

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Juillet-août 2022 / July-August 2022

| | |
|--|---------------------------------|
| Assurance maladie | <i>Health Insurance</i> |
| E- santé – Technologies médicales / E-Health | <i>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>Prévention</i> |
| Prévision – Evaluation | <i>Prevision - Evaluation</i> |
| Psychiatrie | <i>Psychiatry</i> |
| Sociologie de la santé | <i>Sociology of Health</i> |
| Soins de santé primaires | <i>Primary health Care</i> |
| Systèmes de santé | <i>Health Systems</i> |
| Travail et santé | <i>Occupational Health</i> |
| Vieillesse | <i>Ageing</i> |

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire

Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 11 **Grande Sécu : la solution est délétère. Une contreproposition est nécessaire**
Gueniau J.
- 11 **Universal Health Coverage As Hegemonic Health Policy in Low- and Middle-Income Countries: A Mixed-Methods Analysis**
Smithers D. et Waitzkin H.

E- santé – Technologies médicales / E-Health

Medical Technologies

- 12 **Bonnes pratiques en matière de télémédecine**
Boudjema K., Simon P., Moulin T., et al.
- 12 **Reducing Disparities in Telemedicine: An Equity-Focused, Public Health Approach**
Lau J. et Knudsen J.
- 12 **Téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale : l'apport de « Mon Espace Santé »**
Simon P. et Moulin T.

Économie de la santé

Health Economics

- 13 **The Long-Run Effects of Diagnosis Related Group Payment on Hospital Lengths of Stay in a Publicly Funded Health Care System: Evidence From 15 Years of Micro Data**
Aragón M. J., Chalkley M. et Kreif N.
- 13 **Regional Differences in Healthcare Costs at the End of Life: An Observational Study Using Swiss Insurance Claims Data**
Bähler C., Rapold R., Signorell A., et al.

- 13 **L'introduction du paiement à la performance : quel impact sur l'activité des médecins généralistes en France ?**
Dormont B. et Samson A. L.

- 14 **Introduction à l'économie de la santé**
Franc C.

- 14 **Exploring Physician Agency Under Demand-Side Cost Sharing—An Experimental Approach**
Ge G., Godager G. et Wang J.

- 14 **Changes in Catastrophic Health Expenditures For Major Diseases After a 2013 Health Insurance Expansion in South Korea**
Lee H.-Y., Oh J. et Kawachi I.

- 14 **Individual Performance-Based Incentives For Health Care Workers in Organisation For Economic Co-Operation and Development Member Countries: A Systematic Literature Review**
Lin T. K., Werner K., Witter S., et al.

- 15 **National Health Expenditure Projections, 2021-2030: Growth to Moderate As Covid-19 Impacts Wane**
Poisal J. A., Sisko A. M., Cuckler G. A., et al.

- 15 **Effectiveness of Hospital Transfer Payments Under a Prospective Payment System: An Analysis of a Policy Change in New Zealand**
Schumacher C.

État de santé

Health Status

- 16 **Pollution and Health: A Progress Update**
Fuller R., Landrigan P. J., Balakrishnan K., et al.
- 16 **Health Outcomes in People 2 Years After Surviving Hospitalisation with Covid-19: A Longitudinal Cohort Study**
Huang L., Li X., Gu X., et al.
- 16 **Malgré des contaminations en hausse, nous sommes en train de sortir de l'exceptionnalité Covid »**
Lacombe K.

- 17 **The Impact of Increasing the United Kingdom National Minimum Wage on Self-Reported Health**
Maxwell J., Pryce R. et Wilson L. B.
- 17 **Impact of the First Wave of the Covid-19 Pandemic on Cancer Registration and Cancer Care: A European Survey**
Neamțiu L., Martos C., Giusti F., et al.
- 17 **Are Changes in Attitudes Towards School Associated with Declining Youth Drinking? a Multi-Level Analysis of 37 Countries**
Stevely A. K., Vashishtha R., Fairbrother H., et al.
- 18 **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.

Géographie de la santé Geography of Health

- 18 **Déserts médicaux**
Chevallard G. et Mousques J.
- 18 **Methodology For Building a Geographical Accessibility Health Index Throughout Metropolitan France**
Launay L., Guillot F., Gaillard D., et al.
- 19 **Inégalités face à la Covid-19 – Profils de territoire**
Ledésert B., Leclerc C. et Trottet L.
- 19 **Les déserts médicaux et le financement des CPTS**
Lopez R.
- 19 **Home Visits in Rural General Practice: What Does the Future Hold?**
Murphy R., McErlean S., Maguire S. E., et al.
- 20 **Definition and Categorization of Rural and Assessment of Realized Access to Care**
Zahnd W. E., Del Vecchio N., Askelson N., et al.

Hôpital Hospitals

- 21 **Organising and Managing Patient and Public Involvement to Enhance Quality Improvement – Comparing a Swedish and a Dutch Hospital**
Bergerum C., Wolmesjö M. et Thor J.
- 21 **Hospitalisation avec ou pour Covid-19 : quel indicateur de surveillance choisir ?**
Barjoan E. M., Allouche J., Legueult K., et al.
- 22 **Agir dans un monde d'incertitude : un défi pour les CHU. 17es assises hospitalo-universitaires**
Budet J. M., Pruvot F. R., Defever E., et al.
- 22 **Séjours longs en hospitalisation à domicile : impacts des facteurs sociodémographiques, cliniques et des parcours de soins**
Drine R., Georges A. et de Stampa M.
- 22 **Clinical Characteristics with Inflammation Profiling of Long Covid and Association with 1-Year Recovery Following**
Evans R. A., Leavy O. C., Richardson M., et al.
- 23 **Manuscript Title: Does Integrated Care Mean Fewer Hospitalizations? an Evaluation of a French Field Experiment**
Gaillard A., Garcia-Lorenzo B., Renaud T., et al.
- 23 **The Economic Effects of Rural Hospital Closures**
Malone T. L., Planey A. M., Bozovich L. B., et al.
- 23 **Is There a Bias in Patient Choices For Hospital Care? Evidence From Three Italian Regional Health Systems**
Martini G., Levaggi R. et Spinelli D.
- 24 **Covid-19, nombre de lits de soins critiques à l'hôpital et répartition entre les régions : quelles logiques suivent les pouvoirs publics ?**
Math A.
- 24 **How Do Busy Hospital Circumstances Affect Mortality and Readmission Within 60 Days: A Cohort Study of 680 000 Acute Admissions in Norway**
Nilsen S. M., Asheim A., Carlsen F., et al.
- 24 **La gradation des prises en charge ambulatoires : l'expérience du CHU de Bordeaux**
Ong N., Ramaroson H., Quattara E., et al.

- 25 **The Impact of an Integrated Care Intervention on Mortality and Unplanned Hospital Admissions in a Disadvantaged Community in England: A Difference-In-Differences Study**
Piroddi R., Downing J., Duckworth H., et al.
- 25 **L'amélioration de la survie serait un bénéfice supplémentaire et inattendu des programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie**
Slim K. et Regimbeau J. M.
- 25 **Impact of the Comprehensive Care For Joint Replacement Model on Patient Reported Outcomes**
Trombley M. J., Joneydi R., McNeely J., et al.
- 26 **The Impact of Inpatient Bed Capacity on Length of Stay**
Walsh B., Smith S., Wren M.-A., et al.
- 26 **A Comparative Study of Covid-19 Emergency Funds Allocated to the Health Sector: US, UK, and Canada**
Zhao J., Kim M., Westbrook G., et al.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 26 **Les inégalités d'accès aux ressources par les réseaux personnels chez les patients atteints de cancer**
Barthe J.-F. et Defossez A.
- 26 **Littérature en santé et crise sanitaire : l'exemple de la Covid-19**
Brunois T., Decuman S. et Perl F.
- 27 **Health Insurance Coverage and Health Outcomes Among Transgender Adults in the United States**
Campbell T. et Rodgers Y. v. d. M.
- 27 **Soigner les « précaires » en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique**
Marianne A. et Pitti L.
- 27 **Do Individuals' Attitudes Toward Immigrants Affect Their Own Health? Analysis of 15 European Countries**
Pinillos-Franco S. et Kawachi I.
- 28 **A Systematic Literature Review of Health Center Efforts to Address Social Determinants of Health**
Pourat N., Lu C., Huerta D. M., et al.

Médicaments Pharmaceuticals

- 28 **« Je ne tromperai jamais leur confiance » : Analyse de l'influence des laboratoires sur la relation médecin-patient en France**
Farvaque É., Garçon H. et Samson A.-L.
- 29 **Pediatric Outpatient Prescriptions in Countries with Advanced Economies in the 21st Century: A Systematic Review**
Taine M., Offredo L., Weill A., et al.

Méthodologie – Statistique Methodology - Statistics

- 29 **Algorithmes visant à identifier les patients asthmatiques dans les bases de données médico-administratives : une revue systématique de la littérature**
Curmin R., Iwatsubo Y., Dheyriat L., et al.
- 30 **Cohérence des données sur les causes de décès à l'échelle infranationale : les exemples de la Russie, de l'Allemagne, des États-Unis et de la France**
Danilova I., Rau R., Barbieri M., et al.
- 30 **Value and Challenges of Using Observational Studies in Systematic Reviews of Public Health Interventions**
Hilton Boon M., Burns J., Craig P., et al.
- 30 **Chaîner une base de données hospitalière avec les données de mortalité Insee**
Karimi M., Marghadi J., Luu J., et al.
- 31 **Evaluating the Effectiveness of a Local Primary Care Incentive Scheme: A Difference-In-Differences Study**
Khedmati Morasae E., Rose T. C., Gabbay M., et al.
- 31 **Age, Morbidity, or Something Else? a Residual Approach Using Microdata to Measure the Impact of Technological Progress on Health Care Expenditure**
Laudicella M., Li Donni P., Olsen K. R., et al.
- 31 **Application of Mixed Methods in Health Services Management Research: A Systematic Review**
Lee S.-Y. D., Iott B., Banaszak-Holl J., et al.

- 32 **ECOVIR : mise en place d'une cohorte en soins primaires, un exemple de coopération pluri-professionnelle ville-hôpital**

Petat H., Schuers M., Rabiya A., et al.

Politique de santé Health Policy

- 32 **La question de la fin de vie en temps de crise**
Aubry R.
- 33 **« Pour les Français, la santé est un enjeu majeur de la présidentielle »**
Dabi F.
- 33 **Chapitre 9. Les droits du patient et les pratiques de soins non conventionnelles : une protection insuffisante en droit français**
Dubuis A.
- 33 **Santé publique : les réponses aux défis de la pandémie de la Covid-19**
Henrard J.-C., Arborio S., Fond-Harmant L., et al.
- 34 **La loi du 2 janvier 2002 : vingt ans après**
Poinsot O., Rihal H., Cristol D., et al.
- 34 **En quoi la pandémie Covid-19 a-t-elle mis en question le pouvoir médical ?**
Pougnat R. et Pougnat L.
- 34 **La démocratie sanitaire**
Tabuteau D.

Politique publique Public Policy

- 35 **Public Health Lessons From the French 2012 Soda Tax and Insights on the Modifications Enacted in 2018**
Bodo Y. L., Etilé F., Julia C., et al.
- 35 **Gestion de la crise en France**
Brimo S., Marion É., Le Coz P., et al.
- 35 **Après la crise, l'écologie intégrale ?**
Ilcheva A.-M.

- 36 **L'Igas et son histoire : le long chemin vers un statut unifié (1990), sa mise en œuvre et ses évolutions**

Laroque M.

- 36 **Protéger l'état de santé de la population ou respecter les libertés individuelles en contexte épidémique**

Thébaud C.

- 36 **Quatre scénarios pour la transition écologique. L'exercice de prospective de l'ADEME Transition(s) 2050**

Vidalenc E., Bergey J.-L., Quiniou V., et al.

Prévention Prévention

- 37 **Les avancées du quinquennat 2017-2022 en matière de prévention**
Bourdillon F.
- 37 **The Epidemiology of Multimorbidity in France: Variations By Gender, Age and Socioeconomic Factors, and Implications For Surveillance and Prevention**
Coste J., Valderas J. M. et Carcaillon-Bentata L.
- 38 **Factors Associated with Mammography Screening Among Reunionese Women : A Cross-Sectional Study**
Deneche I., Touzani R., Bouhnik A. D., et al.
- 38 **Arrêt du tabac : une personnalisation nécessaire des programmes de sevrage**
Gallopel-Morvan K., Alla F., Bonnay-Hamon A., et al.
- 39 **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.
- 39 **Addiction au tabac : une coopération ville-hôpital intégrée à la pratique médicale**
Lajzerowicz N., Menard J., Montariol Y., et al.
- 39 **Crafting Successful State-Level Public Health Interventions to Vaccinate Homeless Populations During Covid-19**
Mathur P. K. et Dolgin N.
- 39 **Who Is Hesitant About Covid-19 Vaccines? the Profiling of Participants in a French Online Cohort**
Montagni I., Ouazzani-Touhami K., Pouymayou A., et al.

- 40 **Un modèle innovant d'intervention, de dépistage et de prise en charge mobile de la Covid-19 chez les personnes sans-abri à Marseille**

Mosnier É., Farnarier C., Mosnier M., et al.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

- 41 **Facteurs associés au choix du seuil d'efficacité dans les évaluations médico-économiques : revue systématique et méta-régression**

Boespflug N., Wittwer J. et Benard A.

- 41 **Economic Evaluation of Digital Health Interventions: Methodological Issues and Recommendations For Practice**

Gomes M., Murray E. et Raftery J.

- 41 **Understanding the Life Experiences of People with Multiple Complex Needs: Peer Research in a Health Needs Assessment**

Harland J. M., Adams E. A., Boobis S., et al.

- 42 **L'impact économique de la crise du Covid-19**

Jusot F. et Wittwer J.

- 45 **Does the Network Approach in Psychopathology Entail the Eclipse of the Disorder?**

Garcia M. et Rouchy E.

- 45 **A Systematic Review of Patient-Reported Outcome Measurement (PROM) and Provider Assessment in Mental Health: Goals, Implementation, Setting, Measurement Characteristics and Barriers**

Gelkopf M., Mazor Y. et Roe D.

- 45 **Étude biopsychosociale de l'impact du confinement Covid-19 sur la dépression et l'anxiété dans un échantillon de 1753 sujets francophones**

Gouvernet B. et Bonierbale M.

- 46 **Psychiatrie, PTSD et demande d'asile**

Huet F.

- 46 **Climate Change and Mental Health Research Methods, Gaps, and Priorities: A Scoping Review**

Hwong A. R., Wang M., Khan H., et al.

- 46 **The Long-Term Effect of the Earned Income Tax Credit on Women's Physical and Mental Health**

Jones L. E., Wang G. et Yilmazer T.

- 47 **Person-Centered Care in Persons Living with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis**

Lee K. H., Lee J. Y. et Kim B.

- 47 **Prevalence of Severe Cardiovascular Disease in Patients with Schizophrenia**

Marche J. C., Bannay A., Baillet S., et al.

- 47 **Mental Health of Migrants with Pre-Migration Exposure to Armed Conflict: A Systematic Review and Meta-Analysis**

Mesa-Vieira C., Haas A. D., Buitrago-Garcia D., et al.

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

Olié J. P., Bioulac B., Bontoux D., et al.

- 48 **Depression Deterioration of Older Adults During the First Wave of the Covid-19 Outbreak in Europe**

Paccagnella O. et Pongiglione B.

- 48 **Psychiatrie, santé mentale. Synonymes, faux amis, vrai couple ?**

Parizot S.

- 49 **Pandemics and the Impact on Physician Mental Health: A Systematic Review**

Peck J. A. et Porter T. H.

Psychiatrie

Psychiatry

- 43 **Trends in Outpatient Mental Health Services Use Before and During the Covid-19 Pandemic**

- 43 **Depressive Symptoms in Higher Students During the Covid-19 Pandemic: The Role of Containment Measures.**

Buffel V., Van de Velde S., Akvardar Y., et al.

- 43 **Recueillir des données sur la profession pour mieux se faire entendre**

Darmon L.

- 44 **Patient-Reported Indicators in Mental Health Care: Towards International Standards Among Members of the OECD**

de Bienassis K., Kristensen S., Hewlett E., et al.

- 44 **Development and Calibration of the PREMIUM Item Bank For Measuring Respect and Dignity For Patients with Severe Mental Illness**

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

- 49 **Patient-Reported Outcome Measurements (PROMs) and Provider Assessment in Mental Health: A Systematic Review of the Context of Implementation**
Roe D., Mazor Y. et Gelkopf M.
- 49 **Systemic and Individual Factors that Shape Mental Health Service Usage Among Visible Minority Immigrants and Refugees in Canada: A Scoping Review**
Salam Z., Odenigbo O., Newbold B., et al.
- 50 **Innover par-delà le secteur ? État des lieux d'un dispositif réactif de crise en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**
Sicot F. et Manuello P.

Sociologie de la santé *Sociology of Health*

- 50 **Le travail relationnel des médecins dans la prise en charge des patients : une étude qualitative des réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie dans deux centres hospitaliers universitaires**
Cucharero Atienza P.
- 51 **Éthique et santé publique**
Gaudray P., Zylberman P., Orobon F., et al.
- 51 **» Aller-vers « pour promouvoir la santé des populations**
Géry Y. et Hamel E.
- 51 **La participation des usagers/habitants à un projet de santé en équipe coordonnée, une utopie réalisable. Commentaire**
Menard D.
- 51 **Des dispositifs participatifs au service d'une vision extensive de la santé : la division du travail de participation au sein des maisons de santé**
Morize N.
- 52 **Éthique en période de crise sanitaire**
Rabary O., Wunenburger J.-J., Maglio M., et al.
- 52 **Les sciences humaines et sociales face à la pandémie de Covid-19 : une mobilisation extraordinaire**
Terral P. et Gaille M.

Soins de santé primaires *Primary health Care*

- 53 **Filière de consultations dédiées à la dermatologie en médecine générale**
Aboud S., Smail S., Mesthe P., et al.
- 53 **Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif**
Aghnatiou M., Darloy T., Dictor J., et al.
- 53 **The Challenge For General Practitioners to Keep in Touch with Vulnerable**
Bouchez T., Gautier S., Le Breton J., et al.
- 54 **Les soins primaires face à la Covid-19 : une comparaison Belgique, France, Québec et Suisse**
Bourgueil Y., Breton M., Cohidon C., et al.
- 54 **Soins primaires et Covid-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs**
Gautier S., Ray M., Rousseau A., et al.
- 54 **Transformations in the Landscape of Primary Health Care During Covid-19: Themes From the European Region**
Kumpunen S., Webb E., Permanand G., et al.
- 55 **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.
- 55 **Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France**
Moyal A. et Fournier C.
- 55 **Culture de sécurité des professionnels de santé en soins primaires : adaptation en langue française du questionnaire MOSPSC (« Medical Office Survey on Patient Safety Culture »)**
Shih C., Buchet-Poyau K., Keriél-Gascou M., et al.
- 56 **Provider Supply and Access to Primary Care**
Yee C. A., Barr K., Minegishi T., et al.

Systèmes de santé

Health Systems

- 56 **Governance of Academic Medical Centres in Changing Healthcare Systems: An International Comparison**
Cardinaal E., Dubas-Jakóbczyk K., Behmane D., et al.
- 57 **Measuring Patient Voice Matters: Setting the Scene For Patient-Reported Indicators**
de Bienassis K., Kristensen S., Hewlett E., et al.
- 57 **Health Systems Performance or Performing Health Systems? Anthropological Engagement with Health Systems Research**
Kielmann K., Hutchinson E. et MacGregor H.
- 57 **Improving the Value of Healthcare Systems Using the Triple Aim Framework: A Systematic Literature Review**
Kokko P.
- 58 **The Effects of Home Health Value-Based Purchasing on Home Health Care Quality in For-Profit and Nonprofit Agencies: A Comparative Interrupted Time-Series Analysis, 2012–2018**
Perera U. G. E., Dick A. W., Chastain A. M., et al.
- 58 **La résilience des systèmes de santé post-Covid : vers une plus grande coopération européenne**
Sagan A., Greer S., Webb E., et al.
- 58 **Do Individuals' Health Preferences Validate the Decentralization of the Public Health System in Spain ?**
SigÜEnza W. et Artabe A.
- 59 **What Is Value in Health and Healthcare? a Systematic Literature Review of Value Assessment Frameworks**
Zhang M., Bao Y., Lang Y., et al.

Travail et santé

Occupational Health

- 59 **Covid-19 et télétravail : un nouveau modèle**
59 **The Role of Paid Family Leave in Labor Supply Responses to a Spouse's Disability or Health Shock**
Anand P., Dague L. et Wagner K. L.

- 60 **Rapport 22-05. Activités physiques et sportives au travail, une opportunité pour améliorer l'état de santé des employés**
Bigard X.
- 60 **La sous-indemnisation des maladies professionnelles : un point de vue épidémiologique**
Goldberg M.
- 60 **Multimorbidity and Exit From Paid Employment: The Effect of Specific Combinations of Chronic Health Conditions**
Gurgel do Amaral G. S., Ots P., Brouwer S., et al.
- 60 **Conséquences possibles de la crise Covid-19 sur les organisations du travail et les risques professionnels : une étude prospective.**
Hery M., Malenfer M., Grzesiak L., et al.
- 61 **Follow-Up Regimes For Sick-Listed Employees: A Comparison of Nine North-Western European Countries**
Ose S. O., Kaspersen S. L., Leinonen T., et al.
- 61 **Occupational Stressors in Healthcare Workers in France**
Rollin L., Gehanno J.-F. et Leroyer A.
- 62 **La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'organisation de la médecine du travail en France : synthèse documentaire**
Safon M. O.

Vieillesse

Ageing

- 62 **Effet de la réforme de l'APA à domicile de 2015 sur les plans d'aide notifiés aux bénéficiaires**
Arnault L. et Wittwer J.
- 62 **The Effect of Involuntary Retirement on Healthcare Use**
Bíró A., Branyiczki R. et Elek P.
- 63 **Quand on vieillit, l'important c'est (de moins en moins ?) la santé**
Bussiere C., Sirven N. et Tessier P.
- 63 **Does Ageing Alter the Contribution of Health to Subjective Well-Being?**
Bussière C., Sirven N. et Tessier P.

- 64 **Impact of Multimorbidity and Frailty on Adverse Outcomes Among Older Delayed Discharge Patients: Implications For Healthcare Policy**
Ghazalbash S., Zargoush M., Mowbray F., et al.
- 64 **Les politiques de l'autonomie : vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants**
Giraud O. et Le Bihan B.
- 64 **Santé des proches aidants et interventions de santé publique pour améliorer leur santé**
Laborde C., Bigossi F. et Gremy I.
- 65 **Does the Amount of Formal Care Affect Informal Care? Evidence Among Over-60S in France**
Perdrix E. et Roquebert Q.
- 65 **Contextual Factors Influencing Complex Intervention Research Processes in Care Homes: A Systematic Review and Framework Synthesis**
Peryer G., Kelly S., Blake J., et al.
- 65 **Impact of Formal Care Consumption on Informal Care Use in Europe: What Is Happening at the Beginning of Dependency?**
Rapp T., Ronchetti J. et Sicsic J.
- 66 **Garantir la dignité du quotidien**
Rémond B.
- 66 **Renforcer l'autonomie à domicile : retour d'expérience de la démarche IsèreADOM**
Soler J., Masson Z., Chirié V., et al.

Health Insurance**► Grande Sécu : la solution est déléterè. Une contreproposition est nécessaire**

GUENIAU J.

2022

Paris : CES

<https://www.ces-asso.org/grande-secu-la-solution-est-deleterè-une-contreproposition-est-nécessaire>

L'avalanche réglementaire sur les complémentaires santé a suivi quatre logiques différentes depuis le début des années 1990, incohérentes voire incompatibles entre elles : l'universalisation de la couverture complémentaire et son uniformisation entre les acteurs d'une part, la concurrence pour baisser les prix d'autre part, la compensation du désengagement de la Sécurité sociale, puis la lutte contre le renoncement aux soins pour raisons financières. On peut citer pour emblème le contrat responsable. Ce dernier visait en 2006 à encadrer la complémentaire santé, afin de ne pas gêner le contrôle du parcours médecin traitant instauré pour lutter contre la consommation médicale injustifiée, puis en 2015 il limitait la prise en charge des dépassements d'honoraires, enfin en 2020, avec le 100 % santé, loin de limiter la consommation, il la favorisait sur les postes optique, dentaire et audiologie, par l'instauration d'un remboursement obligatoire sans reste à charge de certains paniers. Les incohérences de ces politiques successives ont produit un marché de la complémentaire santé « défaillant » : inégalité de traitement, d'accès financier aux soins, inflation de coûts, renchérissement des garanties complémentaires devenue pour certaines personnes, il est vrai, difficilement supportable et dont la rentabilité pour les Organismes Complémentaires (OC) devient problématique. Le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) propose un scénario de disparition des complémentaires santé pour répondre aux maux que l'avalanche réglementaire, qui ne cesse de s'abattre sur les complémentaires santé depuis 30 ans, a elle-même créé. Mais ce scénario de « Grande Sécu » constituerait une énième évolution réglementaire, qui aggraverait une dette sociale abyssale, tout en créant une médecine à deux vitesses.

► Universal Health Coverage As Hegemonic Health Policy in Low- and Middle-Income Countries: A Mixed-Methods Analysis

SMITHERS D. ET WAITZKIN H.

2022

Social Science & Medicine 302: 114961.<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114961>

Universal health coverage (UHC) has become an influential global health policy. This study asked whether and to what extent UHC became a "hegemonic" health policy. The article consists of three parts: a historical timeline of UHC's rise, a bibliometric analysis of UHC in the literature, and a qualitative thematic analysis of how UHC is defined and the thematic content of those definitions. The roots of UHC can be traced to policies enacted by international financial institutions (IFIs) such as the World Bank and International Monetary Fund (IMF) during the latter half of the twentieth century. These policies caused the debt of low- and middle-income countries (LMICs) to rise precipitously and led the same IFIs and other institutions like the World Health Organization to become involved in the development and restructuring of health systems. UHC was presented as the leading method for financing development of health systems. As the bibliometric analysis shows, UHC has come to predominate in the literature around health system reforms. The thematic analysis based on a random selection of papers obtained in the bibliometric component of the study shows that often the term is not defined or only poorly defined. There is wide variation in the definitions, with many papers mentioning concepts such as quality, access, and equity without further clarification. Usually, papers define UHC to include tiering of benefits, with discussions of financing that focus on preventing "catastrophic [individual] expenditures" rather than discussing universal budgeting of a national health care system or national health insurance. We conclude that UHC has become hegemonic within global health policy, to the exclusion of discussions about other approaches to the transformation of health systems that are not predominately based on insurance coverage such as Health Care for All system, a system which provides equal services for the entire population.

E- santé – Technologies médicales / E-Health

Medical Technologies

► **Bonnes pratiques en matière de télémédecine**

BOUDJEMA K., SIMON P., MOULIN T., *et al.*

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (Ahead of print).

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

La télémédecine ou médecine à distance s'est imposée aux soignants à la faveur de la pandémie à SARS-Cov2. Elle doit être considérée comme un outil capable d'améliorer la pratique d'une médecine moderne. Ce texte en rappelle les règles d'exercice et incite à en organiser l'enseignement.

► **Reducing Disparities in Telemedicine: An Equity-Focused, Public Health Approach**

LAU J. ET KNUDSEN J.

2022

Health Affairs 41(5): 647-650.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00314>

Telemedicine remains a valuable tool for obtaining health care services more than two years into the Covid-19 pandemic. As the US enters a new phase of pandemic recovery with virtual care firmly established as a care modality, telehealth regulations, models, and payments must transform for long-term sustainability. A thoughtful approach is essential to ensuring that the future of telemedicine removes disparities in health care access and outcomes instead of exacerbating them. Public health practice can shed light on how to address health inequities at the neighborhood level by using a data-driven approach, collaborating with communities, and designing policies with equity in mind.

► **Téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale : l'apport de « Mon Espace Santé »**

SIMON P. ET MOULIN T.

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.03.008>

Avec la création de la plateforme d'État « Mon Espace Santé » (MES), la pratique de la télémédecine devient clinique, c'est-à-dire que la relation du médecin avec le patient est renforcée par un accès à ses données personnelles de santé hébergées dans le Dossier médical partagé (DMP) de MES. L'accès à ces données personnelles est devenu possible lors de tout acte médical à distance (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale), ce qui renforce sa pertinence. Cette évolution vers la télémédecine clinique, grâce à l'accès aux données personnelles de santé, ne peut qu'améliorer les parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques dont le nombre ne fera que progresser au cours du XXI^e siècle.

Health Economics

► **The Long-Run Effects of Diagnosis Related Group Payment on Hospital Lengths of Stay in a Publicly Funded Health Care System: Evidence From 15 Years of Micro Data**

ARAGÓN M. J., CHALKLEY M. ET KREIF N.
2022

Health Economics 31(6): 956-972

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4479>

Diagnosis Related Group (DRG) payment systems are a common means of paying for hospital services. They reward greater activity and therefore potentially encourage more rapid treatment. This paper uses 15 years of administrative data to examine the impact of a DRG system introduced in England on hospital lengths of stay. We utilize different econometric models, exploiting within and cross jurisdiction variation, to identify policy effects, finding that the reduction of lengths of stay was greater than previously estimated and grew over time. This constitutes new and important evidence of the ability of financing reform to generate substantial and persistent change in health-care delivery.

► **Regional Differences in Healthcare Costs at the End of Life: An Observational Study Using Swiss Insurance Claims Data**

BÄHLER C., RAPOLD R., SIGNORELL A., *et al.*
2020

International Journal of Public Health 65.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-020-01428-w>

We evaluated healthcare cost differences at the end of life (EOL) between language regions in Switzerland, accounting for a comprehensive set of variables, including treatment intensity. Methods We evaluated 9716 elderly who died in 2014 and were insured at Helsana Group, with data on final cause of death provided by the Swiss Federal Statistical Office. EOL healthcare costs and utilization, ≥ 1 ICU admission and 10 life-sustaining interventions (cardiac catheterization, cardiac assistance device implantation, pulmonary artery wedge monitoring, cardiopulmonary resuscitation, gastrostomy, blood transfusion, dialysis, mechanical ventilation, intravenous antibiotics, cancer chemo-

therapies) reimbursed by compulsory insurance were examined. Results Taking into consideration numerous variables, relative cost differences decreased from 1.27 (95% CI 1.19–1.34) to 1.06 (CI 1.02–1.11) between the French- and German-speaking regions, and from 1.12 (CI 1.03–1.22) to 1.08 (CI 1.02–1.14) between the Italian- and German-speaking regions, but standardized costs still differed. Contrary to individual factors, density of home-care nurses, treatment intensity, and length of inpatient stay explain a substantial part of these differences. Conclusions Both supply factors and health-service provision at the EOL vary between Swiss language regions and explain a substantial proportion of cost differences.

► **L'introduction du paiement à la performance : quel impact sur l'activité des médecins généralistes en France ?**

DORMONT B. ET SAMSON A. L.
2021

Economie & Statistique(524-525): 11-29.

<https://doi.org/10.24187/ecostat.2021.524d.2045>

En France, un système de paiement à la performance a été proposé aux médecins en 2009 via le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). Cette étude évalue l'impact causal du CAPI sur leurs comportements d'offre de soins. À partir d'un panel de médecins généralistes libéraux observés avant (2005 et 2008) et après (2011) sa mise en place, nous estimons un modèle en différences premières à variable instrumentale pour corriger des biais d'endogénéité liés au fait que l'adhésion au CAPI est un choix. Nous montrons que les adhérents au CAPI n'ont pas diminué, contrairement aux autres médecins, le nombre de consultations par patient ni le montant des prescriptions par patient. Ils ont également augmenté, plus fortement que les autres, la part de leurs patients suivis en tant que médecin traitant. Par ailleurs, le CAPI a permis d'augmenter les honoraires par patient, avec en conséquence, un coût de prise en charge plus élevé pour la Sécurité sociale.

► **Introduction à l'économie de la santé**

FRANC C.

2021

Economie & Statistique(524-525): 5-9.

<https://doi.org/10.24187/ecostat.2021.524d.2041>

Au cours de la dernière décennie, la revue *Économie et Statistique* avait consacré deux numéros spéciaux aux questions liées au secteur de la santé. Après ces numéros spéciaux parus en 2013 et en 2016, la présente édition rassemble dans un dossier thématique une sélection d'articles issus des 41^{es} Journées des économistes de la santé français (JESF) qui se sont tenues à l'université de Poitiers en décembre 2019.

► **Exploring Physician Agency Under Demand-Side Cost Sharing—An Experimental Approach**

GE G., GODAGER G. ET WANG J.

2022

Health Economics 31(6): 1202-1227.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4489>

The assumption of patient-regarding physicians has been widely adopted in the health economics literature. Physicians' patient-regarding preferences are often described as the concern for the health benefits of medical treatments, and thus closely related to the norms and ethics of the medical profession. In this paper, we ask whether physicians' patient-regarding preferences include a concern for their patient's consumption opportunities alongside patient's health benefits. To identify and quantify physicians' preferences, we design and conduct an incentivized laboratory experiment where choices determine separately the health benefits and the consumption opportunities of a real patient admitted to the nearest hospital. We find strong evidence that future physicians care about their patients' consumption opportunities.

► **Changes in Catastrophic Health Expenditures For Major Diseases After a 2013 Health Insurance Expansion in South Korea**

LEE H.-Y., OH J. ET KAWACHI I.

2022

Health Affairs 41(5): 722-731.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01320>

The South Korean National Health Insurance scheme

has lacked sufficient coverage scope (services covered) and depth (costs covered) since it achieved national coverage in 1989. The government implemented two separate welfare plans (2004-08 and 2009-12) to improve the financial protection of National Health Insurance by mainly focusing on costs covered. The third plan (initiated in 2013) was the most comprehensive, addressing both scope and depth. We evaluated the impact of this benefit expansion policy for four categories of major disease (cancer, cardiac disease, cerebrovascular disease, and rare diseases) on catastrophic health expenditures, impoverishment, and unmet need. Using 2012-17 Korean Health Panel Survey data, we performed difference-in-differences analyses and triple-difference analyses to examine the differential impact of policy across income groups. The policy reduced catastrophic health expenditures among beneficiary households across almost all post-policy years. However, there was no average effect on reducing household impoverishment or unmet need. The policy had mixed effects by income but did not generally favor low-income households. To provide stronger financial protection, the policy must address issues beyond expanding coverage, such as provider payment structure. In addition, special policy measures for low-income households need to be adopted.

► **Individual Performance-Based Incentives For Health Care Workers in Organisation For Economic Co-Operation and Development Member Countries: A Systematic Literature Review**

LIN T. K., WERNER K., WITTER S., *et al.*

2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.016>

In response to rising costs and growing concerns about safety, quality, equity and affordability of health care, many countries have now developed and deployed performance-based incentives, targeted at facilities as well as individuals. Evidence of the effect of these efforts has been mixed; it remains unclear how effective strategies of varying design and magnitude (relative to provider salary) are at incentivizing individual-level performance. This study reviews the current evidence on effectiveness of individual-level performance-based incentives for health care in Organisation for Economic Co-operation and Development countries, which are relatively well situated to implement, monitor and evaluate performance-based incentives

programs. We delineate the conditions under which sanctions or rewards – in the context of gain-seeking, loss aversion, and increased social pressure to modify behaviors – may be more effective. We find that programs that utilized positive reinforcement methods are most commonly observed – with slightly more overall bonus incentives than payment per output or outcome achieved incentives. When comparing the outcomes from negative reinforcement methods with positive reinforcement methods, we found more evidence that positive reinforcement methods are effective at improving health care worker performance. Overall, just over half of the studies reported positive impacts, indicating the need for care in designing and adopting performance-based incentives programs.

► **National Health Expenditure Projections, 2021-2030: Growth to Moderate As Covid-19 Impacts Wane**

POISAL J. A., SISCO A. M., CUCKLER G. A., *et al.*

2022

Health Affairs (41) 4

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00113>

Although considerable uncertainty remains, the Covid-19 pandemic and public health emergency are expected to continue to influence the near-term outlook for national health spending and enrollment. National health spending growth is expected to have decelerated from 9.7 percent in 2020 to 4.2 percent in 2021 as federal supplemental funding was expected to decline substantially relative to 2020. Through 2024 health care use is expected to normalize after the declines observed in 2020, health insurance enrollments are assumed to evolve toward their prepandemic distributions, and the remaining federal supplemental funding is expected to wane. Economic growth is expected to outpace health spending growth for much of this period, leading the projected health share of gross domestic product (GDP) to decline from 19.7 percent in 2020 to just over 18 percent over the course of 2022-24. For 2025-30, factors that typically drive changes in health spending and enrollment, such as economic, demographic, and health-specific factors, are again expected to primarily influence trends in the health sector. By 2030 the health spending share of GDP is projected to reach 19.6 percent.

► **Effectiveness of Hospital Transfer Payments Under a Prospective Payment System: An Analysis of a Policy Change in New Zealand**

SCHUMACHER C.

2022

Health Economics (Ahead of print).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4508>

Prospective payment systems reimburse hospitals based on diagnosis-specific flat fees, which are generally based on average costs. While this encourages cost-consciousness on the part of hospitals, it introduces undesirable incentives for patient transfers. Hospitals might feel encouraged to transfer patients if the expected treatment costs exceed the diagnosis-related flat fee. A transfer fee would discourage such behavior and, therefore, could be welfare enhancing. In 2003, New Zealand introduced a fee to cover situations of patient transfers between hospitals. We investigate the effects of this fee by analyzing 4,020,796 health-care events from 2000 to 2007 and find a significant reduction in overall transfers after the policy change. Looking at transfer types, we observe a relative reduction in transfers to non-specialist hospitals but a relative increase in transfers to specialist facilities. It suggests that the policy change created a focusing effect that encourages public health care providers to transfer patients only when necessary to specialized providers and retain those patients they can treat. We also find no evidence that the transfer fee harmed the quality of care, measured by mortality, readmission and length of stay. The broader policy recommendation of this research is the introduction or reassessment of transfer payments to improve funding efficiency.

Health Status

► **Pollution and Health: A Progress Update**

FULLER R., LANDRIGAN P. J., BALAKRISHNAN K., *et al.*

2022

The Lancet Planetary Health(Ahead of print).

[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00090-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00090-0)

The Lancet Commission on pollution and health reported that pollution was responsible for 9 million premature deaths in 2015, making it the world's largest environmental risk factor for disease and premature death. We have now updated this estimate using data from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2019. We find that pollution remains responsible for approximately 9 million deaths per year, corresponding to one in six deaths worldwide. Reductions have occurred in the number of deaths attributable to the types of pollution associated with extreme poverty. However, these reductions in deaths from household air pollution and water pollution are offset by increased deaths attributable to ambient air pollution and toxic chemical pollution (ie, lead). Deaths from these modern pollution risk factors, which are the unintended consequence of industrialisation and urbanisation, have risen by 7% since 2015 and by over 66% since 2000. Despite ongoing efforts by UN agencies, committed groups, committed individuals, and some national governments (mostly in high-income countries), little real progress against pollution can be identified overall, particularly in the low-income and middle-income countries, where pollution is most severe. Urgent attention is needed to control pollution and prevent pollution-related disease, with an emphasis on air pollution and lead poisoning, and a stronger focus on hazardous chemical pollution. Pollution, climate change, and biodiversity loss are closely linked. Successful control of these conjoined threats requires a globally supported, formal science policy interface to inform intervention, influence research, and guide funding. Pollution has typically been viewed as a local issue to be addressed through subnational and national regulation or, occasionally, using regional policy in higher-income countries. Now, however, it is increasingly clear that pollution is a planetary threat, and that its drivers, its dispersion, and its effects on health transcend local boundaries and demand a global response. Global action on all

major modern pollutants is needed. Global efforts can synergise with other global environmental policy programmes, especially as a large-scale, rapid transition away from all fossil fuels to clean, renewable energy is an effective strategy for preventing pollution while also slowing down climate change, and thus achieves a double benefit for planetary health.

► **Health Outcomes in People 2 Years After Surviving Hospitalisation with Covid-19: A Longitudinal Cohort Study**

HUANG L., LI X., GU X., *et al.*

2022

The Lancet Respiratory Medicine.

[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00126-6](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00126-6)

With the ongoing Covid-19 pandemic, growing evidence shows that a considerable proportion of people who have recovered from Covid-19 have long-term effects on multiple organs and systems. A few longitudinal studies have reported on the persistent health effects of Covid-19, but the follow-up was limited to 1 year after acute infection. The aim of our study was to characterise the longitudinal evolution of health outcomes in hospital survivors with different initial disease severity throughout 2 years after acute Covid-19 infection and to determine their recovery status.

► **Malgré des contaminations en hausse, nous sommes en train de sortir de l'exceptionnalité Covid »**

LACOMBE K.

2022

The Conversation

<https://theconversation.com/malgre-des-contaminations-en-hausse-nous-sommes-en-train-de-sortir-de-lexceptionnalite-Covid-180227>

Avec près de 150 000 contaminations en une journée, soit une augmentation de 50 % en une semaine, la France voit-elle se profiler une nouvelle vague de Covid? Comment se faire une idée cohérente de la situation épidémique, alors que les chiffres en hausse semblent mettre en porte-à-faux le relâchement des mesures barrière et l'abandon de l'obligation

du masque dans de nombreux espaces. Le Pr Karine Lacombe, infectiologue et Cheffe de Service des maladies infectieuses et tropicales (Hôpital Saint-Antoine, Paris), analyse l'évolution actuelle du Covid et de la grippe, dans le pays et à l'hôpital.

► **The Impact of Increasing the United Kingdom National Minimum Wage on Self-Reported Health**

MAXWELL J., PRYCE R. ET WILSON L. B.
2022

Health Economics 31(6): 1167-1183.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4490>

There is a growing but mixed literature on the health effects of minimum wages. If minimum wage changes have a statistically significant impact on health, this suggests health effects should be incorporated into cost-benefit analyses to capture wider policy impacts. Whilst most existing UK based literature examines the introduction of a minimum wage, this paper exploits the 2016, 2017 and 2018 UK National Minimum Wage (NMW) increases as natural experiments using a series of difference-in-differences models. Short Form-12 (SF-12) mental and physical component summary scores are used as dependent variables. In the base case and all sensitivity analyses, the estimated impact of NMW increases on mental and physical health are insignificant. The policy implication is that health effects should not be included in cost-benefit analyses examining the NMW.

► **Impact of the First Wave of the Covid-19 Pandemic on Cancer Registration and Cancer Care: A European Survey**

NEAMȚIU L., MARTOS C., GIUSTI F., *et al.*
2021

European Journal of Public Health 32(2): 311-315.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab214>

The coronavirus disease Covid-19 pandemic posed a number of challenges to the oncology community, particularly the diagnosis and care of cancer patients while ensuring safety from the virus for both patients and professionals: minimization of visits to the hospital, cancellation of the screening programmes and the difficulties in the management and operation of cancer registries (CRs) while working remotely. This article describes the effects in the medium term of the first wave of the Covid-19 pandemic on cancer registration

in Europe, focusing on changes in cancer detection and treatment, possible reduction of CR resources and difficulties in the access to data sources. A questionnaire was distributed in June 2020 to the directors of 108 CRs from 34 countries affiliated to the European Network of Cancer Registries, providing a 37% response rate. The results of the survey showed that cancer-screening programmes were mostly stopped or slowed down in the majority of regions covered by the respondent CRs. Cancer diagnostics and treatments were severely disrupted. The cancer registration process was also disrupted, due to changes in the work modalities for the personnel, as well as to the difficulties in accessing sources and/or receiving the notifications. In some CRs, staff was allocated to different activities related to controlling the pandemic. Several CRs reported that they were investigating the impact of Covid-19 on cancer care via dedicated studies. A careful analysis will be necessary for proper interpretation of temporal and geographical variations of the 2020 cancer burden indicators.

► **Are Changes in Attitudes Towards School Associated with Declining Youth Drinking? a Multi-Level Analysis of 37 Countries**

STEVELY A. K., VASHISHTHA R., FAIRBROTHER H., *et al.*

2022

European Journal of Public Health (32)3 : 354-359

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac029>

Changes in adolescents' attitudes towards school are a potential explanation for recent declines in young people's alcohol consumption. However, this has not been tested using multi-national survey data, which would permit stronger causal inferences by ruling out other country-specific explanations. This study, therefore, uses an international survey of schoolchildren to examine the associations between changing attitudes towards school and adolescent alcohol consumption. We used data from 247325 15-year-olds across 37 countries participating in four waves of the Health Behaviour in School-aged Children study (2001/02–2013/14). Attitudes towards school were assessed using two measures—self-reported pressure from schoolwork and whether respondents like school. Outcome measures were weekly alcohol consumption and having been drunk twice in one's lifetime. We used whole population and gender-specific hierarchical linear probability models to assess the relationship between

attitudes and alcohol outcomes within countries over time. Country-level changes over time in liking school were not associated with changes in alcohol consumption. However, a 10% increase in feeling pressured by schoolwork was associated with a 1.8% decline in drunkenness [95% confidence interval (CI): -3.2% to -0.3%] and weakly associated with a 1.7% decline in weekly drinking (95% CI: -3.6% to 0.2%). Among girls only, increases in feeling pressured by schoolwork were associated with a 2.1% decline in weekly drinking (95% CI: -3.7% to -0.6%) and a 2.4% decline in drunkenness (95% CI: -3.8% to -1.1%). Changes in attitudes towards school may have played a minor role in the decline in alcohol consumption among adolescent girls only.

► **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 399(10334): 1513-1536.

[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.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Déserts médicaux**

CHEVILLARD G. ET MOUSQUES J.
2022

Déserts médicaux : quelles réponses d'ici 2030, et au-delà ? Paris : CES

<https://www.ces-asso.org/deserts-medicaux-queelles-reponses-dici-2030-et-au-dela>

Les préoccupations relatives à la raréfaction de la ressource humaine en santé et à son inégale répartition géographique, sous le vocable de désert médicaux, sont particulièrement vives dans le débat public en France. Relativement bien placée en matière de dotation globale médicale au début des années 2000, la France n'a cessé de rétrograder depuis pour se situer en 2020 respectivement au 24^{ème} rang et 19^{ème} rang des 27 pays de l'UE en termes de nombre de médecins ou spécifiquement de généralistes (en exercice) pour 1000 habitants. Surtout, le constat des inégalités de répartition géographique, notamment en soins de premiers recours, et de leurs conséquences actuelles en termes de dégradation de l'accès aux soins pour une part croissante de la population, sont aujourd'hui bien posées et consensuelles. On estime aujourd'hui qu'environ 30 % de la population française, très majoritairement dans les marges rurales ou certains espaces

périurbains, réside dans des territoires sous dotés à un ensemble des services de premiers recours, dont la médecine générale, contre un peu moins de 8 % en 2012. Si le constat est partagé, les solutions à mettre en œuvre à court ou moyen terme (avant 2030) et à long terme (au-delà) ne font pas toujours l'unanimité. L'urgence de la situation actuelle, autant que la prochaine présidentielle, stimulent de nouveau le débat. Cet article fait le point sur les propositions qui émergent actuellement.

► **Methodology For Building a Geographical Accessibility Health Index Throughout Metropolitan France**

LAUNAY L., GUILLOT F., GAILLARD D., *et al.*
2019

PLoS One 14(8): e0221417.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221417>

Spatial accessibility to health services is a key factor in terms of public health. Even though some tools are available, establishing accessibility criteria applicable from one geographic scale to another remains difficult. Therefore, we propose a method for creating a health accessibility index applicable on a large geographic

scale, based on a methodology that overcomes the limitations of political-administrative divisions and which allows a multi-scalar approach to be implemented. The index highlights, on a national scale, areas of cumulative health disadvantages. This index of accessibility to health care combines accessibility and availability and can be adapted to many geographical scales. As accessibility can be understood in various dimensions, a score could be calculated for various fields such as education and culture. The index can help policymakers to identify under-endowed areas and find optimal locations. In terms of public health, it may be used to understand the mechanisms underlying geographic health disparities.

► Inégalités face à la Covid-19 – Profils de territoire

LEDÉSERT B., LECLERC C. ET TROTTET L.
2021

Santé Publique 33(6): 847-852.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-847.htm>

En pleine crise sanitaire de la Covid-19, les Observatoires régionaux de santé (ORS) et la Fédération nationale des ORS ont choisi de mettre à disposition leur expertise dans le développement et la production d'indicateurs de santé; et ce afin venir en appui aux politiques publiques locales et nationales, en prévision de la gestion du déconfinement de la population. L'objectif de ce travail était de caractériser, le plus finement possible, les territoires, y compris ultramarins, à partir d'indicateurs pouvant décrire à la fois la population susceptible de présenter des formes graves de la Covid-19 et les situations démographiques et sociales pouvant favoriser la circulation du Sars-Cov-2 à l'origine de cette maladie. Résultats : 1 250 fiches profils, une pour chaque établissement public de coopération intercommunale (EPCI) dans les départements français (hors Mayotte) présentant 34 indicateurs ont été produites. Une synthèse nationale incluant une typologie de ces territoires en sept classes a également été élaborée. Conclusion : Ce travail montre la possibilité de décliner, de manière systématique et à des échelons géographiques fins, des séries d'indicateurs en lien avec une thématique spécifique. Assorti d'une typologie des territoires, cet outil peut contribuer, avec d'autres, à la gestion d'une crise sanitaire.

► Les déserts médicaux et le financement des CPTS

LOPEZ R.
2022

Cahiers de Santé Publique Et de Protection Sociale (Les)(40): 4.

<https://cahiersdesante.fr/editions/les-deserts-medicaux-et-le-financement-des-cpts/>

L'auteur dénonce l'inadaptation des CPTS prévues par la loi qui sont maintenant passées sous le contrôle des médecins libéraux. La population est éloignée du dispositif et les financements serviront les intérêts de quelques-uns. Il prend l'exemple de la région des pays de la Loire.

► Home Visits in Rural General Practice: What Does the Future Hold?

MURPHY R., MCERLEAN S., MAGUIRE S. E., *et al.*
2022

Rural Remote Health 22(2): 6767.

INTRODUCTION: Declining house-call rates have been documented worldwide; however, up-to-date data on current rates are lacking, particularly in rural settings. Systematic reviews in this area are inconsistent; however, other work, principally qualitative research, demonstrates benefits for both doctors and patients. The aim of this study was to establish the current rate of, and reasons for, home visits in a rural general practice setting. METHODS: This was a descriptive observational study in the north-west of Ireland. Fourteen general practice training practices with approximately 30 000 patients were recruited. Data on house calls done in each practice were collected during May and June 2019. Anonymised data were analysed using Microsoft Excel and GraphPad. RESULTS: Data were received on 547 house calls. The rate of house calls done within normal working hours (443) was calculated at 87 house calls/1000 patients/year (raw proportion 1.44%). Using the N-1 2 test, this rate was compared to that calculated in a similar 2009 study (143/1000/year; raw proportion 2.43%), giving a difference of 0.991% (95% confidence interval 0.759-1.22%; $p < 0.001$). This is a statistically significant reduction of 40% over 10 years. Most (86.2%) house calls were to patients aged over 65 years. House calls were commonly done for respiratory infection (17%), other infections (12%), palliative care (11%) and pain (11%). Most patients were managed solely within the community (88.3%), with 45.8% of those requiring a prescription, and only 11.7% of

house calls being referred to hospital. **CONCLUSION:** There are documented benefits to home visits and yet the rate of house calls has been declining worldwide. With no recent literature on the rate or reasons for home visits in rural general practice, this research has demonstrated that the house call rate in the north-west of Ireland is falling, mirroring the decline seen in other parts of Europe, Australia and the USA. These house calls are mainly for elderly patients to address infection or palliative care, and the majority can be managed successfully by general practitioners in the community. With an ageing population with increasing multi-morbidity, planning for care delivery to these patients is important for clinicians going forward. We now need to decide if house calls are a service worth saving.

► **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 57(3): 693-702.

<https://doi.org/10.1111/1475-6773.13951>

The objective 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 sociodemographic 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.

Hospitals**► Organising and Managing Patient and Public Involvement to Enhance Quality Improvement – Comparing a Swedish and a Dutch Hospital**BERGERUM C., WOLMESJÖ M. ET THOR J.
2022**Health Policy.**<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.002>

As co-production approaches to quality improvement (QI) gain importance in healthcare, hospital leaders and managers are expected to organise and support such efforts. Yet, patient and public involvement (PPI) can be challenging. Hospital organisations, emphasising knowledge and evidence domains, are characterised by operational-professional rather than patient-preference led management. Thus, PPI adds aspects of influence and responsibility that are not clearly defined or understood, with limited knowledge about how it can be orchestrated. This study, therefore, aimed to explore hospital leaders' and managers' contextualised experiences of managing QI efforts involving patients, by comparing two European hospitals. The study draws on field observations and qualitative interviews with a total of 21 QI team leaders and hospital managers in a Swedish and a Dutch hospital organisation. The data were subjected to thematic analysis with a critical realist approach. Results define seven themes, or areas, in which mechanisms are at play: (1) patient involvement in hospital QI, and (2) improving outcomes for patients, originating from the strategic view of achieving the hospital vision. Furthermore, (3) societal influence, (4) knowledge and evidence, (5) complexity, (6) individual resources, and (7) cooperation are areas in which mechanisms operate in the process. These areas are equally relevant for both hospitals, yet the mechanisms involved play out differently depending on contextual structure and local means of action.

► Hospitalisation avec ou pour Covid-19 : quel indicateur de surveillance choisir ?BARJOAN E. M., ALLOUCHE J., LEGUEULT K., *et al.*
2021**Santé Publique 33(5): 725-728.**<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-5-page-725.htm?ref=doi>

Dans l'épidémie de SARS-CoV-2, le suivi des indicateurs de surveillance est une question centrale. But de l'étude : Nous avons pu décrire le suivi de l'épidémie des patients hospitalisés dans les Alpes-Maritimes à partir de trois sources de données : 1) Santé publique France (SPF) via le logiciel SI-VIC, 2) l'agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) avec les données d'hospitalisation conventionnelle ou de réanimation départementales reprises de SI-VIC, en les ajustant à celles des établissements de santé (ES), 3) les ES des Alpes-Maritimes associés à l'ARS Paca et au département de Santé publique (DSP) du CHU de Nice, avec le recueil de patients hospitalisés en secteur conventionnel ou en réanimation/soins intensifs dans les lits dédiés Covid-19. L'objectif de cette étude était de vérifier la cohérence de ces trois systèmes d'information. Résultats : Nous avons observé des disparités entre le nombre de cas d'hospitalisation de SPF et les données issues du ES/ARS/DSP, différences non observées pour les patients hospitalisés en réanimation. Le Conseil scientifique utilise les données de SPF du nombre d'hospitalisations ou de lits de réanimation pour motiver ses avis. Or les données de SPF issues de SI-VIC ont associé des patients hospitalisés pour Covid et des patients, testés PCR positif, mais dont le motif d'hospitalisation n'est pas en rapport avec une infection à SARS-CoV2 (patients anciennement infectés ou asymptomatiques). Conclusions : Nous pensons que les indicateurs de surveillance hospitalière ne devraient prendre en compte que le nombre de patients en hospitalisation conventionnelle ou en réanimation pour une infection Covid-19.

► **Agir dans un monde d'incertitude : un défi pour les CHU. 17es assises hospitalo-universitaires**

BUDET J. M., PRUVOT F. R., DEFEVER E., *et al.*
2022

Gestions Hospitalières(614): 156-196.

Les 17^{es} Assises hospitalo-universitaires se sont tenues les 9 et 10 décembre 2021 à Lille, en pleine 5^e vague de la pandémie Covid, dans un climat d'incertitude qui a fait craindre à chaque instant leur annulation. Il aura fallu la ténacité et l'engagement des organisateurs, des participants et des intervenants pour que se déroule cette passionnante session sur un thème d'actualité brûlante, que la guerre en Ukraine a depuis réactualisé s'il en était besoin. La plupart des certitudes qui faisaient croire que les maladies infectieuses et les conflits ne concernaient plus qu'un monde lointain, que nos procédures, nos connaissances et nos précautions nous éloignaient des aléas de la vie, se sont effondrées comme un château de cartes. Certes, l'incertitude n'était pas absente mais elle semblait sous contrôle, qu'elle soit économique, financière et médicale. Avec l'irruption brutale de la pandémie en décembre 2019, l'incertitude, après un temps d'incrédulité et de sidération, a dominé, pesé et demandé mobilisation et agilité à un système hospitalo-universitaire qui a retrouvé spontanément les valeurs fondatrices de ses engagements.

► **Séjours longs en hospitalisation à domicile : impacts des facteurs sociodémographiques, cliniques et des parcours de soins**

DRINE R., GEORGES A. ET DE STAMPA M.
2022

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 70(3): 97-102.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.126>

Alors qu'il existe une littérature abondante sur les durées de séjour en hospitalisation conventionnelle et en particulier pour les patients avec des durées longues, nous n'avons pas d'informations pour ceux hospitalisés en hospitalisation à domicile (HAD). Nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et les parcours de soins des patients avec des séjours longs en HAD. Méthodes Au total, 128 séjours longs d'au moins sept mois en 2018 et 2019 à l'HAD de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour des patients adultes hors obstétrique ont été étudiés

et comparés aux 12 381 séjours inférieurs à sept mois sur la même période. Les données étaient issues du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Nous avons réalisé une analyse descriptive et un modèle de régression logistique multivariée. Résultats Un âge avancé, vivre en institution, ne pas être en couple, avoir plusieurs aidants et présenter un désavantage social étaient plus fréquemment associés à des séjours longs en HAD. Les patients avec un séjour long avaient plus souvent des pansements complexes et des soins palliatifs avec des incapacités fonctionnelles sévères et étaient plus fréquemment réhospitalisés ou décédés pendant la même période. Dans le modèle multivarié, l'avancée en âge, l'incapacité fonctionnelle et le mode d'entrée via une hospitalisation conventionnelle étaient significativement associés à une augmentation des séjours longs en HAD. Conclusion Les séjours longs en HAD étaient liés à des facteurs sociodémographiques, cliniques et aux parcours de soins. Il serait important d'étudier la pertinence de ces séjours en HAD.

► **Clinical Characteristics with Inflammation Profiling of Long Covid and Association with 1-Year Recovery Following**

EVANS R. A., LEAVY O. C., RICHARDSON M., *et al.*
2022

The Lancet Respiratory Medicine(Ahead of print).

[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00127-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00127-8)

Background No effective pharmacological or non-pharmacological interventions exist for patients with long covid. We aimed to describe recovery 1 year after hospital discharge for Covid-19, identify factors associated with patient-perceived recovery, and identify potential therapeutic targets by describing the underlying inflammatory profiles of the previously described recovery clusters at 5 months after hospital discharge. Methods The Post-hospitalisation Covid-19 study (PHOSP-Covid) is a prospective, longitudinal cohort study recruiting adults (aged ≥ 18 years) discharged from hospital with Covid-19 across the UK. Recovery was assessed using patient-reported outcome measures, physical performance, and organ function at 5 months and 1 year after hospital discharge, and stratified by both patient-perceived recovery and recovery cluster.

► **Manuscript Title: Does Integrated Care Mean Fewer Hospitalizations? an Evaluation of a French Field Experiment**

GAILLARD A., GARCIA-LORENZO B., RENAUD T., *et al.*
2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.009>

This study aims to evaluate the impact of an experimental healthcare policy on hospital use among elderly patients. From 2015 to 2017, French public authorities implemented an integrated care model, the Digital Health Territories (Territoire de Soins Numérique (TSN)) programme designed to improve healthcare coordination and sustain the use of health information (HI) technologies. The TSN programme was expected to reduce hospital healthcare utilization. In the Aquitaine region, the TSN programme was implemented in part of the Landes district and primarily consisted of the creation of a support platform (PTA). Part of the Lot-et-Garonne district was chosen as a “control area” due to its similarities to the experimental district in terms of the population structure and healthcare supply characteristics. In the control area, no integrated care model innovation was implemented over the study period. Using claims data from the French National Health Insurance (Système National d’Information Inter-Régimes de l’Assurance Maladie (SNIIRAM)), the healthcare utilization of the populations living in the experimental and control areas was tracked from 2012 to 2017. To estimate the impact of the TSN programme on three hospitalization outcomes, we used a combination of matching and difference-in-differences (DiD) approaches. The TSN programme shows a significant but weak negative impact on emergency department (ED) visits and no significant impact on 30-day re-hospitalizations (R30) or potentially avoidable hospitalizations (PAHs).

► **The Economic Effects of Rural Hospital Closures**

MALONE T. L., PLANEY A. M., BOZOVICH L. B., *et al.*
2022

Health Services Research 57(3): 614-623.

<https://doi.org/10.1111/1475-6773.13965>

The objective of this paper is to provide an updated analysis of the economic effects of rural hospital closures. Study Setting Our study sample was national in scope and consisted of nonmetro counties from 2001

to 2018. Study Design We used a difference-in-differences study design to estimate the effect of a hospital closure on county income, population, unemployment, and size of the labor force. Specifically, we compared economic changes over time in nonmetro counties experiencing a hospital closure to changes in a control group of nonmetro counties over the same time period. We also leveraged insight from recent research to control for estimation bias due to heterogeneity in the closure effect over time or across groups defined by when closure was experienced. Data Extraction Data on (adjusted gross) annual income (in real dollars), annual population size, and monthly unemployment rate and labor force size were sourced from the Internal Revenue Service, Census Bureau, and Bureau of Labor Statistics, respectively. We used data from the North Carolina Rural Health Research Program to identify counties that experienced a hospital closure. Principal Findings Of the 1759 nonmetro counties in our study sample, 109 experienced a hospital closure during the study period. Relative to the nonclosure counterfactual, closures significantly decreased labor force size, on average, by 1.4% (95% CI: [-2.1%, -0.8%]). Results also suggest that Prospective Payment System (PPS) hospital closures significantly decreased population size, on average, by 1.1% (95% CI: [-1.7%, -0.5%]), relative to the nonclosure counterfactual. Conclusions Our analysis suggests that rural hospital closures often have adverse effects on local economic outcomes. Importantly, the negative economic effects of closure appear to be strongest following Prospective Payment System hospital closures and attenuated when the closed hospital is converted to another type of health care facility, allowing for the continued provision of services other than inpatient care.

► **Is There a Bias in Patient Choices For Hospital Care? Evidence From Three Italian Regional Health Systems**

MARTINI G., LEVAGGI R. ET SPINELLI D.
2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.009>

Patients choice is at the core of competition in hospital care. In spite of a flourishing literature, little is known about the true process leading patients to choose a specific provider. Most models in this literature assume - without testing - that hospitals are perceived to be homogeneous providers. In this article we take a different direction. We assume that patients have a bias

towards some types of hospitals, we test this hypothesis and show which attributes determine this bias. We exploit the characteristic of Italian health care organization, where devolution has allowed regional systems to choose the level of competition and the private-public hospitals mix. We estimate conditional logit models for hip replacement admissions in three regions (Lombardy, Veneto, and Emilia-Romagna) over the period 2014- 2016. We show that, depending on the competition framework (peculiar to each region) patients are aware that some hospitals are best performers in their area and are willing to travel more to be admitted there. This is particularly true for regional health care systems where competition between public and private providers is well developed. Our model provides interesting policy implications: a) the idea that hospitals are different in patients perception should be kept in mind in the architecture of the market for hospital care; b) clinical quality as a driver to patients choice seems to work better in a less regulated competition settings.

► **Covid-19, nombre de lits de soins critiques à l'hôpital et répartition entre les régions : quelles logiques suivent les pouvoirs publics ?**

MATH A.
2022

Eclairages (Ires)(23)

<http://www.ires.fr/index.php/etudes-recherches-ouvrages/eclairages/item/6462-eclairages-23-Covid-19-nombre-de-lits-de-soins-critiques-a-l-hopital-et-repartition-entre-les-regions-quelles-logiques-suivent-les-pouvoirs-public>

Entre 2013 et 2020, le nombre de lits de soins critiques a moins augmenté (10,8 %) que les besoins, le nombre de personnes âgées ayant augmenté de 14,2 % sur la même période. Face au Covid-19, ces moyens n'ont pas toujours suffi. En outre, cette évolution depuis 2013 a été très différenciée selon les régions, sans lien avec leurs besoins et, depuis 2019, sans lien non plus avec la dynamique épidémique... ce qui pose la question légitime de savoir sur quelle logique les décisions des pouvoirs publics sont prises en la matière.

► **How Do Busy Hospital Circumstances Affect Mortality and Readmission Within 60 Days: A Cohort Study of 680 000 Acute Admissions in Norway**

NILSEN S. M., ASHEIM A., CARLSEN F., *et al.*
2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.008>

The objective of this paper is to study mortality and readmissions for older patients admitted during more and less busy hospital circumstances. Design Cohort study where we identified patients that were admitted to the same hospital, during the same month and day of the week. We estimated effects of inflow of acute patients and the number of concurrent acute inpatients. Mortality and readmissions were analysed using stratified Cox-regression. Setting All people 80 years and older acutely admitted to Norwegian hospitals between 2008 and 2016. Main outcome measures Mortality and readmissions within 60 days from admission. Results Among 294 653 patients with 685 197 admissions, mean age was 86 years (standard deviation 5). Overall, 13% died within 60 days. An interquartile range difference in inflow of acute patients was associated with a hazard ratio (HR) of 0.99, 95% confidence interval (95% CI) 0.98 to 1.00). There was little evidence of differences in readmissions, but a 7% higher risk (HR 1.07, 95% CI 1.06 to 1.09) of being discharged outside ordinary daytime working hours. Conclusions Older patients admitted during busier circumstances had similar mortality and readmissions to those admitted during less busy periods. Yet, they showed a higher risk of discharge outside daytime working hours. Despite limited effects of busyness on a hospital level, there could still be harmful effects of local situations.

► **La gradation des prises en charge ambulatoires : l'expérience du CHU de Bordeaux**

ONG N., RAMAROSON H., QUATTARA E., *et al.*
2022

Gestions Hospitalières(614): 147-150.

<https://gestions-hospitalieres.fr/la-gradation-des-prises-en-charge-ambulatoires/>

Les conditions de facturation en hospitalisation des prises en charge sans nuitée en soins de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont évolué dans le temps et ont été définies par plusieurs textes réglementaires successifs. Ces conditions font

l'objet de discussions induites par des interprétations différentes des textes selon les acteurs, générant notamment des discordances entre les établissements de santé et l'assurance maladie lors des contrôles de la tarification à l'activité (T2A). Le dernier texte réglementaire, publié en 2020, introduit la notion d'une graduation dans les prises en charge ambulatoires, avec de nouvelles conditions dont la mise en œuvre a nécessité un investissement en termes de moyens et de temps pour les départements d'information médicale (DIM).

► **The Impact of an Integrated Care Intervention on Mortality and Unplanned Hospital Admissions in a Disadvantaged Community in England: A Difference-In-Differences Study**

PIRODDI R., DOWNING J., DUCKWORTH H., *et al.*

2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.009>

Many health systems are experimenting with integrated care models to improve outcomes and reduce health-care demand. Evidence for effects on health service utilisation is variable, with few studies investigating impacts on mortality or differences by socioeconomic group. The aim of this study is to examine the impact of a multidisciplinary, integrated care team intervention on emergency admissions and mortality, and whether effects differed by deprivation group. Design . A longitudinal matched controlled study using difference-in-differences analysis comparing the change in unplanned emergency admissions twelve months before and after the intervention, and inverse probability of treatment-weighted survival analysis comparing mortality, between intervention and matched control groups. Setting . A relatively deprived city in England, U.K. Intervention . A case-management integrated care programme delivered through multidisciplinary teams and aimed at complex needs and/or high hospitalisation risk patients. Results . The intervention was associated with a small increase in emergency admissions of 15 per 1000 patients per month (95% CI 5 to 24, $p=0.003$) after the intervention relative to the control group and no significant change in survival between intervention and control groups (HR 0.9, 95% CI 0.84 to 1.13, $p=0.7$). Effects were similar across age and deprivation groups. Conclusions . It is unlikely that similar interventions lead to reduced emergency admissions or increased survival. Further studies should use experimental methods and assess impacts on quality of life.

► **L'amélioration de la survie serait un bénéfice supplémentaire et inattendu des programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie**

SLIM K. ET REGIMBEAU J. M.

2018

Journal de Chirurgie Viscérale 155(3): 169-171.

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.12.005>

► **Impact of the Comprehensive Care For Joint Replacement Model on Patient Reported Outcomes**

TROMBLEY M. J., JONEYDI R., MCNEELY J., *et al.*

2022

Health Services Research(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1111/1475-6773.13966>

The aim of this paper is to determine whether the Comprehensive Care for Joint Replacement (CJR) model, a mandatory episode-based payment program for knee and hip replacement surgery, affected patient-reported measures of quality. Data Sources Surveys of Medicare fee-for-service beneficiaries who had hip or knee replacement surgery, collected between July 2018 and March 2019, secondary Medicare administrative data, the Provider of Services file, CJR and Bundled Payments for Care Improvement participant lists from the Centers for Medicare & Medicaid Services, and the Area Health Resource Files. Study Design In 2018, participation in the CJR model was mandatory for nearly all hospitals in 34 randomly-selected, metropolitan statistical areas (MSAs) that had high historical Medicare payments for lower-extremity joint replacements surgery. The control group included 47 high-payment MSAs randomly assigned as controls. We estimated risk-adjusted differences in self-reported measures of functional status and pain, satisfaction with care, and caregiver help between respondents in CJR hospitals and respondents in hospitals located in the control group. Data Collection We selected a census of CJR patients and an equal number of control patients to survey. We fielded two waves of surveys using a mail and phone protocol, yielding 8433 CJR and 9014 control respondents. Principal Findings CJR respondents were slightly more likely to depend on caregivers for certain activities of daily living when they got home (either directly from the hospital or after an institutional post-acute care stay). On a 100-point scale, differences ranged from -2.6 points ($p<0.01$) for help needed bathing to -1.7 points ($p<0.05$) for help needed using the toilet. However, dif-

ferences in eight measures of self-reported functional status approximately 90–120 days after hospital discharge were not statistically significant, ranging from –1.1% ($p = 0.087$) to 0.7% ($p = 0.437$). Conclusions CJR did not harm patient health or affect patient satisfaction on average but did increase reliance on caregivers during recovery.

► **The Impact of Inpatient Bed Capacity on Length of Stay**

WALSH B., SMITH S., WREN M.-A., *et al.*
2022

The European Journal of Health Economics 23(3): 499-510.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01373-2>

Large reductions in inpatient length of stay and inpatient bed supply have occurred across health systems in recent years. However, the direction of causation between length of stay and bed supply is often overlooked. This study examines the impact of changes to

inpatient bed supply, as a result of recession-induced healthcare expenditure changes, on emergency inpatient length of stay in Ireland between 2010 and 2015.

► **A Comparative Study of Covid-19 Emergency Funds Allocated to the Health Sector: US, UK, and Canada**

ZHAO J., KIM M., WESTBROOK G., *et al.*
2022

Health Policy: Ahead of print.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.012>

We conduct public financial management analysis of Covid-19 aid to health sectors. The UK outperformed the other countries in allocative efficiency because of its unitary fiscal system. The US and Canada lacked a systematic practice guideline for executing such aid. We recommend a systematic practice guideline for allocating and auditing such aid. We recommend a separate real-time accounting and reporting system for such aid.

Inégalités de santé

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.

► **Littérature en santé et crise sanitaire : l'exemple de la Covid-19**

BRUNOIS T., DECUMAN S. ET PERL F.
2021

Santé Publique 33(6): 843-846.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-843.htm>

La mise en œuvre et l'application des actions destinées à la lutte contre la Covid-19 sont primordiales pour limiter la propagation du virus. Malheureusement, ces

actions sont rendues très difficiles, voire impossibles pour une partie de la population, majoritairement présente dans les catégories socio-économiquement défavorisées. Cette difficulté est liée, d'une part, aux compétences insuffisantes en littératie en santé, relevées chez près d'un tiers de la population européenne, et, d'autre part, par leur exposition majorée au virus. La difficulté à lire et à acquérir les mesures sanitaires entraîne donc un défi pour les institutions, un fossé socio-économique et des répercussions sur les générations futures. Il n'y a donc pas d'autre choix que d'investir massivement dans l'éducation et la promotion de la santé, sur le long terme, pour minorer l'impact des crises et limiter ainsi l'accroissement des inégalités.

► **Health Insurance Coverage and Health Outcomes Among Transgender Adults in the United States**

CAMPBELL T. ET RODGERS Y. V. D. M.
2022

Health Economics 31(6): 973-992.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4483>

This study provides evidence of health and insurance coverage disparities between the cisgender and transgender US populations using repeated cross sections from the 2014–2020 Behavioral Risk Factors Surveillance Systems. The analysis tests whether increasing the incidence of insurance coverage among transgender people could alleviate the health disparity. The empirical approach uses a fuzzy regression discontinuity design that leverages breaks in government health assistance eligibility by age. Results indicate that, for transgender recipients only, insurance coverage meaningfully improves mental health; for cisgender recipients only, insurance coverage reduces difficulties with concentration and memory; and for both the transgender and cisgender populations, insurance coverage contributes to important improvements in physical health, overall health, and healthcare access.

► **Soigner les « précaires » en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique**

MARIETTE A. ET PITTI L.
2021

Gouvernement et action publique 10(4): 39-67.
<https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2021-4-page-39.htm?ref=doi>

Cet article a pour objet d'analyser le rôle que jouent des groupes professionnels en position de cadres intermédiaires – ici chargées de mission et médecins – dans la fabrique locale d'une politique de santé publique. Il se centre plus particulièrement sur les dispositifs de prise en charge des « précaires », à l'échelle d'une commune populaire. On appréhende cette politique locale de santé publique comme une configuration sociale, à savoir comme le produit d'un système de relations entre des institutions et des acteurs, publics et privés, aux positions différenciées, pris à la fois dans des logiques de dépendances et dans des dynamiques de concurrence et de coopération. Comment le territoire, les institutions qui l'administrent, les acteurs qui s'y côtoient, façonnent l'action publique locale en matière de santé publique? Dans un premier temps, nous étudions les relations de dépendance réciproque entre acteurs publics et privés engagés au sein de l'espace local de la santé publique pour prendre en charge les publics « précaires » qu'ils participent à définir face au flou de la catégorie à l'échelle nationale. Nous montrons comment s'opère ce travail de définition, au croisement d'une histoire locale de la santé publique et de l'appropriation de dispositifs nationaux en matière de prise en charge de « la précarité ». Dans un second temps, nous analysons les enjeux de (dé)valorisation professionnelle qu'entraîne le travail de prise en charge de publics « précaires » dans chacun des deux groupes professionnels étudiés. Parce que des acteurs de ces deux groupes, soignants et non-soignants, partagent une vision commune du travail de « réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », ils initient des coopérations inédites. Ces logiques de dépendances et ces dynamiques de concurrence et de coopération participent à la coproduction de la politique locale de santé publique.

► **Do Individuals' Attitudes Toward Immigrants Affect Their Own Health? Analysis of 15 European Countries**

PINILLOS-FRANCO S. ET KAWACHI I.
2021

European Journal of Public Health 32(2): 220-225.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab212>

Hostility toward others is related to negative emotions, which is hypothesized to have negative health consequences. In this article, we sought to test the relationship between individuals' attitudes toward immigrants and their self-rated health (SRH) across time in large dataset of 15 European countries. We used the 2010,

2012, 2014 and 2016 waves of the European Social Survey, which include information about attitudes toward immigrants and individuals' SRH. Combining all countries and survey years, we found an association between negative attitudes toward immigrants and fair/poor SRH. However, when analyzing the relationship within each country, we found variations (depending on the year of the survey) in some countries, such as Hungary, Poland, Portugal, Sweden and Slovenia. Additionally, we found that there are more middle class individuals who hold unfavorable attitudes toward immigrants over time. In general, poor attitudes toward immigrants are associated with higher odds of reporting fair/poor health, although the 'health advantage' of those with favorable attitudes is diminishing over time. However, in some countries, this relationship is contingent on when the survey was conducted, possibly reflecting the changing composition of individuals who hold unfavorable attitudes toward immigrants.

► **A Systematic Literature Review of Health Center Efforts to Address Social Determinants of Health**

POURAT N., LU C., HUERTA D. M., *et al.*
2022

Medical Care Research and Review (Ahead of print).

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587221088273>

Health centers (HCs) play a crucial and integral role in addressing social determinants of health (SDOH) among vulnerable and underserved populations, yet data on SDOH assessment and subsequent actions is limited. We conducted a systematic review to understand the existing evidence of integration of SDOH into HC primary-care practices. Database searches yielded 3,516 studies, of which 41 articles met the inclusion criteria. A majority of studies showed that HCs primarily captured patient-level rather than community-level SDOH data. Studies also showed that HCs utilized SDOH in electronic health records but capabilities varied widely. A few studies indicated that HCs measured health-related outcomes of integrating SDOH data. The review highlighted that many knowledge gaps exist in the collection, use, and assessment of impact of these data on outcomes, and future research is needed to address this knowledge gap.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **« Je ne tromperai jamais leur confiance » : Analyse de l'influence des laboratoires sur la relation médecin-patient en France**

FARVAQUE É., GARÇON H. ET SAMSON A.-L.
2022

Revue d'économie politique 132(2): 273-312.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2022-2-page-273.htm?ref=doi>

Cet article évalue l'influence des avantages et rémunérations versés par les laboratoires pharmaceutiques aux médecins sur les pratiques de délivrance de ces derniers. A partir de données exhaustives couvrant la période 2014-2018, nous estimons l'influence des dépenses de promotion des laboratoires sur les prescriptions effectuées par les médecins correspondant à

des ventes en officine. Nous observons une influence forte des laboratoires : 1 euro supplémentaire investi dans la promotion des ventes auprès de l'ensemble des médecins libéraux d'une région pourrait rapporter un peu plus de 5,15 euros de ventes. L'effet est plus marqué pour les généralistes (1 euro supplémentaire rapportant 6,41 euros). En outre, les laboratoires qui accordent les paiements les plus élevés (supérieurs au troisième quartile des paiements dans une région), augmentent significativement les montants de leurs ventes : +8 % des ventes grâce à la promotion auprès des médecins salariés, +22 % grâce à celle auprès des spécialistes libéraux, par rapport à des laboratoires qui effectueraient une promotion de faible ampleur. Le rendement de la promotion apparaît donc croissant. La discussion conduit à interpréter cette relation

comme révélatrice de pratiques commerciales plus « abusives » que « positives », i.e., non nécessairement tournées vers la délivrance de médicaments permettant des gains en santé.

► **Pediatric Outpatient Prescriptions in Countries with Advanced Economies in the 21st Century: A Systematic Review**

TAINE M., OFFREDO L., WEILL A., *et al.*
2022

JAMA Network Open 5(4): e225964-e225964.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.5964>

An international comparison of pediatric outpatient prescriptions (POPs) is pivotal to investigate inadequate

practices at the national scale and guide corrective actions. The objective is to compare annual POP prevalence among Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) member countries. Two independent reviewers systematically searched PubMed, Embase, and institutes of public health or drug agency websites for studies published since 2000 and reporting POP prevalence (expressed as number of patients aged <20 years with ≥ 1 POP per 1000 pediatric patients per year) in OECD member countries or large geographic areas within them. This study found large between-country variations in POPs, which may suggest substantial inappropriate prescriptions. The findings may suggest guidance for educational campaigns and regulatory decisions in some OECD member countries.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

► **Algorithmes visant à identifier les patients asthmatiques dans les bases de données médico-administratives : une revue systématique de la littérature**

CURMIN R., IWATSUBO Y., DHEYRIAT L., *et al.*
2022

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 70: S27-S28.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.01.111>

Les bases de données médico-administratives (BDMA) présentent de nombreux avantages pour la réalisation d'études sur l'asthme. Cependant, l'identification des patients asthmatiques nécessite l'utilisation d'algorithmes de repérage de cas basés sur les données de remboursement. L'objectif de cette étude était de décrire les algorithmes publiés permettant d'identifier les patients asthmatiques dans les BDMA. Méthodes Une revue de la littérature internationale des études publiées entre le 01/01/2016 et le 31/12/2020 dans Pubmed® a été réalisée. Les études identifiées par une équation de recherche comportant des termes MeSH ou du texte libre étaient sélectionnées si elles portaient sur l'asthme, étaient menées sur des BDMA, et si une méthode d'identification des patients asthmatiques était présentée. Les caractéristiques des études, les algorithmes utilisés, et leurs données de

validation étaient ensuite extraits à l'aide d'une grille standardisée assortie d'un guide de remplissage. A chaque étape, un échantillon était analysé par deux chercheurs et les discordances résolues par consensus. Résultats Trois cent trois études ont été sélectionnées totalisant 466 algorithmes dont 269 (57,7 %) algorithmes pour identifier les patients asthmatiques, 40 (8,6 %) reflétant les exacerbations d'asthme et 92 (19,7 %) pour caractériser la sévérité ou le contrôle de l'asthme. Ces études étaient majoritairement menées aux États-Unis (n=91, 30,0 %), à Taïwan (n=69, 22,8 %) ou au Canada (n=51, 16,8 %). La plupart des algorithmes identifiaient les patients asthmatiques utilisaient uniquement des codes diagnostiques et leur origine – consultations externes ou en ville, hospitalisations (n=155, 57,6 %) ou les combinaient avec les délivrances de médicaments (n=60, 22,3 %). L'algorithme le plus utilisé pour identifier les patients asthmatiques était : ≥ 1 hospitalisation pour asthme et/ou ≥ 2 visites en soins ambulatoires pour asthme sur deux années. Seulement 73 (15,7 %) des algorithmes utilisés étaient rapportés comme validés. Discussion/Conclusion Différents algorithmes de repérage des cas d'asthme sont publiés dans la littérature internationale; le choix d'un algorithme doit reposer sur sa pertinence par rapport au contexte (type d'asthme, objectif de l'étude, type de BDMA) et son éventuelle validation.

► **Cohérence des données sur les causes de décès à l'échelle infranationale : les exemples de la Russie, de l'Allemagne, des États-Unis et de la France**

DANILOVA I., RAU R., BARBIERI M., *et al.*

2021

Population 76(4): 693-725.

<https://www.cairn.info/revue-population-2021-4-page-693.htm>

Les pratiques de certification et de codage des causes initiales de décès ne sont pas toutes les mêmes, ce qui peut nuire à la pertinence et la fiabilité des statistiques de mortalité par cause. La cohérence de ces données au sein d'un même pays peut être considérée comme un critère de qualité. Cet article évalue la cohérence à l'échelle infranationale des statistiques sur les causes de décès en Russie, en Allemagne, aux États-Unis et en France. On estime la part respective des principaux groupes de causes dans les structures de mortalité régionales, et on les compare aux moyennes inter-régionales. Ces écarts à la moyenne sont présentés sur des matrices de cartes thermiques qui permettent d'identifier les combinaisons cause-région les plus éloignées des moyennes, les causes présentant une forte variabilité infranationale, ainsi que les régions dont la structure de mortalité est particulière. C'est en France que les données sur les causes de décès sont les plus cohérentes d'une région à l'autre, et en Russie que la part des valeurs aberrantes est la plus élevée. On constate également des différences selon la difficulté à diagnostiquer les causes de décès : la variabilité interrégionale diminue avec le degré de spécificité des symptômes permettant le diagnostic. Plus le diagnostic est difficile, plus les écarts interrégionaux sont importants.

► **Value and Challenges of Using Observational Studies in Systematic Reviews of Public Health Interventions**

HILTON BOON M., BURNS J., CRAIG P., *et al.*

2022

American Journal of Public Health 112(4): 548-552.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306658>

Recent developments in systematic review methods provide opportunities to draw more robust conclusions from observational studies of interventions and increase the public health relevance of reviews. Cochrane public health and health systems reviews have expanded in scope and methods, supported by

new chapters on nonrandomized studies in the updated Cochrane Handbook (2021)¹ and the development of new, related guidance by the Cochrane Methods Executive. We illustrate these changes while also summarizing the most recent guidance and research on deciding when to include observational studies, identifying and selecting studies, extracting and synthesizing data, assessing risk of bias, and grading certainty of evidence. These developments are particularly important for systematic reviews in public health, in which randomized trials to assess health outcomes are often unfeasible, for example, in the case of large and irreversible infrastructure interventions; unethical, for example, where the primary aim of the intervention is to prevent certain harm; unavailable when decisions are urgently required; or unable to detect harms at the population level, for example, observational pharmacovigilance studies that use adverse event data sets to detect harms after a drug is already on the market and in widespread use

► **Chaîner une base de données hospitalière avec les données de mortalité Insee**

KARIMI M., MARGHADI J., LUU J., *et al.*

2022

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 70: S69.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.089>

Apparier deux bases de données se définit par un ensemble de processus permettant de retrouver les individus d'une base dans une autre base. Dans le cadre des données hospitalières, retrouver le statut vital des patients est un enjeu très important, qui permettra à la fois de mener les études épidémiologiques sur ce type de données et à la fois d'avoir un intérêt logistique pour les hôpitaux. La mise en ligne des données du statut vital des personnes décédées en France donne la possibilité de retrouver le statut vital. L'objectif de ce travail est donc de proposer un algorithme d'appariement. Méthodes Nous avons utilisé les données du statut vital mise en ligne par l'Insee, accompagnées des variables identifiantes (à savoir, le nom de naissance, les prénoms, la date de naissance, le lieu de naissance et le sexe) et la base hospitalière Gustave Roussy, contenant les mêmes variables, dans le respect de la réglementation en vigueur sur la protection des données individuelles. L'algorithme proposé consiste en plusieurs étapes : i) Le nettoyage et la standardisation des deux bases, ii) Le blocage sur une ou plusieurs variables, iii) La comparaison de tous les couples possibles au sein du blocage en comparant

judicieusement les variables d'appariement citées précédemment par un découpage des dates en jour, mois, année, des codes communes en département et commune et par la transformation phonétique des noms et prénoms et, iv) La classification des couples en deux classes appariés et non-appariés en utilisant un indice de similarité déduit des découpages des variables précédentes contraint à un seuil préalablement fixé. Le programme de l'algorithme proposé a été implémenté en logiciel SAS. L'algorithme a été validé sur l'ensemble des patients pour lesquelles le statut vital était disponible dans la base hospitalière de Gustave Roussy (collecté par le biais de GR, de la famille ou autre).

► **Evaluating the Effectiveness of a Local Primary Care Incentive Scheme: A Difference-In-Differences Study**

KHEDMATI MORASAE E., ROSE T. C., GABBAY M., *et al.*

2022

Medical Care Research and Review 79(3): 394-403.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587211035280>

National financial incentive schemes for improving the quality of primary care have come under criticism in the United Kingdom, leading to calls for localized alternatives. This study investigated whether a local general practice incentive-based quality improvement scheme launched in 2011 in a city in the North West of England was associated with a reduction in all-cause emergency hospital admissions. Difference-in-differences analysis was used to compare the change in emergency admission rates in the intervention city, to the change in a matched comparison population. Emergency admissions rates fell by 19 per 1,000 people in the years following the intervention (95% confidence interval [17, 21]) in the intervention city, relative to the comparison population. This effect was greater among more disadvantaged populations, narrowing socioeconomic inequalities in emergency admissions. The findings suggest that similar approaches could be an effective component of strategies to reduce unplanned hospital admissions elsewhere.

► **Age, Morbidity, or Something Else? a Residual Approach Using Microdata to Measure the Impact of Technological Progress on Health Care Expenditure**

LAUDICELLA M., LI DONNI P., OLSEN K. R., *et al.*

2022

Health Economics(131) 6 : 1184-1201

<https://doi.org/10.1002/hec.4500>

This study measures the increment of health care expenditure (HCE) that can be attributed to technological progress and change in medical practice by using a residual approach and microdata. We examine repeated cross-sections of individuals experiencing an initial health shock at different point in time over a 10-year window and capture the impact of unobservable technology and medical practice to which they are exposed after allowing for differences in health and socioeconomic characteristics. We decompose the residual increment in the part that is due to the effect of delaying time to death, that is, individuals surviving longer after a health shock and thus contributing longer to the demand of care, and the part that is due to increasing intensity of resource use, that is, the basket of services becoming more expensive to allow for the cost of innovation. We use data from the Danish National Health System that offers universal coverage and is free of charge at the point of access. We find that technological progress and change in medical practice can explain about 60% of the increment of HCE, in line with macroeconomic studies that traditionally investigate this subject.

► **Application of Mixed Methods in Health Services Management Research: A Systematic Review**

LEE S.-Y. D., IOTT B., BANASZAK-HOLL J., *et al.*

2022

Medical Care Research and Review 79(3): 331-344.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587211030393>

Mixed methods research (MMR) is versatile, pragmatic, and adaptable to constraints and opportunities during a research process. Although MMR has gain popularity in health services management research, little is known about how the research approach has been used and the quality of research. We conducted a systematic review of 198 MMR articles published in selected U.S.-based and international health services management journals from 2000 through 2018 to examine the extent

of MMR application and scientific rigor. Results showed limited, yet increasing, use of MMR and a high degree of correspondence between MMR designs and study purposes. However, most articles did not clearly justify using MMR designs and the reporting of method details and research integration were inadequate in a significant portion of publications. We propose a checklist to assist the preparation and review of MMR manuscripts. Additional implications and recommendations to improve transparency, rigor, and quality in MMR are discussed.

► **ECOVIR : mise en place d'une cohorte en soins primaires, un exemple de coopération pluri-professionnelle ville-hôpital**

PETAT H., SCHUERS M., RABIAZA A., *et al.*

2022

[Revue des Maladies Respiratoires 39\(4\): 334-343.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2022.02.060>

Comprendre et traiter les infections respiratoires aiguës (IRA) sont un enjeu majeur de santé publique, particulièrement en cette période de pandémie à SARS-CoV2.

ECOVIR (Étude des co-détections virales dans les prélèvements respiratoires), est une étude prospective, multicentrique, en Normandie, sur deux saisons hivernales (2018–2019 et 2019–2020). L'objectif de ce projet était de créer une bibliothèque de prélèvements respiratoires à partir d'une cohorte de patients consultant leur médecin traitant pour des symptômes d'IRA, permettant d'étudier les co-détections virales. Trente-six médecins généralistes investigateurs (MGI), dans 8 maisons de santé normandes, ont participé à l'étude. Au total, 685 patients ont été inclus, présentant des symptômes d'IRA, et ont bénéficié d'un prélèvement nasopharyngé au cabinet médical par les MGI pour analyse virologique. Trente et un MGI/36 ont inclus des patients. La médiane d'inclusion était de 16 patients par MGI sur les 2 saisons (IC25–75 % [4,75; 27]). De plus, 92 % des patients ont répondu à l'appel à j7, recueillant des données cliniques, environnementales, et sociodémographiques. Nous avons donc créé un vrai réseau, original, permettant d'assurer un lien entre la recherche et les soins primaires, peu représentés dans les protocoles de recherche mais qui sont la pierre angulaire de notre système de santé en France, comme nous le constatons actuellement avec la crise sanitaire.

Politique de santé

Health Policy

► **La question de la fin de vie en temps de crise**

AUBRY R.

2022

[ADSP 117\(1\): 53-55.](#)

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-53.htm>

La pandémie de Covid a bouleversé la vie des populations. Lutter contre l'épidémie est devenu l'axe principal de toutes les politiques nationales et internationales. Cela ne s'est pas fait sans remise en cause des principes de liberté, de responsabilité, et du rôle des différents acteurs. Les conséquences en termes d'évolution des personnes malades, hospitalisées, en réanimation ou décédées; mais aussi les commentaires ou critiques des décisions prises ont été largement média-

tisés. La Covid a fait l'objet de multiples réflexions politiques, sociales, médicales, économiques et éthiques bien souvent approximatives voire contradictoires. Après un premier numéro d'ADSP en décembre 2021 pour faire un point épidémiologique, technique et organisationnel sur cette épidémie, ce second dossier sur la Covid propose une approche plus distanciée et une réflexion éthique sur ce qui s'est passé. Comment les décisions ont été prises? Sur quelles bases éthiques reposent-elles? Quel enseignement peut-on en tirer sur l'évolution de nos valeurs sociétales et culturelles, voire spirituelles? Toutes ces questions sont abordées: le contexte juridique qui a encadré les décisions, le respect et la compassion qui ont motivé les choix de protéger les personnes âgées ou vulnérables, les effets collatéraux des mesures barrières ou de protection sur ces mêmes populations et sur la jeunesse, les attitudes

vis-à-vis de la vaccination, les souffrances des personnels de santé... A-t-elle été un révélateur d'inégalités sociales, de conflits de générations, ou au contraire l'occasion de renforcer notre lien social et notre solidarité inter individuelle? Enfin cette crise a montré que la médecine ne pouvait s'entendre que dans une appréhension de l'homme total, englobant la personne tout entière, aussi bien somatique que psychologique et spirituelle, et aussi bien sous son angle individuel que collectif et environnemental.

► **« Pour les Français, la santé est un enjeu majeur de la présidentielle »**

DABI F.

2022

Les Tribunes de la santé 71(1): 149-151.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-149.htm?ref=doi>

Le quinquennat 2017-2022 restera bien évidemment marqué, en matière de santé, par l'épidémie historique de Covid-19. Les pouvoirs publics ont mis en œuvre des mesures exceptionnelles de police sanitaire et le législateur est intervenu à une dizaine de reprises pour établir un équilibre entre les compétences contraignantes de protection de la santé confiées au gouvernement et la protection des libertés individuelles et collectives. Pourtant, cette période aura également été le théâtre de transformations significatives du système de santé. Ce numéro des Tribunes de la santé propose des analyses critiques de différents aspects de la politique de santé et d'assurance maladie menée depuis 2017. Il remet en perspective les avancées en matière de prévention, l'évolution des soins primaires ou les difficultés du système hospitalier. Il permet également de s'interroger sur la situation de la psychiatrie dans notre pays et sur les effets de la réforme du *numerus clausus* pour les études médicales. Dans un troisième temps, les articles réunis dans cette livraison de la revue invitent à une réflexion sur la régulation des dépenses pharmaceutiques, la politique du grand âge et de l'autonomie et les réformes financières réalisées au gré des lois annuelles de financement de la Sécurité sociale. Enfin, une analyse du volet santé des principaux programmes de la campagne présidentielle est proposée.

► **Chapitre 9. Les droits du patient et les pratiques de soins non conventionnelles : une protection insuffisante en droit français**

DUBUIS A.

2021

Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences 32(4): 155-180.

<https://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-et-d-ethique-des-sciences-2021-4-page-155.htm?ref=doi>

Il existe à l'heure actuelle une demande croissante et même un engouement des patients en faveur des médecines non conventionnelles. Le recours aux pratiques non conventionnelles offre des perspectives intéressantes, non seulement pour le patient pris individuellement, mais aussi pour la collectivité (afin de faire face aux problèmes contemporains des dépenses de santé, d'accès aux soins, et du vieillissement de la population). Se pose toutefois la question de la protection des droits du patient qui recourt aux pratiques de soins non conventionnelles. Il existe un décalage entre la demande croissante de soins non conventionnels, et le faible niveau d'encadrement juridique de ces pratiques par le droit français. La quasi-absence d'encadrement de certains diplômes et de l'exercice de certaines professions soulève la question de la sécurité et de la qualité des soins dispensés. D'autres incertitudes apparaissent s'agissant du respect des droits personnels du patient (information, consentement, refus de soins, secret des informations de santé, etc.). Le cadre juridique actuel mériterait donc d'être développé pour assurer une meilleure protection du patient qui recourt aux soins non conventionnels.

► **Santé publique : les réponses aux défis de la pandémie de la Covid-19**

HENRARD J.-C., ARBORIO S., FOND-HARMANT L., *et al.*

2021

Santé Publique 33(6): 785-788.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-785.htm?ref=doi>

Une nouvelle maladie est apparue à Wuhan en Chine, en décembre 2019, se manifestant sous les traits d'une pneumonie atypique. Les chercheurs chinois ont identifié ce nouveau coronavirus et partagé la séquence génétique avec le reste du monde, permettant la fabrication de tests de dépistage du Sars-Cov2. À la fin du

mois de janvier 2020, la maladie s'étant propagée dans 18 pays, l'OMS déclare une situation d'urgence de santé publique internationale, puis, le 11 mars, en raison de la hausse du nombre de cas et de pays touchés, une pandémie. La pandémie s'accompagne d'incertitudes et de controverses qui interrogent tout d'abord la place de la santé publique dans le choix de la stratégie, de la communication et de la mise en œuvre.

► **La loi du 2 janvier 2002 : vingt ans après**

POINSOT O., RIHAL H., CRISTOL D., *et al.*
2022

Revue De Droit Sanitaire Et Social(1): 3-71.

Succédant à la grande loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale s'était fixé deux objectifs : conférer aux usagers des structures concernées une pleine citoyenneté fondée sur des droits, et réaménager l'ensemble des procédures organisant le secteur en matière de planification, d'autorisation, de transparence.... Vingt ans après son adoption, quel bilan peut-on dresser de cette loi fondatrice ? Ce dossier évalue si ces objectifs ont été atteints et de manière plus générale, étudie l'impact de cette loi sur l'organisation et le fonctionnement du secteur social et médico-social.

► **En quoi la pandémie Covid-19 a-t-elle mis en question le pouvoir médical ?**

POUGNET R. ET POUUGNET L.
2022

Éthique & Santé 19(1): 31-38.

<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2021.10.002>

La pandémie de Covid-19 manque l'opinion publique par l'ampleur et la violence des débats scientifiques et médicaux. Les patients peuvent parfois dire qu'ils n'ont jamais vu autant de médecins dans les journaux. Chacun y va de son opinion et certains utilisent les réseaux sociaux. Pourtant, en dépit des publications massives sur la pandémie, les médecins ne semblent pas toujours savoir ce qu'il convient de faire. Alors que des journalistes pensent que les médecins ont trouvé en la pandémie l'occasion d'asseoir un nouveau pouvoir médical via les médias, d'autres voient en la médecine une science bien trop limitée. Alors en quoi le pouvoir médical peut-il être fructueusement réinterrogé par l'action des médecins au cours de cette pandémie ? L'article aborde les dimensions classiques du pouvoir

(politique, jugement, action) pour mettre en exergue d'autres dimensions du pouvoir médical : responsabilité, dévouement, créativité, exemplarité.

► **La démocratie sanitaire**

TABUTEAU D.
2022

Revue Du Praticien 72(3): 251-255.

La loi dite « Loi Kouchner » du 4 mars 2002 fête ses 20 ans. Cet article se penche sur les avancées, les limites et les perspectives actuelles apportées par ce texte, qui a notamment permis l'émergence des associations de patients et l'affirmation des droits des malades.

► **Public Health Lessons From the French 2012 Soda Tax and Insights on the Modifications Enacted in 2018**

BODO Y. L., ETILÉ F., JULIA C., *et al.*
2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.012>

In 2016, the World Health Organization officially recommended sugar-sweetened beverage (SSB) taxation as a strategy to reduce purchases, stimulate product reformulation and generate revenues for health-related programmes. Four years before, France had been one of the first countries to tax SSBs. However, the design of this tax was not considered optimal: its rate was flat, low, identical for SSBs and artificially-sweetened drinks containing no added sugars, and its initial public health justification was set aside in favour of budgetary concerns. In 2018, a new taxation scheme was enacted. Integrated in the Social Security Finance Bill, the tax on SSBs is now linearly indexed to the quantity of added sugar in the drink. In this article, we summarize the lessons learnt from the 2012 soda tax and offer insights on the potential public health benefits of the new tax enacted in 2018. A multidimensional framework aimed at gathering evidence about SSB taxation for public health drove our rationale so that we address: (1) the soda tax policy-change process; (2) its impact on price and purchases; (3) the consumer receptiveness to the tax and; (4) its legal framework. We also discuss the potential application of the tax to other foods/nutrients.

► **Gestion de la crise en France**

BRIMO S., MARION É., LE COZ P., *et al.*
2022

ADSP 117(1): 37-49.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-37.htm>

S'il y a des cas où, pour reprendre les mots de Montesquieu, « il faut mettre, pour un moment, un voile sur la liberté, comme l'on cache les statues des dieux », force est de constater que le moment semble désormais durer... Depuis les attentats du 13 novembre 2015, la France s'accoutume, mois après mois, aux res-

trictions de libertés et aux régimes juridiques les institutionnalisant. Sur les six dernières années, le pays en a, en effet, passé près de la moitié sous un régime d'état d'urgence. Les crises terroriste et sanitaire, bien que de natures très différentes, ont toutes deux eu pour conséquence la mise en place d'un régime d'exception – qualifié d'état d'urgence, donc – permettant le renversement des principes libéraux qui caractérisent en temps normal notre État de droit et qui impliquent que la liberté est la règle et la restriction de police l'exception. Ce renversement de principes, conduisant, par exemple, à ce que la liberté d'aller et venir ne soit plus la règle, mais que préalablement à son exercice nous portions un masque ou présentions un passe sanitaire, ouvre d'infinies questions.

► **Après la crise, l'écologie intégrale ?**

ILCHEVA A.-M.

2022

ADSP 117(1): 56-58.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-56.htm>

La pandémie de Covid a bouleversé la vie des populations. Lutter contre l'épidémie est devenu l'axe principal de toutes les politiques nationales et internationales. Cela ne s'est pas fait sans remise en cause des principes de liberté, de responsabilité, et du rôle des différents acteurs. Les conséquences en termes d'évolution des personnes malades, hospitalisées, en réanimation ou décédées; mais aussi les commentaires ou critiques des décisions prises ont été largement médiatisés. La Covid a fait l'objet de multiples réflexions politiques, sociales, médicales, économiques et éthiques bien souvent approximatives voire contradictoires. Après un premier numéro d'ADSP en décembre 2021 pour faire un point épidémiologique, technique et organisationnel sur cette épidémie, ce second dossier sur la Covid propose une approche plus distanciée et une réflexion éthique sur ce qui s'est passé. Comment les décisions ont été prises? Sur quelles bases éthiques reposent-elles? Quel enseignement peut-on en tirer sur l'évolution de nos valeurs sociétales et culturelles, voire spirituelles? Toutes ces questions sont abordées: le contexte juridique qui a encadré les décisions, le respect et la compassion qui ont motivé les choix de

protéger les personnes âgées ou vulnérables, les effets collatéraux des mesures barrières ou de protection sur ces mêmes populations et sur la jeunesse, les attitudes vis-à-vis de la vaccination, les souffrances des personnels de santé... A-t-elle été un révélateur d'inégalités sociales, de conflits de générations, ou au contraire l'occasion de renforcer notre lien social et notre solidarité inter individuelle? Enfin cette crise a montré que la médecine ne pouvait s'entendre que dans une appréhension de l'homme total, englobant la personne tout entière, aussi bien somatique que psychologique et spirituelle, et aussi bien sous son angle individuel que collectif et environnemental.

► **L'Igas et son histoire : le long chemin vers un statut unifié (1990), sa mise en œuvre et ses évolutions**

LAROQUE M.

2022

Les Tribunes de la santé 71(1): 135-148.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-135.htm>

Complétant l'article du numéro précédent sur l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et son histoire : ses origines et sa constitution avant l'unification de son statut intervenu en 1990, le document et témoignage présenté ci-dessous par Michel Laroque, inspecteur général des Affaires sociales honoraire, sur la suite de la construction de l'Igas et son fonctionnement est d'une particulière actualité, alors qu'une réforme des grandes inspections générales est aujourd'hui mise en œuvre dans le cadre de la réforme de la fonction publique et susceptible de remettre en cause l'indépendance de rédaction des rapports d'inspection.

► **Protéger l'état de santé de la population ou respecter les libertés individuelles en contexte épidémique**

THÉBAUT C.

2022

Med Sci (Paris) 38(4): 387-390.

<https://doi.org/10.1051/medsci/2022043>

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a conduit la collectivité à s'interroger sur la valeur accordée à la santé, par rapport aux autres dimensions de la vie. Mais dans quelle mesure les économistes disposaient-ils d'outils pour guider les décisions publiques dans ce contexte épidémique? Certains arbitrages pré-

existaient à la crise : entre la protection de la santé de la population à court, ou moyen ou long terme, entre la protection de la santé de certaines populations au détriment d'autres, entre la protection de la santé de la population et la satisfaction de besoins extra-sanitaires (loisirs, éducation, etc.). Les outils que les économistes mobilisent pour évaluer les interventions innovantes et coûteuses (médicaments, programmes de dépistage, etc.) peuvent être utilisés pour éclairer le débat démocratique. La crise a toutefois soulevé des arbitrages plus inédits lorsqu'il s'est agi de choisir entre, d'une part, la protection de l'état de santé de la population, et, de l'autre, la protection des libertés individuelles. Est-il possible et légitime de mobiliser les méthodes issues de l'économie du bien-être pour trancher ce dilemme?

► **Quatre scénarios pour la transition écologique. L'exercice de prospective de l'ADEME Transition(s) 2050**

VIDALENC E., BERGEY J.-L., QUINIOU V., *et al.*

2022

Futuribles 448(3): 5-21.

<https://www.cairn.info/revue-futuribles-2022-3-page-5.htm>

Face à l'urgence climatique et au renforcement des ambitions européennes visant à atteindre la neutralité carbone, le calendrier de la transition écologique en France est désormais soumis à de fortes contraintes. Dans ce contexte, plusieurs exercices de prospective ont été entrepris ces dernières années, pour nourrir le débat et donner aux décideurs les éléments de réflexion nécessaires à la mise en œuvre d'une stratégie de transition compatible avec les objectifs de décarbonation du pays. L'ADEME (Agence de la transition écologique), établissement public interministériel, qui coordonne depuis plus de 10 ans des réflexions prospectives sur la transition écologique française, a publié fin 2021 son dernier exercice sur le sujet : Transition(s) 2050. Cet article rappelle le contexte et la méthodologie de cet exercice, fruit de deux ans de travaux et de concertation. Il présente les quatre scénarios types, cohérents et contrastés, proposés par l'ADEME pour conduire la France vers la neutralité carbone à l'horizon 2050 : « Génération frugale », « Coopérations territoriales », « Technologies vertes » et « Paris réparateur ». Imaginés pour la France métropolitaine, ces scénarios reposent sur les mêmes données macroéconomiques, démographiques et d'évolution climatique, mais ils empruntent des voies distinctes et correspondent à des choix de société

très différents. Aux décideurs politiques désormais d'organiser le cheminement qui leur semble le plus pertinent et acceptable, en ayant en tête que chaque scénario constitue un tout cohérent (il ne s'agit pas de « picorer » dans les quatre), qu'outre l'échéance 2050,

les étapes intermédiaires sont cruciales (notamment 2030), et qu'enfin, pour tenir ces étapes intermédiaires, les actions sur la demande (donc les modes de vie et consommation) sont incontournables.

Prévention

Prévention

► Les avancées du quinquennat 2017-2022 en matière de prévention

BOURDILLON F.

2022

[Les Tribunes de la santé 71\(1\): 17-31.](https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-17.htm)

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-17.htm>

La prévention a été considérée comme une priorité dès 2018. À l'aune des prochaines élections présidentielles, il est apparu important de dresser un bilan des politiques publiques de santé dans ce domaine en sachant que ces dernières ont été bouleversées par la pandémie de Covid-19 toujours active. Les politiques vaccinales ont marqué le quinquennat. La lutte contre le tabac a été poursuivie et amplifiée avec notamment l'augmentation du prix du tabac pour un paquet à 10 €. En revanche, la politique contre les consommations excessives d'alcool a bien du mal à se déployer sous la pression des lobbys. En matière de nutrition la France a adopté un Plan national nutrition santé 4 et poursuivi le déploiement du Nutri-Score, d'ores et déjà adopté par six pays de l'Union européenne. Mais il n'y a toujours pas de réglementation de la publicité et du marketing des aliments en fonction de leur qualité nutritionnelle. Sont analysées également les politiques de santé sexuelle, de santé-environnement, des 1 000 premiers jours, la mise en place du service sanitaire et le passage à 80 km/h. Le fonds de lutte contre le tabac, devenu fonds de lutte contre les addictions, représente un modèle de taxes pouvant alimenter un fonds « prévention ». À quand la création d'un tel fonds alimenté par les taxes sur l'alcool, les produits particulièrement gras, sucrés et salés, les jeux et les paris ?

► The Epidemiology of Multimorbidity in France: Variations By Gender, Age and Socioeconomic Factors, and Implications For Surveillance and Prevention

COSTE J., VALDERAS J. M. ET CARCAILLON-BENTATA L.

2022

[PLoS One 17\(4\): e0265842.](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265842)

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265842>

Robust public health and health system response to the increasing burden of multimorbidity worldwide requires detailed epidemiological examination of its key sociodemographic and geographic determinants. We investigated the role of gender, age and socioeconomic and geographic factors on multimorbidity (i.e., having two or more conditions) in the adult population in France and examined implications for surveillance and prevention. METHODS: We used data from two large nationwide representative surveys with cross-sectional and longitudinal health and socio-demographic indicators, conducted in France between 2008 and 2014. Morbidity counts and frequent dyads/triads of conditions independently impacting mortality, activity limitations, and perceived health were investigated with regard to differences in gender, age, socioeconomic (education, occupation and income) and geography (size of the urban unit and region). RESULTS: The component conditions of multimorbidity varied with gender and age. Women experienced multimorbidity 23-31% more frequently and at a younger age (5-15 years earlier) than men. Multimorbidity increased with age while its associations with most health indicators weakened with it. Multimorbidity was strongly and independently associated with socioeconomic indicators, with a strong inverse dose-response relationship with education, but less consistently with geographic factors. CONCLUSIONS: Multimorbidity has diverse

and variable components and impacts across gender and age. It is strongly associated with socioeconomic factors, notably educational level, for which causality appears likely. Consideration of this diversity and variability, its common occurrence in dyads and triads, and its impact on health outcomes according to age and gender may contribute to efficient surveillance and support the identification of prevention strategies targeting middle-aged men and women.

► **Factors Associated with Mammography Screening Among Reunionese Women : A Cross-Sectional Study**

DENECHÉ I., TOUZANI R., BOUHNİK A. D., *et al.*

2022

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 70(3): 117-122.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.122>

L'objectif de cette étude est d'explorer les facteurs prédictifs du recours au dépistage par mammographie chez les femmes réunionnaises âgées de 50 à 65 ans. Méthodes Cette étude a inclus toutes les femmes âgées de 50 à 65 ans participant à une enquête transversale en population « FOSFORE ». Les participantes ont été recrutées entre mars et juin 2017 en utilisant deux cadres d'échantillonnage. Le premier était constitué des ménages abonnés à un opérateur de téléphonie fixe, avec ou sans ligne mobile, en générant d'abord aléatoirement un numéro de téléphone puis en sélectionnant aléatoirement une femme parmi toutes les femmes éligibles du ménage. Le deuxième était constitué des femmes disposant d'une ligne mobile exclusive, qui ont été sélectionnées directement si elles répondaient aux critères d'éligibilité. Les données ont été pondérées pour l'âge et le statut socioprofessionnel afin d'assurer une représentativité au niveau de La Réunion. Une régression logistique pondérée a été utilisée pour calculer les odds ratios tout en ajustant sur les facteurs de confusion. Résultats 417 femmes ont été incluses dans l'étude; 63,8 % étaient à jour avec les recommandations sur le dépistage par mammographie et 36,2 % n'étaient pas à jour. Quatre facteurs étaient significativement associés au dépistage par mammographie, avec un odds ratio ajusté de 2,92 (IC 95 % 1,51- 5,61) pour ne pas avoir de Revenu de Solidarité Active, 1,98 (IC 95 % 1,22- 3,23) pour avoir un suivi gynécologique régulier par un médecin, 6,53 (IC 95 % 3,23- 13,21) pour avoir réalisé un frottis au cours des deux dernières années, et 2,07 (IC 95 % 1,21- 3,52) pour avoir un niveau de littératie adéquat (HLQ3).

Conclusion Les résultats de cette étude suggèrent qu'un statut socio-économique plus élevé est un indicateur de la participation au dépistage par mammographie à La Réunion, et les futurs programmes d'éducation et d'intervention devraient cibler les femmes vivant dans des zones défavorisées.

► **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?ref=doi>

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 opportunité 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.

► **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 126(4): 318-324.

<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.

► **Addiction au tabac : une coopération ville-hôpital intégrée à la pratique médicale**

LAJZEROWICZ N., MENARD J., MONTARIOL Y., *et al.*

2022

Médecine : De La Médecine Factuelle à nos Pratiques 18(1): 15-20.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/addiction_au_tabac_une_cooperation_ville_hopital_integree_a_la_pratique_medicale_322005/article.phtml

En 2017, une organisation innovante a été initiée et développée à l'Hôpital Suburbain du Bouscat à Bordeaux pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Un parcours coordonné entre l'addictologie et les

médecins traitants des patients reçus en consultation spécialisée est soutenu par un référentiel synthétique et un dossier conjoint. Cette prise en charge partagée permet aux médecins généralistes d'expérimenter l'aide au sevrage tabagique de façon concrète et intégrée à leur pratique. Des résultats prometteurs sur trois années consécutives seront présentés ultérieurement dans une deuxième partie.

► **Crafting Successful State-Level Public Health Interventions to Vaccinate Homeless Populations During Covid-19**

MATHUR P. K. ET DOLGIN N.

2022

American Journal of Public Health 112(4): 601-603.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306719>

As a medical student, I was interested in approaching the Covid-19 public health crisis from an equity lens to ensure that vulnerable populations had access to vaccinations. I reached out and began working with a physician in Cook County who was a member of an Illinois Department of Public Health (IDPH) working group seeking to vaccinate homeless populations throughout the state. As Cook County and the Chicago Department of Public Health embarked on groundbreaking and comprehensive initiatives to reach their dense metropolitan homeless populations, the IDPH working group focus was on statewide interventions. In the end, we ensured that all shelters in Illinois had access to Covid-19 vaccines and provided education and outreach, support, and events for any shelters that needed help.

► **Who Is Hesitant About Covid-19 Vaccines? the Profiling of Participants in a French Online Cohort**

MONTAGNI I., OUAZZANI-TOUHAMI K.,
POUYMAYOU A., *et al.*

2022

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 70(3): 123-131.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.02.004>

Les objectifs sont de décrire les caractéristiques des personnes hésitantes vis-à-vis de la vaccination dans une population adulte francophone dans le contexte de la pandémie de SARS-CoV-2, et identifier les déterminants de l'hésitation vis-à-vis des vaccins contre la Covid-19. Méthodes 1 640 adultes francophones parti-

cipant à une cohorte en ligne, entre avril et mai 2020, ont été classés en fonction de leur attitude vis-à-vis de la vaccination : « hésitant », « anti-vaccination » et « pro-vaccination ». Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives, de modèles de régression multinomiale univariés et d'analyses multivariées. Résultats Au moment de l'inclusion, par rapport aux pro-vaccination, les hésitants étaient plus souvent des femmes ($p=0,044$), moins vaccinés contre la grippe chaque année ($p=0,026$), moins optimistes quant à la découverte d'un traitement contre la Covid-19 dans quelques mois ($p<0,001$), moins prêts à prendre ce traitement ($p<0,001$), présentaient une moindre confiance dans les autorités de santé publique pour contrôler la pandémie ($p=0,036$) et rapportaient des scores plus faibles sur les échelles de connaissances (valeurs p de $<0,001$ à $0,002$). Les analyses univariées ont confirmé ces résultats avec des odds ratios (OR) variant de 1,51 [1,05- 2,17] à 2,19 [1,56- 3,07]. Dans les modèles multivariés, les variables associées à l'hésitation par rapport aux pro-vaccination étaient la découverte d'un traitement contre la Covid-19 dans quelques mois (OR= 2,57 [1,73- 3,81]), le fait d'être prêt à prendre ce traitement (OR= 7,07 [4,89- 10,22]), la littératie vaccinale digitale (OR= 1,70 [1,14- 2,54]) et la littératie générale en santé (OR= 1,49 [1,03- 2,15]). Discussion Les attitudes des hésitants se situaient entre les comportements et les attitudes des groupes pro-vaccination et anti-vaccination. Leurs caractéristiques étaient conformes à la littérature, mais cette étude était la première à rapporter des données sur la littératie en matière de santé et des vaccins dans le numérique, et la capacité à détecter les fake news associées à l'hésitation en matière de vaccins. Conclusions Sans identifier de déterminants spécifiques, les résultats suggèrent que la mise en place de campagnes d'éducation et de communication axées sur l'amélioration de la littératie sur les vaccins, en particulier chez les femmes de moins de 35 ans, pourrait réduire le nombre d'hésitants.

► **Un modèle innovant d'intervention, de dépistage et de prise en charge mobile de la Covid-19 chez les personnes sans-abri à Marseille**

MOSNIER É., FARNARIER C., MOSNIER M., *et al.*
2021

Santé Publique 33(6): 947-957.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-947.htm?ref=doi>

Les personnes en situation de sans-abrisme sont plus à risque de contracter l'infection à SARS-CoV-2, du fait notamment de leurs conditions de vie précaires qui rendent difficile le maintien des mesures barrières. Un projet de recherche portant sur la Covid parmi les personnes sans-abri (cohorte Covidhomeless) a mis en évidence des discontinuités de recours aux soins chez les personnes incluses. L'objectif est de décrire une intervention innovante, issue du projet de recherche cohorte Covidhomeless, dont la finalité était de proposer une action mobile de dépistage Covid-19 et de suivi adaptée aux besoins des personnes en situation de sans-abrisme (rue, squat, bidonville ou hébergement d'urgence) à Marseille. Résultats : L'intervention comprenait 1) la coordination de 18 structures institutionnelles et associatives en lien avec ces publics, 2) la formation et la mise à disposition de tests rapides de diagnostic sérologique et antigénique auprès des acteurs de terrain, 3) la mise en place d'une équipe mobile dédiée organisant le dépistage, accompagnée par des médiateurs communautaires formés à la médiation en santé, le diagnostic rapide par test virologique PCR en « point of care », le conseil et le suivi, ainsi qu'un accompagnement adapté aux personnes positives à la Covid-19. L'acceptabilité de l'intervention a été bonne tant du point de vue des structures que des acteurs de terrain et des bénéficiaires. Le manque de disponibilité d'hébergements adaptés a été retrouvé comme un facteur central dans la limitation des prises en charge. Conclusion : Des équipes mobiles dédiées, sur le principe de « l'aller-vers », semblent limiter l'impact de l'épidémie dans cette population à risque.

Prevision - Evaluation**► Facteurs associés au choix du seuil d'efficacité dans les évaluations médico-économiques : revue systématique et méta-régression**BOESPFLUG N., WITTEWER J. ET BENARD A.
2022**Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 70: S78-S79.**<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.03.107>

Le seuil d'efficacité en santé est la valeur maximale qu'une société accorde au gain en santé. Il s'agit d'une référence indispensable à l'interprétation des analyses médico-économiques et à la décision de remboursement des innovations. Cependant, peu de pays ont défini un seuil de référence, et il n'existe pas de méthode de référence pour le définir. Notre objectif était de décrire la distribution des seuils d'efficacité dans la littérature et de déterminer les facteurs associés à leur choix. Méthodes Notre revue systématique visait les articles originaux référencés dans EMBASE et publiés entre 01/2010 et 06/2021. Les principaux mots-clés étaient « cost-effectiveness analysis » et « threshold ». Les études devaient utiliser les années de vie en pleine santé (QALY) comme critère d'efficacité, être conduites dans un pays dont le PIB/an/habitant était $\geq 30\,000$ \$, et évaluer un médicament ou un dispositif médical (DM). Nos résultats soulignent le rôle vertueux des recommandations d'Etat dans le choix d'un seuil bas et homogène. Nous mettons aussi en évidence la nécessité d'intégrer la justification a priori du seuil dans les guides de bonne pratique de publication des analyses médico-économiques.

► Economic Evaluation of Digital Health Interventions: Methodological Issues and Recommendations For PracticeGOMES M., MURRAY E. ET RAFTERY J.
2022**PharmacoEconomics 40(4): 367-378.**<https://doi.org/10.1007/s40273-022-01130-0>

Health care interventions are increasingly being delivered through digital technologies, offering major opportunities for delivering more health gains from scarce health care resources. Digital health interven-

tions (DHIs) raise distinct challenges for economic evaluations compared with drugs and medical devices, not least due to their interacting, evolving features. The implications of the distinctive nature of DHIs for the methodological choices underpinning their economic evaluation is not well understood. This paper provides an in-depth discussion of distinct features of DHIs and how they might impact the design, measurement, analysis and reporting of cost-effectiveness analysis conducted alongside both randomised and non-randomised studies. These include aspects related to choice of comparator, costs and benefits assessment, study perspective and type of economic analysis. We argue that typical methodological standpoints, such as taking a health service perspective, focusing on health-related benefits and adopting cost-utility analyses, as typically adopted in the economic evaluation of non-digital technologies (pharmaceutical drugs and medical devices), are unlikely to be appropriate for DHIs. We illustrate how these methodological aspects can be appropriately addressed in an evaluation of a digitally supported, remote rehabilitation programme for patients with Long Covid in England. We highlight several methodological considerations for improving practice and areas where further methodological work is required.

► Understanding the Life Experiences of People with Multiple Complex Needs: Peer Research in a Health Needs AssessmentHARLAND J. M., ADAMS E. A., BOOBIS S., *et al.*
2021**European Journal of Public Health 32(2): 176-190.**<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab142>

Multiple complex needs (MCN) describe a population experiencing a combination of homelessness, substance use, offending and/or mental ill-health. Using peer researchers, this study aimed to explore the perspectives of individuals with lived experience of MCN with regards to (i) issues leading to MCN and (ii) key intervention opportunities. As part of a health needs assessment in Gateshead (North East England), trained peer researchers interviewed 27 adults (aged ≥ 18 years) with experience of MCN, identified using purposive

sampling methods. Peer researchers designed a topic guide for interviews which were audio recorded and thematically analyzed. Interviewees reported adverse childhood experiences leading to MCN including abuse, bereavement, parental imprisonment, family break-up and inadequate support. Mental ill-health, substance use, poverty, early experiences of unstable housing and acute homelessness were identified as major precedents for adulthood experiences of MCN. Between 16 and 20 years, access to housing, social and mental health support was perceived as having the potential to prevent circumstances worsening. Individuals perceived removing barriers to mental health, housing and welfare and financial supports could help. This study highlights the perceived role austerity, adverse childhood events and current service provision have in current and future experiences of MCN. Individuals expressed a need for future interventions and support to be judgement free and provided by workers who are educated about MCN and related adversity. Involving peer researchers and individuals with experience of MCN in future research and service provision could ensure appropriate measures and supports are put in place.

► **L'impact économique de la crise du Covid-19**

JUSOT F. ET WITWER J.
2022

ADSP 117(1): 50-52.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-50.htm>

La pandémie de Covid a bouleversé la vie des populations. Lutter contre l'épidémie est devenu l'axe principal de toutes les politiques nationales et internationales. Cela ne s'est pas fait sans remise en cause des principes de liberté, de responsabilité, et du rôle des différents acteurs. Les conséquences en termes d'évolution des personnes malades, hospitalisées, en réanimation ou décédées; mais aussi les commentaires ou critiques des décisions prises ont été largement médiatisés. La Covid a fait l'objet de multiples réflexions politiques, sociales, médicales, économiques et éthiques bien souvent approximatives voire contradictoires. Après un premier numéro d'ADSP en décembre 2021 pour faire un point épidémiologique, technique et organisationnel sur cette épidémie, ce second dossier sur la Covid propose une approche plus distanciée et une réflexion éthique sur ce qui s'est passé. Comment les décisions ont été prises? Sur quelles bases éthiques

reposent-elles? Quel enseignement peut-on en tirer sur l'évolution de nos valeurs sociétales et culturelles, voire spirituelles? Toutes ces questions sont abordées: le contexte juridique qui a encadré les décisions, le respect et la compassion qui ont motivé les choix de protéger les personnes âgées ou vulnérables, les effets collatéraux des mesures barrières ou de protection sur ces mêmes populations et sur la jeunesse, les attitudes vis-à-vis de la vaccination, les souffrances des personnels de santé... A-t-elle été un révélateur d'inégalités sociales, de conflits de générations, ou au contraire l'occasion de renforcer notre lien social et notre solidarité inter individuelle? Enfin cette crise a montré que la médecine ne pouvait s'entendre que dans une appréhension de l'homme total, englobant la personne tout entière, aussi bien somatique que psychologique et spirituelle, et aussi bien sous son angle individuel que collectif et environnemental.

Psychiatry

► Trends in Outpatient Mental Health Services Use Before and During the Covid-19 Pandemic

2022

Health Affairs 41(4): 573-580.<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2021.01297>

The Covid-19 pandemic disrupted mental health services delivery across the US, but the extent and implications of these disruptions are unclear. This retrospective observational analysis used the claims clearinghouse Office Ally to compare outpatient mental health services use from March to December 2016–18 against use during the same period in 2020. We identified encounters for people ages twelve and older with primary diagnosis codes corresponding to mental health conditions and categorized encounters as in-person or telehealth, using Current Procedural Terminology and place-of-service codes. In-person mental health encounters were reduced by half in the early months of the pandemic, with rapid recovery of service delivery attributable to telehealth uptake (accounting for 47.9 percent of average monthly encounters). We found variation in the degree to which telehealth use increased across groups: People with schizophrenia made up a lower proportion of telehealth encounters relative to in-person visits (1.7 percent versus 2.7 percent), whereas those with anxiety and fear-related disorders accounted for a higher proportion (27.5 percent versus 25.5 percent). These findings highlight the importance of broadening access to services through new modalities without supplanting necessary in-person care for certain groups.

► Depressive Symptoms in Higher Students During the Covid-19 Pandemic: The Role of Containment Measures.BUFFEL V., VAN DE VELDE S., AKVARDAR Y., *et al.*
2022**European Journal of Public Health(32) 3 : 481-487**<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac026>

Students are a vulnerable group for the indirect impact of the Covid-19 pandemic, particularly their mental health. This paper examined the cross-national var-

iation in students' depressive symptoms and whether this can be related to the various protective measures implemented in response to the initial stage of the Covid-19 outbreak. Student data stem from the Covid-19 International Student Well-being Study, covering 26 countries during the first wave of the Covid-19 pandemic. Country-level data on government responses to the Covid-19 pandemic were retrieved from the Oxford Covid-19 Tracker. Multilevel analyses were performed to estimate the impact of the containment and economic support measures on students' depressive symptoms ($n = 78\,312$). School and workplace closures, and stay-at-home restrictions were positively related to students' depressive symptoms during the Covid-19 pandemic, while none of the economic support measures significantly related to depressive symptoms. Countries' scores on the index of these containment measures explained 1.5% of the cross-national variation in students' depressive symptoms (5.3%). This containment index's effect was stable, even when controlling for the economic support index, students' characteristics, and countries' epidemiological context and economic conditions. Our findings raise concerns about the potential adverse effects of existing containment measures (especially the closure of schools and workplaces and stay-at-home restrictions) on students' mental health.

► Recueillir des données sur la profession pour mieux se faire entendre

DARMON L.

2022

Le Journal des psychologues 397(5): 7-8.<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2022-5-page-7.htm>

« Depuis combien de temps exercez-vous une activité libérale ? Quel est son statut ? Quel est le nombre d'habitants de l'agglomération d'exercice ? Êtes-vous supervisé ? Quel est le montant estimé de vos charges annuelles ?... » L'enquête lancée début mars dernier par la Fédération française des psychologues et de psychologie (Ffpp) sur les psychologues libéraux pousse loin dans le détail les conditions d'exercice de ces derniers. Début avril, l'organisation professionnelle avait reçu plus d'un millier de réponses, un chiffre qu'elle

espérait au moins doubler grâce à un envoi postal massif de questionnaires et la relance de l'information sur les réseaux sociaux. Sous peu, une vaste enquête sur les psychologues en France, tout statut confondu, va également être lancée par la jeune association Propsty, laquelle a déjà publié deux études autour de la question du remboursement de séances de psychologie.

► **Patient-Reported Indicators in Mental Health Care: Towards International Standards Among Members of the OECD**

DE BIENASSIS K., KRISTENSEN S., HEWLETT E., *et al.*
2021

International Journal for Quality in Health Care
34(Supplement_1): ii7-ii12.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab020>

Achieving people-centred health care systems requires new and innovative strategies to capture information about whether, and to what degree, health care is successful in improving health from the perspective of the patient. Patient-reported outcome measures (PROMs) and Patient-reported experience measures (PREMs) can bring some of these new insights, and are increasingly used in research, clinical care, and policy-making. This paper reflects the ongoing discussions and findings of the OECD PaRIS Working Group on Patient-reported Indicators for Mental Health Care. The OECD has been measuring quality of care for mental health conditions over the last 14 years through the Health Care Quality and Outcomes (HCQO) program; nonetheless, information on how persons with mental health problems value the services they receive, and impact of the services, remains limited. As of 2018, a survey from the OECD showed that only five of the twelve countries surveyed (Australia, Israel, Netherlands, Sweden, United Kingdom) reported PROMs and PREMs collection on a regular basis in mental health settings. The paper details some of the challenges specific to the collection and use of PROMs and PREMs in mental health care, and examples from countries which have implemented comprehensive programmes to gather information about PROMs and PREMs for individuals receiving mental health services. Given the health and economic impact of mental ill-health across all OECD countries, there is significant value to being able to assess the quality and outcomes of care in this area using internationally-comparable measures. Continued international harmonisation of PROMs and PREMs for mental health through international coordination is a key way to facilitate the sharing of national expe-

riences, promote the use of PROMs and PREMs, and create meaningful indicators for national and international benchmarking.

► **Development and Calibration of the PREMIUM Item Bank For Measuring Respect and Dignity For Patients with Severe Mental Illness**

FERNANDES S., FOND G., ZENDJIDJIAN X., *et al.*
2022

J Clin Med 11(6).

<https://doi.org/10.3390/jcm11061644>

Most patient-reported experience measures (PREMs) are paper-based, leading to a high burden for patients and care providers. The aim of this study was to (1) calibrate an item bank to measure patients' experience of respect and dignity for adult patients with serious mental illnesses and (2) develop computerized adaptive testing (CAT) to improve the use of this PREM in routine practice. Patients with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder were enrolled in this multicenter and cross-sectional study. Psychometric analyses were based on classical test and item response theories and included evaluations of unidimensionality, local independence, and monotonicity; calibration and evaluation of model fit; analyses of differential item functioning (DIF); testing of external validity; and finally, CAT development. A total of 458 patients participated in the study. Of the 24 items, 2 highly inter-correlated items were deleted. Factor analysis showed that the remaining items met the unidimensional assumption (RMSEA = 0.054, CFI = 0.988, TLI = 0.986). DIF analyses revealed no biases by sex, age, care setting, or diagnosis. External validity testing has generally supported our assumptions. CAT showed satisfactory accuracy and precision. This work provides a more accurate and flexible measure of patients' experience of respect and dignity than that obtained from standard questionnaires.

► **Does the Network Approach in Psychopathology Entail the Eclipse of the Disorder?**

GARCIA M. ET ROUCHY E.

2022

Encephale 48(2): 221-225.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.02.004>

► **A Systematic Review of Patient-Reported Outcome Measurement (PROM) and Provider Assessment in Mental Health: Goals, Implementation, Setting, Measurement Characteristics and Barriers**

GELKOPF M., MAZOR Y. ET ROE D.

2021

International Journal for Quality in Health Care 34(Supplement_1): ii13-ii27.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz133>

To review and integrate the literature on mental-health-related patient-reported outcome measures (PROMs) and routine outcome measures (ROMs), namely in the domains of goals, characteristics, implementation, settings, measurements and barriers. PROM/ROM aims mainly to ascertain treatment impact in routine clinical practice through systematic service users' health assessment using standardized self-report, caretaker and/or provider assessment. Psych INFO and PubMed including Medline, Biomed Central, EMBASE Psychiatry and Elsevier Science's Direct. Systemized review of literature (2000–2018) on implementation and sustainability of PROMs/ROMs in adult mental health settings (MHS). Systemized review of literature (2000–2018) on numerous aspects of PROM/ROM implementation and sustainability in adult MHS worldwide. Based on 103 articles, PROMs/ROMs were implemented mostly in outpatient settings for people with assorted mental health disorders receiving a diversity of services. Frequency of assessments and completion rates varied: one-third of projects had provider assessments; about half had both provider and self-assessments. Barriers to implementation: perceptions that PROM/ROM is intrusive to clinical practice, lack of infrastructure, fear that results may be used for cost containment and service eligibility instead of service quality improvement, difficulties with measures, ethical and confidentiality regulations and web security data management regulations. Improving data input systems, sufficient training, regular feedback, measures to increase administrative and logistic support to improve implementation, acceptability,

feasibility and sustainability, follow-up assessments and client attrition rate reduction efforts are only some measures needed to enhance PROM/ROM efficiency and efficacy.

► **Étude biopsychosociale de l'impact du confinement Covid-19 sur la dépression et l'anxiété dans un échantillon de 1753 sujets francophones**

GOUVERNET B. ET BONIERBALE M.

2022

Encéphale 48(2): 118-124.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.03.002>

The aim of this article was to study the impact of the Covid-19 lockdown on anxiety and depressive symptoms on the basis of responses to an online survey from 1753 French-speaking subjects, conducted between April 27 and May 11, 2020. METHOD: Using a biopsychosocial model, the effects of socio-demographic characteristics (age, gender at birth, socio-professional category, sexual orientation), lockdown conditions (material factors: urban density of the place of residence, surface area of the place of residence during lockdown), social characteristics: living with a partner during lockdown, presence of children during lockdown) and psychosocial history (attachment styles) on anxiety - evaluated on the GAD7 - and depression - evaluated on the MDI - were investigated. Ordinal regression analyses were conducted. RESULTS: The rates of depression observed (moderate or severe depression: 22.5%) and anxiety (moderate or severe anxiety: 18.4%) were higher than usual but lower than what has been documented in other studies on the effects of lockdown. Women appeared to be more vulnerable than men (Anxiety: AOR=1.647, CI 95%=1.647-2.530; Depression: AOR=1.622, CI 95%=1.274-2.072). Bisexual individuals had an increased likelihood of anxiety symptoms (AOR=1.962, CI 95%=1.544-2.490) and depression (AOR=1.799, CI 95%=1.394-2.317). For homosexuals, only links with depression were observed (AOR=1.757, CI 95%=1.039-2.906). People in a situation of economic vulnerability were more prone to anxiety disorders (e.g. people with no working activity: AOR=1.791, CI 95%=1.147-2.790) or depression (e.g. people with no working activity: AOR=2.581, CI 95%=1.633-4.057). Links with attachment styles were also found. Fearful subjects were particularly vulnerable (anxiety: AOR=2.514, CI 95%=1.985-3.190; depression: AOR=2.521, CI 95%=1.938-3.289), followed by subjects with an anxious attachment style

(anxiety: AOR=1.949, CI 95%=1.498-2.540; depression: AOR=1.623, CI 95%=1.207-2.181). The impact of lockdown on avoidant subjects only concerned depression (AOR=1.417, CI 95%=1.034-1.937). Being with a partner during lockdown appeared to have a protective effect against depression (AOR=.693, CI 95%=.555-.866). Neither the presence of children, the surface area of the lockdown residence, nor the population density of the place of residence was associated with anxiety or depression. CONCLUSION: The impact of lockdown on mental health depends on a range of dimensions that need to be apprehended in order to tailor post-lockdown psychological and social support. Management based on a biopsychosocial approach should be favored.

► **Psychiatrie, PTSD et demande d'asile**

HUET F.
2022

VST - Vie sociale et traitements 154(2): 5-11.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2022-2-page-5.htm?ref=doi>

De la psychothérapie institutionnelle à la neurobiologie, le changement d'orientation dans un service de psychiatrie vient questionner la place même du sujet dans les soins. Or la question de la subjectivité est particulière dans le traumatisme. Elle l'est aussi pour les demandeurs d'asile dans notre société. Accueillir des patients dans leur parcours d'exil souvent chaotique vient lourdement insister sur l'importance d'une psychiatrie humaine qui cherche à réhabiliter non seulement l'individu, mais bien le sujet, ses représentations, sa culture, son identité et tout ce qui fait son rapport à l'altérité.

► **Climate Change and Mental Health Research Methods, Gaps, and Priorities: A Scoping Review**

HWONG A. R., WANG M., KHAN H., *et al.*
2022

The Lancet Planetary Health 6(3): e281-e291.

[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00012-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00012-2)

Research on climate change and mental health is a new but rapidly growing field. To summarise key advances and gaps in the current state of climate change and mental health studies, we conducted a scoping review that comprehensively examined research methodologies using large-scale datasets. We identified 56 eli-

gible articles published in Embase, PubMed, PsycInfo, and Web of Science between Jan 1, 2000, and Aug 9, 2020. The primary data collection method used was surveys, which focused on self-reported mental health effects due to acute and subacute climate events. Other approaches used administrative health records to study the effect of environmental temperature on hospital admissions for mental health conditions, and national vital statistics to assess the relationship between environmental temperature and suicide rates with regression analyses. Our work highlights the need to link population-based mental health outcome databases to weather data for causal inference. Collaborations between mental health providers and data scientists can guide the formation of clinically relevant research questions on climate change.

► **The Long-Term Effect of the Earned Income Tax Credit on Women's Physical and Mental Health**

JONES L. E., WANG G. ET YILMAZER T.
2022

Health Economics 31(6): 1067-1102.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4501>

Using a novel method, and data from the National Longitudinal Survey of Youth 1979 (NLSY79), we estimate the cumulative, long-term, causal effect of Earned Income Tax Credit (EITC) eligibility on women's physical and mental health at age 50. We find that an increase in lifetime eligible EITC benefits is associated with long-term improvements in physical health, such as reduced occurrence of activity-limiting health problems and reduced reported diagnoses of mild and severe diseases. We explore intermediate health behaviors and outcomes, and find that an increase in lifetime eligible EITC benefits increases the number of hours worked and access to employer-sponsored health insurance, and decreases body mass index in the short-term. We find no significant effects of the EITC on mental health at age 50. Finally, we find that White women benefit disproportionately from the EITC in terms of mobility-related health issues, while Black and Hispanic women benefit in terms of lung-related illnesses like asthma, as well as cancer and stroke.

► **Person-Centered Care in Persons Living with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis**

LEE K. H., LEE J. Y. ET KIM B.

2020

The Gerontologist 62(4): e253-e264.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnaa207>

The concept of person-centered care has been utilized/adapted to various interventions to enhance health-related outcomes and ensure the quality of care delivered to persons living with dementia. A few systematic reviews have been conducted on the use of person-centered interventions in the context of dementia care, but to date, none have analyzed intervention effect by intervention type and target outcome. This study aimed to review person-centered interventions used in the context of dementia care and examine their effectiveness. A systematic review and meta-analysis were conducted. We searched through 5 databases for randomized controlled trials that utilized person-centered interventions in persons living with dementia from 1998 to 2019. Study quality was assessed using the National Institute for Health and Clinical Excellence checklist. The outcomes of interest for the meta-analysis were behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD) and cognitive function assessed immediately after the baseline measurement. In total, 36 studies were systematically reviewed. Intervention types were reminiscence, music, and cognitive therapies, and multisensory stimulation. Thirty studies were included in the meta-analysis. Results showed a moderate effect size for overall intervention, a small one for music therapy, and a moderate one for reminiscence therapy on BPSD and cognitive function. Generally speaking, person-centered interventions showed immediate intervention effects on reducing BPSD and improving cognitive function, although the effect size and significance of each outcome differed by intervention type. Thus, health care providers should consider person-centered interventions as a vital element in dementia care.

► **Prevalence of Severe Cardiovascular Disease in Patients with Schizophrenia**

MARCHE J. C., BANNAY A., BAILLOT S., *et al.*

2022

Encephale 48(2): 125-131.

The objective of this study is to assess the prevalence of severe cardiovascular (CV) disease requiring hospitalization among patients with schizophrenia in France. **METHOD:** We included patients hospitalized with schizophrenia or psychotic disorder during 2015, in five French psychiatric hospitals. Patients with CV disease were defined as those with a correspondent ICD-10 code during a hospital stay in any general hospital, five years before or three years after the psychiatric hospitalization. CV disease included myocardial infarction (MI), stroke, heart failure (HF), coronary artery disease (CAD) or peripheral artery disease. Risk factors such as hypertension, obesity and diabetes were recorded. **RESULTS:** In total, 4424 patients with schizophrenia were included. Overall, 203 (4,6%) patients were diagnosed with CV disease, 93 (2.1%) with CAD, 86 (1.9%) with HF and 49 (1.1%) with stroke. The prevalence of hypertension, obesity and diabetes was 11.3%, 9.7% and 7.8%. The median (interquartile range) age of patients with MI and diabetes was 57 (49-70) and 56 (48-66) years. **CONCLUSION:** Patients with schizophrenia develop severe CV disease requiring hospitalization at an early age. These severe events are associated with a high prevalence of risk factors. Early screening and treatment of CV disease and risk factors is important to improve life expectancy and quality of life of these patients.

► **Mental Health of Migrants with Pre-Migration Exposure to Armed Conflict: A Systematic Review and Meta-Analysis**

MESA-VIEIRA C., HAAS A. D., BUITRAGO-GARCIA D., *et al.*

2022

The Lancet Public Health 7(5): e469-e481.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00061-5)

Exposure to armed conflict has been associated with negative mental health consequences. We aimed to estimate the prevalence of generalised anxiety disorder, major depressive disorder, and post-traumatic stress disorder among migrants exposed to armed conflict.

► **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
206(4): 450-456.**

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

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 thérapeutique 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.

► **Depression Deterioration of Older Adults
During the First Wave of the Covid-19
Outbreak in Europe**

PACCAGNELLA O. ET PONGIGLIONE B.
2022

Social Science & Medicine 299: 114828.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114828>

Rationale Determining who is particularly vulnerable to mental health deterioration during the Covid-19 pandemic is essential when designing and targeting interventions to mitigate the adverse psychological impacts of the outbreak. Older people have appeared to be less exposed to mental health deterioration compared with younger individuals, but most exposed to the risk of severe illness and death from the virus, as well as less equipped to use technologies for coping with lockdown measures. Objective Amongst the old population, we aim at determining how depressive symptoms have changed during the first wave of the Covid-19 pandemic and identifying individual risk factors associated with changes in reporting depression. We are particularly interested in exploring the role of pre-existing mental health problems and evaluating gender differences. Results Pre-existing mental health problems, a diagnosis of affective/emotional disorders, a recent diagnosis of a major illness, and (only for men)

job loss during the first wave of the outbreak are the most important risk factors. Statistical differences between genders emerge, with women experiencing higher levels of depression and greater worsening of mental health than men. Conclusions To identify people at greater risk of depression deterioration during an outbreak it is very important to consider their pre-existing mental and general health, distinguishing severity level. On population level, it is also crucial to evaluate depression disorders separately by gender.

► **Psychiatrie, santé mentale. Synonymes,
faux amis, vrai couple ?**

PARIZOT S.

2022

L'information psychiatrique 99(3): 159-163.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-3-page-159.htm>

Reprenant les discours des médias et de divers documents officiels, on voit que le terme « santé mentale » est en voie de remplacer celui de « psychiatrie ». Cependant, quand il s'agit de nommer l'origine de défaillances, d'abus réels ou supposés, de faits divers scandaleux, est toujours pointée la « psychiatrie ». Nous nous intéressons à une comparaison de cette évolution langagière à travers l'évolution qui traverse la psychiatrie italienne et avec l'aide de quelques articles parus dans la revue l'Information psychiatrique ». L'éclaircissement de cette histoire nous paraît propice à l'éclaircissement du malaise identitaire de la psychiatrie. Nous prônons une affirmation plus nette de pratiques psychiatriques différenciées tenant compte de l'histoire, avec l'influence des idées que la psychiatrie a elle-même promues, sous le label « santé mentale ». Nous espérons éviter tant la dilution confuse de la psychiatrie dans des pratiques purement sociales que la restriction à une scientificité neuronale illusoire ou à une pseudo police toujours en deçà des attentes de la société.

► **Pandemics and the Impact on Physician Mental Health: A Systematic Review**

PECK J. A. ET PORTER T. H.
2022

Medical Care Research and Review 0(0): 10775587221091772.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587221091772>

Physician mental health is a major area of concern with physician burnout on the rise, while at the same time pandemics are becoming more frequent and serious in nature. This combination of physician burnout and pandemics has the potential for serious negative implications for physicians, patients, and health care organizations. Thus, we conduct a systematic review that examines the effect of pandemics on physician mental health using the burnout cascade as a framework. We identified 30 quantitative studies for inclusion. We find that Stages 4 and 5 of the burnout cascade are particularly troublesome with physicians experiencing high levels of anxiety and depression. Furthermore, we find in the degradation phase that physicians experience stigma which may intensify other negative effects. Physicians who are women, younger, and have less training are more susceptible to the negative effects of pandemics. We discuss overall implications and recommendations for future research.

► **Patient-Reported Outcome Measurements (PROMs) and Provider Assessment in Mental Health: A Systematic Review of the Context of Implementation**

ROE D., MAZOR Y. ET GELKOPF M.
2021

International Journal for Quality in Health Care 34(Supplement_1): ii28-ii39.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz084>

To review and integrate the vast amount of literature yielded by recent growing interest in patient-reported outcome measurement and routine outcome measures (PROMs/ROMs), in order to suggest options and improvements for implementation. PROMs are the systematic assessment of service users' health using standardized self-report measures. Specifically, for ROMs, it includes routine provider or caretaker assessment measures. Both are administered to ascertain routinely, the impact of treatment in mental health settings and to improve care. A review is needed because of the large differences in setting, conceptualization, practice

and implementation. Here, we examine the different major projects worldwide. Psych INFO and PubMed including Medline, Biomed Central, EMBASE Psychiatry and Elsevier Science's Direct. We conducted a systematized review of the literature published from 2000 to 2018 on the implementation and sustainability of PROMs and ROMs in mental health services for adults. We described and characterized the programs in different countries worldwide. We identified 103 articles that met the inclusion criteria, representing over 80 PROMs/ROMs initiatives in 15 countries. National policy and structure of mental health services were found to be major factors in implementation. We discuss the great variability in PROMs/ROMs models in different countries, making suggestions for their streamlining and improvement. We extracted valuable information on the different characteristics of the numerous PROMs/ROMs initiatives worldwide. However, in the absence of a strong nationwide policy effort and support, implementation seems scattered and irregular. Thus, development of the implementation of PROMs/ROMs is left to groups of enthusiastic clinicians and researchers, making sustainability problematic.

► **Systemic and Individual Factors that Shape Mental Health Service Usage Among Visible Minority Immigrants and Refugees in Canada: A Scoping Review**

SALAM Z., ODENIGBO O., NEWBOLD B., *et al.*
2022

Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1007/s10488-021-01183-x>

There exists considerable research which reports that mental health disparities persist among visible minority immigrants and refugees within Canada. Accessing mental health care services becomes a concern which contributes to this, as visible minority migrants are regarded as an at-risk group that are clinically underserved. Thus, the purpose of this review is to explore the following research question: "what are the barriers and facilitators for accessing mental health care services among visible immigrants and refugees in Canada?". A scoping review following guidelines proposed by Arksey and O'Malley (International Journal of Social Research Methodology 8(1): 19–32, 2005) was conducted. A total of 45 articles published from 2000 to 2020 were selected through the review process, and data from the retrieved articles was thematically analyzed. Wide range of barriers and facilitators were

identified at both the systemic and individual levels. Unique differences rooted within landing and legal statuses were also highlighted within the findings to provide nuance amongst immigrants and refugees. With the main layered identity of being a considered a visible minority, this yielded unique challenges patterned by other identities and statuses. The interplay of structural issues rooted in Canadian health policies and immigration laws coupled with individual factors produce complex barriers and facilitators when seeking mental health services. Through employing a combined and multifaceted approach which address the identified factors, the findings also provide suggestions for mental health care providers, resettlement agencies, policy recommendations, and future directions for research are discussed as actionable points of departure.

► **Innover par-delà le secteur ? État des lieux d'un dispositif réactif de crise en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

SICOT F. ET MANUELLO P.

2022

L'information psychiatrique 99(3): 165-171.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-3-page-165.htm>

Le DDRA (dispositif départemental réactif pour adolescents) est un dispositif créé pour accueillir dans de courts délais des adolescents en crise. À l'heure où les politiques publiques de santé visent la réduction des dépenses, sa création et son déploiement ont bénéficié de circonstances favorables. S'il remplit effectivement ses missions d'accès rapide aux soins et d'évitement de passage aux urgences, il pourrait trouver ses limites dans l'absence d'offres de soins en aval. À travers cet exemple, nous interrogeons la place des innovations institutionnelles dans l'évolution du secteur public de psychiatrie infanto-juvénile.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

► **Le travail relationnel des médecins dans la prise en charge des patients : une étude qualitative des réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie dans deux centres hospitaliers universitaires**

CUCHARERO ATIENZA P.

2022

RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise 46, 11(1): 3-24.

<https://www.cairn.info/revue-rimhe-2022-1-page-3.htm>

L'étude présentée dans cet article vise à répondre à la question de recherche : comment le travail relationnel réalisé par les médecins nucléaires au sein des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) favorise-t-il leur inclusion dans la prise en charge des patients ? Pour répondre à ce questionnement, nous nous appuyons sur les travaux analysant les relations entre médecins spécialistes. L'inclusion est appréhendée comme l'intégration d'un individu dans un collectif tout en conservant son identité particulière. La méthodologie qualitative déployée s'appuie sur les

techniques d'entretien semi-directif et d'observation. Nous avons réalisé quarante-sept entretiens auprès des médecins nucléaires et médecins cliniciens avec lesquels ils interagissent au sein de deux centres hospitaliers universitaires (CHU) de France. Cette technique d'enquête a été complétée par l'observation non participante de vingt-trois RCP entre médecins de différentes spécialités qui se tiennent dans le domaine de l'oncologie pour discuter du traitement des patients. Cela nous a permis de caractériser le travail relationnel réalisé par les médecins nucléaires au sein des RCP afin d'assurer leur inclusion dans le collectif de prise en charge des patients. Si la RCP permet la mise en relation des médecins spécialistes, nous observons que cela ne garantit pas l'inclusion, les médecins devant s'investir et s'approprier ce dispositif pour rendre effective l'inclusion. Ainsi, c'est le travail relationnel, que nous définissons comme le développement et l'entretien des liens de collaboration, réalisé par les médecins nucléaires au sein des RCP, qui favorise l'inclusion dans le collectif médical. Nos résultats mettent en lumière le travail relationnel qui fait partie intégrante du tra-

vail des médecins et qui accompagne le travail strictement curatif ou technique des médecins.

► **Éthique et santé publique**

GAUDRAY P., ZYLBERMAN P., OROBON F., *et al.*
2022

ADSP 117(1): 26-36.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-26.htm>

La pandémie de Covid a bouleversé la vie des populations. Lutter contre l'épidémie est devenu l'axe principal de toutes les politiques nationales et internationales. Cela ne s'est pas fait sans remise en cause des principes de liberté, de responsabilité, et du rôle des différents acteurs. Les conséquences en termes d'évolution des personnes malades, hospitalisées, en réanimation ou décédées; mais aussi les commentaires ou critiques des décisions prises ont été largement médiatisés. La Covid a fait l'objet de multiples réflexions politiques, sociales, médicales, économiques et éthiques bien souvent approximatives voire contradictoires. Après un premier numéro d'ADSP en décembre 2021 pour faire un point épidémiologique, technique et organisationnel sur cette épidémie, ce second dossier sur la Covid propose une approche plus distanciée et une réflexion éthique sur ce qui s'est passé. Comment les décisions ont été prises? Sur quelles bases éthiques reposent-elles? Quel enseignement peut-on en tirer sur l'évolution de nos valeurs sociétales et culturelles, voire spirituelles? Toutes ces questions sont abordées: le contexte juridique qui a encadré les décisions, le respect et la compassion qui ont motivé les choix de protéger les personnes âgées ou vulnérables, les effets collatéraux des mesures barrières ou de protection sur ces mêmes populations et sur la jeunesse, les attitudes vis-à-vis de la vaccination, les souffrances des personnels de santé... A-t-elle été un révélateur d'inégalités sociales, de conflits de générations, ou au contraire l'occasion de renforcer notre lien social et notre solidarité inter individuelle? Enfin cette crise a montré que la médecine ne pouvait s'entendre que dans une appréhension de l'homme total, englobant la personne tout entière, aussi bien somatique que psychologique et spirituelle, et aussi bien sous son angle individuel que collectif et environnemental.

► **» Aller-vers « pour promouvoir la santé des populations**

GÉRY Y. ET HAMEL E.
2021

Sante En Action (La)(458): 48.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2021-n-458-aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations>

Pour promouvoir la santé de la population, les services de santé, sociaux et d'éducation ne suffisent pas: certains citoyens ne sont pas en capacité d'accéder à la santé, aux soins, à la prévention. Si l'on veut que ces populations bénéficient des droits fondamentaux, il faut « aller-vers » elles. Ce numéro spécial est entièrement consacré à cette démarche: il en synthétise l'état des connaissances et en présente des exemples diversifiés sur le territoire national, département d'outre-mer compris. Une trentaine d'experts et de praticiens de terrain ont contribué à ce numéro.

► **La participation des usagers/habitants à un projet de santé en équipe coordonnée, une utopie réalisable. Commentaire**

MENARD D.
2022

Sciences Sociales Et Sante 40(1): 69-74.

L'article de Noémie Morize s'intéresse à l'association de « travailleurs bénévoles » aux activités déployées dans des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Sous le nom de « dispositifs participatifs », l'auteure analyse la division du travail entre professionnels de santé libéraux, salariés et bénévoles dans une perspective de sociologie du travail pour étudier plus particulièrement les rôles respectifs de ces acteurs et l'hétérogénéité de leurs pratiques. Cet article en présente un commentaire.

► **Des dispositifs participatifs au service d'une vision extensive de la santé : la division du travail de participation au sein des maisons de santé**

MORIZE N.
2022

Sciences Sociales Et Sante 40(1): 41-67.

Le secteur français des soins primaires connaît ces dernières décennies un processus de régulation au travers de plusieurs dispositifs. Parmi eux, les maisons de santé

visent à réunir des professionnels de santé libéraux afin de prendre en charge les patients de manière collective. Ces professionnels de santé sont incités à développer, via un projet de santé, des démarches de prévention, d'information ou d'éducation du patient. Dans certaines maisons de santé, cette attente se traduit par la mise en place de dispositifs participatifs associant des travailleurs bénévoles. Au sein de ces regroupements de professionnels libéraux valorisant fortement leur autonomie, l'association de travailleurs bénévoles peut sembler paradoxale. Comment ces dispositifs se développent-ils au sein de MSP libérales? Quel travail découle de leur mise en place et comment est-il divisé au sein des MSP? Cet article s'appuie sur une trentaine d'entretiens et sept journées d'observation, menés au sein de douze maisons de santé en 2019. L'article montre que ces dispositifs participatifs sont hétérogènes et occupent une place marginale dans les organisations enquêtées. Ils consistent en un pas de côté par rapport à la dimension curative de la santé, et répondent à des objectifs de santé publique. La division du travail lié à ces dispositifs se recompose, selon les configurations d'acteurs, entre libéraux, salariés, et travailleurs bénévoles. Si ces dispositifs ne modifient pas les hiérarchies professionnelles existantes, ils contribuent à étendre le domaine d'intervention de la santé au travers d'une séparation marquée entre sa dimension curative et sa dimension sociale.

► **Éthique en période de crise sanitaire**

RABARY O., WUNENBURGER J.-J., MAGLIO M., *et al.*
2022

ADSP 117(1): 15-25.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-15.htm>

La pandémie de Covid a bouleversé la vie des populations. Lutter contre l'épidémie est devenu l'axe principal de toutes les politiques nationales et internationales. Cela ne s'est pas fait sans remise en cause des principes de liberté, de responsabilité, et du rôle des différents acteurs. Les conséquences en termes d'évolution des personnes malades, hospitalisées, en réanimation ou décédées; mais aussi les commentaires ou critiques des décisions prises ont été largement médiatisés. La Covid a fait l'objet de multiples réflexions politiques, sociales, médicales, économiques et éthiques bien souvent approximatives voire contradictoires. Après un premier numéro d'ADSP en décembre 2021 pour faire un point épidémiologique, technique et organisationnel sur cette épidémie, ce second dossier

sur la Covid propose une approche plus distanciée et une réflexion éthique sur ce qui s'est passé. Comment les décisions ont été prises? Sur quelles bases éthiques reposent-elles? Quel enseignement peut-on en tirer sur l'évolution de nos valeurs sociétales et culturelles, voire spirituelles? Toutes ces questions sont abordées: le contexte juridique qui a encadré les décisions, le respect et la compassion qui ont motivé les choix de protéger les personnes âgées ou vulnérables, les effets collatéraux des mesures barrières ou de protection sur ces mêmes populations et sur la jeunesse, les attitudes vis-à-vis de la vaccination, les souffrances des personnels de santé... A-t-elle été un révélateur d'inégalités sociales, de conflits de générations, ou au contraire l'occasion de renforcer notre lien social et notre solidarité inter individuelle? Enfin cette crise a montré que la médecine ne pouvait s'entendre que dans une appréhension de l'homme total, englobant la personne tout entière, aussi bien somatique que psychologique et spirituelle, et aussi bien sous son angle individuel que collectif et environnemental.

► **Les sciences humaines et sociales face à la pandémie de Covid-19 : une mobilisation extraordinaire**

TERRAL P. ET GAILLE M.

2021

Santé Publique 33(6): 823-827.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-823.htm>

Cette contribution présente la dynamique de recherche suscitée par la pandémie de Covid-19, depuis mars 2020, dans les sciences humaines et sociales en France. Elle décrit, tout d'abord, les éléments principaux de la mobilisation individuelle et institutionnelle, qui confèrent à cette dynamique les traits d'une mobilisation « extra-ordinaire ». Elle expose, sur la base d'un rapport collectif de recherche, les thématiques et les problématiques de recherche, et les réflexions méthodologiques et épistémologiques mises en avant, par les SHS, au sujet de la pandémie et de sa gestion. Cette contribution rend ainsi compte de la façon dont les SHS participent à l'inscription, en société, des questions de santé et à leur politisation. En portant des thématiques et des problématiques de recherche parfois nouvelles et parfois très ancrées dans le capital scientifique qui est le leur au sujet des crises sanitaires et environnementales, les SHS participent à décrire et analyser les fondements et les conséquences de ces crises sur les individus et les sociétés: autant de connaissances susceptibles d'éclairer la décision publique.

Soins de santé primaires

Primary health Care

► **Filière de consultations dédiées à la dermatologie en médecine générale**

ABOUD S., SMAÏL S., MESTHE P., *et al.*
2021

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 17(10): 469-475.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/filiere_de_consultations_dediees_a_la_dermatologie_en_medecine_generale_321938/article.phtml

Les cancers cutanés sont fréquents et leur incidence est en constante croissance. En dépit de ce constat, la population de spécialistes en dermatologie est de moins en moins importante. Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) multi-site a mis en place une consultation de médecine générale dédiée aux motifs dermatologiques, menée par un médecin formé au sein de cette MSP. Les nouvelles organisations territoriales montrent par ce retour d'expérience une des pistes pour remédier aux problématiques démographiques dans certaines spécialités comme la dermatologie.

► **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>

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. Le but de cette étude est d'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. Conclusion : 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.

► **The Challenge For General Practitioners to Keep in Touch with Vulnerable**

BOUCHEZ T., GAUTIER S., LE BRETON J., *et al.*
2022

BMC Prim Care 23(1): 82.

<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01694-y>

In France, the first Covid-19-related lockdown (17th March to 10th May 2020) resulted in a major decrease in healthcare service utilization. This raised concerns about the continuity of care for vulnerable patients. The aim of this paper is to identify individual and organizational factors associated with the initiatives taken by French GPs to contact vulnerable patients during the lockdown. METHODS: A national observational survey using an online questionnaire was conducted to document French GPs' adaptations to the Covid-19 situation, their individual and organizational characteristics, including practice type (individual, group, multidisciplinary) and size. Data were collected from 7th to 20th May 2020 using mailing lists of GPs from the study partners and GPs who participated in a previous survey. Among the 3012 participant GPs (~5.6% of French GPs), 1419 (47.1%) reported initiatives to contact some patients without criteria-based strategy, and 808 (26.8%) with a strategy using various clinical/psychological/social criteria. Women GPs more often declared initiatives of contacts with a criteria-based strategy (OR = 1.41, 95% CI [1.14-1.75]) as well as GPs with more than two patients who died due to Covid-19 in comparison with those having none (OR = 1.84, 95% CI [1.43-2.36]). Teaching GPs more often used criteria-based strategies than the other GPs (OR = 1.94, 95% CI [1.51-2.48]). Compared with those working in small monodisciplinary practice, GPs working alone were less likely to implement criteria-based initiatives of contacts (OR = 0.70, 95% CI [0.51-0.97]), while GPs working in multidisciplinary practice were more

likely (OR = 1.94, 95% CI [1.26-2.98] in practices > 20 professionals). Conclusion : French GPs took various initiatives to keep in touch with vulnerable patients, more frequently when working in group practices. These findings confirm the importance of primary care organization to ensure continuity of care for vulnerable people.

► **Les soins primaires face à la Covid-19 : une comparaison Belgique, France, Québec et Suisse**

BOURGUEIL Y., BRETON M., COHIDON C., *et al.*
2021

Santé Publique 33(6): 991-995.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-991.htm>

Face à la Covid-19, la plupart des pays ont d'abord réagi en associant des mesures de confinement de la population à un renforcement des soins aigus. Les soins primaires ont ensuite été mobilisés de façon variable et plus ou moins coordonnée. Le but de cette étude est de comparer l'implication des soins primaires dans la gestion de la pandémie de Covid pour en dégager des enseignements sur les orientations futures à donner aux systèmes sanitaires. Résultats : La mobilisation des acteurs de soins primaires a été importante, hétérogène et variait selon l'existence de dynamiques d'organisations locales préexistantes en équipes, à l'échelon territorial ou dans un cadre plus régulé comme au Québec. La spécialisation de centres Covid était soit systématique, « cliniques chaudes » au Québec, soit à l'initiative des acteurs locaux plus ou moins soutenus par les autorités de santé. La téléconsultation, largement dominée par l'usage du téléphone, a pu être mise en place partout, généralement soutenue par une tarification souple et adaptée. La réalisation des tests diagnostiques comme la vaccination par de nouveaux professionnels, dans un cadre juridique, financier, et de formation simple, est un axe d'amélioration majeur à approfondir. Les systèmes d'information pour évaluer les besoins locaux ont été partout insuffisants. Conclusion : La définition des modalités de gouvernance des soins primaires et, notamment, l'articulation des professionnels avec les opérateurs de l'action publique en santé dans les quatre pays étudiés constitue un enjeu d'amélioration prioritaire à l'échelon local comme à l'échelon national.

► **Soins primaires et Covid-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs**

GAUTIER S., RAY M., ROUSSEAU A., *et al.*
2021

Santé Publique 33(6): 923-934.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-923.htm>

L'épidémie de Covid a présenté un défi majeur pour les acteurs et les organisations des soins primaires en France. L'objectif de ce travail réalisé par le réseau de recherche ACCORD, associant praticiens et chercheurs, est de décrire et d'analyser en interprofessionnalité les adaptations et organisations précoces des acteurs des soins primaires durant le premier confinement. Méthodes : Ce travail confronte du matériel quantitatif et qualitatif. Les données quantitatives résultent d'une exploitation croisée des six enquêtes en ligne réalisées par le réseau ACCORD, entre mars et mai 2020, auprès des médecins généralistes, sages-femmes et structures pluriprofessionnelles en France. Ces données ont été enrichies d'échanges collectifs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires, conduits en groupes focaux lors d'un séminaire dématérialisé. Résultats : Durant la période considérée, une baisse importante de l'activité en soins primaires a été constatée. Les acteurs ont été nombreux à adapter leurs organisations pour concilier risque épidémique et maintien de l'accès et de la continuité des soins. Les sources d'information utilisées par les professionnels se sont avérées très variables. La crise a révélé des réseaux d'échange et de collaboration importants au niveau des territoires. Conclusion : Face à la crise sanitaire, les acteurs des soins primaires ont adapté leurs organisations et leurs pratiques de façon précoce et diversifiée, soulignant l'importance des organisations préexistantes et des collaborations à l'échelon territorial.

► **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(Ahead of print).

<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 heterogeneous 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 (Ahead of print).

<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 per-

form. Seventeen countries paid less per vaccination than the income-adjusted average, whereas 13 countries paid more. Twelve countries used pay-for-performance elements.

► **Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France**

MOYAL A. ET FOURNIER C.

2022

Les Tribunes de la santé 71(1): 33-45.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-33.htm>

Notre système de santé est confronté à des enjeux démographiques, épidémiologiques, professionnels et organisationnels connus de longue date. La stratégie gouvernementale appelée « Ma santé 2022 » affiche l'ambition de relever un certain nombre de ces défis. Elle concentre notamment des mesures visant à poursuivre et à renforcer la structuration des soins de proximité, y compris des soins primaires. Après avoir rappelé ces mesures et montré dans quelles transformations elles s'inscrivent, nous interrogeons leurs effets, tels que perceptibles au bout de quatre ans. Si des évolutions positives sont à noter, comme la poursuite du développement progressif d'un exercice pluriprofessionnel coordonné et d'activités de santé publique inscrites dans les territoires, de nombreux défis restent à relever pour structurer et consolider une première ligne de soins, et lui permettre de contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

► **Culture de sécurité des professionnels de santé en soins primaires : adaptation en langue française du questionnaire MOSPSC (« Medical Office Survey on Patient Safety Culture »)**

SHIH C., BUCHET-POYAU K., KERIEL-GASCOU M., *et al.*

2022

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 70(2): 51-58.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.02.003>

Contexte La culture de sécurité (CDS) rend compte de déterminants individuels et organisationnels. Son évaluation auprès des professionnels de santé en soins primaires (SP) peut être réalisée par des questionnaires auto-administrés, tel le « Medical Office Survey on

Patient Safety Culture » (MOSPSC). Objectif Adapter en français le questionnaire MOSPSC et en étudier les propriétés psychométriques. Méthode Le questionnaire MOSPSC a fait l'objet d'une traduction avec analyse linguistique en langue française; une rétrotraduction vers l'anglais a été réalisée, conformément aux recommandations de l'ISPOR. La version française du questionnaire a été diffusée à 415 professionnels de santé de 36 structures pluriprofessionnelles ambulatoires. L'étude des propriétés psychométriques (test-retest, α de Cronbach et analyse factorielle) a été conduite à partir des réponses des professionnels. Résultats Après analyse linguistique, la notion d'équipe a été traduite par celle de structure dans le questionnaire final. Le taux de participation des professionnels à l'enquête était de 64,1 % (266/415); 51,9 % (138/415) étaient des paramédicaux (principalement IDE ou kinésithérapeutes). Le coefficient α de Cronbach est de 0,94 pour l'ensemble des dimensions. Après analyse psychométrique, la dimension « signalement des évènements indésirables » a été ajoutée, et celle de « formation du personnel » intégrée à celle de « formation et standardisation des pratiques », portant à 13 le nombre de dimensions identifiées après analyse factorielle. Conclusion Le questionnaire MOSPSC adapté et validé en français peut être utilisé pour mesurer la CDS des professionnels en soins primaires en France. Son usage permettrait d'envisager à terme des comparaisons à

l'échelle de chaque structure, pour y suivre l'évolution de la CDS, et dans le cadre de recherches nationales et internationales sur la gestion des risques en soins primaires.

► **Provider Supply and Access to Primary Care**

YEE C. A., BARR K., MINEGISHI T., *et al.*

2022

Health Economics(Ahead of print).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4482>

Resource-constrained delivery systems often have access issues, causing patients to wait a long time to see a provider. We develop theoretical and empirical models of wait times and apply them to primary care delivery by the U.S. Veterans Health Administration (VHA). Using instrumental variables to handle simultaneity issues, we estimate the effect of clinician supply on new patient wait times. We find that it has a sizable impact. A 10% increase in capacity reduces wait times by 2.1%. Wait times are also associated with clinician productivity, scheduling protocols, and patient access to alternative sources of care. The VHA has adopted our models to identify underserved areas as specified by the MISSION Act of 2018.

Systèmes de santé

Health Systems

► **Governance of Academic Medical Centres in Changing Healthcare Systems: An International Comparison**

CARDINAAL E., DUBAS-JAKÓBCZYK K., BEHMANE D., *et al.*

2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.011>

We provide an explorative and international comparison of the governance models of academic medical centres (AMCs). These centres face significant challenges, including disruptive external pressures and enduring financial conflicts pertaining to patient treatment, research and education. Therefore, we covered 10 European countries (Cyprus, Czechia, Denmark,

Germany, Italy, Latvia, the Netherlands, Norway, Poland and Spain) and one associated state (Israel) in our analysis. In addition, we developed an expert questionnaire to collect data on the governance of AMCs in these 11 countries. Our results revealed no standardised definition of AMCs, with countries combining patient care, education/teaching and research differently. However, the ownership of such institutions is significantly homogeneous and is limited to public or private, nonprofit ownership. Furthermore, significant differences are associated with the (functional) integration level between the hospital and medical school. Therefore, most experts believe that the governance of AMCs will evolve into a more functionally integrated model of patient care, research and education.

► **Measuring Patient Voice Matters: Setting the Scene For Patient-Reported Indicators**

DE BIENASSIS K., KRISTENSEN S., HEWLETT E., *et al.*
2021

International Journal for Quality in Health Care
34(Supplement_1): ii3-ii6.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab002>

Achieving people-centred health care systems requires new and innovative strategies to capture information about whether, and to what degree, health care is successful in improving health from the perspective of the patient. Patient-reported outcome measures (PROMs) and Patient-reported experience measures (PREMs) can bring some of these new insights, and are increasingly used in research, clinical care, and policy-making. This paper reflects the ongoing discussions and findings of the OECD PaRIS Working Group on Patient-reported Indicators for Mental Health Care. The OECD has been measuring quality of care for mental health conditions over the last 14 years through the Health Care Quality and Outcomes (HCQO) program; nonetheless, information on how persons with mental health problems value the services they receive, and impact of the services, remains limited. As of 2018, a survey from the OECD showed that only five of the twelve countries surveyed (Australia, Israel, Netherlands, Sweden, United Kingdom) reported PROMs and PREMs collection on a regular basis in mental health settings. The paper details some of the challenges specific to the collection and use of PROMs and PREMs in mental health care, and examples from countries which have implemented comprehensive programmes to gather information about PROMs and PREMs for individuals receiving mental health services. Given the health and economic impact of mental ill-health across all OECD countries, there is significant value to being able to assess the quality and outcomes of care in this area using internationally-comparable measures. Continued international harmonisation of PROMs and PREMs for mental health through international coordination is a key way to facilitate the sharing of national experiences, promote the use of PROMs and PREMs, and create meaningful indicators for national and international benchmarking.

► **Health Systems Performance or Performing Health Systems? Anthropological Engagement with Health Systems Research**

KIELMANN K., HUTCHINSON E. ET MACGREGOR H.
2022

Social Science & Medicine 300: 114838.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114838>

► **Improving the Value of Healthcare Systems Using the Triple Aim Framework: A Systematic Literature Review**

KOKKO P.

2022

Health Policy 126(4): 302-309.

<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 effectiveness in achieving healthcare goals.

► **The Effects of Home Health Value-Based Purchasing on Home Health Care Quality in For-Profit and Nonprofit Agencies: A Comparative Interrupted Time-Series Analysis, 2012–2018**

PERERA U. G. E., DICK A. W., CHASTAIN A. M., *et al.*
2022

Medical Care Research and Review 79(3): 414-427.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587211049628>

Beginning in 2016, the Home Health Value-Based Purchasing (HHVBP) model incentivized U.S. Medicare-certified home health agencies (HHAs) in nine states to improve quality of patient care and patient experience. Here, we quantified HHVBP effects upon quality over time (2012–2018) by HHA ownership (i.e., for-profit vs. nonprofit) using a comparative interrupted time-series design. Our outcome measures were Care Quality and Patient Experience indices composed of 10 quality of patient care measures and five patient experience measures, respectively. Overall, 17.7% of HHAs participated in the HHVBP model of which 81.4% were for-profit ownership. Each year after implementation, HHVBP was associated with a 1.59 ($p < .001$) percentage point increase in the Care Quality index among for-profit HHAs and a 0.71 ($p = .024$) percentage point increase in the Patient Experience index among non-profits. The differences of quality improvement under the HHVBP model by ownership indicate variations in HHA leadership responses to HHVBP.

► **La résilience des systèmes de santé post-Covid : vers une plus grande coopération européenne**

SAGAN A., GREER S., WEBB E., *et al.*
2022

Eurohealth 28(1): 72.

<https://eurohealthobservatory.who.int/news-room/news/item/05-04-2022-la-r%C3%A9silience-des-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-post-Covid-vers-une-plus-grande-coop%C3%A9ration-europ%C3%A9enne>

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère français des solidarités et de la santé ont co-élaboré cette publication qui permet de mieux comprendre comment les systèmes de santé ont répondu à la crise sanitaire et d'en tirer des enseignements en vue d'accroître leur résilience. Ce document a par ailleurs enrichi les débats qui ont eu

lieu lors d'une conférence de haut niveau, organisée au début de l'année 2022 dans le cadre de la Présidence française du Conseil de l'Union européenne (UE), sur le thème de « La résilience des systèmes de santé de l'Union au service de la coopération à l'échelle européenne ». Ce numéro spécial de la revue Eurohealth met l'accent sur les thèmes de la résilience, de la solidarité et de la coopération européenne et étudie la manière dont ils façonnent et améliorent la réponse face aux pandémies.

► **Do Individuals' Health Preferences Validate the Decentralization of the Public Health System in Spain ?**

SIGÜENZA W. ET ARTABE A.
2022

Health Policy (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.010>

The objective of this paper is to estimate individuals' preferences about public health services in two Spanish regions, the Basque Country (BC) and Canary Islands (CI) and analyse whether they differ. This work was motivated by the actual economic situation, where it is necessary to obtain equilibrium between the needed health services and limited economic resources. With this limitation in mind, politicians have tried to design health policies that maximise individuals' welfare. Based on the theory of decentralisation, the devolution of public expenditure decisions and management to regional government maximises individuals' welfare more when individual preferences differ among regions. A discrete choice experiment was implemented with a survey designed to obtain data about individuals' choices. Using this data and discrete choice models, individual preferences for health services were estimated. Our findings indicate that these preferences differ among regions, so, for reasons of efficiency, decentralising decisions and management of public health policies to regional governments would be recommended. Once health policies are decentralised, our results provide a tool for identifying the health services most valued by the individuals in each region. This information would be useful policymakers designing health policies.

► **What Is Value in Health and Healthcare?
a Systematic Literature Review of Value
Assessment Frameworks**

ZHANG M., BAO Y., LANG Y., *et al.*

2022

Value in Health 25(2): 302-317.

<https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.07.005>

This study aimed to investigate how value is defined and measured in existing value assessment frameworks (VAFs) in healthcare.

Travail et santé

Occupational Health

► **Covid-19 et télétravail : un nouveau
modèle**

2022

La Lettre Défricheurs Du Social(38)

<https://firps.org/wp-content/uploads/2022/03/Covid-19-ET-TELETRAVAIL-UN-NOUVEAU-MODELE-N%C2%B038-de-la-lettre-Defricheurs-du-Social.pdf>

À travers une analyse dynamique comparée entre 100 accords d'entreprise conclus entre septembre 2020 et mai 2021 et 125 accords conclus entre 2017 et 2019, cette étude plonge dans les différences de pratiques au sein du tissu productif français grâce à une analyse statique ventilée par taille d'entreprise et par secteur d'activité. La première partie montre que les accords ont assoupli la mise en œuvre du télétravail tout en intensifiant sa pratique. La deuxième partie souligne que le télétravail s'accompagne d'une autonomie accrue dans l'organisation du temps de travail qui n'est pas sans risque de voir celui-ci augmenter. La troisième partie révèle que les mesures en matière de formation, de prévention et d'accompagnement au télétravail apparaissent insuffisantes, ce qui est susceptible de générer un risque de dégradation des conditions de travail. Enfin, la quatrième partie insiste sur la diminution de la prise en charge des frais liés au télétravail.

► **The Role of Paid Family Leave in Labor
Supply Responses to a Spouse's Disability
or Health Shock**

ANAND P., DAGUE L. ET WAGNER K. L.

2022

**Journal of Health Economics(Ahead of print):
102621.**

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102621>

Disability onset and major health shocks can affect the labor supply of those experiencing the event and their family members, who face a tradeoff between time spent earning income and providing care. This decision could be affected by the availability of paid family leave. We examine the role of paid leave mandates in caregiving and labor supply decisions after a spouse's disability or health shock. Using data from the Survey of Income and Program Participation, we show that paid leave mandates reduce the likelihood that potential caregivers report decreasing their paid work hours to provide caregiving after a spouse's health shock. However, if caregivers are unlikely to have access to job protection, paid leave mandates also increase the likelihood of leaving the labor market to provide caregiving and working fewer weeks. There is limited evidence of an effect of paid leave on other employment outcomes. Our findings demonstrate that paid leave has some influence on household labor supply decisions after spousal health shocks, but its role should be considered together with the availability of job protection.

► **Rapport 22-05. Activités physiques et sportives au travail, une opportunité pour améliorer l'état de santé des employés**

BIGARD X.

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.04.001>

► **La sous-indemnisation des maladies professionnelles : un point de vue épidémiologique**

GOLDBERG M.

2022

Sciences Sociales Et Santé 40(1): 31-39.

L'article de Sylvain Brunier, Jean-Noël Jouzel et Giovanni Prete s'inscrit dans une littérature relativement abondante mettant en évidence l'influence majeure du rôle des médecins, généralistes et spécialistes, dans la sous-déclaration massive des maladies indemnifiables en raison de leur origine potentiellement professionnelle. En effet, comme cela est rappelé, dans le système français d'indemnisation des maladies professionnelles, c'est le « certificat médical initial » (CMI) établi par un médecin, envoyé par le patient à sa caisse d'assurance maladie, qui déclenche la procédure. Le CMI doit indiquer la nature de la maladie, les manifestations constatées qui peuvent être imputées au risque professionnel et les suites probables de la maladie. Une enquête est ensuite ouverte au niveau de la Sécurité sociale pour confirmer le diagnostic et vérifier le caractère vraisemblable de l'exposition. Cet article commente ce point de vue à l'aune de l'épidémiologie.

► **Multimorbidity and Exit From Paid Employment: The Effect of Specific Combinations of Chronic Health Conditions**

GURGEL DO AMARAL G. S., OTS P., BROUWER S., *et al.*

2022

European Journal of Public Health 32 (3) : 392-397

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac018>

This study aimed to assess the association between multimorbidity and exit from paid employment, and which combinations of chronic health conditions (CHCs) have the strongest association with exit from

paid employment. Data from 111 208 workers aged 18–64 years from Lifelines were enriched with monthly employment data from Statistics Netherlands. Exit from paid employment during follow-up was defined as a change from paid employment to unemployment, disability benefits, economic inactivity or early retirement. CHCs included cardiovascular diseases (CVD), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), rheumatoid arthritis (RA), type 2 diabetes (T2DM) and depression. Cox-proportional hazards models were used to examine the impact of multimorbidity and combinations of CHCs on exit from paid employment. Multimorbidity increased the risk of exiting paid employment compared with workers without CHCs (hazard ratio (HR): 1.52; 95% confidence interval (CI): 1.35–1.71) or one CHC (HR: 1.14; 95% CI: 1.01–1.28). The risk for exit from paid employment increased among workers with COPD if they additionally had CVD (HR: 1.39; 95% CI: 1.03–1.88), depression (HR: 1.46; 95% CI: 1.10–1.93) or RA (HR: 1.44; 95% CI: 1.08–1.91), for workers with T2DM if they additionally had CVD (HR: 1.43; 95% CI: 1.07–1.91) or depression (HR: 2.09; 95% CI: 1.51–2.91) and for workers with depression who also had T2DM (HR: 1.68; 95% CI: 1.21–2.32). This study showed that workers with multimorbidity, especially having a combination of COPD and depression or T2DM and depression, have a higher risk for early exit from paid employment and, therefore, may need tailored support at the workplace.

► **Conséquences possibles de la crise Covid-19 sur les organisations du travail et les risques professionnels : une étude prospective.**

HERY M., MALENFER M., GRZESIAK L., *et al.*

2022

Références En Santé du Travail(169).

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a eu pour effet d'augmenter fortement l'activité de certains métiers ou, au contraire, de la diminuer jusqu'à l'arrêter. Elle a également bouleversé l'organisation du travail dans les entreprises : travail à distance, distanciation physique... La question qui se pose aujourd'hui est d'envisager la pérennité de ces évolutions, leur influence sur les conditions de travail et les risques professionnels associés. Pour ce faire, une étude prospective a été menée en associant l'INRS, Futuribles International (centre de réflexion et d'études prospectives), des représentants d'une douzaine d'entreprises françaises et une quinzaine d'experts des questions de santé et sécurité au travail.

► **Follow-Up Regimes For Sick-Listed Employees: A Comparison of Nine North-Western European Countries**

OSE S. O., KASPERSEN S. L., LEINONEN T., *et al.*
2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.002>

The Covid-19 pandemic has revealed the importance of social protection systems, including income security, when health problems arise. The aims of this study are to compare the follow-up regimes for sick-listed employees across nine European countries, and to conduct a qualitative assessment of the differences with respect to burden and responsibility sharing between the social protection system, employers and employees. The tendency highlighted is that countries with shorter employer periods of sick-pay typically have stricter follow-up responsibility for employers because, in practice, they become gatekeepers of the public sickness benefit scheme. In Germany and the UK, employers have few requirements for follow-up compared with the Nordic countries because they bear most of the costs of sickness absence themselves. The same applies in Iceland, where employers carry most of the costs and have no obligation to follow up sick-listed employees. The situation in the Netherlands is paradoxical: employers have strict obligations in the follow-up regime even though they cover all the costs of the sick-leave themselves. During the pandemic, the majority of countries have adjusted their sick-pay system and increased coverage to reduce the risk of spreading Covid-19 because employees are going to work sick or when they should self-quarantine, except for the Netherlands and Belgium, which considered that the current schemes were already sufficient to reduce that risk.

► **Occupational Stressors in Healthcare Workers in France**

ROLLIN L., GEHANNO J.-F. ET LEROYER A.
2022

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 70(2): 59-65.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.02.002>

Les objectifs de cette étude sont de décrire les contraintes psychosociales et la santé mentale des travailleurs hospitaliers et identifier les contraintes significativement associées à des troubles neuropsychiques, en particulier chez les soignants et les autres salariés

hospitaliers. Méthode Les données collectées par l'observatoire national Evrest durant les consultations de santé au travail en 2018- 2019 ont été utilisées. Les contraintes psychosociales et la santé mentale ont été décrites parmi les personnels hospitaliers soignants, les autres salariés hospitaliers et les travailleurs non hospitaliers. Résultats La population d'étude comprenait 1 251 travailleurs hospitaliers (843 soignants, 408 non soignants) et 25 129 autres travailleurs. L'intensité et le temps de travail (forte pression temporelle, dépasser les horaires normaux, sauter ou écourter un repas), les conflits de valeur (ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité, traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin) étaient significativement plus rapportés par les soignants que par les non soignants (respectivement 50,8 % vs 44,2 %, 43,4 % vs 32,5 %, 47,2 % vs 17,2 %, 21,4 % vs 16,4 % and 41,5 % vs 29,0 %). La prévalence des troubles neuropsychiques n'était pas significativement différente entre les soignants (12,3 %) et les non soignants (12,4 %), mais était significativement plus importante que chez les autres travailleurs (7,3 %). Chez les soignants, les facteurs significativement associés à la présence de troubles neuropsychiques étaient la forte pression temporelle (OR = 2,33 IC95 % [1,35–4,04]), les difficultés pour concilier vie privée et vie professionnelle (OR = 2,95 [1,54–5,69]), l'absence de reconnaissance par l'entourage professionnel (OR = 1,89 [1,08–3,31]) et la peur de perdre son travail (OR = 2,98 [1,53–5,8]). Pour les autres travailleurs hospitaliers, il s'agissait des difficultés pour concilier vies privée et professionnelle (OR = 2,76 [1,04–7,30]), de manquer d'entraide (OR = 2,85 [1,24–6,53]) et manquer de moyens pour faire un travail de qualité (OR = 3,42 [1,62–7,21]). Conclusions Les facteurs associés aux troubles neuropsychiques ne sont pas les mêmes chez les soignants et les autres travailleurs hospitaliers. Il ne s'agit pas non plus des facteurs les plus fréquemment rapportés. La description détaillée des facteurs selon le groupe de travailleurs peut être utilisée pour cibler les actions de prévention prioritaires en termes de risque psychosociaux.

► **La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'organisation de la médecine du travail en France : synthèse documentaire**

SAFON M. O.

2022

Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-prise-en-charge-des-accidents-du-travail-et-l-organisation-de-la-medecine-du-travail-en-france.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse, tout d'abord, un historique de la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles en France. Elle présente l'organisation et les modalités de cette prise en charge, ainsi que le contenu de la réforme de 2010. Elle s'intéresse ensuite à la naissance et l'organisation de la médecine du travail. Elle s'accompagne d'une bibliographie et de sources électroniques.

Vieillessement

Ageing

► **Effet de la réforme de l'APA à domicile de 2015 sur les plans d'aide notifiés aux bénéficiaires**

ARNAULT L. ET WITTWER J.

2022

Economie & Statistique(524-525): 85-102.

<https://doi.org/10.24187/ecostat.2021.524d.2042>

Au 1^{er} mars 2016, la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement est entrée en vigueur, réformant le dispositif de l'APA à domicile. L'objectif est d'étudier son effet sur les montants de plans proposés par les équipes médico-sociales (EMS), d'abord théoriquement, puis empiriquement à partir des données des Remontées Individuelles (DREES) portant sur plus de 300 000 bénéficiaires en 2011 et en 2017. Le montant moyen proposé aux bénéficiaires en groupe iso-resources (GIR) 3, 2 et 1 a augmenté de 16, 49 et 57 € respectivement entre 2011 et 2017. Celui proposé à la plupart des bénéficiaires en GIR 4 a diminué, à caractéristiques données. Au sein de chaque GIR, en 2017, les distributions des montants sont plus étalées, y compris à gauche, laissant supposer que les contraintes budgétaires pesant sur les conseils départementaux ont conduit les EMS à réduire les montants proposés aux personnes relativement plus autonomes pour financer la hausse de ceux notifiés aux personnes les plus sévèrement dépendantes.

► **The Effect of Involuntary Retirement on Healthcare Use**

BÍRÓ A., BRANYICZKI R. ET ELEK P.

2022

Health Economics 31(6): 1012-1032.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4493>

We analyze the causal effect of involuntary retirement on detailed indicators of healthcare use and mortality. We leverage a pension reform in Hungary which forced public sector workers above the statutory retirement age to full time retirement. Using rich administrative data, we find that on the 3-year horizon, involuntary retirement decreases the number of primary care doctor visits, the use of systemic anti-infectives and respiratory drugs, and the non-zero spending on anti-infectives, the drugs of the alimentary tract and metabolism and of the cardiovascular system. The impact on the latter two drug categories is driven by the drop in income due to involuntary retirement. We conclude that there is little evidence for health deteriorating effects of involuntary retirement and discuss the possible mechanisms behind our results.

► **Quand on vieillit, l'important c'est (de moins en moins ?) la santé**

BUSSIERE C., SIRVEN N. ET TESSIER P.
2022

Paris : CES

<https://www.ces-asso.org/quand-on-vieilli-limportant-cest-de-moins-en-moins-la-sante>

Les économistes étudient traditionnellement les choix individuels (choix de biens de consommation, de date départ à la retraite) ou les préférences déclarées (comme ce qu'une personne se dit prête à payer pour vivre dans un environnement plus sain) pour évaluer les conditions de vie des personnes et les moyens de les promouvoir. Les deux dernières décennies ont marqué l'avènement d'une économie dite du bonheur qui s'intéresse quant à elle aux évaluations directes de leur vie par les personnes. Ces évaluations sont regroupées sous l'expression de mesures du bien-être subjectif ou du bonheur. Elles comprennent des mesures de satisfaction liée à la vie ou à un domaine spécifique (satisfaction liée à la santé par exemple), et des mesures affectives, représentant l'intensité ou la fréquence d'émotions et d'humeurs positives (se sentir heureux, énergique...) et négatives (être triste, anxieux...). S'y ajoutent des mesures du bien-être « psychologique », qui évaluent l'épanouissement personnel à travers la satisfaction de certains besoins tels l'autonomie et l'atteinte de ses objectifs par exemple. L'étude de l'évolution de ces mesures permet d'évaluer l'impact subjectif – c'est-à-dire tenant compte de ce qui est important dans la vie aux yeux des personnes concernées elles-mêmes – de certains événements ou choix politiques; la pandémie de la Covid-19 et les mesures de confinement en sont des exemples récents. Les travaux de l'économie du bonheur ont conduit à la mise en évidence de quelques paradoxes comme celui de la courbe en U. Il s'agit d'un schéma souvent observé d'évolution du bien-être subjectif avec l'âge : celui-ci diminue progressivement à l'âge adulte jusqu'à atteindre un minimum autour de 50-55 ans, puis croît de nouveau continuellement passé cet âge. Cette dernière évolution est jugée paradoxale – tout au moins sur le long terme – dans le sens où de nombreux résultats montrent que la santé est un des principaux déterminants du bien-être subjectif et que les ennuis de santé deviennent plus fréquents et la prévalence des maladies chroniques augmente avec l'avancée en âge. Un autre paradoxe provient d'un phénomène d'adaptation constaté face à certaines maladies chroniques : le bien-être diminue après l'annonce de la maladie puis

se met ensuite à croître au fil du temps, même lorsque la santé des personnes se détériore.

► **Does Ageing Alter the Contribution of Health to Subjective Well-Being?**

BUSSIÈRE C., SIRVEN N. ET TESSIER P.
2021

Social Science & Medicine 268: 113456.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113456>

Older adults regularly report rising levels of Subjective Well-Being (SWB) over time, despite a concomitant decline in their health. One possible explanation is that individuals develop psychological mechanisms to diminish the contribution of health to their well-being as they get older. This research examines whether observational data are consistent with this hypothesis of hedonic adaptation to health decline with ageing, in all aspects of SWB, and for different birth cohorts over time. Using longitudinal data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) between 2007 and 2015 in 10 European countries for respondents aged 50 onwards (4 waves, 41,258 individuals), we estimated panel fixed-effects models for outcomes measuring the three aspects of SWB: evaluative (life satisfaction), experienced (positive and negative affectivity) and eudemonic well-being (sense of purpose and meaning in life). We decomposed age in birth cohort and time fixed effects. Changes over time in the contribution of health to SWB were estimated by interaction terms between health and time fixed effects. Results showed that the value of health changes over time and for different birth cohorts in ways that depend on the measure of SWB. Ageing increases the importance of health for both eudemonic and experienced well-being. By contrast, the association between health and life satisfaction weakens with age, except for individuals aged 80 and above for which it strengthens. Our results thus offer only little support for hedonic adaptation to health decline with age, restricted to life satisfaction and individuals under 80 years of age. These findings caution against the use of mean estimations over the lifespan to determine the value of health as well as against the use of the various forms of SWB interchangeably in public policy analysis and economic evaluations of healthcare.

► **Impact of Multimorbidity and Frailty on Adverse Outcomes Among Older Delayed Discharge Patients: Implications For Healthcare Policy**

GHAZALBASH S., ZARGOUSH M., MOWBRAY F., *et al.*
2022

Health Policy 126(3): 197-206.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.004>

Database (DAD) between 2004 and 2017 in Ontario, Canada. We extracted data on patients aged ≥ 65 who experienced delayed discharge during hospitalization (N = 353,106). Study design We measured MCC and frailty using the Elixhauser Comorbidity Index (ECI) and the Hospital Frailty Risk Score (HFRS), respectively. We used multinomial logistic regression to model the main and interactive effects of MCC and frailty on the adverse outcomes. Principal findings After adjusting for sex, discharge destination, urban/rural residency, wait time for alternative care, and socioeconomic status, the coexistence of MCC and high frailty increased the relative risk of 30-day mortality and readmission when compared to the references group, i.e., non-MCC patients with low-to-moderate frailty. Conclusions Multimorbidity and frailty each provide unique information about adverse outcomes among older patients with delayed discharge but are most informative when examined in unison. Implications for health policy To minimize the risk of adverse outcomes among older delayed discharge patients, discharge planning must be tailored to their concurrent multimorbidity and frailty status.

► **Les politiques de l'autonomie : vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants**

GIRAUD O. ET LE BIHAN B.
2022

Politiques sociales : l'état des savoirs. Paris, La Découverte: 115-133.

<https://www.cairn.info/politiques-sociales-l-etat-des-savoirs-9782348070075-page-115.htm>

Assurance maladie, crèches, hôpitaux, accompagnement des personnes sans emploi..., les politiques sociales sont autant de droits, prestations et services auxquels la quasi-totalité des membres d'une société font appel tout au long de leur vie. Régulées par une multiplicité d'acteurs et actrices, politiques et prestations sociales font souvent l'objet de débats publics, dont l'intensité est liée aux intérêts qu'elles mettent

en jeu et aux valeurs qu'elles engagent. La protection sociale et les politiques sociales absorbent en outre près d'un tiers de la richesse nationale en France. Il s'agit donc d'un domaine clé pour la qualité de vie des personnes, pour la stabilité de nos sociétés et l'orientation du développement économique. Cet ouvrage propose une analyse approfondie des politiques sociales, en éclairant la construction des problèmes publics. Il développe sur ces politiques une perspective informée par les sciences sociales, attentive à la fois aux acteurs et actrices qui font ces politiques, aux normes qu'elles véhiculent, aux luttes et intérêts qu'elles engagent. À ce titre, il s'adresse aux personnes qui ont fait des politiques sociales leur profession, au monde de la recherche, ainsi qu'aux étudiants et aux étudiantes.

► **Santé des proches aidants et interventions de santé publique pour améliorer leur santé**

LABORDE C., BIGOSI F. ET GREMY I.

2022

Actualité Et Dossier En Santé Publique(117): 6-11.

La pandémie de Covid a bouleversé la vie des populations. Lutter contre l'épidémie est devenu l'axe principal de toutes les politiques nationales et internationales. Cela ne s'est pas fait sans remise en cause des principes de liberté, de responsabilité, et du rôle des différents acteurs. Les conséquences en termes d'évolution des personnes malades, hospitalisées, en réanimation ou décédées; mais aussi les commentaires ou critiques des décisions prises ont été largement médiatisés. La Covid a fait l'objet de multiples réflexions politiques, sociales, médicales, économiques et éthiques bien souvent approximatives voire contradictoires. Après un premier numéro d'ADSP en décembre 2021 pour faire un point épidémiologique, technique et organisationnel sur cette épidémie, ce second dossier sur la Covid propose une approche plus distanciée et une réflexion éthique sur ce qui s'est passé. Comment les décisions ont été prises? Sur quelles bases éthiques reposent-elles?? Quel enseignement peut-on en tirer sur l'évolution de nos valeurs sociétales et culturelles, voire spirituelles? Toutes ces questions sont abordées: le contexte juridique qui a encadré les décisions, le respect et la compassion qui ont motivé les choix de protéger les personnes âgées ou vulnérables, les effets collatéraux des mesures barrières ou de protection sur ces mêmes populations et sur la jeunesse, les attitudes vis-à-vis de la vaccination, les souffrances des personnels de santé... A-t-elle été un révélateur d'inégalités

sociales, de conflits de générations, ou au contraire l'occasion de renforcer notre lien social et notre solidarité inter individuelle?? Enfin cette crise a montré que la médecine ne pouvait s'entendre que dans une appréhension de l'homme total, englobant la personne tout entière, aussi bien somatique que psychologique et spirituelle, et aussi bien sous son angle individuel que collectif et environnemental. La revue de littérature est accessible sur le site de l'ORS-IDF.

► **Does the Amount of Formal Care Affect Informal Care? Evidence Among Over-60s in France**

PERDRIX E. ET ROQUEBERT Q.

2022

The European Journal of Health Economics 23(3): 453-465.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01370-5>

This paper investigates the causal effect of the amount of formal care used on the informal care received by formal care users. We use an original instrument for formal care volume based on local disparities (NUTS 3 level, 96 units) in the price of formal care. Using the French CARE survey, we use a two-part model to assess the effect of formal care on the extensive and the intensive margin of informal care. An increase in the amount of formal care is found to be associated with a small decrease in the probability of using informal care. Heterogeneity tests show that this negative effect is mainly driven by help for daily activities provided by women. At the intensive margin, informal care is not significantly affected by the amount of formal care. Reforms increasing subsidies for formal care can thus be suspected to have a limited effect on informal care arrangements.

► **Contextual Factors Influencing Complex Intervention Research Processes in Care Homes: A Systematic Review and Framework Synthesis**

PERYER G., KELLY S., BLAKE J., *et al.*

2022

Age and Ageing 51(3).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac014>

Care homes are complex settings to undertake intervention research. Barriers to research implementation processes can threaten studies' validity, reducing the value to residents, staff, researchers and funders. We

aimed to (i) identify and categorise contextual factors that may mediate outcomes of complex intervention studies in care homes and (ii) provide recommendations to minimise the risk of expensive research implementation failures. We conducted a systematic review using a framework synthesis approach viewed through a complex adaptive systems lens. We searched: MEDLINE, Embase, CINAHL, ASSIA databases and grey literature. We sought process evaluations of care home complex interventions published in English. Narrative data were indexed under 28 context domains. We performed an inductive thematic analysis across the context domains. We included 33 process evaluations conducted in high-income countries, published between 2005 and 2019. Framework synthesis identified barriers to implementation that were more common at the task and organisational level. Inductive thematic analysis identified (i) avoiding procedural drift and (ii) participatory action and learning as key priorities for research teams. Research team recommendations include advice for protocol design and care home engagement. Care home team recommendations focus on internal resources and team dynamics. Collaborative recommendations apply to care homes' individual context and the importance of maintaining positive working relationships. Researchers planning and undertaking research with care homes need a sensitive appreciation of the complex care home context. Study implementation is most effective where an intervention is co-produced, with agreed purpose and adequate resources to incorporate within existing routines and care practices.

► **Impact of Formal Care Consumption on Informal Care Use in Europe: What Is Happening at the Beginning of Dependency?**

RAPP T., RONCHETTI J. ET SICSIC J.

2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.04.007>

Little is known about care use decisions at the beginning of the disability process, when elderly people are vulnerable. This article investigates the impact of formal care (FC) consumption on informal care (IC) utilization in Europe in a population of frail elderly people. We use data from the Sarcopenia and Physical Frailty IN older people: multi-component Treatment strategies (SPRINTT) study, which involves a sample of 1,515 elderly (70+) people surveyed in 11 European

countries. We explore the impact of home-based FC use on IC use at the extensive and intensive margins. The use of FC is instrumented with a dichotomous variable reproducing the eligibility criteria for public home-based FC in each country. We show that receiving home-based FC positively and significantly affects the probability of using IC. Therefore, we conclude that home-based FC and IC are complementary at the beginning of the dependency process.

► **Garantir la dignité du quotidien**

RÉMOND B.

2022

Études 4293(5): 41-50.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2022-5-page-41.htm?ref=doi>

Après la parution des Fossoyeurs (Fayard, 2022) de Victor Castanet dénonçant la maltraitance dans certains Ehpad, la question du grand âge est au cœur du débat politique. Cette enquête interroge la conception du modèle social et économique de certains établissements qui, structurellement, a pour conséquence de favoriser la maltraitance des personnes hébergées et soulève à nouveau la question du contrôle de ces institutions.

► **Renforcer l'autonomie à domicile : retour d'expérience de la démarche IsèreADOM**

SOLER J., MASSON Z., CHIRIÉ V., *et al.*

2022

Gérontologie et société 44 / 167(1): 279-296.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2022-1-page-279.htm?ref=doi>

Cet article pointe un ensemble d'enjeux relatifs à la complexité (des acteurs, outils, méthodes) dans le domaine de la prise en charge de la perte d'autonomie au domicile. Au cœur de cette complexité, l'utilisation d'outils de repérage des dégradations de l'état de santé de la personne a pour ambition d'homogénéiser la transmission d'informations et de contribuer à une meilleure efficacité des prises en charge par les parties prenantes. Nous proposons un retour d'expérience sur IsèreADOM (une nouvelle organisation du travail associée à un ensemble de solutions numériques et portée par le Conseil Départemental de l'Isère), afin de montrer quels sont ses apports dans le champ du maintien à domicile et quels défis technologiques, sociaux et organisationnels sont à l'œuvre pour répondre à l'ambition de sa future diffusion.

Index des auteurs Author index

A

| | |
|-------------------|----|
| About S. | 53 |
| Adams E. A. | 41 |
| Aghnatios M. | 53 |
| Akvardar Y. | 43 |
| Alla F. | 38 |
| Allouche J. | 21 |
| Anand P. | 59 |
| Aragón M. J. | 13 |
| Arborio S. | 33 |
| Arnault L. | 62 |
| Artabe A. | 58 |
| Asheim A. | 24 |
| Askelson N. | 20 |
| Aubry R. | 32 |

| | |
|-------------------------|----|
| Boudjema K. | 12 |
| Bouhnik A. D. | 38 |
| Bourdillon F. | 37 |
| Bourgueil Y. | 54 |
| Bozovich L. B. | 23 |
| Branyiczki R. | 62 |
| Breton M. | 54 |
| Brimo S. | 35 |
| Brouwer S. | 60 |
| Brunois T. | 26 |
| Buchet-Poyau K. | 55 |
| Budet J. M. | 22 |
| Buffel V. | 43 |
| Buitrago-Garcia D. | 47 |
| Burns J. | 30 |
| Bussiere C. | 63 |
| Bussière C. | 63 |

B

| | |
|-----------------------|----|
| Bähler C. | 13 |
| Baillot S. | 47 |
| Balakrishnan K. | 16 |
| Banaszak-Holl J. | 31 |
| Bannay A. | 47 |
| Bao Y. | 59 |
| Barbieri M. | 30 |
| Barjoan E. M. | 21 |
| Barr K. | 56 |
| Barthe J.-F. | 26 |
| Behmane D. | 56 |
| Benard A. | 41 |
| Bergerum C. | 21 |
| Bergey J.-L. | 36 |
| Bigard X. | 60 |
| Bigossi F. | 64 |
| Bioulac B. | 48 |
| Bíró A. | 62 |
| Blake J. | 65 |
| Bodo Y. L. | 35 |
| Boespflug N. | 41 |
| Bonierbale M. | 45 |
| Bonnay-Hamon A. | 38 |
| Bontoux D. | 48 |
| Boobis S. | 41 |
| Bouchez T. | 53 |

C

| | |
|----------------------------|----|
| Campbell T. | 27 |
| Carcaillon-Bentata L. | 37 |
| Cardinaal E. | 56 |
| Carlsen F. | 24 |
| Chalkley M. | 13 |
| Chastain A. M. | 58 |
| Chevillard G. | 18 |
| Chirié V. | 66 |
| Cohidon C. | 54 |
| Coste J. | 37 |
| Craig P. | 30 |
| Cristol D. | 34 |
| Cucharero Atienza P. | 50 |
| Cuckler G. A. | 15 |
| Curmin R. | 29 |

D

| | |
|----------------------|---------|
| Dabi F. | 33 |
| Dague L. | 59 |
| Danilova I. | 30 |
| Darloy T. | 53 |
| Darmon L. | 43 |
| de Bienassis K. | 44 , 57 |

| | |
|-------------------------|----|
| Decuman S. | 26 |
| Defever E. | 22 |
| Defossez A. | 26 |
| Del Vecchio N. | 20 |
| Deneche I. | 38 |
| de Stampa M. | 22 |
| Dheyriat L. | 29 |
| Dick A. W. | 58 |
| Dictor J. | 53 |
| Doherty E. | 39 |
| Dolgin N. | 39 |
| Dormont B. | 13 |
| Downing J. | 25 |
| Drine R. | 22 |
| Dubas-Jakóbczyk K. | 56 |
| Dubuis A. | 33 |
| Duckworth H. | 25 |

E

| | |
|------------------|----|
| Elek P. | 62 |
| Etilé F. | 35 |
| Evans R. A. | 22 |

F

| | |
|----------------------|----|
| Fairbrother H. | 17 |
| Farnarier C. | 40 |
| Farvaque É. | 28 |
| Fernandes S. | 44 |
| Fond G. | 44 |
| Fond-Harmant L. | 33 |
| Fournier C. | 55 |
| Franc C. | 14 |
| Fuller R. | 16 |

G

| | |
|-------------------------|---------|
| Gabbay M. | 31 |
| Gaillard A. | 23 |
| Gaillard D. | 18 |
| Gaille M. | 52 |
| Gallopel-Morvan K. | 38 |
| Garcia-Lorenzo B. | 23 |
| Garcia M. | 45 |
| Garçon H. | 28 |
| Gaudray P. | 51 |
| Gautier S. | 53 , 54 |

| | |
|-----------------------------|---------|
| Ge G. | 14 |
| Gehanno J.-F. | 61 |
| Gelkopf M. | 45 , 49 |
| Georges A. | 22 |
| Géry Y. | 51 |
| Ghazalbash S. | 64 |
| Giraud O. | 64 |
| Giusti F. | 17 |
| Godager G. | 14 |
| Goldberg M. | 60 |
| Gomes M. | 41 |
| Gouvernet B. | 45 |
| Greer S. | 58 |
| Gremy I. | 64 |
| Grzesiak L. | 60 |
| Gueniau J. | 11 |
| Guillot F. | 18 |
| Gurgel do Amaral G. S. | 60 |
| Gu X. | 16 |

H

| | |
|---------------------|---------|
| Haas A. D. | 47 |
| Hamel E. | 51 |
| Harland J. M. | 41 |
| Henrard J.-C. | 33 |
| Hery M. | 60 |
| Hewlett E. | 44 , 57 |
| Hilton Boon M. | 30 |
| Huang L. | 16 |
| Huerta D. M. | 28 |
| Huet F. | 46 |
| Hutchinson E. | 57 |
| Hwong A. R. | 46 |

I

| | |
|--------------------|----|
| Ilcheva A.-M. | 35 |
| Iott B. | 31 |
| Iwatsubo Y. | 29 |

J

| | |
|------------------|----|
| Jones L. E. | 46 |
| Joneydi R. | 25 |
| Julia C. | 35 |
| Jusot F. | 42 |

K

| | |
|--------------------------|---------|
| Karimi M. | 30 |
| Kaspersen S. L. | 61 |
| Kawachi I. | 14 , 27 |
| Kelleher D. | 39 |
| Kelly S. | 65 |
| Keriel-Gascou M. | 55 |
| Khan H. | 46 |
| Khedmati Morasae E. | 31 |
| Kielmann K. | 57 |
| Kim B. | 47 |
| Kim M. | 26 |
| Knudsen J. | 12 |
| Kokko P. | 57 |
| Kreif N. | 13 |
| Kristensen S. | 44 , 57 |
| Kumpunen S. | 54 |

L

| | |
|----------------------|----|
| Laborde C. | 64 |
| Lacombe K. | 16 |
| Lajzerowicz N. | 39 |
| Landrigan P. J. | 16 |
| Lang Y. | 59 |
| Laroque M. | 36 |
| Laudicella M. | 31 |
| Lau J. | 12 |
| Launay L. | 18 |
| Leavy O. C. | 22 |
| Le Bihan B. | 64 |
| Le Breton J. | 53 |
| Leclerc C. | 19 |
| Le Coz P. | 35 |
| Ledésert B. | 19 |
| Lee H.-Y. | 14 |
| Lee J. Y. | 47 |
| Lee K. H. | 47 |
| Lee S.-Y. D. | 31 |
| Legueult K. | 21 |
| Leinonen T. | 61 |
| Leroyer A. | 61 |
| Levaggi R. | 23 |
| Li Donni P. | 31 |
| Lin T. K. | 14 |
| Li X. | 16 |
| Lopez R. | 19 |
| Lu C. | 28 |
| Luu J. | 30 |

M

| | |
|---------------------|---------|
| MacGregor H. | 57 |
| Maglio M. | 52 |
| Maguire S. E. | 19 |
| Malenfer M. | 60 |
| Malone T. L. | 23 |
| Manuello P. | 50 |
| Marche J. C. | 47 |
| Marghadi J. | 30 |
| Mariette A. | 27 |
| Marion É. | 35 |
| Martini G. | 23 |
| Martos C. | 17 |
| Masson Z. | 66 |
| Math A. | 24 |
| Mathur P. K. | 39 |
| Maxwell J. | 17 |
| Mazor Y. | 45 , 49 |
| McErlean S. | 19 |
| McNeely J. | 25 |
| Menard D. | 51 |
| Menard J. | 39 |
| Mesa-Vieira C. | 47 |
| Mesthe P. | 53 |
| Milstein R. | 55 |
| Minegishi T. | 56 |
| Montagni I. | 39 |
| Montariol Y. | 39 |
| Morize N. | 51 |
| Mosnier É. | 40 |
| Mosnier M. | 40 |
| Moulin T. | 12 |
| Mousques J. | 18 |
| Mowbray F. | 64 |
| Moyal A. | 55 |
| Murphy R. | 19 |
| Murray E. | 41 |

N

| | |
|-------------------|----|
| Neamțiu L. | 17 |
| Neill C. | 39 |
| Newbold B. | 49 |
| Nilsen S. M. | 24 |

O

| | |
|-------------------------|----|
| Odenigbo O..... | 49 |
| Offredo L. | 29 |
| Oh J..... | 14 |
| Olié J. P..... | 48 |
| Olsen K. R..... | 31 |
| Ong N..... | 24 |
| Orobon F..... | 51 |
| Ose S. O..... | 61 |
| Ots P. | 60 |
| Ouazzani-Touhami K..... | 39 |

P

| | |
|-------------------------|----|
| Paccagnella O. | 48 |
| Parizot S..... | 48 |
| Paulson K. R. | 18 |
| Pease S. A..... | 18 |
| Peck J. A. | 49 |
| Perdrix E..... | 65 |
| Perera U. G. E..... | 58 |
| Perl F..... | 26 |
| Permanand G. | 54 |
| Peryer G..... | 65 |
| Petat H. | 32 |
| Pinillos-Franco S. | 27 |
| Piroddi R..... | 25 |
| Pitti L..... | 27 |
| Planey A. M..... | 23 |
| Poinsot O. | 34 |
| Poisal J. A..... | 15 |
| Pongiglione B. | 48 |
| Porter T. H..... | 49 |
| Pougnat L..... | 34 |
| Pougnat R. | 34 |
| Pourat N..... | 28 |
| Pouymayou A..... | 39 |
| Pruvot F. R..... | 22 |
| Pryce R..... | 17 |

Q

| | |
|------------------|----|
| Quattara E. | 24 |
| Quiniou V..... | 36 |

R

| | |
|---------------------|--------|
| Rabary O..... | 52 |
| Rabiaza A..... | 32 |
| Raferly J. | 41 |
| Ramaroson H..... | 24 |
| Rapold R. | 13 |
| Rapp T. | 65 |
| Rau R..... | 30 |
| Ray M..... | 54 |
| Regimbeau J. M..... | 25 |
| Rémond B..... | 66 |
| Renaud T..... | 23 |
| Richardson M..... | 22 |
| Rihal H..... | 34 |
| Rodgers Y..... | 27 |
| Roe D..... | 45, 49 |
| Rollin L. | 61 |
| Ronchetti J. | 65 |
| Roquebert Q..... | 65 |
| Rose T. C..... | 31 |
| Rouchy E..... | 45 |
| Rousseau A. | 54 |

S

| | |
|--------------------|----|
| Safon M. O..... | 62 |
| Sagan A. | 58 |
| Salam Z. | 49 |
| Samson A. L. | 13 |
| Samson A.-L..... | 28 |
| Schmutz L. M..... | 55 |
| Schuers M..... | 32 |
| Schumacher C..... | 15 |
| Shatrov K. | 55 |
| Shih C..... | 55 |
| Sicot F..... | 50 |
| Sicsic J..... | 65 |
| Signorell A..... | 13 |
| SigÜEnza W..... | 58 |
| Simon P. | 12 |
| Sirven N..... | 63 |
| Sisko A. M. | 15 |
| Slim K..... | 25 |
| Smail S..... | 53 |
| Smithers D..... | 11 |
| Smith S..... | 26 |
| Soler J. | 66 |
| Spinelli D. | 23 |
| Stevely A. K. | 17 |

T

| | |
|---------------------|----|
| Tabuteau D. | 34 |
| Taine M. | 29 |
| Terral P. | 52 |
| Tessier P. | 63 |
| Thébaud C. | 36 |
| Thor J. | 21 |
| Touzani R. | 38 |
| Trombley M. J. | 25 |
| Trottet L. | 19 |

V

| | |
|----------------------|----|
| Valderas J. M. | 37 |
| Van de Velde S. | 43 |
| Vashishtha R. | 17 |
| Vidalenc E. | 36 |

W

| | |
|------------------------|--------------|
| Wagner K. L. | 59 |
| Waitzkin H. | 11 |
| Walsh B. | 26 |
| Wang G. | 46 |
| Wang H. | 18 |
| Wang J. | 14 |
| Wang M. | 46 |
| Webb E. | 54 , 58 |
| Weill A. | 29 |
| Werner K. | 14 |
| Westbrook G. | 26 |
| Wilson L. B. | 17 |
| Witter S. | 14 |
| Wittwer J. | 41 , 42 , 62 |
| Wolmesjö M. | 21 |
| Wren M.-A. | 26 |
| Wunenburger J.-J. | 52 |

Y

| | |
|------------------|----|
| Yee C. A. | 56 |
| Yilmazer T. | 46 |

Z

| | |
|---------------------|----|
| Zahnd W. E. | 20 |
| Zargoush M. | 64 |
| Zendjidjian X. | 44 |
| Zhang M. | 59 |
| Zhao J. | 26 |
| Zylberman P. | 51 |

