi avec d'autant plus d'acuité une fois la crise passée.

► **Variations géographiques des hospitalisations pour Covid-19 et lien avec les facteurs environnementaux du patient**

GEORGESCU V., RIEDEL C., BAEHR C., *et al.*
2022

Rev Epidemiol Sante Publique 70: S15-S16.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.085>

Plusieurs publications suggèrent un effet de facteurs environnementaux sur la transmission ou la gravité de la Covid-19. L'objectif de cette étude est d'étudier l'impact, sur la France, de l'environnement du patient sur le taux d'hospitalisations pour Covid-19. Méthodes Pour s'affranchir de la modélisation de la diffusion de l'épidémie entre départements par le déplacement des personnes, notre période d'intérêt est la période du premier confinement décalée de deux semaines pour tenir compte de la durée d'incubation du virus (31/03/2020- 25/05/2020). Le taux standardisé par âge et sexe des patients hospitalisés pour Covid-19 cumulé sur la période d'intérêt a été modélisé en fonction : de ce même taux sur la période pré-confinement (01/01/2020- 30/03/2020), de variables météorologiques, de pollution, socioéconomiques, de mobilité et d'état de santé de la population. Les données proviennent du PMSI, de Météo France, de l'Insee et de la Cnam (cartographie des pathologies). Un modèle de régression linéaire multivarié au niveau des départements de France métropolitaine a été retenu. L'autocorrélation spatiale des résidus du modèle a été testée par le test de Moran. Résultats Après ajustement sur les variables explicatives, il n'y avait plus d'autocorrélation spatiale dans le modèle. Le taux cumulé de patients Covid sur la période d'intérêt était positivement corrélé au taux pré-confinement (0,534, $p < 0,001$), au taux de diabétiques (0,025, $p = 0,001$) et à l'exposition aux pics d'ozone (0,031, $p = 0,008$). Il était négativement corrélé aux indices UV élevés (-0,033, $p = 0,0014$). Le modèle était ajusté sur les écarts de température et d'humidité, l'index de défavorisation (Fdep), les taux de cancer actif, de maladies respiratoires chroniques et de maladies inflammatoires ou

rare dans le département (différences non significatives). Discussion/Conclusion Cette étude suggère un effet protecteur de l'exposition UV contre les formes graves de la Covid et un effet délétère de la pollution à travers les pics d'ozone au niveau départemental. On confirme également que le diabète est corrélé avec plus d'hospitalisations pour Covid.

► **Le Covid : accélérateur des évolutions à l'hôpital**

GERAIN-BREUZARD M.-N.

2021

[Revue française des affaires sociales\(4\): 121-128.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-121.htm)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-121.htm>

La pandémie de Covid-19, situation très inédite par sa force et sa durée, a sollicité deux leviers essentiels dans le fonctionnement hospitalier : la gouvernance – qui pilote, qui décide ? – et le management – l'animation de la communauté pour atteindre les objectifs. Si le directeur, par la responsabilité unique qui est la sienne, s'est trouvé en position de décideur final, sa mission n'a pu s'assumer que par un management collégial et participatif en lien continu avec les pilotes et experts médicaux, soignants, administratifs, logistiques et techniques.

► **Coronavirus Disease 2019 and Hospital Readmissions: Patient Characteristics and Socioeconomic Factors Associated with Readmissions in an Urban Safety-Net Hospital System**

GORE V., LI Z., DRAKE C. B., *et al.*

2022

[Medical Care 60\(2\).](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2022/02000/Coronavirus_Disease_2019_and_Hospital.5.aspx)

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2022/02000/Coronavirus_Disease_2019_and_Hospital.5.aspx

It is not yet known whether socioeconomic factors (ie, social determinants of health) are associated with readmission following hospitalization for coronavirus disease 2019 (Covid-19). Methods: We conducted a retrospective cohort study of 6191 adult patients hospitalized with Covid-19 in a large New York City safety-net hospital system between March 1 and June 1, 2020. Associations between 30-day readmission and selected demographic characteristics, socioeconomic factors, prior health care utilization, and relevant

features of the index hospitalization were analyzed using a multivariable generalized estimating equation model. Results: The readmission rate was 7.3%, with a median of 7 days between discharge and readmission. The following were risk factors for readmission: age 65 and older [adjusted odds ratio (aOR): 1.32; 95% confidence interval (CI): 1.13–1.55], history of homelessness, (aOR: 2.03 95% CI: 1.49–2.77), baseline coronary artery disease (aOR: 1.68; 95% CI: 1.34–2.10), congestive heart failure (aOR: 1.34; 95% CI: 1.20–1.49), cancer (aOR: 1.68; 95% CI: 1.26–2.24), chronic kidney disease (aOR: 1.74; 95% CI: 1.46–2.07). Patients' sex, race/ethnicity, insurance, and presence of obesity were not associated with increased odds of readmission. A longer length of stay (aOR: 0.98; 95% CI: 0.97–1.00) and use of noninvasive supplemental oxygen (aOR: 0.68; 95% CI: 0.56–0.83) was associated with lower odds of readmission. Upon readmission, 18.4% of patients required intensive care, and 13.7% expired. Conclusion: We have found some factors associated with increased odds of readmission among patients hospitalized with Covid-19. Awareness of these risk factors, including patients' social determinants of health, may ultimately help to reduce readmission rates.

► **Hospitalisations pour AVC en France pendant la pandémie de Covid-19 avant, pendant, et après le premier confinement**

MARIET A. S., GIROUD M., BENZENINE E., *et al.*

2022

[Rev Epidemiol Sante Publique 70: S23.](https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.101)

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.101>

En France, l'ensemble de la population a été placée en confinement total du 17 mars au 11 mai 2020 pendant la première vague de la pandémie de Covid-19. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les hospitalisations pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) et accidents ischémiques transitoires (AIT) avant, pendant et après le premier confinement national dans deux régions françaises, Grand-Est (la plus touchée par l'épidémie) et Occitanie (la plus moins touchée par l'épidémie). Méthodes Tous les patients admis pour un AVC/AIT entre janvier et juin 2017-2020 dans tous les hôpitaux publics et privés des régions Grand-Est et Occitanie ont été inclus. Les données ont été extraites de la base de données PMSI nationale. Les taux d'hospitalisation observés en avril 2020 ont été comparés entre les deux régions et aux taux des trois années précédentes (2017-2019). Résultats Dans la région Grand-Est, le

nombre mensuel d'hospitalisations pour AVC a significativement diminué de 18 % en avril 2020 par rapport à avril 2019, alors que l'Occitanie a connu une diminution plus faible et non significative (9 %). Après avril, le nombre mensuel d'hospitalisations pour AVC/AIT a augmenté pour atteindre des valeurs similaires à celles des années précédentes. La remontée s'est produite très rapidement dans le Grand-Est et plus lentement en Occitanie. Les patients atteints d'AVC/AIT hospitalisés dans le Grand-Est présentaient plus souvent une hypertension artérielle, une obésité, une hypercholestérolémie, un tabagisme et une fibrillation auriculaire, mais étaient moins souvent hospitalisés dans une unité neurovasculaire que ceux hospitalisés en Occitanie.

Discussion/Conclusion La réduction marquée des taux d'hospitalisation pour AVC/AIT dans la région la plus touchée par le Covid-19 en France suggère que le confinement a été un obstacle à l'hospitalisation pour AVC/AIT. Il semble donc nécessaire de réactiver les messages de prévention auprès du grand public et de maintenir des filières de soins efficaces pour les AVC lors de crises sanitaires comme celle de la Covid-19.

► **Facteurs de risque de mortalité chez des patients Covid-19 hospitalisés avec ou sans passage en soins critiques - Etude nationale CovidIM**

OUATTARA E., BRUANDET A., BORDE A., *et al.*
2022

Rev Epidemiol Sante Publique 70: S17-S18.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.089>

Des études ont identifié les principaux facteurs de risque de décès chez les patients Covid-19 hospitalisés sans différencier les patients selon leur admission (PSC) ou pas (PH) dans une unité de soins critique. Notre objectif était d'identifier les facteurs de risque de mortalité selon le passage en soins critiques à partir des bases PMSI nationales (ATIH). Méthodes Les patients hospitalisés en France en 2020 avec un code CIM-10 de Covid-19 ont été sélectionnés. La première séquence de soins (ensemble des séjours contigus (délai <1 jour)) a été analysée. L'analyse était stratifiée sur le passage en soins critiques. Des modèles logistiques ont été utilisés pour identifier les facteurs associés à la mortalité intra-hospitalière. Résultats Au total, 249 923 patients Covid-19 ont été hospitalisés en France entre janvier et décembre 2020 avec des PSC (Semestre 1 : 26 %, Semestre 2 : 23 %). L'âge médian était de 68 ans (intervalle interquartile : 57–77) et 75 ans (59–86) en PSC et PH respectivement. La mor-

talité intra-hospitalière cumulée était plus élevée chez les PSC que chez les PH (Semestre 1 : 24 % versus 17 %, Semestre 2 : 27 % versus 16 %). Chez les PSC, les Odds-Ratio ajustés (aOR) de décès variaient de 1,83 (IC95 % : 1,60–2,10) chez les 46–65 ans à 18,02 (15,61–20,79) chez les > 85 ans. Les aOR de décès associés à l'âge étaient deux fois plus élevés chez les PH. Les hommes présentaient un sur-risque de décès chez les PH (aOR : 1,39 (1,35–1,43)). Les principales pathologies chroniques associées aux décès étaient la cirrhose sans transplantation, les cancers et la démence. L'obésité n'était pas un facteur de risque de décès.

Discussion/Conclusion Cette analyse confirme le rôle de l'âge comme facteur de risque majeur de décès chez les patients Covid-19 hospitalisés, avec des risques plus élevés chez les personnes âgées ne passant pas en soins critiques. Ces résultats reposent la question du risque/bénéfice des admissions en soins critiques pour les personnes âgées.

► **Dynamiques des routines organisationnelles en contexte de crise. Le cas du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier de Troyes face à la crise Covid-19**

SANCHEZ S., ECHAJARI L., FRIOT-GUICHARD V., *et al.*
2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 6(6): 364-381.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-6-page-364.htm>

Les hôpitaux n'ont jamais été confrontés à une conjoncture semblable; de fait, leurs routines organisationnelles ont été substantiellement perturbées par les situations inédites découlant de la crise sanitaire liée au Covid-19. Dans ces conditions, la communauté hospitalière a dû innover, trouver des solutions efficaces en urgence tout en pensant aux évolutions à conduire au long terme, et surtout affronter l'afflux de centaines de malades croissant chaque jour. Les routines organisationnelles constituent un sujet principal dans la littérature en sciences de gestion. En effet, les routines organisationnelles façonnent les pratiques et sont le vecteur de l'accomplissement du travail organisationnel dans tout domaine. Les recherches récentes à ce sujet, insistent sur le rôle des dynamiques endogènes des routines et montrent comment les routines fournissent aux organisations, non seulement la stabilité essentielle pour fonctionner quotidiennement, mais aussi, le changement nécessaire en fonction

des objectifs et des contextes. Toutefois, même si les recherches existantes reconnaissent les dynamiques des routines organisationnelles comme importantes, peu de recherches identifient les mécanismes organisationnels qui les déclenchent et les expliquent dans un contexte de crise. En ce sens, la présente recherche vise à enrichir notre compréhension des mécanismes explicatifs des dynamiques d'une routine organisationnelle, lui permettant d'évoluer pour faire face à la crise. En mobilisant une méthodologie qualitative, de type étude de cas, cette recherche propose d'étudier la dynamique d'une routine organisationnelle identifiée au sein du département d'information médicale (DIM) du Centre Hospitalier de Troyes (CHT). Les résultats de cette recherche identifient deux types de mécanismes explicatifs qui permettent à la routine de s'adapter et d'évoluer dans le contexte de la crise Covid-19.

► **Facteurs de risque de passage en soins critiques au sein de la population pédiatrique hospitalisée pour Covid-19 en France, étude nationale CovidIM**

TEZENAS DU MONTCEL S., RETBI A., PREVOST B., *et al.*

2022

Rev Epidemiol Sante Publique 70: S16-S17.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.087>

Les formes pédiatriques d'infection à Covid-19, moins fréquentes et moins sévères que les formes de l'adulte, ont aussi été moins étudiées. Notre objectif était de décrire les caractéristiques des hospitalisations pédiatriques pour Covid-19 en France, et d'analyser les facteurs de risque de passage en soins critiques. Méthodes A partir des données du PMSI MCO (source ATIH) nous avons sélectionné les séjours d'enfants (<18 ans) comportant un code de Covid-19 (U10.9, U07.1* hors U07.12 et U07.13) entrés entre le 01/01/2020 et le 30/06/2021, et sortis jusqu'au 31/07/2021. Les séjours contigus de chaque patient ont été assemblés en séquences, qui constituaient l'unité d'analyse. Les unités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue ont été considérées comme des unités de soins critiques. Les facteurs de risque de passage en soins critiques ont été analysés par un modèle de régression logistique. Les pathologies chroniques suivantes ont été considérées : pathologies pulmonaires chroniques, asthme, pathologies métaboliques, diabète, obésité, pathologies cardiovasculaires, pathologies neurologiques, drépanocytose, cancer, trisomie 21. Résultats Au total, 7010 enfants ont été hospitalisés avec un Covid-19 en

France entre janvier 2020 et juin 2021 (garçons : 55 %, âge moyen : 5 ans, 37 % <7 jours, 17 % > 13 ans). Parmi ceux-ci, 3579 (51 %) présentaient une forme aiguë respiratoire, 2674 (38 %) une forme aiguë non respiratoire, 757 (11 %) un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) ; 26 enfants sont décédés. Un tiers (2340) des enfants a été hospitalisé en soins critiques. Les facteurs de risque de passage en soins critiques étaient : l'âge (risque augmenté avant 7 jours, diminué après 14 ans), un PIMS ou une forme respiratoire, le nombre de comorbidités, une pathologie respiratoire chronique y compris l'asthme. Discussion/Conclusion Grâce aux données du PMSI nous avons pu objectiver le nombre et la sévérité des hospitalisations en France pour Covid-19 pédiatrique, dont un tiers nécessitent un passage en soins critiques, passage favorisé par l'existence de plusieurs comorbidités, notamment pulmonaires.

Health Inequalities

► Les inégalités d'accès aux ressources par les réseaux personnels chez les patients atteints de cancer

BARTHE J.-F. ET DEFOSSEZ A.

2021

Revue française des affaires sociales(4): 207-225.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-207.htm>

La littérature scientifique a montré que certaines catégories de patients parvenaient moins que d'autres à accéder aux ressources produites par le système de soins, comme l'information de santé par exemple. Nous nous sommes demandé dans quelle mesure l'aide apportée par l'entourage relationnel au cours de la maladie n'est pas soumise elle aussi à de fortes disparités selon les patients. À partir d'une enquête en cours ayant permis l'analyse de 18 parcours de patients atteints de cancer, nous montrons que l'accès aux ressources par les réseaux personnels est très inégal : certains malades vont pouvoir compter sur un entourage leur procurant des ressources nombreuses et variées, quand d'autres vont se retrouver totalement démunis de ce point de vue. Les caractéristiques des réseaux personnels des malades sont décrites ainsi que les types de ressources fournis par l'entourage. L'entourage relationnel, loin de permettre une réduction des inégalités d'accès aux ressources entre patients, participerait au contraire à leur production.

► Investigating the Salmon Bias Effect Among International Immigrants in Sweden: A Register-Based Open Cohort Study

DUNLAVY A., CEDERSTRÖM A., KATIKIREDDI S. V., *et al.*

2022

European Journal of Public Health.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab222>

Studies of migration and health have hypothesized that immigrants may emigrate when they develop poor health (salmon bias effect), which may partially explain the mortality advantage observed among immigrants in high-income countries. We evaluated the salmon bias effect by comparing the health of immigrants

in Sweden who emigrated with those who remained, while also exploring potential variation by macro-economic conditions, duration of residence and region of origin. A longitudinal, open cohort study design was used to assess risk of emigration between 1992 and 2016 among all adult (18+ years) foreign-born persons who immigrated to Sweden between 1965 and 2012 (n=1 765 459). The Charlson Comorbidity Index was used to measure health status, using information on hospitalizations from the Swedish National Patient Register. Poisson regression models were used to estimate incidence rate ratios (RRs) with 95% confidence intervals (CIs) for emigrating from Sweden. Immigrants with low (RR=0.83; 95% CI: 0.76–0.90) moderate (RR=0.70; 95% CI: 0.62–0.80) and high (RR=0.62; 95% CI: 0.48–0.82) levels of comorbidities had decreased risk of emigration relative to those with no comorbidities. There was no evidence of variation by health status in emigration during periods of economic recession or by duration of residence. Individuals with low to moderate levels of comorbidities from some regions of origin had an increased risk of emigration relative to those with no comorbidities. The study results do not support the existence of a salmon bias effect as a universal phenomenon among international immigrants in Sweden.

► Le virage ambulatoire de la chirurgie lourde : une mise au travail des patients productrice d'inégalités sociales

MARCHAND-TONEL C.

2021

Revue française des affaires sociales(4): 55-75.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-55.htm>

À travers l'étude d'un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), nous souhaitons illustrer les effets que le virage ambulatoire peut produire sur le travail des infirmières. En analysant la mise en œuvre de ce programme dans une clinique à but lucratif, nous montrerons comment l'intrication entre innovation médicale et innovation organisationnelle permet d'opérer une nouvelle division du travail entre plusieurs fonctions infirmières, les patients et leur entourage. L'externalisation sur les patients et

leurs proches des tâches d'organisation, des activités de care à faible valeur ajoutée et à forte dimension individuelle et relationnelle, ainsi que le fait qu'ils devront les réaliser en dehors du temps de l'hospitalisation permet de réduire la variabilité des prises en charge hospitalières et, ainsi, de garantir un raccourcissement significatif de la durée de séjour. Du côté des infirmières, la déprofessionnalisation du travail

de care et le raccourcissement des séjours génère un appauvrissement du travail et une augmentation des cadences. Plus largement, le déploiement de ce type de programmes dans des cliniques privées à but lucratif pose la question de leur généralisation dans le cadre des réformes portées par l'action publique et du risque de production d'inégalités sociales.

Covid

► **The Impact of Physical Distancing on Socially Vulnerable People Needing Care During the Covid-19 Pandemic in the Netherlands**

DE VRIES D., POLS J., M'CHAREK A., *et al.*

2022

International Journal of Care and Caring 6(1-2): 123-140.

<https://doi.org/10.1332/239788221X16216113385146>

What was the impact of physical distancing on socially vulnerable groups needing care during the first Covid-19 pandemic lockdown in the Netherlands? We conducted repeated qualitative interviews with 141 people in care relationships and 106 professionals, and two repeated surveys among older populations outside ($n=1697$) and inside long-term care facilities ($n=2619$). Findings show a diversity of experiences, ranging from relative calmness and feeling socially normal, to loneliness and loss of perspective. Care must be seen as essential social traffic needed to

guarantee basic quality of life for these groups during disease outbreaks. Findings emphasise an empirical ethics approach to policy interventions.

► **The Effect of Social Deprivation on the Dynamic of SARS-Cov-2 Infection in France: A Population-Based Analysis**

VANDENTORREN S., SMAÏLI S., CHATIGNOUX E., *et al.*

2022

The Lancet Public Health.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00007-X)

Data on health inequalities related to the dynamic of SARS-CoV-2 infection in France are scarce. The aim of this study was to analyse the association between an area-based deprivation indicator and SARS-CoV-2 incidence, positivity, and testing rates between May 2020 and April 2021.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Consommation en ville des médicaments opioïdes forts indiqués dans la douleur et l'addiction aux opiacés dans le régime des indépendants : évolution, effets de substitution et facteurs démographiques**

HA-VINH P. ET RÉGNARD P.

2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 1(1): 45-62.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-1-page-45.htm>

L'objectif de cet article est de connaître l'évolution de la prévalence des utilisateurs de médicaments agonistes opioïdes forts en France entre 2015 et 2017. Méthodes : Deux coupes transversales sur la base nationale des remboursements des caisses de sécu-

rité sociale des travailleurs indépendants en 2015 et 2017 ont extrait la dépense engagée, le nombre de dispensations et d'utilisateurs. Le nombre d'utilisateurs d'antalgiques est en augmentation, notamment pour l'oxycodone, alors qu'il diminue pour les traitements de l'addiction aux opiacés. Malgré une plus forte dangerosité la méthadone tend à remplacer la buprénorphine et la forme gélule tend à remplacer la forme sirop. Il se pourrait que les modifications réglementaires ou les contrôles renforcés aient favorisé ces substitutions. L'âge des utilisateurs d'antalgiques met en lumière la problématique de la douleur sévère chez les seniors.

► **Global Burden of Bacterial Antimicrobial Resistance in 2019: A Systematic Analysis**

MURRAY C. J. L., IKUTA K. S., SHARARA F., *et al.*
2022

The Lancet.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)

Antimicrobial resistance (AMR) poses a major threat to human health around the world. Previous publications have estimated the effect of AMR on incidence, deaths, hospital length of stay, and health-care costs for specific pathogen drug combinations in select locations. To our knowledge, this study presents the most comprehensive estimates of AMR burden to date.

► **How Value-Based Policy Interventions Influence Price Negotiations For New Medicines: An Experimental Approach and Initial Evidence**

WETTSTEIN D. J. ET BOES S.
2022

Health Policy 126(2): 112-121.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.12.007>

Various forms of value-based pricing policies for new medicines have recently been introduced in OECD countries. While these initiatives are expected to have a positive impact on societal outcomes such as availability, affordability and value for money, scientific evidence on this impact is scarce due to confidential agreements. Objective We aimed to assess the impact of value-based policy interventions in price negotiations on patient benefit in an experimental setting. Methods An online experiment was conducted (n = 269). Participants were randomly assigned into the active role of either a buyer or seller in two intervention groups (cost-benefit, risk-sharing) and one control group. Decisions had real monetary consequences on other participants and through donations to a patient association. Results Patient access, benefit and value for money were higher in the cost-benefit group than in the risk-sharing group. An available alternative to the agreement led to higher price offers. This effect was weaker in the cost-benefit group. Conclusions Outcomes of price negotiations on patient benefit depend on the alternatives available for failed or delayed negotiations. A shared but voluntary valuation framework might increase patient access, benefit, and value for money. The cost containment effect of risk-sharing agreements may be offset by the negative impact on overall patient benefit. Further development of the approach could provide support for policy design of pharmaceutical pricing regulations.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

► **Le partage des données vu par les chercheurs : une approche par la valeur**

REBOUILLAT V.
2021

Les Enjeux de l'information et de la communication
22/1(1): 35-53.

<https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2021-1-page-35.htm>

Le propos de cet article porte sur la compréhension des logiques qui interviennent dans la définition de la valeur des données de la recherche, celles-ci pouvant avoir une influence sur les critères déterminant leur motivation au partage. L'approche méthodologique

repose sur une enquête qualitative, menée dans le cadre d'une recherche doctorale, qui a déployé 57 entretiens semi-directifs. Alors que les travaux menés autour des données sont focalisés sur les freins et motivations du partage, l'originalité de cette recherche consiste à identifier les différents prismes par lesquels la question de la valeur des données impacte la motivation et la décision de leur partage. L'analyse des résultats montre que, tous domaines confondus, la valeur des données reste encore cristallisée autour de la publication et de la reconnaissance symbolique du travail du chercheur. Les résultats permettent de comprendre que la question du partage est confrontée à un impensé : celui du cadre actuel de l'évaluation de la recherche, qui met l'article scientifique au cœur de son dispositif. Ce travail contribue donc à montrer que l'avenir du partage des données dépend des systèmes alternatifs futurs d'évaluation de la recherche, associés à la science ouverte.

► **Quelle actionnabilité des recherches en sciences de gestion dans le secteur médico-social ?**

TISSIOUI M., JOFFRE C. ET SCOUARNEC A.
2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 2(2): 109-131.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-2-page-109.htm>

Cet article explore la question de l'actionnabilité des recherches en sciences de gestion, portant sur le médico-social. Interroger l'actionnabilité des recherches nécessite quelques précisions liées tout d'abord à la temporalité de ces recherches, ensuite, la difficulté de clarifier leur objet qui s'explique essentiellement par la complexité du terrain. Enfin les questions de la confidentialité des données, de l'éthique et de la reconnaissance du statut du chercheur sur le terrain se posent. La démarche mobilisée consiste à explorer les terrains de plusieurs recherches en sciences de gestion portant sur le secteur médico-social, sélectionnés à l'aide de la méthode PRISMA. L'ensemble des 36 articles repérés a ensuite fait l'objet d'une analyse selon trois thèmes, à savoir la temporalité des recherches, l'accès au terrain, la méthodologie mobilisée, ainsi que la diffusion des recherches auprès des organisations étudiées. Des propositions préconisant une meilleure interaction entre le chercheur et les professionnels du terrain ont enfin été énoncées, comme la formation continue ou la valorisation des groupes de travail communs. Cela toujours dans l'objectif d'améliorer l'actionnabilité des recherches en sciences de gestion de ce secteur.

Politique de santé

Health Policy

► **La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner"**

CARDIN H.
2014

Les Tribunes de la santé 42(1): 27-33.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-1-page-27.htm>

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a été promulguée le 4 mars 2002.

Elle a pour objectif de mieux répondre aux attentes des malades, d'améliorer leurs droits et de définir le rôle des professionnels de santé. Une loi qui a été qualifiée d'exemplaire après une consultation exceptionnelle des Français. Douze ans après sa promulgation, même s'ils s'en disent globalement satisfaits, les usagers sont encore nombreux à mal la connaître et certaines associations de patients ont le sentiment d'être tenues à l'écart des décisions qui pourtant les concernent.

► **Alternative Provision of Public Health Care: The Role of Citizens' Satisfaction with Public Services and the Social Responsibility of Government**

COHEN N., MIZRAHI S. ET VIGODA-GADOT E.

2020

Health Economics, Policy and Law 17(2): 121-140.

<https://www.doi.org/10.1017/S1744133120000201>

This paper explores the factors that influence citizens' attitudes toward the alternative provision of health care services, leading them to be willing to make extra, informal payments within the public health care system. We question whether these attitudes depend primarily on inherent normative preferences, such as beliefs about the government's responsibility to its citizens, or on certain aspects of the reality that they experience, such as satisfaction with the quality and quantity of services as well as the fairness of public systems. Analyzing the findings from a national survey, the paper shows that practical considerations and real-world conditions strongly relate to attitudes more than normative perceptions do.

► **La santé, une affaire d'État**

DUBOIS G., DENOIX DE SAINT MARC R.,
DURRELMAN A., *et al.*

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.008>

Malgré d'anciennes mises en garde, la crise sanitaire, sociale et économique provoquée par le Covid-19 a ébranlé un système de santé français affaibli par des réformes restrictives et des abandons de souveraineté en ce qui concerne notamment les masques, les médicaments et certains appareillages médicaux qui ont pu manquer aux victimes asphyxiques du Covid-19. Seules des mesures d'urgence ont pu pallier les pénuries et combler les insuffisances grâce au dévouement et l'ingéniosité des professionnels de santé en lien avec une administration qui s'est mise à leur écoute.

► **Tribune. Faut-il une loi qui autorise le suicide assisté ?**

LIMOUSIN M.

2021

Cahiers de Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(39): 6.

<https://cahiersdesante.fr/editions/39/tribune-faut-il-une-loi-qui-autorise-le-suicide-assiste>

La question revient régulièrement dans le débat public depuis quelques années. Elle est d'actualité d'autant plus qu'en cette période électorale, certains candidats en font un thème de campagne. Il s'agit de permettre le suicide d'une personne qui veut mourir en étant aidée par un médecin dans un cadre légal. En fait le terme communément employé est non pas « le droit au suicide » mais « mourir dans la dignité ». Cette expression semble mieux adaptée pour convaincre : en effet qui voudrait ne pas mourir dans la dignité ? Mais en fait cette position ardemment défendue par un petit groupe d'activistes regroupés au sein d'une association « Pour le droit de mourir dans la dignité » correspond bien au droit au suicide assisté. Alors, il vaut mieux dire clairement les choses si l'on veut légiférer. Cette question est très complexe malgré son apparente simplicité. L'auteur s'interroge dans cette tribune car son opinion définitive n'est pas faite. Il livre aussi ses doutes et ses inquiétudes.

► **Intégration des patients enseignants dans les études de médecine**

MAURY A., BERKESSE A., LUCAS G., *et al.*

2021

Santé Publique 33(4): 559-568.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-559.htm>

Dans un contexte sociétal favorable à l'engagement des patients, la littérature scientifique abonde d'arguments pour le développement des patients enseignants. Toutefois, peu de travaux ont objectivé les pratiques actuelles et les obstacles au développement du partenariat avec les patients par les médecins enseignants. L'objectif de cette étude était de mesurer les pratiques, les freins et les attentes des médecins enseignants de l'UFR de médecine de Rennes en 2019 vis-à-vis du patient enseignant. Méthode : Étude observationnelle quantitative transversale monocentrique par questionnaire en ligne adressé à 565 enseignants. L'engagement des patients a été gradué en quatre niveaux selon le cadre théorique de Pomey allant de

l'utilisation de données du patient à la coconstruction des enseignements. Résultats : Le taux de participation des enseignants était de 23 % (n = 128). Les profils des répondants étaient variés sur l'âge, la spécialité et le statut. Parmi eux, 35 ont déclaré intégrer les patients aux enseignements dont 4 disaient coconstruire un enseignement avec les patients. Parmi les 93 médecins ne faisant pas intervenir les patients, les principaux freins étaient la méconnaissance du partenariat patient (60 %), la sélection du patient (36 %) et le manque de temps (21 %). Le rôle des patients en tant qu'enseignant n'était pas remis en question. Conclusions : Cette première étude décrivant le partenariat du point de vue académique permet d'identifier les obstacles et les leviers à mobiliser pour développer le partenariat patient dans l'enseignement en médecine.

► **Réflexions et pistes de programme pour les présidentielles de 2022**

MONTANGON M.
2022

Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(39): 18.

<https://cahiersdesante.fr/editions/39/reflexions-et-pistes-de-programme-pour-les-presidentielles-de-2022>

L'auteur traite ici de diverses questions de santé publique et de protection sociale, en particulier du financement de la Sécurité sociale, de l'hôpital public, des centres de santé, de l'autonomie, des déserts médicaux, de la psychiatrie. Maryse Montagnon livre analyses et propositions de réformes susceptibles d'être prises en compte lors des prochaines élections présidentielles et législatives.

Covid

► **The Role of the European Union in Global Health: The EU's Self-Perception(S) Within the Covid-19 Pandemic**

BERGNER S.
2021

Health Policy. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.006>

The Covid-19 pandemic is challenging the international system and the regional order in which the European Union (EU) aims to re-define its role in global health. The article seeks to tease out the role of the EU amidst the Covid-19 crisis by outlining three key dimensions: self-perception, external perception and performance. The paper contributes to the broader understanding of the EU's role in global health through a focus on its self-perception. This is examined by the conduct of interviews with EU representatives in 2021 and the analysis of EU press releases with reference to global health from 2014 to mid-March 2021. The results show that the EU mainly draws from a donor and provider role leaving a facilitating, partner or normative role underdeveloped – except for the EU's leading role in the context of the World Health Organisation. The Covid-19 pandemic is a driver for a more ambitious global political role. However, the main challenges identified by EU representatives constitute a lack of capacities and resources, insufficient backing by EU member states and a lack of coordination. The strongest EU conception in global health is seen when policy

actions are based on multiple roles ranging from a provider and partner to a facilitating or normative role.

► **Interaction Between Science Advice and Policymaking in Time of Covid-19: A French Perspective**

BRUAT C., MONNET E., AZANOWSKY J.-M., *et al.*
2022

European Journal of Public Health. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac008>

In the coronavirus disease 2019 (Covid-19) context, many governments relied on scientific consultative bodies to advise their policy, but their contribution remains poorly documented. This article aims to fill this gap by reviewing the role played by the French High Council for Public Health (HCSP) in the French government's response to Covid-19. We studied the time distribution of the Covid-19 guidelines produced by the HCSP until November 2020, computed their delay of production and analyzed the thematic areas they cover. To assess their use by the authorities, we looked for references to these guidelines in the regulatory texts, protocols and press communicates issued by national and local authorities until January 2021. The HCSP was strongly demanded with 102 guidelines produced following 97 official requests and two self-referrals. Most of them (N = 43) concerned protective measures to constrain the infection, while

health inequalities and mental health were poorly addressed. Timing was very constraint as half of the guidelines were requested within 4 days. In total, 73% of the guidelines were used by policymakers to implement new obligations or within communication toward the public at national and local levels. This article informs on the HCSP's contribution during the crisis and stresses the difficulties it encountered to provide quality recommendations in very short times. It prompts governments to enlarge the competencies of their advisory boards and to consider the multidimensional aspects of health in policy design.

► **Strengthening National Capacities For Pandemic Preparedness: A Cross-Country Analysis of Covid-19 Cases and Deaths**

DUONG D. B., KING A. J., GRÉPIN K. A., *et al.*
2021

Health Policy and Planning 37(1): 55-64.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czab122>

The International Health Regulations—State Party Annual Reporting (IHR-SPAR) index and the Global Health Security Index (GHSI) have been developed to aid in strengthening national capacities for pandemic preparedness. We examined the relationship between country-level rankings on these two indices, along with two additional indices (the Universal Health Coverage Service Coverage Index and World Bank Worldwide Governance Indicator (n = 195)) and compared them to the country-level reported coronavirus disease (Covid-19) cases and deaths (Johns Hopkins University Covid-19 Dashboard) through 17 June 2020. Ordinary least squares regression models were used to compare weekly reported Covid-19 cases and death rates per million in the first 12 weeks of the pandemic between countries classified as low, middle and high ranking on each index while controlling for country socio-demographic information. Countries with higher GHSI and IHR-SPAR index scores experienced fewer reported Covid-19 cases and deaths but only for the first 8 weeks after the country's first case. For the GHSI, this association was further limited to countries with populations below 69.4 million. For both the GHSI and IHR-SPAR, countries with a higher sub-index score in human resources for pandemic preparedness reported fewer Covid-19 cases and deaths in the first 8 weeks after the country's first reported case. The Universal Health Coverage Service Coverage Index and Worldwide Governance Indicator country-level rank-

ings were not associated with Covid-19 outcomes. The associations between GHSI and IHR-SPAR scores and Covid-19 outcomes observed in this study demonstrate that these two indices, although imperfect, may have value, especially in countries with a population under 69.4 million people for the GHSI. Preparedness indices may have value; however, they should continue to be evaluated as policy makers seek to better prepare for future global public health crises.

► **Centralizing and Decentralizing Governance in the Covid-19 Pandemic: The Politics of Credit and Blame**

GREER S. L., ROZENBLUM S., FALKENBACH M., *et al.*
2022

Health Policy. Ahead of pub.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.004>

Pandemic response in 2020 involved rapid and dynamic changes in governance. Politicians can centralize within and between governments. Governance changes reflect political incentives to claim credit and avoid blame. Many governments centralized in spring 2020 but slowly decentralized thereafter. Credit-claiming and blame-shifting help explain policymaking that deviates from scientific advice.

► **A Comparison of 2020 Health Policy Responses to the Covid-19 Pandemic in Canada, Ireland, the United Kingdom and the United States of America**

UNRUH L., ALLIN S., MARCHILDON G., *et al.*
2021

Health Policy. Ahead of pub.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.06.012>

This paper compares health policy responses to Covid-19 in Canada, Ireland, the United Kingdom and United States of America (US) from January to November 2020, with the aim of facilitating cross-country learning. Evidence is taken from the Covid-19 Health System Response Monitor, a joint initiative of the European Observatory on Health Systems and Policies, the WHO Regional Office for Europe, and the European Commission, which has documented country responses to Covid-19 using a structured template completed by country experts. We show all countries faced common challenges during the pandemic, including difficulties in scaling-up testing capacity, implementing timely and appropriate containment measures amid much

uncertainty and overcoming shortages of health and social care workers, personal protective equipment and other medical technologies. Country responses to address these issues were similar in many ways, but dissimilar in others, reflecting differences in health system organization and financing, political leadership and governance structures. In the US, lack of universal health coverage have created barriers to accessing care, while political pushback against scientific leadership has likely undermined the crisis response.

Our findings highlight the importance of consistent messaging and alignment between health experts and political leadership to increase the level of compliance with public health measures, alongside the need to invest in health infrastructure and training and retaining an adequate domestic health workforce. Building on innovations in care delivery seen during the pandemic, including increased use of digital technology, can also help inform development of more resilient health systems longer-term.

Politique publique

Public Policy

► **Projecting Quarantine Utilization During a Pandemic**

LI W., KOLACZYK E. D. ET WHITE L. F.
2022

American Journal of Public Health 112(2): 277-283.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306573>

The objectives of this paper is to develop an approach to project quarantine needs during an outbreak, particularly for communally housed individuals who interact with outside individuals. **Methods.** We developed a method that uses basic surveillance data to do short-term projections of future quarantine needs. The development of this method was rigorous, but it is conceptually simple and easy to implement and allows one to anticipate potential superspreading events. We demonstrate how this method can be used with data from the fall 2020 semester of a large urban university in Boston, Massachusetts, that provided quarantine housing for students living on campus in response to the Covid-19 pandemic. Our approach accounted for potentially infectious interactions between individuals living in university housing and those who did not. **Results.** Our approach was able to accurately project 10-day-ahead quarantine utilization for on-campus students in a large urban university. Our projections were most accurate when we anticipated weekend superspreading events around holidays. **Conclusions.** We provide an easy-to-use software tool to project quarantine utilization for institutions that can account for mixing with outside populations. This software tool has potential application for universities, corrections facilities, and the military.

► **Quelle politique conduire face aux problèmes de l'usage des drogues en particulier le cannabis ?**

LIMOUSIN M.
2021

Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(39): 13.

<https://cahiersdesante.fr/editions/39/quelle-politique-conduire-face-aux-problemes-de-lusage-des-drogues-en-particulier-le-cannabis/>

L'auteur examine les arguments des pouvoirs publics en faveur de la légalisation du cannabis. Il en mesure les dangers et se prononce contre l'application des lois du marché comme solution aux problèmes posés par cette toxicomanie. Il présente des pistes pour sortir de ce désastre.

► **Quoi qu'il en coûte. Des mesures incomparables pour faire face aux conséquences économiques de la pandémie ?**

MATH A.
2021

Chronique Internationale de l'Ires 176(4): 8-31.

<https://www.cairn.info/revue-chronique-internationale-de-l-ires-2021-4-page-8.htm>

Face aux conséquences sur l'économie de la pandémie de Covid-19, les États ont dû mettre en place des mesures budgétaires pour protéger les entreprises, les emplois et les ménages. Malgré la faiblesse des

données, l'article, qui porte principalement sur l'Allemagne, l'Espagne, les États-Unis, la France, l'Italie et le Royaume-Uni, propose un panorama comparatif de ces mesures. Les dépenses publiques ont été inédites par leur variété et leur ampleur dans tous les pays, ce qui a globalement permis de compenser les pertes d'activité pour les entreprises et les ménages. Si les efforts budgétaires ont été bien plus importants

aux États-Unis, des différences notables apparaissent également entre les grands pays européens. La France se distingue pour s'être privée, comparativement aux autres pays, de mesures significatives complémentaires en direction des ménages, ce qui a probablement abouti à laisser de côté certaines catégories de la population fragilisées par la crise.

Covid

► **United States Response to the Covid-19 Pandemic, January–November 2020**

ALEXANDER M., UNRUH L., KOVAL A., *et al.*
2021

Health Economics, Policy and Law 17(1): 62-75.

<https://doi.org/10.1017/S1744133121000116>

As of November 2020, the United States leads the world in confirmed coronavirus disease 2019 (Covid-19) cases and deaths. Over the past 10 months, the United States has experienced three peaks in new cases, with the most recent spike in November setting new records. Inaction and the lack of a scientifically informed, unified response have contributed to the sustained spread of Covid-19 in the United States. This paper describes major events and findings from the domestic response to Covid-19 from January to November 2020, including on preventing transmission, Covid-19 testing and contact tracing, ensuring sufficient physical infrastructure and healthcare workforce, paying for services, and governance. We further reflect on the public health response to-date and analyse the link between key policy decisions (e.g. closing, reopening) and Covid-19 cases in three states that are representative of the broader regions that have experienced spikes in cases. Finally, as we approach the winter months and undergo a change in national leadership, we highlight some considerations for the ongoing Covid-19 response and the broader United States healthcare system. These findings describe why the United States has failed to contain Covid-19 effectively to-date and can serve as a reference in the continued response to Covid-19 and future pandemics.

► **The Federal Government and Canada's Covid-19 Responses: From 'We're Ready, We're Prepared' to 'Fires Are Burning'**

ALLIN S., FITZPATRICK T., MARCHILDON G. P., *et al.*
2021

Health Economics, Policy and Law 17(1): 76-94.

<https://doi.org/10.1017/S1744133121000220>

Canada's experience with the coronavirus disease-2019 (Covid-19) pandemic has been characterized by considerable regional variation, as would be expected in a highly decentralized federation. Yet, the country has been beset by challenges, similar to many of those documented in the severe acute respiratory syndrome outbreak of 2003. Despite a high degree of pandemic preparedness, the relative success with flattening the curve during the first wave of the pandemic was not matched in much of Canada during the second wave. This paper critically reviews Canada's response to the Covid-19 pandemic with a focus on the role of the federal government in this public health emergency, considering areas within its jurisdiction (international borders), areas where an increased federal role may be warranted (long-term care), as well as its technical role in terms of generating evidence and supporting public health surveillance, and its convening role to support collaboration across the country. This accounting of the first 12 months of the pandemic highlights opportunities for a strengthened federal role in the short term, and some important lessons to be applied in preparing for future pandemics.

► **Going Hard and Early: Aotearoa New Zealand's Response to Covid-19**

CUMMING J.
2021

Health Economics, Policy and Law 17(1): 107-119.
<https://doi.org/10.1017/S174413312100013X>

Aotearoa New Zealand went 'hard' and 'early' in its response to Covid-19 and has been highly successful in limiting the spread and impact of the virus. The response has ramped up over time, and has included various levels of: border control; advice on hygiene, physical distancing and mask wearing; advice to remain at home if unwell; and testing and tracing. A four-level Alert Level framework has guided key actions at different levels of risk. Strong leadership from the Prime Minister, Minister of Finance, and Director-General of Health and high levels of community co-operation have supported the response. The country is most vulnerable at its borders, where arrangements have been of concern; advice on testing and the wearing of masks has changed over time; while the use and distribution of personal protective equipment has also been of concern. The country overall was not well prepared for a pandemic, but policy-making has been nimble. Key challenges for 2021 include swiftly rolling out a vaccine, catching up on delayed health care, and deciding how and when the border can reopen. The economic, and associated social, challenges will last many years.

► **A Year of Covid-19: Experiences and Lessons Learnt By Small European Island States—Cyprus, Iceland and Malta**

CUSCHIERI S., PALLARI E., HATZIYIANNI A., *et al.*
2022

European Journal of Public Health. Ahead of pub.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab217>

Covid-19 became a global pandemic within weeks, as every country including small states and islands experienced a surge in cases. Small islands are known to face several challenges in the quest to curb the viral spread, but with the absence of land borders and small population size, these factors should have played to their advantage to minimize the spread. The aim of this article was to compare and contrast the Covid-19 situation, restrictions, preparedness, management and the healthcare systems between the small population island states of Cyprus, Iceland and Malta. Data were obtained from Ministry of Health websites and Covid dashboards of the three respective Island states in

Europe. Comparisons were made between the reported cases, deaths, excess deaths, years of life lost, swabbing rates, restrictive measures, vaccination roll-out and healthcare system structures. Cyprus and Malta contained the Covid-19 spread better than Iceland during the first wave. However, a significantly higher viral spread and mortality rates were observed in Malta during the second waves. Similar healthcare preparedness and services, restrictions and relaxation measures were implemented across the three islands with some exceptions. Covid-19 vaccination has initiated across all Islands with Malta leading the vaccination roll-out. The small population size and island status proved to be an asset during the first wave of Covid-19, but different governance approaches led to a different Covid-19 outcomes, including high mortality rates during the transition phases and the subsequent waves.

► **Covid-19 et confinement : quels premiers enseignements en retenir ?**

LE N., Y., DUMOULIN M. ET DRAHI E.
2022

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 17(9): 399-403.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/Covid_19_et_confinement_quels_premiers_enseignements_en_retenir_321533/article.phtml

En l'absence de traitements spécifiques et d'autres mesures pour enrayer la pandémie de Covid-19 la majorité des états, dont la France, ont été amenés à décréter un certain nombre de mesures coercitives et de restriction des libertés : imposition de mesures barrières (port du masque obligatoire dans tous les lieux et espaces publics) et confinement, modifiant brutalement et sans préparation les habitudes, interdisant les déplacements et perturbant toutes les interactions sociales (commerces, loisirs, culture ...). Au-delà des bénéfices attendus en termes de réduction de la mortalité et de sauvegarde du système de soins quelles ont été les autres répercussions notamment sur la santé et la qualité de vie en général ? Serait-ce aussi l'occasion de changements bénéfiques plus ou moins durables ? Quels enseignements en retenir ?

► **Belgium's Response to the Covid-19 Pandemic**

LUYTEN J. ET SCHOKKAERT E.
2021

Health Economics, Policy and Law 17(1): 37-47.
<https://doi.org/10.1017/S1744133121000232>

Belgium is often seen as an outlier in the international experience with the coronavirus disease 2019. We summarize the unfolding of the pandemic in Belgium from February to December 2020, discuss the countermeasures that were implemented and provide some explanations why the numbers indicate a stronger pandemic in Belgium than in its neighbouring countries. To some extent, the seemingly poor performance of Belgium is a measurement artefact. Yet, there were indeed particular factors in Belgium that unnecessarily increased the toll of the pandemic. In the first wave insufficient priority was given to protect care homes. The second wave was larger than necessary due to a failure to timely implement restrictive measures. The latter can, at least partly, be explained by a unique political situation: a temporary, minority government in the middle of a major crisis.

► **France's Response to the Covid-19 Pandemic: Between a Rock and a Hard Place**

OR Z., GANDRÉ C., DURAND ZALESKI I., *et al.*
2021

Health Economics, Policy and Law 17(1): 14-26.
<https://doi.org/10.1017/S1744133121000165>

France is one of the European countries hardest hit by the Covid-19 pandemic. The pandemic brought into light structural weaknesses of the health system, including its governance and decision-making process, but also provoked changes that helped to improve its resilience. We analyse the French experience of Covid-19 in 2020 by critically reviewing major policy measures implemented during the first two waves of the pandemic. France has struggled to find the right balance between the rock of economic and social damage caused by containment measures and the hard alternative of a rapidly spreading pandemic. The response to the first wave, including a full lock-down, was an emergency response that revealed the low level of preparedness for pandemics and the overly hospital-centred provision of health care in France. During the second wave, this response evolved into a more level strategy trying to reconcile health needs in a broader perspec-

tive integrating socio-economic considerations, but without fully managing to put in place an effective health strategy. We conclude that to achieve the right balance, France will have to strengthen health system capacity and improve the cooperation between actors at central and local levels with greater participatory decision-making that takes into account local-level realities and the diversity of needs.

► **What Have European Countries Done to Prevent the Spread of Covid-19? Lessons From the Covid-19 Health System Response Monitor**

RAJAN S., MCKEE M., HERNÁNDEZ-QUEVEDO C., *et al.*
2022

Health Policy. Ahead of pub.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.005>

Although some European countries imposed measures that successfully slowed the transmission of Covid-19 during the first year of the pandemic, others struggled, either because they acted slowly or implemented measures ineffectively. In this paper we consider the European experience with public health measures designed to prevent transmission of Covid-19. Based on literature and country responses described in the Covid-19 Health System Response Monitor from March 2020 to December 2020, we consider some critical aspects of public health policy responses. These include the importance of public health capacity that can scale up surveillance and outbreak control, including effective testing and contact tracing, of clear messaging based on an understanding of human behaviour, policies that address the undesirable consequences of necessary measures, such as support for those isolating or unable to earn, and the ability to implement at pace and scale a major vaccine rollout. We conclude that for countries to be successful at preventing Covid-19 transmission, there is a need for a clear strategy with explicit goals and a whole systems approach to implementation.

► **Nordic Responses to Covid-19: Governance and Policy Measures in the Early Phases of the Pandemic**

SAUNES I. S., VRANGBÆK K., BYRKJEFLOT H., *et al.*
2021

Health Policy. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.08.011>

This paper explores and compares health system responses to the Covid-19 pandemic in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden, in the context of existing governance features. Content compiled in the Covid-19 Health System Response Monitor combined with other publicly available country information serve as the foundation for this analysis. The analysis mainly covers early response until August 2020, but includes some key policy and epidemiological developments up until December 2020. Our findings suggest that despite the many similarities in adopted policy measures, the five countries display differences in implementation as well as outcomes. Declaration of state of emergency has differed in the Nordic region, whereas the emphasis on specialist advisory agencies in the decision-making process is a common feature. There may be differences in how respective populations complied with the recommended measures, and we suggest that other structural and circumstantial factors may have an important role in variations in outcomes across the Nordic countries. The high incidence rates among migrant populations and temporary migrant workers, as well as differences in working conditions are important factors to explore further. An important question for future research is how the Covid-19 epidemic will influence legislation and key principles of governance in the Nordic countries.

► **Australia's Response to Covid-19**

STOBART A. ET DUCKETT S.
2021

Health Economics, Policy and Law 17(1): 95-106.

<https://doi.org/10.1017/S1744133121000244>

Australia suffered two waves of the coronavirus disease 2019 pandemic in 2020: the first lasting from February to July 2020 was mainly caused by transmission from international arrivals, the second lasting from July to November was caused by breaches of hotel quarantine which allowed spreading into the community. From a second wave peak in early August of over 700 new cases a day, by November 2020 Australia had effectively eliminated community transmission. Effective

elimination was largely maintained in the first half of 2021 using snap lockdowns, while a slow vaccination programme left Australia lagging behind comparable countries. This paper describes the interventions which led to Australia's relative success up to July 2021, and also some of the failures along the way.

► **Timing of Non-Pharmaceutical Interventions to Mitigate Covid-19 Transmission and Their Effects on Mobility: A Cross-Country Analysis**

SUMMAN A. ET NANDI A.

2022

The European Journal of Health Economics 23(1): 105-117.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01355-4>

In the early stages of a pandemic, non-pharmaceutical interventions (NPIs) that encourage physical distancing and reduce contact can decrease and delay disease transmission. Although NPIs have been implemented globally during the Covid-19 pandemic, their intensity and timing have varied widely. This paper analyzed the country-level determinants and effects of NPIs during the early stages of the pandemic (January 1st to April 29th, 2020). We examined countries that had implemented NPIs within 30 or 45 days since first case detection, as well as countries in which 30 or 45 days had passed since first case detection. The health and socioeconomic factors associated with delay in implementation of three NPIs—national school closure, national lockdown, and global travel ban—were analyzed using fractional logit and probit models, and beta regression models. The probability of implementation of national school closure, national lockdown, and strict national lockdown by a country was analyzed using a probit model. The effects of these three interventions on mobility changes were analyzed with propensity score matching methods using Google's social mobility reports. Countries with larger populations and better health preparedness measures had greater delays in implementation. Countries with greater population density, higher income, more democratic political systems, and later arrival of first cases were more likely to implement NPIs within 30 or 45 days of first case detection. Implementation of lockdowns significantly reduced physical mobility. Mobility was further reduced when lockdowns were enforced with curfews or fines, or when they were more strictly defined. National school closures did not significantly change mobility.

► **Lessons Learned From the Baltic Countries' Response to the First Wave of Covid-19**

WEBB E., WINKELMANN J., SCARPETTI G., *et al.*
2021

Health Policy. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.12.003>

The Baltic countries of Estonia, Latvia, and Lithuania shared a similar response to the first wave of the Covid-19 pandemic. Using the information available on the Covid-19 Health System Response Monitor platform, this article analyzed measures taken to prevent transmission, ensure capacity, provide essential services, finance the health system, and coordinate their governance approaches. All three countries used a highly centralized approach and implemented restrictive measures relatively early, with a state of emergency declared with fewer than 30 reported cases in each country. Due to initially low Covid-19 incidence, the countries built up their capacities for testing, contact tracing, and infrastructure, without a major stress test to the health system throughout the spring and summer of 2020, yet issues with accessing routine health care services had already started manifesting themselves. The countries in the Baltic region entered the pandemic with a precarious starting point, particularly due to smaller operational budgets and health workforce shortages, which may have contributed to their escalated response aiming to prevent transmission during the first wave. Subsequent waves, however, were much more damaging. This article focuses on early responses to the pandemic in the Baltic states highlighting measures taken to prevent virus transmission in the face of major uncertainties.

► **Soft Law and Individual Responsibility: A Review of the Swedish Policy Response to Covid-19**

WINBLAD U., SWENNING A.-K. ET SPANGLER D.
2021

Health Economics, Policy and Law 17(1): 48-61.

<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/62153886C92EE99336895AFA16D71B48/S1744133121000256a.pdf/div-class-title-soft-law-and-individual-responsibility-a-review-of-the-swedish-policy-response-to-Covid-19-div.pdf>

Sweden's coronavirus disease 2019 (Covid-19) response, initially based largely on voluntary measures, has evoked strong reactions nationally and internationally. In this study, we describe Sweden's national policy response with regard to the general public, the community and the health care system, with a focus on how the response changed from March 2020 to June 2021. A number of factors contributed to Sweden's choice of policy response, including its existing legal framework, independent expert agencies and its decentralized, multi-level health care governance system. Challenges to the health- and elder care system during the pandemic, such as the need to increase intensive care- and testing capacity, and to ensure the safety of the elderly were addressed largely at the regional and local levels, with national authorities assuming a primarily coordinative role. Although the overall response based on voluntary compliance has persisted, the national government started to take a more prominent role in public messaging, and in enacting legally binding restrictions during subsequent waves of the pandemic. This study illustrates that not only policy responses, but also the fundamental structure of the health- and elder care system and its governance should be considered when evaluating the impact of the Covid-19 pandemic.

Prevention

► **Participation au dépistage du cancer colorectal selon le taux de pauvreté dans les Bouches-du-Rhône**

ARLOTTO S., GENTILE S., RINALDI Y., *et al.*
2021

Santé Publique 33(4): 537-546.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-537.htm>

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) reste insuffisant en France, avec de fortes disparités selon les départements. But de l'étude : Le but de ce travail était d'évaluer la liaison entre les taux de réponse au DOCCR pour les communes du département des Bouches-du-Rhône et les arrondissements de Marseille et leurs niveaux de pauvreté. Le taux de répondants au DOCCR a été évalué pour la campagne 2017-2018. Le coefficient de Pearson (r) a été calculé pour évaluer les corrélations avec le taux de pauvreté moyen par commune/arrondissement, la densité de médecins généralistes (MG) et l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux MG. Résultats : Parmi les personnes qui étaient invitées à participer au DOCCR, 29,7 % ($\pm 4,7$) ont répondu. Le taux de répondants différait significativement entre les communes/arrondissements du département ($p < 0,001$). Le taux de répondants était inversement corrélé au taux de pauvreté, aussi bien pour les communes et arrondissements du département avec une forte corrélation ($r = -0,795$, $p < 0,001$) que pour les arrondissements de Marseille, avec une corrélation plus forte ($r = -0,910$, $p < 0,001$). Il était inversement corrélé à la densité de MG ($r = -0,430$, $p < 0,001$). En revanche, il existait une faible corrélation positive avec l'APL les MG ($r = 0,193$, $p < 0,001$) ainsi que l'âge ($r = 0,476$, $p < 0,001$). Conclusion : Le taux de pauvreté dans les Bouches-du-Rhône, supérieur à la moyenne nationale, pourrait expliquer en partie le faible taux de répondants; d'autres facteurs comme la densité de MG et leur accessibilité pourraient jouer un rôle.

► **Trajectories and Individual Determinants of Regular Cancer Screening Use over a Long Period Based on Data From the French E3n Cohort**

DUGORD C. ET FRANCO C.
2022

Social Science & Medicine 294: 114663.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114663>

Despite several incentive policies for cancer screenings over the last two decades, the overall and regular use of cancer screenings remains insufficient in France. While the individual determinants of cancer screening uptake have been fairly well studied, the literature has rarely focused on the regularity of screening uptake, which is key to early cancer detection. We aimed to address this issue by studying cancer screening behaviors over 15 years, emphasizing the regularity and diversity of use. Using data from 40,021 women in the French E3N cohort, we studied the individual trajectories of screenings for breast, colorectal and cervical cancer between 2000 and 2014. We employed optimal matching methods to identify typical behaviors of use for each cancer screening. Then, we determined the associations between the identified behavior screening patterns for the different cancer screenings and, finally, assessed the associated individual determinants with logistical and multinomial models. We found that screening behaviors were fairly stable over time, with few typical screening patterns for each cancer. Overall, once a woman starts screening, she continues, and once she stops, she no longer returns. Cancer screening behaviors appear consistent; in particular, insufficient use of mammography appears to be associated with long-term nonuse of other cancer screenings. Factors associated with low or nonuse of screening are overall common between cancer screenings and are similar to those identified in the literature of screening use at a single point in time. Ultimately, these barriers prevent some women from entering a screening process in the long run, ultimately reinforcing social inequalities in health. Targeting women with insufficient mammography uptake may reach women outside of cancer screening settings more generally and, thus, both increase the overall uptake of cancer screening and reduce social inequalities in cancer screening.

► **L'expérimentation strasbourgeoise du sport santé sur ordonnance**

FELTZ A. ET SCHINDLER C.
2014

L'Aide-Soignante 28(160): 30-32.

<https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2014.07.022>

Rédiger une prescription de sport à une personne atteinte d'une maladie chronique n'est pas habituel. Pourtant cette pratique tend à se développer. La ville de Strasbourg a initié voici deux ans l'expérimentation d'un dispositif permettant à ses habitants atteints de maladie chronique de pratiquer gratuitement une activité sportive adaptée avec un suivi personnalisé. Une amélioration de la qualité de vie et de la santé est constatée.

► **Arrêt du tabac : une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage**

GALLOPEL-MORVAN K., ALLA F., BONNAY-HAMON A., *et al.*
2021

Santé Publique 33(4): 505-515.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-505.htm>

Avec 13 millions de fumeurs en France en 2019, le tabagisme reste un enjeu majeur de santé. Le projet « Lieux d'accompagnement à la santé sans tabac » (LAST) mis en place en Nouvelle-Aquitaine a pour but d'inciter les fumeurs à se faire aider pour arrêter le tabac. Méthode : Afin d'identifier les freins au sevrage tabagique et les leviers à mobiliser pour favoriser la demande d'aide de la part des fumeurs puis construire avec eux leur programme de sevrage « idéal », une étude qualitative individuelle à partir d'entretiens semi-directifs a été menée en mai 2019 auprès de 19 fumeurs en contemplation ou préparation (modèle transthéorique). Résultats : Les aides disponibles pour l'arrêt du tabac sont mal connues des fumeurs et par conséquent peu utilisées. Les raisons sont le manque d'information sur leur efficacité, le coût perçu et la peur de développer une autre forme de dépendance. Concernant le programme idéal des fumeurs interrogés, le recours à un professionnel de santé est cité par la majorité d'entre eux, suivi de l'activité physique (pour éviter la prise de poids), des substituts nicotiques et des autres traitements médicamenteux. La nécessité de combiner les dispositifs et de personnaliser l'offre de sevrage est une demande forte. Conclusion : L'élaboration du programme d'aide à l'arrêt « idéal » et personnalisé semble constituer, pour chaque fumeur, une oppor-

tunité pour choisir les aides les plus conformes à ses besoins et valeurs. Les professionnels de premier recours, du fait de leur proximité, apparaissent une entrée clef pour accompagner les tentatives d'arrêt.

► **Exposition et effets, sur les jeunes, des messages en faveur de l'alcool diffusés sur les réseaux sociaux : revue de la littérature**

GATINET A. ET GALLOPEL-MORVAN K.
2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 5(5): 267-303.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-5-page-267.htm>

Il est établi que la publicité des marques d'alcool influence la consommation alcoolique des jeunes. L'objectif de cette revue de la littérature est d'analyser en particulier l'exposition et les effets, sur les comportements et les perceptions des jeunes, des messages en faveur de l'alcool sur les réseaux sociaux, incluant ceux diffusés par l'industrie, les influenceurs et les internautes. Peu de travaux ont synthétisé l'impact de ces contenus protéiformes : publicités classiques, pages officielles de marques, publications diffusées par des tiers (bars, influenceurs, etc.), contenus pro-alcool générés par les utilisateurs (commentaires, photos, vidéos, etc.). Méthode : Une revue de la littérature systématique a été réalisée afin de cerner (1) l'exposition des jeunes (< 25 ans) aux contenus en faveur de l'alcool sur les réseaux sociaux et (2) leurs effets sur les perceptions et comportements de consommation. Sur 631 articles ressortis, 63 ont été inclus dans la revue de la littérature analysée. Résultats : Bien que variable d'un pays et d'un type d'exposition à l'autre, les jeunes reportent des niveaux conséquents d'exposition aux messages diffusés par l'industrie de l'alcool sur les réseaux sociaux et encore plus élevés aux messages diffusés par des tiers et des utilisateurs. Une forte exposition est associée à une consommation plus importante d'alcool et à des perceptions plus positives, d'autant plus lorsque les jeunes s'engagent activement avec le contenu (aimer, commenter, partager, etc.). Conclusion : Cette recherche invite à réfléchir à de nouvelles formes de protection juridique à mettre en place pour protéger les jeunes des messages en faveur de l'alcool diffusés sur les réseaux sociaux. Elle incite également à s'appuyer plus fortement sur les travaux menés en marketing digital pour mieux cerner leurs processus d'influence et les façons de les contrer.

► **Examining the Transnational Preventive Healthcare Utilisation of a Group of Eastern European Migrants Living Full-Time in Another European State**

KELLEHER D., DOHERTY E. ET O'NEILL C.

2022

Health Policy. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.006>

Migrants in Europe are shown to have consistently lower uptake of preventive healthcare compared to European host populations. This paper examines how the transnational preventive care use of Eastern European migrants in their country of origin may be associated with preventive care uptake in their European host country. Preventive care use data in Ireland was collected on 119 Polish migrants and 123 native Irish from June 2018 to September 2019. Preventive care use data was also collected on the Polish migrant group in Poland during the same period. Preventive care use was captured by examining general practitioner visits, blood or urine test uptake, and cancer screening uptake. Probit models were first estimated to examine whether the Polish migrants were more or less likely to have used each service in Ireland than the native Irish. Second, three bivariate probit models were estimated to examine the use of each service by the Polish migrants only in Ireland and Poland as the two dependant variables. The Polish migrants are less likely to have GP visits, blood or urine test uptake, and cancer screening uptake in Ireland compared to the native Irish. The Polish migrants from this study are also shown to potentially substitute blood or urine test uptake in Ireland for uptake in Poland. Transnational ties can determine the preventive care utilisation of migrants in Europe.

► **Adaptations des pratiques d'ETP destinées aux personnes diabétiques en France durant la crise de la Covid-19 : enquête descriptive sur 153 programmes d'ETP durant le confinement de mars 2020**

LAFITTE P., MALET D. ET GAGNAYRE R.

2022

Médecine des Maladies Métaboliques. Ahead of pub.

<https://doi.org/10.1016/j.mmm.2022.01.001>

Pour protéger la population de la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19), le gouvernement français a choisi le confinement général de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer durant la phase la plus

aiguë de la pandémie (mars 2020). L'organisation des soins a été bouleversée. Les patients atteints de diabète sont parmi les plus à risque de formes graves de la Covid-19. Dès lors, leur prise en charge, y compris hospitalière, leur suivi ambulatoire et les offres éducatives en ont été bouleversés. Cette étude vise à décrire les modifications adoptées par les professionnels de santé dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)-Diabète qui ont été maintenus durant le premier confinement. Méthodes : enquête par questionnaire menée auprès des coordonnateurs de programmes ETP-Diabète, durant la période de confinement du 13 mars au 11 mai 2020. Conclusion : 1) L'arrêt de l'ETP relève de plusieurs causes : fermeture exigée des structures, par les tutelles, redéploiement des professionnels vers d'autres activités, patients absents des services. L'ETP est plus intégrée dans les consultations de soins et, à de rares exceptions, quelques patients ont été éduqués par ceux qui restaient en poste. Pour les programmes ETP maintenus, les adaptations ont porté sur le développement des pratiques à distance renforçant l'adaptation des contenus de l'ETP. 2) Cette crise a révélé la fragilité de l'ETP qui a souvent dû être reléguée au second plan. Mais elle a aussi développé des opportunités de e-ETP, sans remise en question par les répondants de la notion de programme autorisé par les Agences régionales de santé (ARS). Ces programmes pourraient être envisagés dorénavant de façon hybride, considérant le risque que cela comporte d'accentuer la fracture numérique et de s'adresser à des personnes de niveau socio-culturel élevé.

► **Long-Term Effectiveness of a Peer-Led Asthma Self-Management Program on Asthma Outcomes in Adolescents Living in Urban Areas: A Randomized Clinical Trial**

RHEE H., LOVE T., WICKS M. N., *et al.*

2021

JAMA Netw Open 4(12): e2137492.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.37492>

Long-term effectiveness of a peer-led asthma self-management program in improving asthma outcomes in adolescents living in urban areas has not been established. The objective of this study is to determine the long-term effects of a peer-led program on asthma control, quality of life, and asthma management among predominantly racial and ethnic minority adolescents living in urban areas. DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: A parallel-group, randomized clinical

trial was conducted in 2015 to 2019 in 3 metropolitan cities in the US: Buffalo, New York; Baltimore, Maryland; and Memphis, Tennessee. Adolescents aged 12 to 17 years old with persistent asthma were recruited mainly through clinical practices and schools. Participants were followed-up for 15 months after the intervention. Double-blinding was achieved for baseline. Data analysis was performed from June 2019 to June 2020. INTERVENTIONS: The intervention group received a peer-led asthma self-management program; the control group received the identical program led by adult health care professionals. Peer leaders made follow-up contacts every other month for 12 months.

► **Bouger pour sa santé : une revue narrative des modèles théoriques de l'engagement dans l'activité physique à partir de l'approche socio-écologique**

VAN HOYE A., MASTAGLI M., HAYOTTE M., *et al.*
2021

Staps Hors-série(HS): 105-125.

<https://www.cairn.info/revue-staps-2021-HS-page-105.htm>

Bien que les bénéfices de la pratique d'activité physique (AP) soient de mieux en mieux démontrés, les taux de pratique restent faibles et les interventions insuffisamment efficaces. Une synthèse narrative des modèles théoriques, structurée à partir de l'approche socio-écologique, qui apparaît comme un métamodèle dans la littérature scientifique, organise la présentation de la diversité des modèles explicatifs de l'engagement dans l'activité physique en fonction des facteurs individuels, interpersonnels, communautaires et politiques qu'ils mobilisent, ainsi que leurs intérêts et limites. La littérature existante est principalement centrée sur des modèles sociocognitifs (mobilisant les niveaux intra- et interindividuels), faisant reposer le changement de comportement sur l'individu. La plupart des modèles sont centrés sur un niveau unique, limitant l'appréhension de la complexité, notamment entre implicite et explicite, entre individu et environnement. Les interactions entre les différents déterminants de l'activité physique sont peu étudiées, mobilisant principalement des modèles statistiques linéaires et non des approches dynamiques, en réseau ou rétroactives. À l'avenir, ces éléments s'annoncent nécessaires pour avancer sur les modèles explicatifs de ce comportement et son changement afin d'optimiser les interventions dans ce domaine.

► **Quelles orientations et quelles stratégies d'intervention auprès des populations en situation de pauvreté pour la prévention de l'obésité ? Approche comparative franco-américaine**

WARD J.
2021

Vie sociale 36(4): 111-123.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2021-4-page-111.htm>

Cet article fait le point sur un problème majeur de santé publique : l'augmentation constante depuis trente ans du surpoids et de l'obésité. Si ce phénomène s'avère bien plus inquiétant encore dans le monde anglo-saxon, les stratégies de prévention et de traitement sont à certains égards plus développées. À travers deux exemples, la restauration scolaire et les ateliers cuisine proposés aux personnes en situation de grande pauvreté, l'auteur fait ressortir quelques traits saillants de ces différentes approches.

Prevision - Evaluation**► Health Effects From Heat Waves in France: An Economic Evaluation**

ADÉLAÏDE L., CHANEL O. ET PASCAL M.
2022

The European Journal of Health Economics 23(1): 119-131.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01357-2>

Scarcity of data on the health impacts and associated economic costs of heat waves may limit the will to invest in adaptation measures. We assessed the economic impact associated with mortality, morbidity, and loss of well-being during heat waves in France between 2015 and 2019.

► Mesure de la valeur perçue de l'Éducation Thérapeutique en oncologie

LABBÉ-PINLON B., LOMBART C., BERGER V., *et al.*
2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 5(5): 229-254.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-5-page-229.htm>

Cette recherche propose d'enrichir les travaux scientifiques et pratiques consacrés à l'évaluation des effets spécifiques de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) pour les patients. Pour atteindre cet objectif, le cadre théorique référent de la valeur perçue en marketing et un modèle méthodologique classique en management (paradigme de Churchill), sont mobilisés. Cette approche permet de mettre en évidence la variété des bénéfiques (cognitifs, psychologiques, utilitaires et relationnels) et des coûts (psychologiques et émotionnels) des programmes d'ETP perçus par les patients qui y ont participé. Une échelle de mesure fiable et valide de la valeur perçue de l'ETP en oncologie (cancer du sein) est ensuite proposée en deux versions : une version analytique destinée à des travaux centrés sur ce construit (8 dimensions, 36 items) et une version synthétique adaptée à des études en routine ou nécessitant le recueil de nombreuses variables (3 dimensions, 17 items). Cette approche, à la fois conceptuelle et opérationnelle de la valeur perçue de l'ETP, complète les évaluations existantes des programmes d'ETP centrées sur les acquis pédagogiques (connaissances, compétences et

changements) et la satisfaction (déroulement et utilité) des patients, en proposant une évaluation analytique de leur expérience vécue. Ces nouveaux indicateurs, élaborés du point de vue des patients, permettront aux acteurs de continuer d'adapter les programmes d'ETP à leurs besoins et vécus, et de mieux valoriser aussi leurs apports spécifiques auprès des différentes parties prenantes afin de faciliter l'accès à ce service de santé, essentiel dans la prise en charge des maladies chroniques, notamment du cancer.

► Defining Value in Health Care: A Scoping Review of the Literature

LANDON S. N., PADIKKALA J. ET HORWITZ L. I.
2021

International Journal for Quality in Health Care 33(4).

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab140>

As health-care spending rises internationally, policy-makers have increasingly begun to look to improve health-care value. However, the precise definition of health-care value remains ambiguous. We conducted a scoping review of the literature to understand how value has been defined in the context of health care. We searched PubMed, Embase, Google Scholar, PolicyFile and Scopus between February and March 2020 to identify articles eligible for inclusion. Publications that defined value (including high or low value) using an element of cost and an element of outcomes were included in this review. No restrictions were placed on the date of publication. Articles were limited to those published in English. Out of 1750 publications screened, 46 met inclusion criteria. Among the 46 included articles, 22 focused on overall value, 19 on low value and 5 on high value. We developed a framework to categorize definitions based on three core domains: components, perspective and scope. Differences across these three domains contributed to significant variations in definitions of value. How value is defined has the potential to influence measurement and intervention strategies in meaningful ways. To effectively improve value in health-care systems, we must understand what is meant by value and the merits of different definitions.

► **Évaluation des frais de fonctionnement de l'activité médicale (étude dans le cadre du plan de réforme du financement hospitalier belge adopté en 2015), l'exemple de la neurochirurgie**

PIRSON M., BARDIAUX S., MARTINS D., *et al.*

2021

Journal de gestion et d'économie de la santé 3-4(3): 183-200.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-3-page-183.htm>

L'objectif de cette étude était d'évaluer les frais de fonctionnement des actes médicaux réalisés dans le cadre des clusters à basse et moyenne variabilité, en vue de préparer l'éventuelle phase de scission des honoraires dans le cadre de la forfaitarisation du financement hospitalier belge. Une sélection de 355 actes médicaux, correspondant aux actes médicaux représentant 80 % des coûts des actes prestés pour les séjours regroupés dans les APR- DRGs à faible ou moyenne variabilité a été réalisée. Par frais de fonctionnement des actes, on entend le coût du personnel soignant ou technique directement impliqué dans la réalisation de l'acte, le coût des consommables médicaux non facturés, le coût des équipements et du petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte. L'étude a été réalisée dans un échantillon de 14 hôpitaux belges. Pour réaliser cette étude, il a été nécessaire de combiner différentes méthodologies, afin de s'adapter à la disponibilité ou non des données dans les hôpitaux. Les résultats des 14 actes de neurochirurgie sont donnés à titre d'illustration. Cette étude a été utile puisqu'elle a permis d'analyser concrètement les difficultés méthodologiques qu'il faudra résoudre si l'on veut, un jour, scinder des honoraires combinant pratique professionnelle et frais de fonctionnement. Cette étape est cependant conditionnée par une réforme structurelle de la nomenclature des actes médicaux.

► **La mesure de la qualité des soins perçue par les patients : un rôle clé dans la transformation vers des systèmes de santé centrés sur la personne**

THUONG C. T., CALMUS S. ET LEGRIS C.

2021

Risques & Qualité En Milieu De Soins XVIII(4): 196-202.

<https://www.hygienes.net/boutique/risques-qualite/la-mesure-de-la-qualite-des-soins-percue-par-les-patients-un-role-cle-dans-la-transformation-vers-des-systemes-de-sante-centres-sur-la-personne/>

Trois types de mesure évaluent la qualité des soins perçue par les patients avec des outils distincts : les Patient-reported outcome measures (PROMs) pour le résultat des soins, les Patient-reported experience measures (PREMs) pour l'expérience des soins, et les questionnaires de satisfaction des patients pour la réponse à leurs attentes. De nombreux pays ont adopté ces mesures qui permettent d'améliorer la communication entre les patients et les professionnels, de personnaliser les prises en charge et de mieux suivre la santé des patients. Elles sont parfois utilisées pour la comparaison des offreurs de soins, la diffusion publique des résultats, voire sont intégrées dans les modalités de financement des soins. Cependant, en France, ces indicateurs sont encore peu présents dans la pratique clinique courante, notamment en raison de difficultés perceptuelles et techniques rencontrées par les professionnels et les patients. Pour favoriser leur appropriation, il convient de mieux informer les publics concernés et de soutenir les démarches mises en place sur le terrain.

Covid

► **Social Sciences and Social Justice in the Design, Implementation and Evaluation of Measures Against Covid-19 - the Case Study of France in 2020**

MARIA V., LAURENT D. ET CYRIL P.
2022

Journal of Social Sciences 18(1).
<https://doi.org/10.3844/jssp.2022.6.18>

The social impact of the Covid-19 pandemic has been profound. This study uses France as a case-study to analyze the role of social sciences in the Covid-19 response from March 2020 to February 2021. France's national evaluation reports as well as other secondary sources were used to examine five social science

aspects: (i) basic public health measures in response to Covid-19, (ii) mental health and cross sectoral issues in social justice, such as (iii) communication, (iv) civil society and community involvement in decision-making and (v) inequities. Findings indicate poor consideration of inequities in the conception of basic measures such as wearing facemasks, hand hygiene and social distancing, especially for vulnerable populations, while social components such as mental health, communication and community engagement lacked in the evaluation of France's Covid-19 response. Pandemic responses and evaluations of interventions must integrate social science aspects. To this effect, practical recommendations with policy implications are provided to pave the way towards social justice.

Psychiatrie**Psychiatry**

► **The Short- and Long-Term Effects of the Great Recession on Late-Life Depression in Europe: The Role of Area Deprivation**

ARETZ B.
2022

Social Science & Medicine 294: 114697.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114697>

Introduction The prevalence of depression increases in times of economic crises. Less is known about whether people living in advantaged or disadvantaged areas suffer equally from negative effects of crisis. **Objective** To explore the role of area deprivation on the short- and long-term effects of the Great Recession in Europe on late-life depression. **Methods** Individual panel data from Austria, Belgium, Denmark, France, Germany, Italy, Spain, Sweden, Switzerland of the SHARE (age 50+, n = 6866) between 2004 and 2017 were used. Late-life depression (LLD) was measured by the EURO-D scale (4+ symptoms). Area deprivation was assessed by a country-specific z-standardized scale measuring perceived access to various services and quality of the social and built environment. Quarterly

country-level GDP and yearly unemployment data were explored to define country-specific durations of the Great Recession. Individual fixed effects panel regressions were estimated controlling for time-varying socioeconomic and health-related confounders. **Results** Prevalence and incidence of late-life depression was generally higher in deprived than in non-deprived areas, and these differences in prevalence and incidence increased during the Great Recession. **Regressions** showed that the Great Recession was related to a 23% higher long-term risk of late-life depression (OR: 1.23, CI: 1.05–1.44) for all study participants. In the short-term of the Great Recession, people from deprived areas had a 22% higher risk of late-life depression (OR: 1.22, CI: 1.02–1.46) than people from non-deprived areas. **Conclusion** The findings suggest that older adults exposed to adverse area determinants suffer more from the negative short-term effects of a severe economic crisis on depression and mental health inequalities may have increased between people living in deprived versus non-deprived areas. This potential increase in mental health inequalities warrants particular attention for those people living in deprived areas.

► **Qui veut encore d'un bon hôpital psychiatrique ?**

BONNEMAISON X.

2022

Pratiques en santé mentale 68(1): 15-22.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2022-1-page-15.htm>

L'Hôpital de l'Eau-Vive, situé à Soisy sur Seine dans l'Essonne, va fermer ses derniers lits d'hospitalisation pour les rapprocher du 13^{ème} arrondissement. C'est le moment pour nous de revenir sur l'histoire de lieu ouvert en 1963, qui fut comme le voulaient les psychiatres fondateurs de l'Association de Santé Mentale du 13^{ème} arrondissement, un lieu d'expérience de ce que l'hôpital psychiatrique pouvait devenir dans le projet pilote du secteur qu'ils menaient alors. Sous l'éclairage des évolutions récentes de l'hôpital, nous tenterons de montrer comment la révolution épistémologique de l'après-guerre a été peu prise en compte dans son évolution actuelle.

► **Chronique interminable de l'isolement et de la contention**

DAVID M.

2022

L'information psychiatrique 98(1): 35-40.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-1-page-35.htm>

L'isolement et la contention en psychiatrie font l'objet d'une attention particulière depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Les décisions d'isolement et de contention prises par un psychiatre doivent répondre à de critères très précis. Étant des mesures privatives de liberté, elles doivent être de durées limitées et faire l'objet d'un contrôle par un magistrat. Depuis 2016, le Conseil constitutionnel a imposé des modifications en considérant certaines dispositions inconstitutionnelles. La chronique interminable de ces modifications est exposée dans cet article ainsi que des propositions pour une réflexion d'ampleur afin d'en finir avec l'instabilité juridique et professionnelle et de pouvoir améliorer les modalités de soins.

► **Un pôle de psychiatrie citoyenne centré sur une offre ambulatoire. Le secteur 59G21 dans la banlieue lilloise**

DEFROMONT L.

2022

Pratiques en santé mentale 68(1): 29-34.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2022-1-page-29.htm>

Le secteur 59G21 comprend six communes de la banlieue Est de Lille regroupant 88 000 habitants (Villes de Ronchin, Faches, Thumesnil, Lesquin, Hellemmes, Mons-en-Barœul, Lezennes). Il est rattaché à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole situé à Armentières. Il fonctionne avec seulement 10 lits d'hospitalisation implantés sur le site du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille, à proximité du lieu de vie des personnes suivies. L'équipe du secteur a depuis des années développé des pratiques fondées sur les soins dans la cité, un fort partenariat avec les communes et les acteurs sociaux et médicaux, l'inclusion sociale et le rétablissement. Il s'agit d'un modèle reproductible de psychiatrie ambulatoire et communautaire qui a été au bout de la logique du secteur et qui nécessiterait d'être mieux connu et enseigné.

► **Bilan et effets des contrôles du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en psychiatrie**

FERRAGNE A.

2022

Pratiques en santé mentale 68(1): 47-54.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2022-1-page-47.htm>

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), autorité administrative indépendante, visite depuis treize ans les établissements de santé mentale habilités à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement. Il a aujourd'hui contrôlé tous les établissements spécialisés en santé mentale, ainsi qu'environ les trois-quarts des secteurs de psychiatrie des hôpitaux universitaires où généraux. L'expérience acquise au cours de ces visites lui a permis de publier des « Recommandations minimales », applicables à tous les lieux de privation de liberté, qui fournissent une liste des droits fondamentaux des personnes enfermées et contribuent dès lors à la garantie de ces droits. Au cours de ses visites, le CGLPL a constaté un renforcement très net du souci de la protection des droits et

libertés des patients et une amélioration progressive des conditions matérielles de leur prise en charge. Néanmoins, ces améliorations ne sont pas générales, de sorte que le CGLPL observe encore des contraintes non justifiées ou des traitements indignes, en particulier à l'occasion des mesures d'isolement et de contention. Tout en constatant le dynamisme des équipes de terrain, le CGLPL déplore une prise en charge politique insuffisante de la psychiatrie française : il en résulte un régime juridique incomplet qui peut quelquefois laisser place à des abus et une situation budgétaire de grande tension.

► **Divergences en expertise psychiatrique pénale : étude d'une population hospitalisée en unité pour malades difficiles**

GUILLOT-DRUGEON M., RAYMOND S. ET GASMAN I.
2022

L'information psychiatrique 98(1): 27-34.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-1-page-27.htm>

L'expertise psychiatrique pré-sentencielle connaît actuellement une situation paradoxale, régulièrement remise en cause par les médias et la société, alors que ses missions ne cessent de croître. Les critiques peuvent être renforcées par les divergences entre experts, semblant témoigner du caractère parfois controversé du savoir psychiatrique. Cette étude a pour but d'identifier les situations cliniques les plus propices à dissonance en termes de responsabilité médico-légale. Elle a été réalisée sur recrutement de 58 patients admis à l'unité pour malades difficiles (UMD) Henri-Colin dans les suites d'un acte homicide, sur une période de dix ans (2008-2017). Les résultats font émerger quatre situations de divergence : présence d'aménagements de personnalité psychopathiques semblant prédominer au moment de l'acte, d'incertitudes diagnostiques entre trouble délirant persistant type paranoïa et défenses paranoïaques, d'un trouble schizophrénique type hébéphrénique, et enfin d'une effraction psychotique sur des traits de personnalité pervers et narcissiques. Le recrutement des patients en milieu hospitalier introduit plusieurs biais à l'étude. Des recherches ultérieures sur des populations spécifiques ou en milieu carcéral seraient nécessaires, ainsi qu'une ouverture de la réflexion vers les pratiques expertales à l'étranger.

► **Access to Health Care and Mental Health—Evidence From the ACA Preexisting Conditions Provision**

HAMPTON M. ET LENHART O.

2022

Health Economics n/a(n/a).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4473>

Abstract This study evaluates the impact of the Affordable Care Act (ACA) preexisting conditions provision on mental health. The 2014 policy ensured individuals with preexisting health conditions the right to obtain insurance coverage. Using longitudinal data from the Panel Study of Income Dynamics between 2007 and 2017 and estimating difference-in-differences models, our study provides evidence that the policy reduced severe mental distress by 1.44 percentage points (baseline mean: 8.09%) among individuals with preexisting physical health conditions. Exploiting pre-ACA, state-level variation in policies providing insurance coverage options to people with preexisting conditions, we find that this improvement in mental well-being is highly associated with the presence of high-risk pools before 2014, which provided individuals with prior health conditions access to coverage. Specifically, we show that our main results are driven by individuals with preexisting health conditions living in the 16 states that did not have high-risk pools. Furthermore, gender-specific analysis shows that the reduction in mental distress is primarily observable among women. When examining potential mechanisms, our analysis provides evidence that increases in insurance coverage, reductions in healthcare expenditures, and improvements in physical health can explain the positive effects of the provision on mental well-being.

► **Impact psychologique du confinement sur le personnel hospitalier en psychiatrie**

ISAAC C., CASTILLO M.-C., MOTUT A., *et al.*

2021

L'information psychiatrique 97(10): 865-873.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-10-page-865.htm>

La crise sanitaire liée à la Covid-19 pourrait entraîner chez les professionnels de santé une détresse émotionnelle et des troubles anxiodépressifs, et cela même en dehors des unités de soins prenant en charge la Covid-19. Nous avons évalué 197 membres du personnel d'un hôpital psychiatrique au moyen d'une

enquête en ligne, durant le premier confinement de la pandémie de Covid-19. Les femmes, les infirmiers et aides-soignants et les personnes en arrêt de travail présentaient davantage de manifestations anxiodépressives. Par ailleurs, le manque d'information sur la situation sanitaire était un facteur de risque de dépression et d'anxiété. Les facteurs de risques identifiés suggèrent la nécessité de prendre en charge précocement les personnes à risque et d'assurer un suivi rapproché et une information du personnel soignant afin de prévenir les troubles anxiodépressifs.

► **Innovation et pratiques de soin à l'heure de la co-construction patients/soignants : un cas d'étude autour de dispositifs de contenance volontaire**

LEBOUCHER A.

2022

Gestions Hospitalières(613): 81-84.

Né d'une double interrogation soignante et éthique sur les enjeux relatifs aux usages de la contention, le projet mené par la Chaire de Philosophie à l'hôpital au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences mobilise différentes compétences académiques, professionnelles et expérientielles pour imaginer et tester un dispositif de moindre recours et complémentaire à la contention. Pour renforcer l'autonomie du sujet pris en soin et faire de ce dispositif un outil de soin capacitaire, la notion de « contenance volontaire » est développée tout au long de la démarche de recherche-action. Celle-ci est collaborative depuis ses débuts, impliquant usagers, soignants, directeurs hospitaliers, chercheurs et designers.

► **Pratiques et réflexivité des psychiatres-psychothérapeutes dans le diagnostic et la prise en charge de la dépression chronique**

LINDER A., WIDMER D., BURGUBURU A., *et al.*

2021

L'information psychiatrique 97(10): 849-855.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-10-page-849.htm>

Nous nous intéressons à la définition et à la prise en charge de la dépression chronique du point de vue du psychiatre, à l'aide d'une démarche qualitative. Si de nombreuses études comparent l'efficacité des traitements de la dépression chronique, on ne sait que peu de choses des pratiques réelles de ceux qui les mettent

en œuvre. En analysant trois focus groups menés avec un total de 16 psychiatres suisses romands, nous montrons que les psychiatres se forment une représentation de la dépression chronique en s'appuyant à la fois sur les catégories diagnostiques, le fonctionnement psychique et des éléments sociaux et contextuels. Nous distinguons trois types de psychothérapie : la psychothérapie à visée de changement, la psychothérapie à visée conservatrice, et la thérapie par défaut. Nous discutons du rôle du vécu du psychiatre et de sa réflexivité pour lui permettre de passer d'une forme d'apathie à la mobilisation d'outils de psychothérapie.

► **Patient Cost-Sharing, Mental Health Care and Inequalities: A Population-Based Natural Experiment at the Transition to Adulthood**

LOPES F. V., RIUMALLO HERL C. J., MACKENBACH J. P., *et al.*

2022

Social Science & Medicine 296: 114741.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114741>

Background Patient cost-sharing has been increasing around the world, despite the evidence that it reduces both unnecessary and necessary health care utilisation. Financial barriers could compound to poor transitional care into adulthood, when forgoing mental health treatment may have long-term consequences on health and development. We evaluate the impact of increasing deductibles on mental health care use by young adults, and the heterogeneous effects for vulnerable groups. Methods We use individual administrative records for 1,541,210 individuals between 17 and 19 years of age, living in the Netherlands. We implement a difference-in-discontinuity design that exploits an increase in the deductible of about 180 euros, between 2009 and 2014, and the deductible exemption for those below 18 years old. Finally, we study subgroup effects by household income, level of mental health care expenditure and medication use for mental disorders. Results Our results show that increasing deductibles reduced the probability of mental health care use at the transition to adulthood by 13.6% for females (−13.6%, CI 95%: −22.1%, −5.2%), and by 5.3% for males (−5.3%, CI 95%: −11.8%, 1.2%). The reduction was larger among females in the lowest (−18.9%, CI 95%: −35.4%, −2.3%) and second lowest (−21.3%, CI 95%: −36.7%, −5.9%) income quartiles. Additionally, we find increased treatment cessation in high deductible years to happen across all levels

of mental health care need. Conclusions Our findings indicate that cost-sharing is compounding to existing disruptions in care at the transition between children/adolescent and adult services. The larger reductions in mental health care use among low-income females uncover the role of the deductible increase in widening mental health care inequalities. Increased treatment cessation even among high-intensity users suggests potential long-term consequences for individuals, the health system, and society.

► **La santé mentale des étudiants : mieux prendre la mesure et considérer les enjeux**

MORVAN Y. ET FRAJERMAN A.

2021

L'Encéphale 47(6): 620-629.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.10.009>

Résumé La santé mentale représente un coût élevé pour la société pourtant la prévention semble efficace et rentable. Toutefois plusieurs problèmes se posent concernant la mesure en santé mentale et notamment de définir ce que l'on entend par pathologie. Il convient également de comprendre comment les mesures de ces concepts sont opérationnalisées et comment les outils sont construits. Ainsi pour la dépression, il existe de nombreuses échelles différentes qui ne prennent pas en compte les mêmes symptômes et pour une même échelle le seuil et la période de temps étudiés peuvent varier, ce qui a des conséquences sur les données de prévalence obtenues. Il est également important de s'interroger sur les hypothèses et modèles utilisés concernant les causes des pathologies psychiques qui sous-tendent les outils et les recherches réalisées. Pour finir, les troubles mentaux, tels que définis actuellement, débutent majoritairement avant l'âge de 24 ans pour trois quarts des personnes. Les étudiants, dont l'âge est majoritairement compris en 18 et 25 ans, sont une population particulièrement à risque ce qui peut avoir des conséquences très importantes tant individuelles que sociales. Les conséquences du coronavirus et du confinement, en lui-même et en raison de ses conséquences économiques et sociales, pourraient avoir un impact délétère sur leur santé mentale. Malheureusement, il existe encore peu de données sur les étudiants français et les études existantes ne sont pas facilement comparables en raison de méthodologies différentes. Tous ces éléments plaident pour la mise en place d'une politique d'évaluation de la santé mentale des étudiants.

► **Rapport 22-01. Psychothérapies : une nécessaire organisation de l'offre**

OLIÉ J. P., BIOULAC B., BONTOUX D., *et al.*

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.007>

Résumé L'efficacité thérapeutique des psychothérapies contre certains troubles tels que phobies, troubles dépressifs ou troubles addictifs est démontrée. La diversité des méthodes psychothérapeutiques impose une évolution de l'organisation d'une offre jusqu'ici trop peu lisible. La compétence en psychothérapie ne devrait être reconnue qu'à la condition d'une formation initiale clairement définie garantissant au patient un parcours de soin adapté à ses besoins et un choix de la thérapie proposée y compris non médicamenteuse. L'examen médical préalable à l'engagement dans une psychothérapie devrait assurer que l'indication le justifie parce que susceptible d'améliorer la symptomatologie et son pronostic. La solidarité nationale ne saurait être engagée sans ces garanties.

► **Peut-on se passer de l'hôpital psychiatrique ? De l'approche économique à l'expérience clinique en psychiatrie adulte**

PAOLI B.

2022

Pratiques en santé mentale 68(1): 39-46.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2022-1-page-39.htm>

Nous interrogeons la place de l'hospitalisation temps-plein, héritière du modèle asilaire, dans l'organisation du soin psychiatrique actuel. La politique sectorielle française semble trouver sa justification dans le développement d'alternatives à l'hospitalisation. Elles seraient des critères de qualité objectivables de la prise en charge psychiatrique. Nous interrogeons cliniquement ce modèle et proposons l'exemple d'une unité d'hospitalisation intégrée au dispositif de soin sectoriel. Face au délitement du système de soins psychiatriques en France, nous nous inquiétons du manque de moyen plutôt que du modèle d'organisation des soins.

► **L'hospitalisation en établissement de santé mentale : un parcours obligé ?**

RICHARD M.-J.
2022

Pratiques en santé mentale 68(1): 55-62.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2022-1-page-55.htm>

Cet article expose le point de vue des « usagers indirects des soins » que sont les proches et familles de malades. Il en appelle à ne considérer réellement l'hospitalisation plein temps que comme un moment du parcours de soin à la condition que ce moment prenne sens et efficacité à travers un décloisonnement et une meilleure articulation avec les soins ambulatoires, les dispositifs médico-sociaux, les aidants sociaux. L'hôpital doit répondre aux attentes des usagers c'est-à-dire se définir comme le bon endroit au bon moment, dans une temporalité adaptée au parcours personnel des personnes qui y sont accueillies.

► **Outpatient Mental Health Service Use Following Contact with Primary Health Care Among Migrants in Norway: A National Register Study**

STRAITON M. L., LIEFBROER A. C., HOLLANDER A.-C.,
et al.
2022

Social Science & Medicine 294: 114725.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114725>

Majority of mental health problems are treated in primary care, while a minority require specialised treat-

ment. This study aims to identify factors that predict contact with outpatient mental healthcare services (OPMH) among individuals who have been diagnosed with a mental health problem in primary healthcare services (PHC), with a special focus on migrants. Using linked national Norwegian registry data, we followed 1,002,456 individuals who had been diagnosed with a mental health problem in PHC for a period of two years. Using Cox regression, we applied Andersen's Model of Healthcare Utilisation to assess differences in risk of OPMH use between the majority population and eight migrant groups. We also conducted interaction analyses to see if the relationship between OPMH use and predisposing factors (gender, age, migrant status, civil status, education) differed across migrant groups. Migrants from Nordic countries, Western Europe and the Middle-East/North Africa had a higher risk of using OPMH services compared to the majority, while migrants from EU Eastern Europe, Sub-Saharan Africa and South Asia had a lower risk after controlling for all factors. Hazard ratios for non-EU Eastern Europeans and East/South East Asian's did not differ. Men had a higher risk than women. Additionally, the relationship between predisposing factors and OPMH use differed for some migrant groups. Education was not related to OPMH contact among five migrant groups. While lack of help-seeking at the primary care level may explain some of the lower rates of specialist service use observed for migrants compared to non-migrants in previous studies, there appear to be barriers for some migrant groups at the secondary level too. This warrants further investigation. Future research should look at differences between referrals and actual uptake of services among different migrant groups.

Covid

► **One-Year Impact of Covid-19 Lockdown-Related Factors on Cardiovascular Risk and Mental Health: A Population-Based Cohort Study**

BÉRARD E., HUO YUNG KAI S., COLEY N., *et al.*
2022

International Journal of Environmental Research and Public Health 19(3): 1684.

<https://doi.org/doi:10.3390/ijerph19031684>

► **The Covid-19 Pandemic and Its Impact on Socioeconomic Inequality in Psychological Distress in the United Kingdom: An Update**

GAO X., DAVILLAS A. ET JONES A. M.
2021

Health Economics

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4480>

This paper extends earlier on socioeconomic inequality in mental health, measured by the General Health Questionnaire, to include the second national lockdown up to March 2021.

► **Met and Unmet Need For Mental Health Care Before and During the Covid-19 Pandemic**

KNUDSEN A. K. S., SKOGEN J. C., STENE-LARSEN K., *et al.*

2021

European Journal of Public Health 32(1): 49-51.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab183>

There is a concern that the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic will generate large unmet needs

for mental health care. Using data from an epidemiological psychiatric diagnostic interview survey (n = 2159) conducted on a probability sample from the general population, the proportions of met and unmet need for mental health care among individuals with and without mental disorders were compared before and during the Covid-19 pandemic. The results showed no statistical difference in met and unmet need for mental health care, but point estimates were suggestive of a higher unmet need for care among those with a current mental disorder after the lock-down period.

Sociologie

Sociology

► **La santé publique comme objet sociologique. Trajectoires de recherche, productions scientifiques et configurations institutionnelles**

GELLY M., MARIETTE A. ET PITTI L.

2021

Actes de la recherche en sciences sociales 239(4): 4-9.

<https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2021-4-page-4.htm>

Tout en maniant des paradigmes différents d'analyse, les trois sociologues que nous avons interviewé-e-s dans le cadre de ce dossier témoignent des enjeux de l'autonomie d'une recherche sociologique qui se donne la santé – et notamment la santé publique – pour objet. Le premier entretien permet de revenir sur l'histoire d'un courant de sociologie critique à travers la trajectoire de Patrice Pinell. Formé à la médecine puis à la biochimie dans les années 1960 avant de se convertir à la sociologie et de diriger, pendant plus de dix ans, une unité de recherches psychanalytiques et sociologiques en santé publique au sein de l'Inserm, ce dernier fait de la santé et de la médecine des objets de sociologie générale et critique, en développant une analyse socio-historique du champ médical. Le second entretien interroge les enjeux des recherches sociologiques sur la santé dans des mondes professionnels et des institutions de santé publique, à partir de deux trajectoires professionnelles et scientifiques : celle de Cécile Fournier, chercheuse à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), et

celle de Gabriel Girard, chargé de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) après un parcours dans le domaine de la santé publique au Québec.

► **Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé**

POMEY M.-P., FLORA L., KARAZIVAN P., *et al.*

2015

Santé Publique S1(HS): 41-50.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>

Dans le souci d'améliorer la santé de la population et d'améliorer la qualité des soins et des services délivrés par le système de santé, une des voies prometteuses est l'engagement des patients à tous les niveaux du système de santé ainsi que dans la formation des professionnels de la santé. Depuis 2010, un nouveau modèle relationnel, basé sur le partenariat entre les patients et les professionnels de la santé, a été développé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Ce modèle de partenariat patient s'appuie sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie, et complémentaires des savoirs scientifiques des professionnels de la santé. Il s'inscrit dans un continuum d'engagement des patients et peut s'appliquer dans les milieux de soins, de la formation des professionnels, de l'enseignement et de la recherche. Nous exposerons dans

cet article, les fondements théoriques du partenariat patient, puis comment ce nouveau modèle peut être mis en œuvre aux niveaux clinique, organisationnel et systémique et quels en sont les facteurs de réussite tant du côté des patients que des professionnels de la santé. Le « Montreal Model », en rendant le patient un partenaire incontournable pour toutes les décisions qui le concernent et comme expert de l'organisation des soins, offre aujourd'hui des perspectives pertinentes pour la gestion des maladies chroniques. Cette approche devrait avoir un impact important sur la santé des populations en améliorant la santé phy-

sique, psychologique et le bien-être des personnes. Dans ce cadre, plusieurs programmes de recherches sont actuellement en cours pour en évaluer l'impact.

► **Mobilisations soignantes par gros temps : quelle prise de risque organisationnelle ?**

SAINSAULIEU I.

2021

Revue française des affaires sociales(4): 97-109

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-97.htm>

Covid

► **Syndémie... Un terme qui pourrait parler aux professionnels de santé**

PEYRET P.

2022

Gestions Hospitalières(613): 75-80.

<https://gestions-hospitalieres.fr/syndemie/>

Après avoir surpris le monde entier, la pandémie de Covid-19 apparue en Chine le 16 novembre 2019, à Wuhan, a désormais franchi le seuil de ses deux années

d'agressions sanitaires et sociales en tous genres, des plus mortifères sur les personnes exposées et fragiles aux plus délétères sur les organisations, les institutions et la société. Avec toutes leurs conséquences sur le droit, les libertés, la politique et l'économie. Bouleversant tout sur son passage et poussant ses attaques jusqu'aux portes de la démocratie, cette épidémie qui dure et se répercute de vague en vague, de variant en variant, n'est pas qu'une simple « pandémie », c'est une « syndémie ».

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Longitudinal Participation in Delivery and Payment Reform Programs Among US Primary Care Organizations**

ADLER-MILSTEIN J., LINDEN A., BERNSTEIN S., *et al.*

2022

Health Services Research 57(1): 47-55.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13646>

Abstract Objective To assess longitudinal primary care organization participation patterns in large-scale reform programs and identify organizational characteristics associated with multiprogram participation. **Data Sources** Secondary data analysis of national program participation data over an eight-year period (2009-2016). **Study Design** We conducted a retrospec-

tive, observational study by creating a unique set of data linkages (including Medicare and Medicaid Meaningful Use and Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organization (MSSP ACO) participation from CMS, Patient-Centered Medical Home (PCMH) participation from the National Committee for Quality Assurance, and organizational characteristics) to measure longitudinal participation and identify what types of organizations participate in one or more of these reform programs. We used multivariate models to identify organizational characteristics that differentiate those that participate in none, one, or two-to-three programs. **Data Extraction Methods** We used Medicare claims to identify organizations that delivered primary care services (n = 56,287) and then linked organizations to program participation data

and characteristics. Principal Findings No program achieved more than 50% participation across the 56,287 organizations in a given year, and participation levels flattened or decreased in later years. 36% of organizations did not participate in any program over the eight-year study period; 50% participated in one; 13% in two; and 1% in all three. 14.31% of organizations participated in five or more years of Meaningful Use while 3.84% of organizations participated in five years of the MSSP ACO Program and 0.64% participated in at least five years of PCMH. Larger organizations, those with younger providers, those with more primary care providers, and those with larger Medicare patient panels were more likely to participate in more programs. Conclusions and Relevance Primary care transformation via use of voluntary programs, each with their own participation requirements and approach to incentives, has failed to broadly engage primary care organizations. Those that have chosen to participate in multiple programs are likely those already providing high-quality care.

► **Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif**

AGHNATIOS M., DARLOY T., DICTOR J., *et al.*
2021

Santé Publique 33(4): 547-558.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-547.htm>

Introduction : Le statut d'infirmier en pratique avancée (IPA) s'inscrit dans la loi en France en 2018. En acquérant des compétences relevant du champ médical, l'IPA suivra des patients volontaires et adressés par un médecin. Une évaluation de l'impact de cette innovation de l'organisation des soins français doit être remise au Parlement français en 2021. Ce travail de recherche a été mené pour recueillir des données visant à accompagner l'implémentation du dispositif et à constituer un point de départ au suivi du dispositif dans le temps. But de l'étude : Explorer les représentations des différents acteurs du dispositif d'IPA pour les maladies chroniques stabilisées en soins primaires, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : patients, médecins généralistes, infirmiers libéraux et étudiants infirmiers en pratique avancée. Résultats : Dans cette étude qualitative prospective par théorisation ancrée, 58 entretiens individuels semi-dirigés ont été menés. Les participants ont exprimé des représentations hétérogènes du rôle de l'IPA. Ils ont fait part d'un flou autour du dispositif et

ont exprimé le besoin d'une meilleure communication afin de faciliter son intégration. Le suivi des plans de soins, la prise en charge des patients à domicile, l'éducation thérapeutique et la prévention ont été identifiés comme des besoins auxquels l'IPA pourrait participer. Les zones sous-médicalisées ont été suggérées comme propices à son implémentation. La principale crainte a été le changement de répartition des tâches professionnelles avec le risque de concurrence. L'intégration de l'IPA a été perçue comme plus simple au sein d'établissements de soins car les rôles y sont bien définis avec peu de confusion identitaire entre les acteurs contrairement au milieu libéral. La collaboration entre acteurs de santé a été évoquée comme une condition de réussite du dispositif IPA. Une attitude prudente a été relevée et un besoin de rodage a émergé, les premiers IPA étant considérés comme des précurseurs. Conclusions : La mobilisation des acteurs de santé est un critère de bonne réussite d'intégration de l'IPA, une politique de sensibilisation semble donc nécessaire. La formation des professionnels de santé dans leur cursus ou en formation continue permettrait de développer des compétences collaboratives nécessaires à l'intégration de l'IPA.

► **De la politisation des questions de santé à la mobilisation politique des usager·ère·s précaires. Les ateliers d'accompagnement à l'autonomie en santé de la Case de santé à Toulouse**

BOULAGHAF L.
2021

Revue française des affaires sociales(4): 159-178.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-159.htm>

Dans le cadre d'un appel à projet du ministère des Solidarités et de la Santé, le centre de santé de premier recours la Case de santé à Toulouse a initié des ateliers d'accompagnement à l'autonomie en santé animés par des médiateur·trice·s en santé. Accueillant des usagers et usagères cumulant souvent les facteurs de précarité, ces ateliers véhiculent une vision globale de la santé prenant en considération ses différents déterminants. Reposant sur le partage des expériences et des ressources des usagers, les différents cycles se déploient autour d'outils issus de l'éducation populaire. Conçus comme des vecteurs d'émancipation et de socialisation politique, leur appropriation diffère suivant les trajectoires et les dispositions, c'est-à-dire les façons d'être, de faire, souvent largement inconscientes, des individus.

► **La santé environnementale au cœur des préoccupations infirmières : une nécessité identifiée et des actions à entreprendre**

CARTRON E., JOVIC L. ET LECORDIER D.

2021

Recherche en soins infirmiers 147(4): 5-6.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2021-4-page-5.htm>

► **Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde**

CHEVILLOT D., ZAMORD T., DURIEUX W., *et al.*

2021

Santé Publique 33(4): 517-526.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-517.htm>

Introduction : Les soins non programmés (SNP) sont une problématique d'actualité, en particulier dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Ils sont au centre des politiques de santé, notamment par leur impact sur la saturation des services d'urgences. Ils surviennent dans une situation d'inadéquation entre l'augmentation des besoins de santé et la modification de l'offre de soins. Objectif : L'objectif de cette étude était de décrire les modalités d'organisation des médecins généralistes pour la gestion des SNP sur le territoire Sud Gironde. Méthode : Notre recherche s'est appuyée sur la combinaison d'une étude transversale descriptive par autoquestionnaire et d'un recueil de données qualitatives par entretiens semi-structurés. Résultats : La permanence téléphonique était déléguée à un secrétariat pour 79 % des médecins ; 67 % disposaient d'une organisation spécifique à la gestion des SNP, notamment via des créneaux dédiés ; 88 % proposaient une réponse structurée aux SNP. Le secrétariat apparaissait comme un maillon nécessaire à la gestion des demandes de SNP, par son rôle de tri, de régulation et de planification des rendez-vous. Le travail de groupe était mis en avant comme un moyen de répartir de façon équitable la réponse aux SNP, de pouvoir réaliser les visites à domicile non programmées et d'éviter les refus de soins. Cette gestion mutualisée semblait difficile à mettre en œuvre lorsqu'elle dépassait les frontières du cabinet. Conclusion : Les médecins généralistes avaient majoritairement mis en place une gestion structurée et mutualisée des SNP mais avait besoin d'aide et de support pour s'organiser à l'échelle d'un territoire, par exemple dans le cadre de Communautés

professionnelles territoriales de santé.

► **Development of an Evidence-Based Reference Framework For Care Coordination with a Focus on the Micro Level of Integrated Care: A Mixed Method Design Study Combining Scoping Review of Reviews and Nominal Group Technique**

COLOMBANI F., ENCRENAZ G., SIBÉ M., *et al.*

2022

Health Policy 126(3): 245-261.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.003>

Background Because of the limits in conceptualisation of care coordination linked to a large array of care coordination models and definitions available, a care coordination framework is needed with a particular focus on the micro level. Objective To develop an evidence-based reference framework for person-centred care coordination interventions based on international validated definitions. Methods This two-step mixed-methods study included first, a scoping review of reviews focus on the impact of care coordination interventions and then, a nominal group technique. The scoping review aimed at identifying the components of the four dimensions of the framework (contexts, activities, actors and tools, and effects). The nominal group technique was to select the relevant components of the dimension 'activities' of the reference framework. Results The scoping review selected 52 articles from the 1407 retrieved at first. The nominal group selected the 66 most relevant activities from the 159 retrieved in the literature (28 activities of care organisation, 24 activities of care, and 14 activities of facilitation). Conclusion This operational framework focused on care coordination at the micro level, is a useful and innovative tool, applicable in any clinical condition, and in any health care system for describing, implementing and evaluating care coordination programmes.

► **Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile**

CRISTOFALO P. ET DARIEL O.

2021

Santé Publique 33(4): 527-536.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-527.htm>

Introduction : Les études sur le travail en équipe portent le plus souvent sur des configurations pluriprofessionnelles, tandis que le travail en équipe monoprofessionnelle ne suscite pas le même intérêt. Nous avons étudié le travail en équipe des infirmières délivrant des soins à domicile au sein de l'association Soignons Humain (SoHu), inspirée de l'entreprise néerlandaise Buurtzorg. Dans le contexte français, SoHu s'est davantage axé sur le motif du travail en équipe comme mécanisme pour améliorer la qualité du soin. But de l'étude : L'article étudie comment le travail en équipe se décline concrètement dans les pratiques et les représentations du travail : dans quelle mesure permet-il d'approfondir la collaboration entre les acteurs intervenant dans le paysage des soins à domicile ? Sous quels aspects ce modèle organisationnel se distingue-t-il des autres formes de travail infirmier à domicile en France ? En quoi l'expérience engagée par SoHu permet-elle de reposer la question de l'autonomie du travail infirmier ? Résultats : Le modèle d'organisation de SoHu se distingue à la fois des cabinets de soins infirmiers libéraux et des centres de soins infirmiers classiques. Le statut salarial permet de mettre en valeur la volonté de délivrer des soins holistiques et le rôle propre infirmier, revendiqué par SoHu comme le cœur du métier d'infirmier à domicile. L'originalité de SoHu consiste dans son instrumentation plus développée du travail en équipe et son organisation du travail attentive à la construction d'une compétence collective. La création d'une fonction interne de coach apparaît comme un des investissements-clés de l'organisation pour soutenir durablement le travail en équipe et, paradoxalement, l'autonomie collective. Après une phase d'apprentissage, et grâce à un travail d'accompagnement (ateliers et réunions d'animation), l'association tente de créer et soutenir des dispositions favorables au travail en équipe. Conclusions : Nos travaux invitent à être attentif aux conditions nécessaires pour rendre effectives de réelles pratiques collaboratives, inter et intraorganisationnelles. Ce cas montre ce que l'organisation peut faire pour construire une dynamique d'action favorable à la collaboration au sein de l'équipe : elle se construit par la réflexivité sur le travail de soin autour du patient, de son entourage, par l'investissement du travail en équipe, la fréquence et la nature des échanges entre professionnelles, les arrangements ponctuels et la formalisation de ces collaborations et, enfin, par l'objectivation et la reconnaissance de ces pratiques invisibles de coordination.

► **Technology Adoption By Primary Care Physicians**

IVERSEN T. ET MA C.-T. A.
2022

Health Economics 31(3): 443-465.
<https://doi.org/10.1002/hec.4447>

Abstract We study primary care physicians' prevention and monitoring technology adoption. Physicians' adoption decisions are based on benefits and costs, which depend on payment incentives, educational assistance, and market characteristics. The empirical study uses national Norwegian register and physician claims data between 2009 and 2014. In 2006, a new annual comprehensive checkup for Type 2 diabetic patients was introduced. A physician collects a fee for each checkup. In 2013, an education assistance program was introduced in two Norwegian counties. We estimate adoption decisions by fixed-effect regressions, and two-part and hazard models. We use a difference-in-difference model to estimate the education program impact. Fixed-effect estimations and separate analyses of physicians who have moved between municipalities support a peer effect. The education program has a strongly positive effect, which is positively associated with a physician's number of diabetic patients, and the fraction of physician-adopters in the same market.

► **Realist Protocol For Implementing Integrated Care Pathways in France (Waiver 51 LFSS 2018)**

LAUNOIS R., DIARD M., CABOUT E., *et al.*
2022

Ann Pharm Fr 80(2): 131-144.
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.06.004>

The paradox of real world researches supposedly conducted in real life is that they did not succeed in freeing themselves from the techniques of the randomised trials which they pretended to escape. In the successionist perspective of classical experimental or quasi-experimental methods, the cause always precedes the effect in a linear manner, and any interference that is likely to threaten the stability of this relationship must be neutralised by mobilising the appropriate statistical techniques. In complex systems where everything moves at the same time due to multiple interrelationships that make it impossible to construct a counterfactual, these elements are no longer considered as confounding factors that need to be controlled, but as decisive factors in the smooth running of

the experiment. The protocol presented in this article proposes an alternative evaluative technique mobilising the teachings of critical realism, which seems to us to be the most appropriate for understanding what happens «in the black box» recording the events that occur between the implementation of the Article 51 experiments and the observed results. The role of the evaluator is to put the actors back at the heart of the change, since it is achieved (or not) according to their reactions and the contextual elements. This credible explanatory theory allows us to understand: how does it work? For whom does it work? Why do losers lose, winners win? and under what circumstances?

► **Achieving Higher Performing Primary Care Through Patient Registration: A Review of Twelve High-Income Countries**

MARCHILDON G. P., BRAMMLI-GREENBERG S., DAYAN M., *et al.*

2021

Health Policy 125(12): 1507-1516.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.001>

Background Patient registration with a primary care providers supports continuity in the patient-provider relationship. This paper develops a framework for analysing the characteristics of patient registration across countries; applies this framework to a selection of countries; and identifies challenges and ongoing reform efforts. **Methods** 12 jurisdictions (Denmark, France, Germany, Ireland, Israel, Italy, Netherlands, Norway, Ontario [Canada], Sweden, Switzerland, United Kingdom) were selected for analysis. Information was collected by national researchers who reviewed relevant literature and policy documents to report on the establishment and evolution of patient registration, the requirements and benefits for patients, providers and payers, and its connection to primary care reforms. **Results** Patient registration emerged as part of major macro-level health reforms linked to the introduction of universal health coverage. Recent reforms introduced registration with the aim of improving quality through better coordination and efficiency through reductions in unnecessary referrals. Patient registration is mandatory only in three countries. Several countries achieve high levels of registration by using strong incentives for patients and physicians (capitation payments). **Conclusion** Patient registration means different things in different countries and policy-makers and researchers need to take into consideration: the

history and characteristics of the registration system; the use of incentives for patients and providers; and the potential for more explicit use of patient-provider agreements as a policy to achieve more timely, appropriate, continuous and integrated care.

► **Pathways For Primary Care Practice Adoption of Patient Engagement Strategies**

MILLER-ROSALES C., MIAKE-LYE I. M., BREWSTER A. L., *et al.*

2022

Health Services Research n/a(n/a).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13959>

Abstract Objective To identify potential orderings of primary care practice adoption of patient engagement strategies overall and separately for interpersonally and technologically oriented strategies. **Data Sources** We analyzed physician practice survey data (n = 71) on the adoption of 12 patient engagement strategies. **Study Design** Mokken scale analysis was used to assess latent traits among the patient engagement strategies. **Data Collection** Three groupings of patient engagement strategies were analyzed: (1) all 12 patient engagement strategies, (2) six interpersonally oriented strategies, and (3) six technologically oriented strategies. **Principal Findings** We did not find scalability among all 12 patient engagement strategies, however, separately analyzing the subgroups of six interpersonally and six technologically oriented strategies demonstrated scalability (Loevinger's H coefficient of scalability [range]: interpersonal strategies, H = 0.54 [0.49–0.60], technological strategies, H = 0.42 [0.31, 0.54]). Ordered patterns emerged in the adoption of strategies for both interpersonal and technological types. **Conclusions** Common pathways of practice adoption of patient engagement strategies were identified. Implementing interpersonally intensive patient engagement strategies may require different physician practice capabilities than technological strategies. Rather than simultaneously adopting multiple patient engagement strategies, gradual and purposeful practice adoption may improve the impact of these strategies and support sustainability.

► **Approaches to Measure Efficiency in Primary Care: A Systematic Literature Review**

NERI M., CUBI-MOLLA P. ET COOKSON G.
 2022

Applied Health Economics and Health Policy 20(1): 19-33.

<https://doi.org/10.1007/s40258-021-00669-x>

Primary care in England is facing increasing pressure due to the increasing number and complexity of consultations and the declining number of doctors per head of population. The improvement of primary care efficiency and productivity should be a priority, to ensure that future investments in the medical workforce can cope with the increasingly large and complex demand for care.

► **Ambiguïté et appropriation d'un dispositif d'appui à la coordination par les médecins traitants**

ROUTELOUS C. ET PHILIPPE T.
 2020

Journal de gestion et d'économie de la santé 5-6(5): 391-410.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-5-page-391.htm>

La France a mis en œuvre de nombreux dispositifs de

coordination afin de pallier au décalage entre les pratiques historiquement cloisonnées au sein du système de santé et les besoins transversaux des malades chroniques. C'est une véritable approche pluriprofessionnelle et globale des parcours de santé qui est attendue. Pourtant l'exercice collectif et coordonné reste en France minoritaire en particulier dans les pratiques des médecins généralistes. Notre travail vise à mieux comprendre la manière dont les médecins généralistes s'approprient un dispositif d'appui à la coordination. Pour cela nous avons mené une étude qualitative auprès de 14 utilisateurs d'une plateforme territoriale d'appui. Nos résultats montrent d'abord que les médecins sont ambigus vis-à-vis des modalités de travail et de coopération avec le dispositif de coordination, en cantonnant ce dernier à un rôle de prestataire par la délégation de tâches ponctuelles. Cette situation permet de maintenir les médecins généralistes comme pivot du parcours en parallèle du travail de coordination réalisé par la PTA. Ensuite nous avons mis à jour l'ambiguïté des médecins généralistes vis-à-vis des finalités du dispositif. Ces derniers hybrident leur besoin d'être soutenu dans des tâches jugées complexes et dans l'appui aux parcours complexes. Enfin nous avons éclairé l'ambiguïté des médecins vis-à-vis de leur propre rôle dans la coordination des parcours de santé en montrant l'acceptation de déléguer des tâches qu'ils jugent eux-mêmes comme ne relevant pas de leurs prérogatives ou incompatibles avec leurs contraintes.

Covid

► **Transformations in the Landscape of Primary Health Care During Covid-19: Themes From the European Region**

KUMPUNEN S., WEBB E., PERMANAND G., *et al.*
 2021

Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.08.002>

The Covid-19 pandemic has dramatically impacted primary health care (PHC) across Europe. Since March 2020, the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM) has documented country-level responses using a structured template distributed to country experts. We extracted all PHC-relevant data from the HSRM and iteratively developed an analysis framework examining the models of PHC delivery employed by PHC providers in response to the pandemic, as well

as the government enablers supporting these models. Despite the heterogenous PHC structures and capacities across European countries, we identified three prevalent models of PHC delivery employed: (1) multi-disciplinary primary care teams coordinating with public health to deliver the emergency response and essential services; (2) PHC providers defining and identifying vulnerable populations for medical and social outreach; and (3) PHC providers employing digital solutions for remote triage, consultation, monitoring and prescriptions to avoid unnecessary contact. These were supported by government enablers such as increasing workforce numbers, managing demand through public-facing risk communications, and prioritising pandemic response efforts linked to vulnerable populations and digital solutions. We discuss the importance of PHC systems maintaining and building

on these models of PHC delivery to strengthen preparedness for future outbreaks and better respond to the contemporary health challenges.

► **How to Pay Primary Care Physicians For SARS-Cov-2 Vaccinations: An Analysis of 43 EU and OECD Countries**

MILSTEIN R., SHATROV K., SCHMUTZ L. M., *et al.*
2022

Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.008>

Vaccinations are crucial to fighting SARS-CoV-2, and high coverage rates can in most countries probably only be achieved with the involvement of primary care physicians (PCPs). We aimed to explore how SARS-CoV-2 vaccination payment schemes in 43 countries differ with regard to the (i) type of payment scheme, (ii) amount paid, (iii) degree of bundling, and (iv) use of pay-for-performance elements. We collected information on payments and health system characteristics, such as PCP income and employment status, in all EU and OECD countries over time. We regressed the payment amount on the income of PCPs for countries with activity-dependent schemes using a linear regression (OLS), and we interpreted the residuals of this regression as a vaccination payment index. The majority of countries (30/43) had chosen payment schemes that reward PCPs for the activity they perform. Seventeen countries paid less per vaccination than the income-adjusted average, whereas 13 countries paid more. Twelve countries used pay-for-performance elements.

► **Variations du nombre de consultations de professionnels de santé primaire en France au cours de l'épidémie de Covid-19 en 2020 versus 2019 selon les caractéristiques des individus : une étude nationale observationnelle**

TUPPIN P., LESUFFLEUR T., CONSTANTINOU P., *et al.*
2022

Rev Epidemiol Sante Publique 70: S2.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.055>

Introduction L'organisation des systèmes de soins a été fortement perturbée par la pandémie de Covid-19. L'impact sur les recours aux soins primaires en 2020 a été peu étudié. Méthodes A partir des données du système national des données de santé (SNDS) de la population française métropolitaine, ont été comparés, le nombre de personnes avec au moins une consultation, le nombre de consultations total et moyen par personne. Les analyses ont porté sur l'ensemble de l'année et sur les périodes de et hors confinements (17/03-10/05 puis 30/10-14/12 moins strict) et ont été stratifiées par âge, genre et pathologie. Résultats Au premier confinement, 26 % de la population a consulté au moins une fois un médecin généraliste (MG) (-34 % comparativement à 2019), 7,4 % un infirmier (-28 %), 1,6 % un kinésithérapeute (-80 %) et 5 % un dentiste (-95 %). Pour les spécialistes, le déficit variait entre -82 % pour les ophtalmologistes et -37 % pour les psychiatres. Il était moins important lors d'un recours important aux téléconsultations. Il n'était pas suivi d'un rebond. Au second confinement, le nombre de consultants était similaire à 2019, excepté pour les MG (-7 %), les pédiatres (-8 %) et les infirmiers (+39 %). Par rapport à l'année 2019, le déficit de personnes était compris entre -10 % et 0 %, excepté pour les infirmiers (+30 %). Le déficit en nombre de consultations était plus important pour les dentistes (-17 %) et les kinésithérapeutes (-14 %). Le nombre moyen de consultations par personne était légèrement inférieur pour les différentes spécialités et plus faible pour les infirmiers (15,1 versus 18,6). Les déficits annuels de consultations étaient plus ou moins importants selon la profession et les caractéristiques (enfants et adolescents MG -10 %, dentiste -13 %, kinésithérapeute -24 %). Ils s'amenuisaient en présence d'une maladie chronique et avec le vieillissement. L'excès de décès était de +9 % en 2020. Discussion/Conclusion La diminution des consultations en soins primaires en France était conséquente, surtout lors du premier confinement, avec des variations selon l'âge et la profession de santé. L'impact sur la morbi-mortalité doit être investigué.

Health Systems**► SSR : conditions et enjeux d'une réforme réussie**DEVAILLY J. P.
2021**Gestions Hospitalières(611): 588-595.**

De nouveaux décrets relatifs à l'organisation des soins de suite et de réadaptation (SSR) sont attendus en 2022, mais la réforme globale du financement des SSR est repoussée à 2023. Ce financement se heurte à des difficultés que les comparaisons internationales peuvent aider à surmonter. Il est indispensable de relier quatre dimensions interdépendantes : la segmentation des prestataires, l'identification des finalités principales des soins (curatifs, de réadaptation et de transition), les outils de recueil (PMSI) et la classification tarifaire dont les imperfections justifient des compartiments supplémentaires.

► Analyse descriptive des Innovations Organisationnelles de l'article 51GRANDCLAUDE S., NOBRE T., SCHNEIDER P., *et al.*
2021**Journal de gestion et d'économie de la santé 6(6): 331-346.**<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2021-6-page-331.htm>

Cette recherche a pour objectif de préciser les caractéristiques constitutives des Innovations Organisationnelles en Santé (IOS) développées dans le cadre de l'article 51. Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale 2018, l'article 51 constitue un protocole catalyseur de l'innovation en santé, dont la particularité est d'être à l'initiative des acteurs et de déroger aux règles organisationnelles et de financements classiques. C'est ainsi un terrain fertile pour dresser un état des lieux des IOS en cours, dans le contexte français. Sur un plan méthodologique, les cahiers des charges et les avis du comité technique des projets expérimentés dans le cadre de l'article 51 sont analysés pour développer une catégorisation des IOS. Les résultats, qui proposent une analyse descriptive des projets initiés, soulignent ainsi l'existence de 4 catégories principales d'IOS dans l'article 51 : Coordination et Parcours pour une intervention pluri-profession-

nelle et un décloisonnement organisationnel; Outils numériques et télémédecine à visée transformative organisationnelle; Prescription et conciliation médicamenteuse renforcées par la communication et le développement de nouvelles relations entre acteurs; Prévention, accès aux soins et traitement. L'analyse des conditions de fonctionnement de ces innovations, récemment expérimentées, insiste sur les attributs de chaque type d'innovations qu'il convient de prendre en compte pour atteindre la performance attendue.

► Improving the Value of Healthcare Systems Using the Triple Aim Framework: A Systematic Literature ReviewKOKKO P.
2022**Health Policy.**<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.005>

The notion of value-based healthcare has become increasingly important for healthcare institutions, and more and more countries are adopting its representative approach—namely, the US Institute for Healthcare Improvement's Triple Aim framework for optimizing health system performance in terms of population health, patient experience, and cost of care. In this study, using a five-step systematic review protocol and PRISMA methods we systematically review and analyze with descriptive and qualitative analysis methods literature on the results of using the Triple Aim framework for assessment at the health system level, especially the concept of balance among the framework's goals. Inclusion criteria were that the paper evaluated the policy-level impact of value-based healthcare movements based on the Triple Aim goals, discussing at least one of the goals or the balance. Our analysis shows a lack of consensus on the impact of each goal and on the concept of a balance between the goals, and a paucity of literature related to the pursuit of the Triple Aim at the health system level. To properly evaluate the impact of the value-based healthcare movement, a standard set of measures aligned with the context is needed. The results of this study are expected to contribute to the improved assessment of health system performance, development of the Triple Aim framework's measures, and ultimately, enhanced effective-

ness in achieving healthcare goals.

► **Entre le médecin et le supérieur hiérarchique : être infirmier(e) docteur(e) ou doctorant(e) dans les organisations de santé en France**

MET N. ET WAELLI M.

2020

Journal de gestion et d'économie de la santé 5-6(5): 370-390.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-5-page-370.htm>

Contexte Dans un contexte de complexification des prises en charge et de contraintes financières accrues, les infirmier(e)s s'engagent de façon croissante dans des parcours doctoraux. C'est le cas en France, où le processus d'universitarisation de la profession est cependant peu avancé en comparaison des pays anglo-saxons. Les démarches de thèse s'inscrivent ici dans un cadre peu formalisé, notamment au niveau de l'organisation du travail. Des études mettent à jour des pratiques scientifiques émergentes, mais le niveau d'intégration de ces pratiques dans les organisations et le vécu de la thèse est encore mal connu. L'objectif de cette étude, est alors de mieux comprendre comment se déroulent les parcours de ces infirmier(e)s docteur(e)s/doctorant(e)s dans les organisations de santé. Méthode : Cette étude repose sur 27 heures d'observation in situ auprès de coordinateurs de recherche et 45 entretiens semi-directifs auprès d'infirmier(e)s PhD ou doctorant(e)s exerçant en France réalisés entre novembre 2018 et juin 2020. Les enquêté(e)s ont été choisis parmi les 165 profils infirmiers docteur(e)s et doctorants identifiés lors d'un travail de recensement préalable. Résultats : Dans un premier temps, l'approche biographique fait apparaître tout à la fois l'importance et l'ambiguïté du rôle occupé par les médecins dans la construction des projets doctoraux infirmiers et dans le processus d'universitarisation de la profession. Du point de vue organisationnel, les données soulignent de nombreuses tensions entre leur démarche de thèse et les exigences du travail. Ces tensions sont relayées à la fois par les cadres de santé prioritairement investis dans la gestion des équipes et par des collègues sur le terrain qui valorisent une autre conception du métier. Ainsi ces tensions organisationnelles reflètent un enjeu fort d'identification/émancipation vécu par des infirmier(e)s docteur(e)s et doctorant(e)s très marqués par une conception du mandat infirmier valorisant leur

présence au chevet du patient. Discussion/Conclusion : Nos données montrent que l'activité des docteur(e)s et doctorant(e)s infirmier(e)s est largement favorisée dans les organisations par le compagnonnage médical. La profession infirmière fait face à la difficulté d'inscrire la démarche de recherche dans les pratiques infirmières, valorisant soit le soin direct soit les problèmes d'organisation immédiats de l'équipe.

► **Système de santé français face à la crise sanitaire : de désorganisation à réorganisation**

MILCENT C.

2021

L'information psychiatrique 97(10): 857-864.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-10-page-857.htm>

Cet article décrit la situation du système de santé avant l'épidémie de Sars-Cov-2. Il expose la logique qui sous-tend les « réformes » depuis 20 ans. La tarification à l'activité (T2A) est présentée en y retraçant sa genèse, ses avantages et ses limites dans un contexte d'un objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) resserré. La situation en psychiatrie est alors décrite. Son poids économique oblige à en réguler les dépenses. Toutefois, les modalités de prise en charge des patients en psychiatrie entrent en conflit avec la logique même de la T2A car cette activité médicale ne peut pas se penser sans impliquer l'ambulatorio à travers un parcours de soins du patient. Cet article montre ensuite les implications du virage ambulatoire vers l'extrahospitalier et les parcours de santé en lien avec le social, le médicosocial et les aidants. L'expérience de la psychiatrie est prise en exemple pour en dépeindre les complexités. Cet article aborde alors la charge que ce virage engendre pour les aidants dans le système de soin, passage du soin hospitalier au parcours, passage de l'hôpital producteur de soins à l'hôpital élément de la santé d'une population. Puis, mettant en évidence un système de santé en pleine mutation, il relève les adaptations que les acteurs du système ont été capables d'entreprendre pour faire face à la pandémie. Il en dégage ainsi des enseignements et des perspectives de cette crise sanitaire. Cet article conclut sur l'importance d'une offre structurée suivant un continuum de soins du médecin généraliste à l'hôpital et inversement pour une continuité des soins pour le patient.

► **Supporting Government Policies to Embed and Expand Rehabilitation in Health Systems in Europe: A Framework For Action**

SKEMPES D., KIEKENS C., MALMIVAARA A., *et al.*

2022

Health Policy 126(3): 158-172.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.06.014>

Investment in action is vital to confront the challenges associated with chronic diseases and disability facing European health systems. Although relevant policy responses are being increasingly developed, most of them fail to recognize the role of rehabilitation services in achieving public health and social goals. Comprehensive guidance is thus urgently needed to support rehabilitation policy development and expand access to rehabilitation care to meet population needs effectively. This paper describes a framework to guide policy action for rehabilitation in Europe. The

framework was developed in collaboration with the European Academy of Rehabilitation Medicine based on a focused literature review and expert consultations. A review in PubMed and grey literature sources identified 458 references and resulted in 135 relevant documents published between 2006 and 2019. Thematic analysis of extracted information helped summarize the findings and develop the draft policy action framework. This was circulated to a wider group of experts and discussed in three workshops in 2018-2019. The framework was revised according to their feedback. The proposed framework contains 48 options for policy action organized in six domains and twelve subdomains that address several areas of health programming. The proposed framework provides a structure to understand the policy terrain related to rehabilitation in Europe and the measures required for translating aspirational political pronouncements into targeted programmatic action and tangible health and social outcomes.

Covid

► **Calculating the Carbon Footprint of a Geriatric Medicine Clinic Before and After Covid-19**

BARTLETT S. ET KEIR S.

2022

Age and Ageing 51(2).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afab275>

Climate change is a health emergency. Central to addressing this is understanding the carbon footprint of our daily life and work, in order to reduce it effectively. The coronavirus disease of 2019 (Covid-19) pandemic has brought about rapid change to clinical practice, most notably in use of virtual clinics and personal protective equipment (PPE). To estimate the carbon footprint of a Geriatric Medicine clinic, including the effect of virtual consultation and PPE, in order to inform design of a service that addresses both the health of our patients and our environment. Data from the Greenhouse Gas Protocol, NHS Carbon Footprint Plus and UK Government were used to estimate the carbon emissions per consultation. Values were calculated for virtual and face-to-face contact and applied to actual clinics both before and during the Covid-19 pandemic. The carbon footprint of a face-to-face clinic consultation is 4.82 kgCO₂e, most of which is patient travel, followed by staff travel and use of PPE. The foot-

print of a virtual consultation is 0.99 kgCO₂e, most of which is staff travel, followed by data use. Using our hybrid model for a single session clinic reduced our annual carbon footprint by an estimated 200 kgCO₂e, roughly equivalent to a surgical operation. The Covid-19 pandemic has made us deliver services differently. The environmental benefits seen of moving to a partially virtual clinic highlight the importance of thinking beyond reverting to 'business as usual'—instead deliberately retaining changes, which benefit the current and future health of our community.

► **Health System Resilience and Health Workforce Capacities: Comparing Health System Responses During the Covid-19 Pandemic in Six European Countries**

BURAU V., FALKENBACH M., NERI S., *et al.*

2022

The International Journal of Health Planning and Management n/a(n/a).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hpm.3446>

Abstract Background The health workforce is a key component of any health system and the present crisis offers a unique opportunity to better understand its specific contribution to health system resilience.

The literature acknowledges the importance of the health workforce, but there is little systematic knowledge about how the health workforce matters across different countries. **Aims** We aim to analyse the adaptive, absorptive and transformative capacities of the health workforce during the first wave of the Covid-19 pandemic in Europe (January-May/June 2020), and to assess how health systems prerequisites influence these capacities. **Materials and Methods** We selected countries according to different types of health systems and pandemic burdens. The analysis is based on short, descriptive country case studies, using written secondary and primary sources and expert information. **Results and Discussion** Our analysis shows that in our countries, the health workforce drew on a wide range of capacities during the first wave of the pandemic. However, health systems prerequisites seemed to have little influence on the health workforce's specific combinations of capacities. **Conclusion** This calls for a reconceptualisation of the institutional prerequisites of health system resilience to fully grasp the health workforce contribution. Here, strengthening governance emerges as key to effective health system responses to the Covid-19 crisis, as it integrates health professions as frontline workers and collective actors.

► **The Impact of the Covid-19 Pandemic and Policy Response on Health Care Utilization: Evidence From County-Level Medical Claims and Cellphone Data**

CANTOR J., SOOD N., BRAVATA D. M., *et al.*

2022

Journal of Health Economics: 102581.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102581>

The Covid-19 pandemic has forced federal, state, and local policymakers to respond by legislating, enacting, and enforcing social distancing policies. However, the impact of these policies on healthcare utilization in the United States has been largely unexplored. We examine the impact of county-level shelter in place ordinances on healthcare utilization using two unique datasets—employer-sponsored insurance for over 6 million people in the US and cell phone location data. We find that introduction of these policies was associated with reductions in the use of preventive care, elective care, and the number of weekly visits to physician offices, hospitals and other health care-related industries. However, controlling for county-level exposure to the Covid-19 pandemic as a way to account for the endogenous nature of policy implementation reduces

the impact of these policies. Our results imply that while social distancing policies do lead to reductions in healthcare utilization, much of these reductions would have occurred even in the absence of these policies.

► **Gestion des risques, pandémie et paradoxes du système de santé et d'assurance maladie français : pour un nouveau modèle décisionnel**

CASTIEL D. ET BRÉCHAT P.-H.

2022

Marché et organisations 43(1): 189-212.

<https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2022-1-page-189.htm>

La gestion des risques est une nécessité pour un système de santé et d'assurance maladie, de surcroît s'il est confronté à une crise sanitaire comme celle du Covid-19. L'utilisation ou non de l'évolution de la production scientifique dans la prise de décision, selon le niveau de connaissance disponible, interpelle peu ou prou les modèles décisionnels en matière de gestion des risques, en particulier lors de risques sanitaires. Cette recherche s'appuie sur l'analyse qualitative de données issues de recherches bibliographiques et de regroupements par item correspondant aux principaux modèles théoriques admis en analyse décisionnelle, pour les interroger au regard de leur capacité à appréhender une crise sanitaire par un système de santé et d'assurance maladie en France et à l'international. Les outils de décloisonnement des trois principaux modèles trouvés sont en bout de course au sein du système de santé et d'assurance santé français. En considérant l'international, un nouveau modèle décisionnel plus rationnel et corrigé des biais constatés dans les modèles bureaucratique et politique est proposé, afin de mieux répondre aux défis liés à la gestion de crise du système de santé et d'assurance maladie doublée d'une crise épidémique. Pour gérer une épidémie, il faut un système de santé et d'assurance maladie en capacité de le faire.

► **A Comparison of Health System Responses to Covid-19 in Bulgaria, Croatia and Romania in 2020**

DŽAKULA A., BANADINOVIĆ M., LOVRENČIĆ I. L., *et al.*

2022

Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.003>

This article compares the health system responses to Covid-19 in Bulgaria, Croatia and Romania from February 2020 until the end of 2020. It explores similarities and differences between the three countries, building primarily on the methodology and content compiled in the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM). We find that all three countries entered the Covid-19 crisis with common problems, including workforce shortages and underdeveloped and underutilized preventive and primary care. The countries reacted swiftly to the first wave of the Covid-19 pandemic, declaring a state of emergency in March 2020 and setting up new governance mechanisms. The initial response benefited from a centralized approach and high levels of public trust but proved to be only a short-term solution. Over time, governance became dominated by political and economic considerations, communication to the public became contradictory, and levels of public trust declined dramatically. The three countries created additional bed capacity for the treatment of Covid-19 patients in the first wave, but a greater challenge was to ensure a sufficient supply of qualified health workers. New digital and remote tools for the provision of non-Covid-19 health services were introduced or used more widely, with an increase in telephone or online consultations and a simplification of administrative procedures. However, the provision and uptake of non-Covid-19 health services was still affected negatively by the pandemic. Overall, the Covid-19 pandemic has exposed pre-existing health system and governance challenges in the three countries, leading to a large number of preventable deaths.

► **Covid-19 Preparedness and Response Plans from 106 Countries: A Review from a Health Systems Resilience Perspective**

MUSTAFA S., ZHANG Y., ZIBWOWA Z., *et al.*

2021

Health Policy and Planning 37(2): 255-268.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czab089>

Coronavirus disease (Covid-19) has exposed long-standing fragmentation in health systems strengthening efforts for health security and universal health coverage while these objectives are largely interdependent and complementary. In this prevailing background, we reviewed countries' Covid-19 Preparedness and Response Plans (CPRPs) to assess the extent of integration of non-Covid-19 essential health service continuity considerations alongside emergency response activities. We searched for Covid-19 planning documents from governments and ministries of health, World Health Organization (WHO) country offices and United Nations (UN) country teams. We developed document review protocols using global guidance from the WHO and UN and the health systems resilience literature. After screening, we analysed 154 CPRPs from 106 countries. The majority of plans had a high degree of alignment with pillars of emergency response such as surveillance (99%), laboratory systems (96%) and Covid-19-specific case management (97%). Less than half considered maintaining essential health services (47%); 41% designated a mechanism for health system-wide participation in emergency planning; 34% considered subnational service delivery; 95% contained infection prevention and control (IPC) activities and 29% considered quality of care; and 24% were budgeted for and 7% contained monitoring and evaluation of essential health services. To improve, ongoing and future emergency planning should proactively include proportionate activities, resources and monitoring for essential health services to reduce excess mortality and morbidity. Specifically, this entails strengthening subnational health services with local stakeholder engagement in planning; ensuring a dedicated focus in emergency operations structures to maintain health systems resilience for non-emergency health services; considering all domains of quality in health services along with IPC; and building resilient monitoring capacity for timely and reliable tracking of health systems functionality including service utilization and health outcomes. An integrated approach to planning should be pursued as health systems recover from Covid-19 disruptions and take actions to build back better.

► **Early Health System Responses to the Covid-19 Pandemic in Mediterranean Countries: A Tale of Successes and Challenges**

WAITZBERG R., HERNÁNDEZ-QUEVEDO C., BERNAL-DELGADO E., *et al.*

2021

Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.007>

This paper conducts a comparative review of the (curative) health systems' response taken by Cyprus, Greece, Israel, Italy, Malta, Portugal, and Spain during the first six months of the Covid-19 pandemic. Prior to the Covid-19 pandemic, these Mediterranean countries shared similarities in terms of health system resources, which were low compared to the EU/OECD average. We distill key policy insights regarding the governance tools adopted to manage the pandemic, the means to secure sufficient physical infrastructure and workforce capacity and some financing and coverage aspects. We performed a qualitative analysis of the evidence reported to the 'Health System Response Monitor' platform of the European Observatory by country experts. We found that governance in the early stages of the pandemic was undertaken centrally in all the Mediterranean countries, even in Italy and Spain where regional authorities usually have autonomy over health matters. Stretched public resources prompted countries to deploy "flexible" intensive care unit capacity and health workforce resources as agile solutions. The private sector was also utilized to expand resources and health workforce capacity, through special public-private partnerships. Countries ensured universal coverage for Covid-19-related services, even for groups not usually entitled to free publicly financed health care, such as undocumented migrants. We conclude that flexibility, speed and adaptive management in health policy responses were key to responding to immediate needs during the Covid-19 pandemic. Financial barriers to accessing care as well as potentially higher mortality rates were avoided in most of the countries during the first wave. Yet it is still early to assess to what extent countries were able to maintain essential services without undermining equitable access to high quality care.

► **Unmasking a Health Care System: The Dutch Policy Response to the Covid-19 Crisis**

WALLENBURG I., HELDERMAN J.-K., JEURISSEN P., *et al.*

2021

Health Economics, Policy and Law 17(1): 27-36.

<https://doi.org/10.1017/S1744133121000128>

The Covid-19 pandemic has put policy systems to the test. In this paper, we unmask the institutionalized resilience of the Dutch health care system to pandemic crisis. Building on logics of crisis decision-making and on the notion of 'tact', we reveal how the Dutch government initially succeeded in orchestrating collective action through aligning public health purposes and installing socio-economic policies to soften societal impact. However, when the crisis evolved into a more enduring one, a more contested policy arena emerged in which decision-makers had a hard time composing and defending a united decision-making strategy. Measures have become increasingly debated on all policy levels as well as among experts, and conflicts are widely covered in the Dutch media. With the 2021 elections ahead, this means an additional test of the resilience of the Dutch socio-political and health care systems.

► **Providing Health Services Effectively During the First Wave of Covid-19: A Cross-Country Comparison on Planning Services, Managing Cases, and Maintaining Essential Services**

WEBB E., HERNÁNDEZ-QUEVEDO C., WILLIAMS G., *et al.*

2021

Health Policy.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.016>

The Covid-19 pandemic triggered abrupt challenges for health care providers, requiring them to simultaneously plan for and manage a rise of Covid-19 cases while maintaining essential health services. Since March 2020, the Covid-19 Health System Response Monitor, a joint initiative of the European Observatory on Health Systems and Policies, the WHO Regional Office for Europe, and the European Commission, has documented country responses to Covid-19 using a structured template which includes a section on provision of care. Using the information available on the platform, this paper analyzes how countries planned

services for potential surge capacity, designed patient flows ensuring separation between Covid-19 and non-Covid-19 patients, and maintained routine services in both hospital and ambulatory settings. Despite very real differences in the organization of health and care services, there were many similarities in country responses. These include transitioning the management of Covid-19 mild cases from hospitals to outpatient settings, increasing the use of remote consulta-

tions, and cancelling or postponing non-urgent services during the height of the first wave. In the immediate future, countries will have to continue balancing care for Covid-19 and non-Covid-19 patients to minimize adverse health outcomes, ideally with supporting guidelines and Covid-19-specific care zones. Looking forward, policymakers will have to consider whether strategies adopted during the Covid-19 pandemic will become permanent features of care provision.

Travail et santé

Occupational Health

► **Comprendre les inégalités sociales de santé par la dimension émotionnelle du travail. Esquisse d'une typologie dans le secteur marchand de l'aide à domicile**

BONNET T. ET DRAIS É.

2021

Revue française des affaires sociales(4): 227-244.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-227.htm>

Cet article propose de montrer comment la dimension émotionnelle du travail dans le secteur marchand de l'aide à domicile éclaire les inégalités sociales de santé au travail. En s'appuyant sur une enquête menée au sein de deux agences d'aide à domicile et en se basant sur plus de 328 h d'observation et plus de 63 h d'entretiens enregistrés sur dictaphone, cette contribution souligne l'importance du travail émotionnel dans la problématique de la santé et de la sécurité au travail des aides à domicile. Généralement masquée, voire réfrénée, la dimension émotionnelle du travail peut constituer pourtant une ressource pour les professionnelles cherchant à acquérir une autonomie plus importante dans l'organisation de leur travail. Les jeux stratégiques de nature émotionnelle déployés par les intervenantes ne leur assurent toutefois pas toujours des bénéfices. En analysant les relations entre les ressources émotionnelles et les transactions identitaires opérées, l'article met en évidence trois trajectoires de santé typiques : celles qui réussissent, celles qui tiennent et celles qui partent. La compréhension de tels enjeux éclaire la prévention de la désinsertion professionnelle dans un milieu particulièrement exposé.

► **How Does Social Support Shape the Association Between Depressive Symptoms and Labour Market Participation: A Four-Way Decomposition**

VELDMAN K., PINGEL R., HALLQVIST J., *et al.*

2021

European Journal of Public Health 32(1): 8-13.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab185>

Little is known about factors that may explain the association between depressive symptoms and poor labour market participation (LMP). The aim of this study is to examine the mediation and interaction effects of social support on the association between depressive symptoms and LMP. Data were used from 985 participants (91% of the initial cohort) of the Northern Swedish Cohort, a longitudinal study of Swedish participants followed from adolescence throughout adulthood. Depressive symptoms were measured at age 16, social support at age 21 and LMP from age 30 to 43. Poor LMP was defined as being unemployed for a total of 6 months or more between the ages of 30 and 43. A four-way decomposition approach was applied to identify direct, mediation and interaction effects, together and separately. Both depressive symptoms during adolescence and social support at young adulthood were associated with poor LMP [odds ratio (OR)=1.70, 95% confidence interval (CI) 1.17–2.47 and OR=2.56, 95% CI 1.78-3.68 respectively]. The association between depressive symptoms and poor LMP was partially mediated by a lack of social support. No interaction effect of a lack of social support was found. The results suggest that depressive symptoms influence not only later LMP but also the intermediary

level of social support, and in turn influencing later LMP. Recommendations for public health are to detect and treat depressive symptoms at an early stage and to

focus on the development of social skills, facilitating the increased availability of social support, thereby improving future LMP.

Covid

► **Beyond the Covid-19 Pandemic For Working Carers Across the European Union: Work, Policy and Gender Considerations**

PHILLIPS D., DUFFY C., FAHY M., *et al.*

2022

International Journal of Care and Caring 6(1-2): 289-298.

<https://doi.org/10.1332/239788221X16308488496803>

Vieillessement

Ageing

► **Impact on Healthcare Utilization of a General Practitioner-Led Model of Care For Patients with Frailty**

JONES H. E., MORRISON I., HURDING S., *et al.*

2022

Age and Ageing 51(Supplement_1).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac035.709>

Primary care has a significant role to play in the identification and management of frailty. MidMed is a new dedicated GP-led service developed by a large practice in Midlothian for patients living at home with moderate or severe frailty. MidMed comprises a full-time GP performing a comprehensive geriatric assessment (CGA) adapted for primary care. Patients receive direct access to all appointments with the named GP. The aim of this study was to assess the impact of MidMed on healthcare utilisation in this patient group. Patients with moderate or severe frailty at the MidMed practice were identified by the electronic Frailty Index (0.24). After 16 months, patients who had been accepted into MidMed (MidMed group) were compared with those yet to be enrolled and who continued to receive usual care (non-MidMed group). Routinely collected data were used to identify outcomes including unscheduled hospital admissions, primary care consultations, continuity of care, outpatient attendances and mortality.

Adjusted rate ratios were estimated using regression models. 510 patients with moderate or severe frailty were identified (290 in MidMed, 220 in non-MidMed). Patients in each group were just as likely to have at least one hospital admission per year but those in MidMed had a reduced risk of further hospital admission compared to the non-MidMed group (adjusted RR 0.46 [95%CI 0.30–0.71]). MidMed was also associated with statistically significant higher usage of primary care (adjusted RR 1.52, [95%CI, 1.30–1.75]) and better continuity of care. There was no difference in mortality or the number of outpatient appointments when adjusted for co-variables. A GP-led service for frailty is associated with lower risk of hospital readmission and improved continuity of care. Further studies are now required to better understand why use of such primary care services increase and whether this changes over time.

Covid

► **Tensions and Polarities in the Autonomy of Family Carers in the Context of the Covid-19 Pandemic in France**

GIRAUD O., PETIAU A., TOUAHRIA-GAILLARD A., *et al.*

2022

International Journal of Care and Caring 6(1-2): 141-156.

<https://doi.org/10.1332/239788221X16316514499801>

This article analyses the impact of the Covid-19 lockdown on 'monetised' family carers' understanding of their own autonomy in a long-term care relation at home. The reduction or suspension of medico-social service deteriorated the situation of family carers of frail older people or people with disability. We develop and apply an analytical grid of 15 interviews of monetised family carers about the reorganisation of care systems and their situation as carers. We identify three types of understandings of autonomy among family carers in the context of the Covid-19 pandemic: preventive autonomy; health protection autonomy; and supported autonomy.

► **Rapport 22-02. Après la crise Covid, quelles solutions pour l'EHPAD de demain ?**

GONTHIER R., ADOLPHE M., MICHEL J. P., *et al.*

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.010>

Résumé Le vieillissement de notre population génère des situations de grande vulnérabilité et de dépendance. Le maintien à domicile demeure habituellement la meilleure réponse pour respecter la volonté de la personne, le souhait de la famille et l'intérêt de la société. Il existe cependant un nombre important de situations où la prise en charge dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'avère nécessaire. La pandémie de Covid-19 a mis sur le devant de la scène les EHPAD et leurs limites pour assurer des soins de qualité. Pour analyser la place actuelle des EHPAD dans la filière de soin et pour comprendre leurs difficultés de fonctionnement, il paraît indispensable de décrire les mutations accélérées qu'ont connues les EHPAD depuis leur création en 1999, puis, à la lumière de la

crise actuelle, d'élaborer des pistes pour développer une vision positive du rôle que ces établissements ont à assurer dans le futur. Summary The ageing of the population induces situations of large vulnerability and dependence. Home care usually remains the best response to comply with the person's wish, the family's desire, and the civil society's interest. However, there are circumstances where patient management in a nursing home (EHPAD) is the only solution. The present pandemic of coronavirus Covid-19 has highlighted the issue of EHPAD and their limitations to provide high quality care. To analyze the current position of EHPAD into the care chain and to understand difficulties to their functioning, it seems essential to seek out accelerated changes in the EHPAD since their establishment in 1999 and then in the light of the current crisis, propose possible solutions with a positive view of the role which each EHPAD will have to ensure for future.

► **L'impact du vieillissement sur la variabilité des flux hospitaliers**

NORDMAN J. P.

2022

Gestions Hospitalières(613): 90-92.

Le vieillissement démographique conduit à une augmentation de la variabilité des flux urgents. L'hôpital, par sa structure et ses missions, ne dispose pas de la souplesse nécessaire pour y faire face dans cette ampleur. Si ce constat est juste, même en réduisant la létalité du Covid, la France ne serait qu'au début de l'explosion de son système de santé hospitalocentré.

► **Grand âge, autonomie, handicap : dossier**

SPIRNHIRNY F., GZIL F., THOMASSIN B., *et al.*

2022

Gestions Hospitalières(613): 92-125.

En attendant l'application des annonces de revalorisation et d'investissement faites lors de la Conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022, il convient de témoigner de la vigueur et de l'engagement de ce secteur qui fonctionne de moins en moins en marge du monde sanitaire. Dans sa déferlante implacable, l'épidémie liée au Covid-19 a mis en lumière le spectre large des points de fragilité de tout un système de soins, parfois

bien loin de la nouvelle image d'Épinal que constitue désormais un lit de réanimation dans un CHU. Souvent loin des yeux, se tisse un maillage complexe de prises en charge difficiles, d'interactions fragiles, d'aides à l'autonomie, où chaque étape compte pour l'accompagnement d'un résident. Depuis longtemps, Gestions hospitalières souhaitait mettre à l'honneur les initiatives et les récentes épreuves des professionnels du secteur médico-social. Ce dossier rassemble des expériences de prise en charge de la douleur, de gestion de crise, une réflexion éthique indispensable pour l'après-Covid, des projets d'animation culturelle.

social isolation and loneliness of older adults during the ongoing pandemic.

► **Older Europeans' Health Perception and Their Adaptive Behavior During the Covid-19 Pandemic**

SPITZER S., SHAIKH M. ET WEBER D.

2022

European Journal of Public Health.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab221>

Although older adults are more vulnerable to the Covid-19 virus, a significant proportion of them do not follow recommended guidelines concerning preventive actions during the ongoing pandemic. This paper analyses the role of biased health beliefs for adaptive health behaviour such as reduced mobility, protection in public spaces, and hygiene measures, for the population aged 50 and older in 13 European countries. Health perception is measured based on the difference between self-reported health and physical performance tests for over 24,000 individuals included in the most recent Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Logistic regressions are employed to explore how over- and underestimating health are related to preventive behaviours. Results suggest that older adults who underestimate their health are more likely to show adaptive behaviour related to mobility reductions. In particular, they are more likely to stay at home, shop less, and go for walks less often. By contrast, overestimating health is not significantly associated with reduced mobility. Protective behaviour in public spaces and adopting hygiene measures do not vary systematically between health perception groups. As health beliefs appear relevant for the adoption of preventive health behaviours related to mobility, they have serious consequences for the health and well-being of older Europeans. While adaptive behaviour helps to contain the virus, exaggerated mobility reduction in those who underestimate their health might be contributing to the already high

Index des auteurs Author index

A

Adélaïde L.....	55
Adler-Milstein J.	64
Adolphe M.....	79
Aghnatios M.....	65
Ahern M.	23 , 24
Akkazieva B.....	24
Alexander M.	46
Alla F.	52
Allin S.....	44 , 46
Antony M.	31
Aretz B.	57
Arlotto S.....	51
Aron J.....	31
Asadi-Aliabadi M.	20
Askelson N.	28
Azanowsky J.-M.....	43

B

Baehr C.	34
Banadinović M.....	75
Bardiaux S.....	56
Barthe J.-F.....	38
Bartlett S.	73
Bell-Aldeghi R.....	20
Belorgey N.....	31
Benach J.	25
Ben Halima M.....	13
Benzenine E.....	35
Benzidia S.	15
Bérard E.	62
Berger E.	33
Berger V.	55
Bergner S.	43
Berkesse A.	42
Bernal-Delgado E.	76
Bernstein S.....	64
Berthe B.	25
Billuart O.	16
Bioulac B.....	61
Boes S.....	40
Bonnay-Hamon A.	52
Bonnemaison X.	58

Bonnet T.	77
Bontoux D.	61
Borde A.....	36
Boulaghaf L.	65
Brammli-Greenberg S.....	68
Bravata D. M.	74
Bréchat P.-H.	74
Brewster A. L.....	68
Bruandet A.	36
Bruat C.....	43
Budet J. M.	32
Bureau V.	73
Burguburu A.	60
Byrkjeflot H.....	49

C

Cabout E.	67
Cadel L.	32
Calmus S.	56
Canavan M. E.....	21
Cantor J.....	74
Cardin H.....	41
Carrillo de Albornoz S.....	19
Cartron E.	66
Castiel D.....	74
Castillo M.-C.....	59
Cederström A.....	38
Chanel O.....	55
charek A.....	39
Chatignoux E.	39
Chernew M.....	23
Chevance A.	15
Chevillot D.	66
Cohen J. F.....	26
Cohen K.....	28
Cohen N.....	42
Coley N.....	62
Colombani F.....	66
Constantinou P.....	70
Cookson G.....	69
Cristofalo P.	66
Cubi-Molla P.	69
Cueille S.	18
Cumming J.	47

Cuschieri S.....	47
Cyril P.....	57

D

Dariel O.....	66
Darloy T.	65
David M.	58
Davillas A.	62
Dayan M.	68
Defossez A.	38
Defromont L.....	58
Del Vecchio N.	28
Denoix de Saint Marc R.....	42
Devailly J. P.....	71
de Visme S.	26
De Vries D.	39
Diard M.	67
Dictor J.....	65
Dimova A.	24
Doherty E.	53
Dos Santos R.	30
Drahi E.....	47
Drais É.....	77
Drake C. B.	35
Dubois G.....	42
Duckett S.	49
Duffy C.....	78
Dugord C.....	51
Dumas M.....	25
Dumont G.-F.....	15
Dumoulin M.	47
Dunlavy A.	38
Duong D. B.....	44
Durand Zaleski I.....	48
Durieux W.	66
Durrleman A.....	42
Džakula A.....	75

E

Echajari L.....	36
Eckhardt H.	33
Encrenaz G.....	66
Eres R.	14

F

Fahy M.	78
Falkenbach M.....	44 , 73
Feltz A.	52
Ferragne A.	58
Fiebig D. G.....	23
Fitzpatrick T.	46
Flora L.	63
Forestier G.....	30
Fortel A.	15
Foubert C.....	32
Frajerman A.	61
Franc C.....	51
Friot-Guichard V.	36

G

Gabet A.	29
Gagnayre R.....	53
Gallopel-Morvan K.....	52
Gandré C.	48
Gao X.	62
García-Ramírez J. A.	24
Garidi S.	15
Gasman I.....	59
Gatinet A.	52
Gay B.	17
Geeraert J.....	31
Gelly M.	34 , 63
Genin G.	30
Gentile S.....	51
Georgescu V.....	34
Gerain-Breuzard M.-N.	35
Gerkens S.....	24
Gettel C. J.....	21
Giraud O.	79
Giroud M.....	35
Gomez Rossi J.	13
Gonthier R.....	79
Gore V.	35
Grandclaude S.....	71
Grave C.	29
Greer S. L.....	44
Grellié H.	16
Grépin K. A.	44
Guillot-Drugeon M.....	59
Gutton J.....	16
Gzil F.	79

H

Haindl A.	13
Hallqvist J.	77
Hampton M.	59
Han C. R.	21
Hanly P.	23, 24
Harris A.	19
Hatziyianni A.	47
Ha-Vinh P.	39
Hayotte M.	54
Heath K.	28
Helderman J.-K.	76
Hernández-Quevedo C.	48, 76
Hochlaf A.	17
Hollander A.-C.	62
Horwitz L.	55
Hrzic R.	17
Huo Yung Kai S.	62
Hurding S.	78
Husson J.	15

I

Ibinga E.	18
Ikuta K. S.	40
Isaac C.	59
Iversen T.	67
Izambert C.	31

J

Jacobs K.	21
Jaury P.	17
Jeurissen P.	76
Joffre C.	41
Jones A. M.	62
Jones H. E.	78
Jouannin A.	15
Jovic L.	66

K

Kaestner R.	26
Karazivan P.	63
Karimi S. M.	20
Katikireddi S. V.	38

Kaushal N.	26
Keir S.	73
Kelleher D.	53
Kessel R.	17
Kiekens C.	73
King A. J.	44
Knudsen A. K. S.	63
Kokko P.	71
Kolaczyk E. D.	45
Kouakou C. R. C.	21
Koubi M.	13
Koumamba A. P.	18
Kousathanas A.	29
Koval A.	46
Kuluski K.	32
Kumpunen S.	69

L

Labbé-Pinlon B.	55
Lafitte P.	53
Lambert J.	21
Landon S.	55
Laporte M.-È.	18
Larangot-Rouffet C.	17
Launois R.	67
Laurent D.	57
Leboucher A.	60
Lecordier D.	66
Leflon M.	32
Legris C.	56
Le Guern M.	20
Lemaire C.	22
Le Matt Q.	16
Le N.	47
Lenhart O.	59
Lesuffleur T.	70
Liefbroer A. C.	62
Limousin M.	42, 45
Linden A.	64
Linder A.	60
Lin F.	16
Li W.	45
Li Z.	35
Lombart C.	55
Lopes F. V.	60
Love T.	53
Lovrenčić I. L.	75
Lucas G.	42
Lucassen P. L. B. J.	30

Luo M.	14
Luo W.	27
Luyten J.	48

M

Maaß L.	19
Ma C.	67
Mackenbach J. P.	60
Malet D.	53
Malmivaara A.	73
Marchand-Tonel C.	38
Marchildon G.	44
Marchildon G. P.	46, 68
Marcinow M.	32
Maria V.	57
Mariet A. S.	35
Mariette A.	63
Martínez-Herrera E.	25
Martins D.	56
Mastagli M.	54
Math A.	45
Maury A.	42
McKee M.	48
Merkur S.	13
Met N.	72
Miake-Lye I. M.	68
Michel J. P.	79
Milcent C.	72
Miller-Rosales C.	68
Milstein R.	70
Mizrahi S.	42
Monnet E.	43
Montangon M.	43
Morciano M.	22
Morrison I.	78
Morvan Y.	61
Motut A.	59
Moukoumbi Lipenguet G.	18
Munford L.	22
Munnich E. L.	33
Murray C. J. L.	40
Murray E. T.	27
Mustafa S.	75

N

Nandi A.	49
Neill C.	53

Neri M.	69
Neri S.	73
Nichols E.	26
Nobre T.	71
Nordman J. P.	79
Norman P.	27
Nuallain E.	17

O

Okeke E. N.	27
Olde Hartman T. C.	30
Olié J. P.	61
Or Z.	48
Ouattara E.	36

P

Padikkala J.	55
Padilla-Pozo Á.	25
Pairo-Castineira E.	29
Paker A.	22
Pallari E.	47
Paoli B.	61
Papon S.	14
Pascal M.	55
Paulson K. R.	30
Pease S. A.	30
Permanand G.	69
Pessaux P.	22
Petiau A.	79
Peyret P.	64
Philippe T.	69
Phillips D.	78
Pingel R.	77
Pirson M.	56
Pitti L.	63
Poder T. G.	21
Pols J.	39
Pomey M.-P.	63
Prevost B.	37
Puymirat E.	29

R

Rajan S.	48
Rawlik K.	29
Raymond S.	59

Rebouillat V.	40
Régnard P.	39
Ren S.	28
Retbi A.	37
Rhee H.	53
Richard M.-J.	62
Richards M. R.	33
Riedel C.	34
Rigzin T.	26
Rinaldi Y.	51
Riumallo Herl C. J.	60
Roberts T.	18
Roman E.	21
Routelous C.	69
Rozenblum S.	44

S

Sainsaulieu I.	64
Salmi R.	18
Sanchez S.	36
Saunes I. S.	49
Savic M.	18
Scaloni F.	18
Scarpetti G.	50
Schindler C.	52
Schmidt A. E.	13
Schmutz L. M.	70
Schneider P.	71
Schokkaert E.	48
Schuelke L.	22
Schwendicke F.	13
Scouarnec A.	41
Shaikh M.	80
Shao Y.	27
Sharara F.	40
Sharp L.	23 , 24
Shatrov K.	70
Shelton N.	27
Sia K.-L.	19
Sibé M.	66
Sirven N.	20
Skempes D.	73
Skogen J. C.	63
Slim K.	33
Smaili S.	39
Sood N.	23 , 74
Spangler D.	50
Spire A.	34
Spirnhirny F.	79

Spitzer S.	80
Steinmetz J. D.	26
Stene-Larsen K.	63
Stobart A.	49
Straiton M. L.	62
Summan A.	49
Surkalim D. L.	14
Swenning A.-K.	50

T

Tehrani-Banihashemi A.	20
Tezenas du Montcel S.	37
Theissen A.	33
Thomassin B.	79
Thomson S.	24
Thuong C. T.	56
Tissiou M.	41
Touahria-Gaillard A.	79
Trinh N. T. H.	26
Tuppin P.	70

U

Unruh L.	44 , 46
---------------	---------

V

Valatchy M.	16
Vandentorren S.	39
Van Hoyer A.	54
Van Kessel S. A. M.	30
Veldman K.	77
Vigoda-Gadot E.	42
Viney R.	23
Vodden A.	19
Vollset S. E.	26
Vrangbæk K.	49

W

Waeli M.	72
Waitzberg R.	24 , 76
Wallenburg I.	76
Wang H.	30
Ward J.	54
Webb E.	50 , 69 , 76

Weber D.....	80
Wettstein D. J.....	40
Whaley C.	23
White L. F.....	45
Wicks M. N.....	53
Widmer D.....	60
Williams G.....	76
Winblad U.	50
Winkelmann J.....	13 , 33 , 50
Wong B. L. H.....	19

Y

Yu S.....	23
-----------	----

Z

Zahnd W. E.....	28
Zamord T.....	66
Zhang Y.....	75
Zibwowa Z.....	75