

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Octobre 2022 / October 2022

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-Health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
Environnement et santé	<i>Environment and Health</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sciences de l'information et de la communication	<i>Information and Communication Sciences</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Healthcare</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 13 **Measuring the Availability of Human Resources For Health and Its Relationship to Universal Health Coverage For 204 Countries and Territories From 1990 to 2019: A Systematic Analysis For the Global Burden of Disease Study 2019**
Haakenstad A., Irvine C. M. S., Knight M., et al.

- 13 **Reconstruire la couverture universelle après l'accession à l'indépendance : les leçons de la Géorgie, de la Moldavie et de l'Ukraine**
Richardson E.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

- 14 **On the Demand For Telemedicine: Evidence From the Covid-19 Pandemic**
Busso M., Gonzalez M. P. et Scartascini C.
- 14 **La dématérialisation des prescriptions médicales**
Chouvel R.
- 14 **Chapitre 17. Pr Emmanuel Andrès, l'innovation par la télémédecine pendant la Covid-19**
Ferchakhi W.
- 15 **L'improbable transformation numérique de la santé**
Létourneau L.
- 15 **Incentivizing Appropriate Prescribing in Primary Care: Development and First Results of an Electronic Health Record-Based Pay-For-Performance Scheme**
Ramerman L., Hek K., Cramer- van der Welle C., et al.

Économie de la santé

Health Economics

- 15 **Financial Burdens of Out-Of-Pocket Spending Among Medicare Fee-For-Service Beneficiaries: Role of the “Big Four” Chronic Health Conditions**
Basu R. et Liu H.
- 16 **One Last Effort. Are High Out-Of-Pocket Payments at the End of Life a Fatality?**
Bell-Aldeghi R., Sirven N., Le Guern M., et al.
- 16 **Comparison of Cancer-Related Spending and Mortality Rates in the US Vs 21 High-Income Countries**
Chow R. D., Bradley E. H. et Gross C. P.
- 16 **Defining a Risk-Adjustment Formula For the Introduction of Population-Based Payments For Primary Care in France**
Constantinou P., Tuppin P., Gastaldi-Ménager C., et al.
- 17 **Coinsurance vs. Co-Payments: Reimbursement Rules For a Monopolistic Medical Product with Competitive Health Insurers**
Cremer H. et Lozachmeur J.-M.
- 17 **La consolidation des lois de financement de la sécurité sociale**
Dufour A. C.
- 17 **Théorie et pratique de la concurrence régulée dans l'assurance maladie néerlandaise**
Hagenaars L. L. et Jeurissen P. P. T.
- 18 **Out-Of-Pocket Health Expenditures and Health Care Services Use Among Older Americans with Cognitive Impairment: Results From the 2008–2016 Health and Retirement Study**
Jenkins D., Stickel A., González H. M., et al.
- 18 **The Effects of Patient Cost-Sharing on Health Expenditure and Health Among Older People: Heterogeneity Across Income Groups**
Kato H., Goto R., Tsuji T., et al.

- 19 **Financing and Reimbursement Models For Personalised Medicine: A Systematic Review to Identify Current Models and Future Options**
Koleva-Kolarova R., Buchanan J., Vellekoop H., et al.
- 19 **The Financial Burden of Health Expenses in Retirement**
Legendre B. et Le Duigou S.
- 19 **Consumer Choice and Public-Private Providers: The Role of Perceived Prices**
Lim K. S., Yap W. A. et Yip W.
- 19 **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.
- 20 **The Economic Burden of Disease in France From the National Health Insurance Perspective: The Healthcare Expenditures and Conditions Mapping Used to Prepare the French Social Security Funding Act and the Public Health Act**
Rachas A., Gastaldi-Ménager C., Denis P., et al.
- 20 **Family Doctor Responses to Change in Targets Stringency Under Financial Incentives**
Wilding A., Munford L., Guthrie B., et al.
- 21 **Willingness-To-Pay For Cancer Treatment and Outcome: A Systematic Review**
Yong A. S. J., Lim Y. H., Cheong M. W. L., et al.

Environnement et santé Environment and Health

- 21 **Préoccupation écologique et médecine libérale sont-elles compatibles ?**
Bouraly V. et Bonnebond H.
- 21 **Environnement et produits de santé : prévention et traitement des déchets**
Cintrat M. et Siranyan V.
- 21 **Santé planétaire : en quoi les calculateurs d'empreinte carbone peuvent-ils être utiles aux médecins ?**
Faure N. et Morin F.

- 21 **Les médecins et les pharmaciens de ville peuvent-ils contribuer à la réduction à la source des résidus médicamenteux ? Une enquête sociologique auprès de ces professionnels de santé sur le territoire du bassin d'Arcachon en France**
Valadaud R., Gauthey J., Soyer M., et al.

État de santé Health Status

- 22 **Impact of the Covid-19 Crisis on the Mortality Profiles of the Foreign-Born in France During the First Pandemic Wave**
Khlat M., Ghosn W., Guillot M., et al.
- 23 **Disparities in Premature Mortality: Evidence For the OECD Countries**
Ledesma-Cuenca A., Montanés A. et Simón-Fernández M. B.
- 23 **L'impact de la Covid-19 sur la santé des enfants, groupe « protégé » de l'infection**
Saurel-Cubizolles M.-J., Aujard Y., Claudet I., et al.
- 23 **Risk and Outcome of Breakthrough Covid-19 Infections in Vaccinated Patients with Cancer: Real-World Evidence From the National Covid Cohort Collaborative**
Song Q., Bates B., Shao Y. R., et al.
- 23 **Recent Historic Increase of Infant Mortality in France: A Time-Series Analysis, 2001 to 2019**
Trinh N. T. H., de Visme S., Cohen J. F., et al.
- 24 **Self-Rated Health when Population Health Is Challenged By the Covid-19 Pandemic; a Longitudinal Study**
Van de Weijer M. P., de Vries L. P., Pelt D. H. M., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

- 24 **Tracking Covid-19 Inequities Across Jurisdictions Represented in the Big Cities Health Coalition (BCHC): The Covid-19 Health Inequities in BCHC Cities Dashboard**
Bilal U., McCulley E., Li R., et al.

- 25 **Inégalités face à la Covid-19 – Profils de territoire**
Ledéser B., Leclerc C. et Trottet L.
- 25 **Les territoires de santé participative : un nouveau partenariat entre la santé et la ville**
Lerique F.
- 25 **Sur les déserts médicaux**
Lopez R.

Hôpital Hospitals

- 25 **« Bâtir l'hôpital de demain relève moins d'une question de rémunération que de management et de sens » : interview de Gaétan Casanova, Président de l'Inter-syndicale nationale des internes**
Pierronnet R., Casanova G.
- 26 **A Country-Level Analysis Comparing Hospital Capacity and Utilisation During the First Covid-19 Wave Across Europe**
Berger E., Winkelmann J., Eckhardt H., et al.
- 26 **Demographics of Covid-19 Hospitalisations and Related Fatality Risk Patterns**
Bignami-Van Assche S., Ghio D. et Stilianakis N. I.
- 27 **Chapitre 9. Bernard Dupont, manager les crises : l'hôpital comme laboratoire de solutions**
Dethou V.
- 27 **Does Integrated Care Mean Fewer Hospitalizations? an Evaluation of a French Field Experiment**
Gaillard A., García-Lorenzo B., Renaud T., et al.
- 27 **Chapitre 6. Sophie Pottier, décroiser l'hôpital pour améliorer le parcours patient... notamment en période de crise**
Gurtner E. et Habran Y.
- 28 **La gouvernance hospitalière publique, une question de régulation conflictuelle**
Kono Abe J.-M. et Lissouck E. A.
- 28 **À propos de la situation actuelle de l'hôpital public**
Montangon M.
- 28 **Impact de la pandémie Covid-19 sur les événements indésirables associés aux soins**
Morgand C., Cabarrot P., Coniel M., et al.
- 29 **Do Subsidized Nursing Homes and Home Care Teams Reduce Hospital Bed-Blocking? Evidence From Portugal**
Moura A.
- 29 **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.
- 29 **Chapitre 14. Dr Marc Noizet, la Covid-19 comme opportunité de changement managérial, organisationnel et stratégique aux urgences**
Nobre T.
- 30 **Chapitre 27. Marie-Odile Saillard, un engagement hospitalier territorial face à la crise sanitaire**
Nobre T.
- 30 **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.
- 30 **Effect of Covid-19 on Hip Fracture Care in Wales: An Analysis of How Organisation of Services Affected Length of Stay**
Probert A., Davis K., Singh I., et al.
- 31 **Chapitre 13. David Larivière, la résilience hospitalière à l'épreuve de la Covid-19**
Rakotondranaivo A.
- 31 **Effectiveness of Hospital Transfer Payments Under a Prospective Payment System: An Analysis of a Policy Change in New Zealand**
Schumacher C.
- 31 **Effects of GP Characteristics on Unplanned Hospital Admissions and Patient Safety. a 9-Year Follow-Up of All Norwegian Out-Of-Hours Contacts**
Svedahl E. R., Pape K., Austad B., et al.
- 32 **Socioeconomic Inequality in Access to Timely and Appropriate Care in Emergency Departments**
Turner A. J., Francetic I., Watkinson R., et al.

Inégalités de santé *Health Inequalities*

- 32 **The Consequences of the Covid-19 Pandemic on the Refugee Population: A Rapid Review**
Badanta B., González-Cano-Caballero M., Fernández-García E., et al.
- 32 **Le renoncement aux soins des chômeurs en France**
Blanco-Cazeaux I., Calderón Bernal L. P., Chaput J., et al.
- 33 **Littératie en santé et crise sanitaire : l'exemple de la Covid-19**
Brunois T., Decuman S. et Perl F.
- 33 **Les personnes trans et le soin. Partie 1 : Des discriminations au renoncement : des sujets à risque ?**
Dergham M., Pellet R., Boulekouane J., et al.
- 33 **Les personnes trans et le soin. Partie 2 : Invisibilité dans le système de soin**
Dergham M., Pellet R., Boulekouane J., et al.
- 33 **Just a Question of Time? Explaining Non-Take-Up of a Public Health Insurance Program Designed For Undocumented Immigrants Living in France**
Dourgnon P., Jusot F. et Marsaudon A.
- 34 **Higher Risk, Higher Protection: Covid-19 Risk Among Immigrants in France—Results From the Population-Based Epicov Survey**
Gosselin A., Warszawski J., Bajos N., et al.
- 34 **L'approche communautaire en santé : un levier de protection des personnes vulnérables en temps de crise sanitaire ?**
Hassambay R., Bennis F.-Z., Rwegera B., et al.
- 35 **Foregone Healthcare During the Covid-19 Pandemic: Early Survey Estimates From 39 Low- and Middle-Income Countries**
Kakietek J. J., Eberwein J. D., Stacey N., et al.
- 35 **Roles of Parental Smoking and Family Structure For the Explanation of Socio-Economic Inequalities in Adolescent Smoking**
Legleye S., Bricard D. et Khlal M.
- 36 **Soigner les « précaires » en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique**
Marianne A. et Pitti L.

- 36 **Effets des réformes 2018 de la fiscalité du capital des ménages sur les inégalités de niveau de vie en France : une évaluation par microsimulation**
Paquier F. et Siesic M.
- 36 **A Healthy Migrant Effect? Estimating Health Outcomes of the Undocumented Immigrant Population in the United States Using Machine Learning**
Ruhnke S. A., Reynolds M. M., Wilson F. A., et al.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 37 **Matériel médical à domicile en France : les zones grises des prestataires**
- 37 **A Critical Review of Methodologies Used in Pharmaceutical Pricing Policy Analyses**
Joosse I. R., Tordrup D., Bero L., et al.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

- 38 **La protection sociale complémentaire à l'épreuve du droit des données personnelles**
Bertrand M.
- 38 **Global Survey on Covid-19 Beliefs, Behaviours and Norms**
Collis A., Garimella K., Moehring A., et al.
- 38 **Augmenter la collecte des données plutôt qu'améliorer les relations avec les usagers**
Decamp A.
- 38 **Covid-19, enquête au cœur d'une collectivité territoriale**
Graux C.
- 39 **Présentation de la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11)**
Lorette A. et Lucchelli J. P.
- 39 **Les représentations de l'épidémie de Covid-19 à l'épreuve des différences sociales et du temps**
Maudet M. et Spire A.
- 39 **Qualitative Modelling of Social Determinants of Health Using Group Model Building: The Case of Debt, Poverty, and Health**
Reumers L., Bekker M., Hilderink H., et al.

Politique de santé

Health Policy

- 40 **Le fonds d'indemnisation des victimes des pesticides : un progrès, en dépit d'un périmètre restreint**
- 40 **Public and Patient Involvement in Health Policy Decision-Making on the Health System Level – a Scoping Review**
Baumann L. A., Reinhold A. K. et Brütt A. L.
- 40 **A Scoping Review of Strategies to Support Public Health Recovery in the Transition to a «New Normal» in the Age of Covid-19**
Belita E., Neil-Sztramko S. E., Miller A., et al.
- 40 **La lutte contre le cancer : un pilier de l'Europe de la santé**
Dubois T., Breton T. et Ifrah N.
- 41 **Pandémie de Covid-19 : le « dilemme du tramway » pour expliquer l'allocation des ressources rares**
Martinet-Kosinski F.
- 41 **Health Care Patterns and Policies in 18 European Countries During the First Wave of the Covid-19 Pandemic: An Observational Study**
Panteli D., Reichebner C., Rombey T., et al.
- 41 **La stratégie décennale de lutte contre le cancer**
Pontier J.
- 42 **Gérer la crise de la première vague de Covid-19 : retour d'expérience d'une agence régionale de santé**
Ramel V. et Autès-Tréand E.
- 42 **Adhésion au plan de soins : repenser le parcours du patient asthmatique en Belgique**
Seret J., Gooset F. et Pirson M.
- 42 **Europeanization of Health Policy in Post-Communist European Societies: Comparison of Six Western Balkan Countries**
Tresa E., Czabanowska K., Clemens T., et al.
- 43 **The Expression of 'Policy' in Palliative Care: A Critical Review**
Whitelaw S., Bell A. et Clark D.

Politique publique

Public Policy

- 43 **L'Igas : une diversité de missions reliées aux décisions publiques et fondées sur un même socle professionnel**
Destais N.
- 44 **Public Health Lessons From the French 2012 Soda Tax and Insights on the Modifications Enacted in 2018**
Le Bodo Y., Etilé F., Julia C., et al.
- 44 **Lockdown Policies and the Dynamics of the First Wave of the Sars-Cov-2 Pandemic in Europe**
Plümper T. et Neumayer E.

Prévention

Prevention

- 44 **Savoir agir en situation pandémique : vers un agenda de recherche**
Breton H. et Lafitte J.
- 45 **Factors Associated with Cervical Cancer Screening Utilisation By People with Physical Disabilities: A Systematic Review**
Chan D. N. S., Law B. M. H., So W. K. W., et al.
- 45 **Effects of Lower Screening Activity During the Covid-19 Pandemic on Breast Cancer Patient Pathways: Evidence From the Age Cut-Off of Organized Screening**
Elek P., Fadgyas-Freyler P., Váradi B., et al.
- 45 **Besoins éducatifs en santé en Appartement de Coordination Thérapeutique**
Marchand C., Communier A., Maurice A., et al.
- 46 **Is Mammography Screening an Effective Public Health Intervention? Evidence From a Natural Experiment**
Moran P. et Cullinan J.
- 46 **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.
- 47 **Should We Screen For Lung Cancer? a 10-Country Analysis Identifying Key Decision-Making Factors**
Poon C., Haderi A., Roediger A., et al.

- 47 **Rôle d'un centre ressources en prévention, promotion et éducation pour la santé dans le cadre d'une crise sanitaire**

Rondon J., Benkhoucha C., Cornec N., et al.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

- 48 **Costing Methodologies in European Economic Evaluation Guidelines: Commonalities and Divergences**

García-Mochón L., Špacířová Z. et Espín J.

- 48 **The Uses of Patient Reported Experience Measures in Health Systems: A Systematic Narrative Review**

Gilmore K. J., Corazza I., Coletta L., et al.

Psychiatrie

Psychiatry

- 49 **Role of Social Determinants in Anxiety and Depression Symptoms During Covid-19: A Longitudinal Study of Adults in North Carolina and Massachusetts**

Alegria M., Cruz-Gonzalez M., O'Malley I. S., et al.

- 49 **Covid-19 et pratiques professionnelles dans les milieux institutionnels fermés**

Dumais Michaud A.-A., Lemieux A. J., Dufour M., et al.

- 50 **Effect of the Covid-19 Pandemic on Depression in Older Adults: A Panel Data Analysis**

Gaggero A., Fernández-Pérez A. et Jiménez-Rubio D.

- 50 **Involuntary Psychiatric Care For Incarcerated People: A Descriptive Study of 73 Consecutive Judge-Ordered Discharges From Psychiatric Hospitalisation in France**

Horn M., Plisson G., Amad A., et al.

- 50 **Regards croisés sur le confinement : personnes vivant avec des troubles psychiques, aidants familiaux et soignants**

Jupille J., Deloffre S., Hulin P., et al.

- 51 **Specific Content For Collaborative Care: A Systematic Review of Collaborative Care Interventions For Patients with Multimorbidity Involving Depression And/ Or Anxiety in Primary Care**

Kappelin C., Carlsson A. C. et Wachtler C.

- 51 **Persistence of Mental Health Deterioration Among People Living Alone During the Covid-19 Pandemic: A Periodically-Repeated Longitudinal Study**

Kikuchi H. et Machida M.

- 52 **L'injonction ou l'injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique**

Legrand J.

- 52 **L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites**

Marie S., Julien G. et Carine V.

- 52 **Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques**

Meriaux M. et Denis J.

- 52 **Age Disparities in Mental Health During the Covid-19 Pandemic: The Roles of Resilience and Coping**

Na L., Yang L., Mezo P. G., et al.

- 53 **Involuntary Psychiatric Hospitalizations: From Request to a Call Center to Hospitalization**

Ouarad G., Lapostolle F., Linval F., et al.

- 53 **The Association Between Covid-19 Policy Responses and Mental Well-Being: Evidence From 28 European Countries**

Toffolutti V., Plach S., Maksimovic T., et al.

- 54 **Social-Capital-Based Mental Health Interventions For Refugees: A Systematic Review**

Villalonga-Olives E., Wind T. R., Armand A. O., et al.

Sciences de l'information et de la communication

Information and Communication Sciences

- 54 **Évaluation de la recherche et publications scientifiques : Quantité ou qualité ?**

Fischer A.

Sociologie de la santé

Sociology of Health

- 55 « Le » Covid-19 est-il plus grave que « la » Covid-19 ? Impact du genre grammatical attribué à la maladie sur sa perception et sur les mesures de protection prises pour s'en prémunir
Celse J., Grolleau G. et Max S.
- 55 L'exercice de la médecine générale à l'épreuve des crises sanitaires : de Lubrizol à la Covid
Féliu F., Juston Morival R., Le Hénaff Y., et al.
- 55 Chapitre 5. Caroline Bigeard et Aline Winninger, la communication en temps de crise Covid
Ferchakhi W.
- 56 Discipliner le prescripteur médical (Allemagne, fin du XIXe-fin du XXe siècle)
Kessel N.
- 56 Qu'est-ce que la confiance en temps de pandémie ?
Lego G.
- 56 Nous étions des passeurs des sciences sociales
Palier B.
- 57 A Multinational Study of Patient Preferences For How Decisions Are Made in Their Care
Pines R., Sheeran N., Jones L., et al.
- 57 La recherche communautaire en temps de pandémie : retour sur l'étude multi-pays EPIC
Riegel L., Di Ciccio M., Ben Moussa A., et al.
- 57 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 Healthcare

- 58 Les soins primaires face à la Covid-19 : une comparaison Belgique, France, Québec et Suisse
Bourgueil Y., Breton M., Cohidon C., et al.
- 58 The Role of General Practitioners in Managing the Covid-19 Pandemic in a Private Healthcare System
Cohidon C., El Hakmaoui F. et Senn N.
- 59 Impacts of Early ACA Medicaid Expansions on Physician Participation
Curto V. et Bhole M.
- 59 Ressources personnelles utilisées par les infirmiers inscrits dans un cursus en pratique avancée lors de la pandémie de coronavirus en France : une recherche mixte séquentielle
Druart M.-C. et Blanchard P.-Y.
- 60 Skill-Mix Change and Outcomes in Primary Care: Longitudinal Analysis of General Practices in England 2015–2019
Francetic I., Gibson J., Spooner S., et al.
- 60 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.
- 60 Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie
Lafortune G. et Balestat G.
- 61 Effects of the Affordable Care Act Medicaid Expansion on the Compensation of New Primary Care Physicians
Ma Y., Armstrong D., Forte G. J., et al.
- 61 Ensuring the Continuation of Routine Primary Care During the Covid-19 Pandemic: A Review of the International Literature
Matenge S., Sturgiss E., Desborough J., et al.
- 62 Government Policies Targeting Primary Care Physician Practice From 1998-2018 in Three Canadian Provinces: A Jurisdictional Scan
McKay M., Lavergne M. R., Lea A. P., et al.
- 62 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.

- 62 **Playing Defense? Health Care in the Era of Covid**
Okeke E. N.
- 63 **Mapping Key Components of Community-Oriented Strategies to Facilitate Alcohol-Related Early Identification and Brief Intervention in General Practice: A Scoping Review**
Pussig B., Vandelanotte S., Matheï C., et al.
- 63 **Physician- Versus Practice-Level Primary Care Continuity and Association with Outcomes in Medicare Beneficiaries**
Yang Z., Ganguli I., Davis C., et al.

Systèmes de santé Health Systems

- 64 **Crise sanitaire : l'impact sur les systèmes de santé. Episode 1 Analyse d'une crise systémique**
Amri K., Vhatard H., Gilliaux M., et al.
- 64 **Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé**
Bonnet-Zamponi D., Ecoffey C. et Bontemps, g. e. a.
- 64 **Le NHS et le spectre de l'étatisation du système de santé français**
Bras P.-L.
- 65 **Bénéfices du soutien et des soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer : l'exemple d'Intermountain Healthcare (États-Unis d'Amérique)**
Bréchat P.-H., Allen T. L., Brezovski V., et al.
- 65 **Refonder le système de soins et de santé une incantation, tant que l'essentiel reste occulté !**
Brixi O.
- 65 **Pour un système de santé français intégré**
El Sair P., Lebée-Thomas É. et Malone A.
- 66 **La résilience des systèmes de santé post-Covid : vers une plus grande coopération africaine**
Lemsagued F.
- 66 **Espagne : un modèle de santé intégrée en Euskadi**
Ménival S. et Michel R.

- 66 **Strategic Purchasing and Health Systems Resilience: Lessons From Covid-19 in Selected European Countries**
Montás M. C., Klasa K., van Ginneken E., et al.
- 66 **A Reform Proposal From 2019 Aims to Improve Coordination of Health Services in Poland By Strengthening the Role of the Counties**
Sagan A., Kowalska-Bobko I., I, et al.

Travail et santé

Occupational Health

- 67 **Les soignants de périnatalité face à la Covid-19 : stress, qualité de vie et préoccupations Perinatal caregivers coping with Covid-19 : stress, quality of life and concerns**
Dupoirier S., Dany L., Tosello B., et al.
- 68 **Rapport 22-04. Médecine et santé au travail. Loi du 2 août 2021. Attractivité vers cette discipline**
Geraut C. et Chamoux A.
- 68 **La sous-indemnisation des maladies professionnelles : un point de vue épidémiologique. Commentaire**
Goldberg M.
- 68 **Chapitre 23. Cédric Megel, placer la collaboration et la participation au cœur des réflexions Covid et post-Covid dans la santé au travail**
Grandclaude D.
- 69 **High Job Flexibility and Paid Sick Leave Increase Health Care Access and Use Among US Workers**
Hegland T. A. et Berdahl T. A.
- 69 **Médecine du travail pour vivre heureux**
Khayi N.
- 69 **Does a Working Day Keep the Doctor Away? a Critical Review of the Impact of Unemployment and Job Insecurity on Health and Social Care Utilisation**
Li K., Lorgelly P., Jasim S., et al.
- 70 **Risk Factors For Burnout and Depression in Healthcare Workers: The National AMADEUS Study Protocol**
Lucas G., Colson S., Boyer L., et al.

- 70 **Le fonds d'indemnisation des victimes des pesticides ou l'émergence d'un nouveau régime de maladies professionnelles**
Rivollier V.
- 70 **Burden of Cardiovascular Diseases and Depression Attributable to Psychosocial Work Exposures in 28 European Countries**
Sultan-Taïeb H., Villeneuve T., Chastang J.-F., et al.
- 74 **Intensity of Covid-19 in Care Homes Following Hospital Discharge in the Early Stages of the UK Epidemic**
Hollinghurst J., North L., Emmerson C., et al.
- 74 **Legal Restrictions and Mitigation Strategies Amongst a Disabled Population During Covid-19**
Kang T. S. et Goodwin R.
- 74 **Association Between Multimorbidity and Hospitalization in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis**
Rodrigues L. P., de Oliveira Rezende A. T., Delpino F. M., et al.

Vieillessement

Ageing

- 71 **L'effet de la réforme des retraites de 2010 sur l'absence maladie**
Ben Halima M. A., Ciriez C., Koubi M., et al.
- 71 **Effets des mesures sanitaires de confinement sur la prévalence des chutes chez les personnes résidant en Ehpad : Étude observationnelle transversale rétrospective dans un groupe associatif de 19 Ehpad en Haute-Garonne**
Bismuth M., Sidobre V., Cotignies F. d., et al.
- 72 **Simulation d'un « test de résistance » au prisme de la protection des personnes âgées en France : neuf principes mis en danger par le système de santé et d'assurance maladie**
Chevreau L. et Bréchat P.-H.
- 72 **'Investing' in Care For Old Age? an Examination of Long-Term Care Expenditure Dynamics and Its Spillovers**
Costa-Font J. et Vilaplana-Prieto C.
- 72 **Gouverner le pouvoir discrétionnaire des street-level bureaucrats. Le cas de la mise en œuvre de l'APA**
Dussuet A., Ledoux C. et Sonnet C.
- 73 **Loneliness of Residents in Retirement Homes During the Covid-19 Crisis**
El Haj M. et Gallouj K.
- 73 **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.
- 73 **Les soins et services aux personnes âgées au Québec**
Hébert R.

Health Insurance

► **Measuring the Availability of Human Resources For Health and Its Relationship to Universal Health Coverage For 204 Countries and Territories From 1990 to 2019: A Systematic Analysis For the Global Burden of Disease Study 2019**

HAAKENSTAD A., IRVINE C. M. S., KNIGHT M., *et al.*
2022

The Lancet 399(10341): 2129-2154.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)

Human resources for health (HRH) include a range of occupations that aim to promote or improve human health. The UN Sustainable Development Goals (SDGs) and the WHO Health Workforce 2030 strategy have drawn attention to the importance of HRH for achieving policy priorities such as universal health coverage (UHC). Although previous research has found substantial global disparities in HRH, the absence of comparable cross-national estimates of existing workforces has hindered efforts to quantify workforce requirements to meet health system goals. We aimed to use comparable and standardised data sources to estimate HRH densities globally, and to examine the relationship between a subset of HRH cadres and UHC effective coverage performance.

► **Reconstruire la couverture universelle après l'accession à l'indépendance : les leçons de la Géorgie, de la Moldavie et de l'Ukraine**

RICHARDSON E.
2022

Les Tribunes de la santé 72(2): 71-81.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-2-page-71.htm>

La Géorgie, la Moldavie et l'Ukraine sont des pays très différents, mais, en 1991, ils étaient trois des quinze pays à émerger de l'Union soviétique qui s'était effondrée. Tous trois se sont forgé des parcours uniques en tant qu'États indépendants, ce qui se reflète dans les différentes approches qu'ils ont adoptées pour réformer et moderniser leurs systèmes de santé afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins de leurs popu-

lations. L'Union soviétique a organisé le système de santé de toutes ses républiques constitutives de la même manière et le principe de base était que tous les citoyens devaient avoir un accès égal aux soins de santé gratuits au point d'utilisation. Cependant, les perturbations économiques, sociales et politiques survenues dans les années 1990 ont érodé la couverture universelle en Géorgie, en Moldavie et en Ukraine. Depuis 2015, les systèmes de santé devraient atteindre la cible de l'Objectif de développement durable (ODD), à savoir la « couverture sanitaire universelle, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de soins de santé essentiels de qualité et l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour tous » d'ici à 2030.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **On the Demand For Telemedicine:
Evidence From the Covid-19 Pandemic**

BUSSO M., GONZALEZ M. P. ET SCARTASCINI C.
2022

Health Economics 31(7): 1491-1505.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4523>

Telemedicine can expand access to health care at relatively low cost. Historically, however, demand for telemedicine has remained low. Using administrative records and a difference-in-differences methodology, we estimate the change in demand for telemedicine experienced after the onset of the Covid-19 epidemic and the imposition of mobility restrictions. We find that the number of telemedicine calls made during the pandemic increased by 230 percent compared to the pre-pandemic period. The effects were mostly driven by older individuals with preexisting conditions who used the service for internal medicine consultations. The demand for telemedicine remained relatively high even after mobility restrictions were relaxed, which is consistent with telemedicine being an “experience good.” These results are a proof of concept for policy makers to use such relatively low-cost medical consultations, made possible by new technologies, to provide needed expansion of access to health care.

► **La dématérialisation des prescriptions
médicales**

CHOUVEL R.
2022

Gestions Hospitalières(615): 251-253.

<https://gestions-hospitalieres.fr/la-dematerialisation-des-prescriptions-medicales-2/>

La dématérialisation des prescriptions médicales présente de multiples enjeux (sanitaires, gestionnaires, financiers...) dont la Cour des comptes dans son rapport d'octobre 2021 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale rappelle l'importance tout en soulignant les limites et les retards rencontrés par cette procédure. La prescription médicale qui, hors prescriptions exécutées dans les établissements de santé, correspondait à 57,2 milliards d'euros en 2019, concerne à la fois les médicaments, les dispositifs médicaux, les examens de biologie, les transports de

malades, les actes d'auxiliaires médicaux, les arrêts de travail pour maladie ou maternité et les accidents du travail, de trajet ou liés à une maladie professionnelle. Les arrêts de travail, prestations de transport et actes infirmiers constituent les postes les plus dynamiques en dépenses de ville.

► **Chapitre 17. Pr Emmanuel Andrès,
l'innovation par la télémédecine pendant
la Covid-19**

FERCHAKHI W.

2022

**In : [Portraits d'acteurs clés du système de santé
pendant la Covid-19] Caen, EMS Editions: 205-214.**

<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-205.htm>

La crise de la Covid-19 a mis sous tension l'ensemble des secteurs d'activités et principalement les établissements de santé et en particulier en Alsace. Ces derniers étaient déjà sous tensions, fragilisés depuis un certain nombre d'années. Traditionnellement, en France la médecine, était plutôt curative au détriment de la médecine préventive. De plus, on assiste actuellement à la mobilisation croissante des professionnels de santé pour la gestion des pathologies chroniques. La télémédecine est devenue un enjeu majeur pour la prise en compte de la prévention. Le portrait du Pr Andrès permet de comprendre comment il a su tirer profit de l'opportunité de cette crise Covid pour développer des solutions innovantes en matière de télémédecine afin de faire face et gérer cette crise. Par ce retour d'expérience, ce chapitre permet de présenter les innovations en matière de e-santé développées au sein du service du Pr Andrès. Ce chapitre tient également compte de sa qualité de président de CME au niveau du CHRU de Strasbourg. Les enseignements de cette crise seront présentés à la fin du chapitre ainsi que les évolutions post-crise en matière télémédecine que ce soit à l'échelle de son service ou de son hôpital.

► **L'improbable transformation numérique de la santé**

LÉTOURNEAU L.
2022

Le journal de l'école de Paris du management
155(3): 23-30.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-de-l-ecole-de-paris-du-management-2022-3-page-23.htm>

« Trop complexe, trop politique, trop fragmenté, intransformable... N'y va pas ! » dit-on à Laura Létourneau quand lui est proposée la responsabilité de la transformation numérique de la santé, en binôme avec le directeur d'une clinique privée. Pourtant, depuis, la feuille de route numérique coconstruite avec les parties prenantes, à partir des irritants recensés, s'est imposée à tous. Cette réussite est le fruit de la mise en tension de l'écosystème et d'engagements tenus les uns après les autres. N'est-ce pas la méthode des GAFAM ?

► **Incentivizing Appropriate Prescribing in Primary Care: Development and First Results of an Electronic Health Record-Based Pay-For-Performance Scheme**

RAMERMAN L., HEK K., CRAMER- VAN DER WELLE C.,
et al.

2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.004>

Part of the funding of Dutch General Practitioners (GPs) care is based on pay-for-performance, including an incentive for appropriate prescribing according to guidelines in national formularies. Aim of this paper is to describe the development of an indicator and an infrastructure based on prescription data from GP Electronic Health Records (EHR), to assess the level of adherence to formularies and the effects of the pay-for-performance scheme, thereby assessing the usefulness of the infrastructure and the indicator. Methods Adherence to formularies was calculated as the percentage of first prescriptions by the GP for medications that were included in one of the national formularies used by the GP, based on prescription data from EHRs. Adherence scores were collected quarterly for 2018 and 2019 and subsequently sent to health insurance companies for the pay-for-performance scheme. Adherence scores were used to monitor the effect of the pay-for-performance scheme. Results 75% (2018) and 83% (2019) of all GP practices participated. Adherence to formularies was around 85% or 95%, depending on the formulary used. Adherence improved significantly, especially for practices that scored lowest in 2018. Discussion We found high levels of adherence to national formularies, with small improvements after one year. The infrastructure will be used to further stimulate formulary-based prescribing by implementing more actionable and relevant indicators on adherence scores for GPs.

Économie de la santé

Health Economics

► **Financial Burdens of Out-Of-Pocket Spending Among Medicare Fee-For-Service Beneficiaries: Role of the “Big Four” Chronic Health Conditions**

BASU R. ET LIU H.
2022

Medical Care Research and Review 79(4): 576-584.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587211032837>

While Medicare is the universal source of health care coverage for Americans aged 65 years or older, the

program requires significant cost sharing in terms of out-of-pocket (OOP) spending. We conducted a retrospective study using data from 2016 to 2018 Medicare Current Beneficiary Surveys of elderly community-dwelling beneficiaries (n=10,431) linked with administrative data to estimate OOP spending associated with the “big four” chronic diseases (cardiovascular disease, cancer, diabetes, and chronic lung disease). We estimated a generalized linear model adjusting for predisposing, enabling, and need factors to estimate annual OOP spending. We found that beneficiaries with any of the “big four” chronic conditions spent 15% (p

< .001) higher OOP costs and were 56% more likely to spend $\geq 20\%$ of annual income on OOP expenditure (adjusted odds ratio = 1.56; $p < .001$) compared with those without any of those conditions. OOP spending appears to be heterogeneous across disease types and changing by conditions over time.

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

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

2022

[Eur J Health Econ 23\(5\): 879-891.](#)

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

► **Comparison of Cancer-Related Spending and Mortality Rates in the US Vs 21 High-Income Countries**

CHOW R. D., BRADLEY E. H. ET GROSS C. P.

2022

[JAMA Health Forum 3\(5\): e221229-e221229.](#)

<https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.1229>

Studies using data from before 2011 concluded that the cost of US cancer care is justified given improved outcomes compared with European countries. However, it is unclear whether contemporary US cancer care pro-

vides better value than that of other high-income countries. To assess whether cancer mortality rates in 2020 were lower in countries with higher cancer-related spending, and to estimate across countries the incremental cost per averted cancer death. Cross-sectional, national-level analysis of 22 high-income countries, assessing the association between cancer care expenditures and age-standardized population-level cancer mortality rates in 2020, with and without adjustment for smoking. In addition, US incremental costs per averted death compared with the other countries were calculated. This study was conducted from September 1, 2021, to March 31, 2022. Age-standardized population-level cancer mortality rates. In this cross-sectional study of 22 countries, the median cancer mortality rate was 91.4 per 100 000 population (IQR, 84.2-101.6). In this cross-sectional study of national cancer care expenditures and cancer mortality rates across 22 countries, although the cancer mortality rate in the US was lower than the median, the US spent twice as much on cancer care as the median country. Findings of this study suggest that the US expenditure on cancer care may not be commensurate with improved cancer outcomes.

► **Defining a Risk-Adjustment Formula For the Introduction of Population-Based Payments For Primary Care in France**

CONSTANTINO P., TUPPIN P., GASTALDI-MÉNAGER C., *et al.*

2022

[Health Policy 126\(9\) : 915-924.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.06.007>

Novel risk-adjusted payment models for financing primary care are currently being experimented in France. In particular, pilot schemes including shared-savings contracts or prospectively allocated capitation payments are implemented for voluntary primary care structures. Such payment mechanisms require defining a risk-adjustment formula to accurately estimate expected expenditure while maintaining appropriate efficiency incentives. We used nationwide data from the French national health data system (SNDS) to compare the performance of different prospective models for total and outpatient expenditure prediction among more than 8 million individuals aged 65 or more and their application at an aggregate level. We focused on the characterization of morbidity status and on the contextual characteristics to include in the formula. We proposed a set of practical routinely available predic-

tors with fair performance for patient-level expenditure prediction (explaining 32% of variance) that could be used to risk-adjust prospective payments in the French setting. Morbidity information was the strongest predictor but could lead to considerable error in predicted expenditures if introduced as independent binary variables in multiplicative models, underlining the importance of summary morbidity measures and of using the appropriate metric to assess model performance. Distribution of aggregate-level allocations was greatly modified according to the method to account for contextual characteristics. Our work informs the introduction of risk-adjusted models in France and underlines efficiency and fairness issues raised.

► **Coinsurance vs. Co-Payments: Reimbursement Rules For a Monopolistic Medical Product with Competitive Health Insurers**

CREMER H. ET LOZACHMEUR J.-M.

2022

Journal of Health Economics 84: 102642.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102642>

This paper studies a market for a medical product in which there is perfect competition among health insurers, while the good is sold by a monopolist. Individuals differ in their severity of illness and there is ex post-moral hazard. We consider two regimes: one in which insurers use coinsurance rates (ad valorem reimbursements) and one in which insurers use co-payments (specific reimbursements). We show that the induced equilibrium with co-payments involves a lower producer price and a higher level of welfare for consumers even though it may imply a larger consumer price. This result provides strong support for a reference price based reimbursement policy.

► **La consolidation des lois de financement de la sécurité sociale**

DUFOUR A. C.

2022

Revue De Droit Sanitaire Et Social(3): 540-552.

Les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), dont les imperfections avaient été signalées ces dernières années, ont été récemment retouchées par le législateur. En effet, la loi organique du 14 mars 2022 a conforté leur place au sein du paysage des normes financières. Sans bouleverser la nature et le contenu

des LFSS, cette réforme offre de nouveaux instruments pour améliorer la qualité des débats parlementaires autour des choix financiers en matière de sécurité sociale.

► **Théorie et pratique de la concurrence régulée dans l'assurance maladie néerlandaise**

HAGENAARS L. L. ET JEURISSEN P. P. T.

2022

Les Tribunes de la santé 72(2): 47-57.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-2-page-47.htm>

Les performances du système de santé des Pays-Bas ont été attribuées à l'introduction de la concurrence régulée comme principe directeur des soins médicaux dans la loi sur l'assurance maladie en 2006. La croissance lente des coûts pendant une décennie peut être considérée comme un accomplissement majeur. Toutefois, dans la pratique quotidienne de ce principe, plusieurs hypothèses sous-tendant la théorie du marché n'ont pas été mises en œuvre ou se sont avérées problématiques. Le marché des assureurs et des prestataires est devenu plus concentré. La faible confiance institutionnelle dans les assureurs limite leur marge de manœuvre, alors que la théorie proclame que les assureurs ont besoin d'une marge de manœuvre maximale. Le système hospitalier est resté exclusivement privé à but non lucratif et l'on constate une forte augmentation du nombre de centres de chirurgie ambulatoire. La liberté de choix a surtout profité aux jeunes, aux personnes ayant un niveau d'éducation élevé et aux personnes en bonne santé, qui peuvent s'y retrouver dans l'abondance d'informations sur les assurances, mais elle permet également d'atteindre un équilibre sain entre les personnes qui changent de régime et la stabilité du marché. L'accès à des soins de bonne qualité est pratiquement universel. Deux leçons primordiales sont à retenir : la politique du « payeur actif » ne fonctionne pas comme prévu et, en partie à cause des coûts administratifs excessifs, la fragmentation est en hausse. Il s'agit de deux défis majeurs.

► **Out-Of-Pocket Health Expenditures and Health Care Services Use Among Older Americans with Cognitive Impairment: Results From the 2008–2016 Health and Retirement Study**

JENKINS D., STICKEL A., GONZÁLEZ H. M., *et al.*

2021

The Gerontologist 62(6): 911-922.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnab160>

The evidence base on health services use and cost burdens associated with transition to severe cognitive impairment (SCI) and dementia is underdeveloped. We examine how the change in cognitive impairment status influences nursing home use, hospitalizations, and out-of-pocket (OOP) expenditures. We use prospective data from the Health and Retirement Study (2007/2008–2015/2016) on adults 70 years and older meeting research criteria for cognitive impairment not dementia (CIND) at baseline (unweighted $n=1,692$) to fit 2-part models testing how reversion to normal cognition, stability (CIND maintenance), and transition into SCI/dementia influence change in yearly nursing home use, hospitalizations, and OOP expenditures. Over 8 years, 5.9% reverted, 15.9% remained CIND, 14.9% transitioned to SCI/dementia, and 63.3% died. We observed substantial increases in the propensity of any nursing home use which were particularly pronounced among those who transitioned or died during follow-up and similar but less pronounced differences in patterns of inpatient hospitalizations. Average baseline OOP spending was similar among reverters (\$1,156 [95% confidence interval = 832–1,479]), maintainers (\$1,145 [993–1,296]), and transitioners (\$1,385 [1,041–1,730]). Individuals who died during follow-up spent \$2,529 (2,101–2,957). By the eighth year of follow-up, spending among reverters increased to \$1,402 (869–1,934) and \$2,188 (1,402–2,974) and \$8,988 (5,820–12,157) for maintainers and transitioners, respectively. Average spending at the wave preceding death was \$7,719 (4,345–11,094). Estimates were only partly attenuated through adjustment to covariables. A better understanding of variations in health services use and cost burdens among individuals with mild cognitive impairment can help guide targeted care and financial planning.

► **The Effects of Patient Cost-Sharing on Health Expenditure and Health Among Older People: Heterogeneity Across Income Groups**

KATO H., GOTO R., TSUJI T., *et al.*

2022

The European Journal of Health Economics 23(5): 847-861.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01399-6>

Despite rapidly rising health expenditure associated with population aging, empirical evidence on the effects of cost-sharing on older people is still limited. This study estimated the effects of cost-sharing on the utilization of healthcare and health among older people, the most intensive users of healthcare. We employed a regression discontinuity design by exploiting a drastic reduction in the coinsurance rate from 30 to 10% at age 70 in Japan. We used large administrative claims data as well as income information at the individual level provided by a municipality. Using the claims data with 1,420,252 person-month observations for health expenditure, we found that reduced cost-sharing modestly increased outpatient expenditure, with an implied price elasticity of -0.07 . When examining the effects of reduced cost-sharing by income, we found that the price elasticities for outpatient expenditure were almost zero, -0.08 , and -0.11 for lower-, middle-, and higher-income individuals, respectively, suggesting that lower-income individuals do not have more elastic demand for outpatient care compared with other income groups. Using large-scale mail survey data with 3404 observations for self-reported health, we found that the cost-sharing reduction significantly improved self-reported health only among lower-income individuals, but drawing clear conclusions about health outcomes is difficult because of a lack of strong graphical evidence to support health improvement. Our results suggest that varying cost-sharing by income for older people (i.e., smaller cost-sharing for lower-income individuals and larger cost-sharing for higher-income individuals) may reduce health expenditure without compromising health.

► **Financing and Reimbursement Models For Personalised Medicine: A Systematic Review to Identify Current Models and Future Options**

KOLEVA-KOLAROVA R., BUCHANAN J., VELLEKOOP H., *et al.*
2022

Applied Health Economics and Health Policy 20(4): 501-524.

<https://doi.org/10.1007/s40258-021-00714-9>

The number of healthcare interventions described as ‘personalised medicine’ (PM) is increasing rapidly. As healthcare systems struggle to decide whether to fund PM innovations, it is unclear what models for financing and reimbursement are appropriate to apply in this context.

► **The Financial Burden of Health Expenses in Retirement**

LEGENBRE B. ET LE DUGOU S.
2022

Revue d'économie politique 132(4): 615-648.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2022-4-page-615.htm>

Lors du passage à la retraite, l'augmentation de la consommation de services de santé et la perte de la couverture d'assurance financée par l'employeur peuvent entraîner une hausse des dépenses de santé à la charge des individus. Dans cet article, nous évaluons l'effet du départ à la retraite sur les dépenses de santé en France et considérons différents effets en fonction du niveau de revenu afin de mieux comprendre les implications sur le niveau de vie des retraités et les inégalités au sein de cette population, nous utilisons la 7ème vague de l'Enquête sur la Santé, le Vieillessement et la Retraite en Europe et proposons un modèle à variable instrumentale prenant en compte la discontinuité dans la possibilité de prendre sa retraite. Nous concluons que le départ à la retraite augmente les dépenses de santé de 148 % à utilisation égale des soins de santé et que cette augmentation est plus importante chez les personnes à hauts revenus. Pour les 50 % les plus aisés, cette augmentation des restes-à-charge en santé s'accompagne d'une augmentation de la consommation de services de santé, en particulier de soins ambulatoires.

► **Consumer Choice and Public-Private Providers: The Role of Perceived Prices**

LIM K. S., YAP W. A. ET YIP W.
2022

Health Economics 31 (9) : 1898-1925

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4554>

Governments often encourage health service providers to improve quality of care and reduce prices through competition. The efficacy of competition hinges on the assumption that consumers demand high quality care at low prices for any given health condition. In this paper, we examine this assumption by investigating the role of perceived price and quality on consumer choice for four different health conditions across public and private providers. We use a nationally representative survey in Malaysia to elicit respondents' perception on prices and quality, and their preferred choice of provider. We estimate a mixed logit model and show that consumers value different dimensions of quality depending on the health condition. Furthermore, increasing perceived prices for private providers reduces demand for minor, more frequent health conditions such as flu fever or cough, but increases demand for more complex, severe conditions such as coronary artery bypass graft. These findings provide empirical support for price regulation which differentiates the severity of underlying health conditions.

► **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 126(6): 512-521.

<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 coun-

tries, 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.

► **The Economic Burden of Disease in France From the National Health Insurance Perspective: The Healthcare Expenditures and Conditions Mapping Used to Prepare the French Social Security Funding Act and the Public Health Act**

RACHAS A., GASTALDI-MÉNAGER C., DENIS P., *et al.*
2022

Medical Care 60(9): 655-664.

<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001745>

The aim of this study is to identify the most frequently treated and the costliest health conditions is essential for prioritizing actions to improve the resilience of health systems. Objectives: Healthcare Expenditures and Conditions Mapping describes the annual economic burden of 58 health conditions to prepare the French Social Security Funding Act and the Public Health Act. Design: Annual cross-sectional study (2015–2019) based on the French national health database. Subjects: National health insurance beneficiaries (97% of the French residents). Measures: All individual health care expenditures reimbursed by the national health insurance were attributed to 58 health conditions (treated diseases, chronic treatments, and episodes of care) identified by using algorithms based on available medical information (diagnosis coded during hospital stays, long-term diseases, and specific drugs). Results: In 2019, €167.0 billion were reimbursed to 66.3 million people (52% women, median age: 42 y). The most prevalent treated diseases were diabetes (6.0%), chronic respiratory diseases (5.5%), and coronary diseases (3.2%). Coronary diseases accounted for 4.6% of

expenditures, neurotic and mood disorders 3.7%, psychotic disorders 2.8%, and breast cancer 2.1%. Between 2015 and 2019, the expenditures increased primarily for diabetes (+€906 million) and neurotic and mood disorders (+€861 million) due to the growing number of patients. “Active lung cancer” (+€797 million) represented the highest relative increase (+54%) due to expenditures for the expensive drugs and medical devices delivered at hospital. Conclusions: These results have provided policy-makers, evaluators, and public health specialists with key insights into identifying health priorities and a better understanding of trends in health care expenditures in France.

► **Family Doctor Responses to Change in Targets Stringency Under Financial Incentives**

WILDING A., MUNFORD L., GUTHRIE B., *et al.*
2022

Journal of Health Economics 85 :102651.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102651>

Healthcare providers may game when faced with targets. We examine how family doctors responded to a temporary but substantial increase in the stringency of targets determining payments for controlling blood pressure among younger hypertensive patients. We apply difference-in-differences and bunching techniques to data from electronic health records of 107,148 individuals. Doctors did not alter the volume or composition of lists of their hypertension patients. They did increase treatment intensity, including a 1.2 percentage point increase in prescribing antihypertensive medicines. They also undertook more blood pressure measurements. Multiple testing increased by 1.9 percentage points overall and by 8.8 percentage points when first readings failed more stringent target. Exemption of patients from reported performance increased by 0.8 percentage points. Moreover, the proportion of patients recorded as exactly achieving the more stringent target increased by 3.1 percentage points to 16.6%. Family doctors responded as intended and gamed when set more stringent pay-for-performance targets.

► **Willingness-To-Pay For Cancer Treatment and Outcome: A Systematic Review**

YONG A. S. J., LIM Y. H., CHEONG M. W. L., *et al.*
 2022

The European Journal of Health Economics 23(6): 1037-1057.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01407-9>

Understanding patient preferences in cancer management is essential for shared decision-making. Patient or societal willingness-to-pay (WTP) for desired outcomes in cancer management represents their preferences and values of these outcomes.

Environment and Health

► **Préoccupation écologique et médecine libérale sont-elles compatibles ?**

BOURALY V. ET BONNEBOND H.
 2022

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(4): 165-170.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/preoccupation_ecologique_et_medecine_liberalesont_elles_compatibles__322676/article.phtml

Alors que le système de santé s'avère très polluant, la préoccupation écologique est quant à elle de plus en plus ancrée parmi les professionnels de santé. Comment allier la limitation de l'empreinte écologique et l'exercice de la médecine libérale? Cette étude qualitative suggère plusieurs pistes : repenser la construction des infrastructures de santé, réorganiser les cabinets médicaux, promouvoir le concept de santé planétaire grâce à Internet ou à des associations.

► **Environnement et produits de santé : prévention et traitement des déchets**

CINTRAT M. ET SIRANYAN V.
 2022

Revue De Droit Sanitaire Et Social (Ahead of print): 529-539.

La prise en compte de l'environnement devient progressivement un élément nécessaire pour la construction d'une politique de santé publique renouvelée. En effet, la pollution générée par l'accroissement du nombre de déchets issus des activités de prévention et de soins impose une réaction urgente tant des professionnels de santé que des acteurs institutionnels. A une optimisation la gestion des déchets s'ajoutent des dispositifs comme la revalorisation de produits de

Environnement et santé

santé déjà utilisés ou encore la délivrance à l'unité des médicaments.

► **Santé planétaire : en quoi les calculateurs d'empreinte carbone peuvent-ils être utiles aux médecins ?**

FAURE N. ET MORIN F.
 2022

Médecine 18(5): 196-197.

Les efforts de réduction des émissions de CO2 dans la société doivent être considérables pour répondre à la crise climatique. Des calculateurs disponibles en ligne permettent d'estimer une empreinte carbone individuelle et pourraient aider à mieux comprendre les enjeux et à maintenir les efforts dans le temps. Des recommandations des autorités de santé et des sociétés savantes seront nécessaires. Elles aideront les professionnels de santé qui souhaitent évaluer leur empreinte à recourir à un calculateur fiable et performant.

► **Les médecins et les pharmaciens de ville peuvent-ils contribuer à la réduction à la source des résidus médicamenteux ? Une enquête sociologique auprès de ces professionnels de santé sur le territoire du bassin d'Arcachon en France**

VALADAUD R., GAUTHEY J., SOYER M., *et al.*
 2022

Environnement, Risques & Santé 21(2): 137-148.

Des travaux ont mis en évidence la contamination et l'impact des résidus médicamenteux, et plus largement

des produits de soins, sur les milieux aquatiques et le milieu marin. Sur la base d'une enquête sociologique qualitative auprès de médecins et de pharmaciens de ville du bassin d'Arcachon, cet article montre la faible « préhension » de l'enjeu des micropolluants liés aux médicaments par ces professionnels, que ce soit en termes de représentations ou d'intégration de l'enjeu dans leurs logiques de prescription, de conseils et de délivrances de médicaments aux patients et/ou aux consommateurs. Les contraintes et les déterminants (économiques, sociologiques, organisationnels, symboliques et culturels, etc.) qui structurent les relations médecin-patient et pharmacien-patient-consommateur en France n'apparaissent pas propices à une réduction de la consommation de médicaments, qu'ils soient prescrits ou autoconsommés. En dépit de représentations et pratiques professionnelles différentes, pour tous les médecins et pharmaciens interrogés, les enjeux de santé (bénéfice-risque pour le patient ou le consommateur) demeurent toujours prioritaires sur les objectifs de préservation de la biodiversité. Cela

étant, des professionnels enquêtés soulignent l'existence de marges de manœuvre pour « optimiser » la consommation de médicaments. Une relation médecin-patient moins contrainte par le temps et moins organisée autour de la prescription de médicaments, et une relation pharmacien-médecin-consommateur où les pharmaciens ont un rôle plus reconnu et actif dans la gestion des traitements médicamenteux des individus, semblent des pistes intéressantes pour réduire les micropolluants médicamenteux à la source sans compromettre l'atteinte des objectifs de santé. Dans ce cadre, notre analyse montre que l'action publique devra accompagner l'écologisation des pratiques des professionnels de santé, à commencer par les informer et les former davantage sur les risques environnementaux et potentiellement sanitaires liés à l'abondante consommation de médicaments. D'autres leviers et outils devront aider les professionnels à intégrer davantage les enjeux de préservation du vivant dans leurs logiques professionnelles.

État de santé

Health Status

► Impact of the Covid-19 Crisis on the Mortality Profiles of the Foreign-Born in France During the First Pandemic Wave

KHLAT M., GHOSN W., GUILLOT M., *et al.*
2022

Social Science & Medicine: 115160.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115160>

Background Immigrants in Western countries have been particularly affected by the Covid-19 crisis. Objective: We analysed excess mortality rates among the foreign-born population and changes in their distinctive mortality profiles ("migrant mortality advantage") during the first pandemic wave in France. Data and methods Deaths from all causes in metropolitan France from 16 March to May 17, 2020 were used, with information on sex, age, region of residence and country of birth. Similar data from 2016 through 2019 were used for comparisons. Results During the pre-pandemic period (2016–2019), immigrant populations (except those from Central and Eastern Europe) had lower standardized mortality rates than

the native-born population, with a particularly large advantage for immigrants from sub-Saharan Africa. In the regions most affected by Covid-19 (Grand-Est and Île-de-France), the differences in excess mortality by country of birth were large, especially in the working-age groups (40–69 years), with rates 8 to 9 times higher for immigrants from sub-Saharan Africa, 3 to 4 times higher for immigrants from the Americas and 3 times higher for immigrants from Asia relative to the native-born population. The relative overall mortality risk for men born in sub-Saharan Africa compared to native-born men, which was 0.8 before the pandemic, shifted to 1.8 during the first wave (0.9 and 1.5 for women). It also shifted from 0.8 to 1.1 for men from North Africa (0.9–1.1 for women), 0.7 to 1.0 for men from the Americas (0.9–1.3 for women), and 0.7 to 1.2 for men from Asia and Oceania (0.9–1.3 for women). Conclusion Our findings shed light on the disproportionate impact of the first wave of the pandemic on the mortality of populations born outside Europe, with a considerable burden of excess mortality within the working-age range, and a complete reversal of their mortality advantage.

► **Disparities in Premature Mortality: Evidence For the OECD Countries**

LEDESMA-CUENCA A., MONTANÉS A. ET SIMÓN-FERNÁNDEZ M. B.

2022

Social Science & Medicine 307: 115198.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115198>

This paper studies the existence of international health outcome disparities. We focus on the use of the potential years of life lost for a database that includes information from 33 OECD countries and covers the period 1990–2017. The methodology proposed by Phillips and Sul (2007) allows us to reject the existence of a single pattern of behaviour between countries for both males and females, suggesting the existence of severe health outcome inequalities. This methodology estimates the existence of four convergence clubs whose composition slightly varies when comparing the male and female cases. Some socioeconomic factors are found to be very important in explaining the forces that may drive the creation of these convergence clubs. In particular, the evolution of the economy and health policies are pivotal to understanding the creation of these estimated convergence clubs. Additionally, our results offer evidence in favor of the importance of environmental policies to explain these health outcome differences.

► **L'impact de la Covid-19 sur la santé des enfants, groupe « protégé » de l'infection**

SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., AUJARD Y., CLAUDET I., *et al.*

2021

Santé Publique 33(6): 905-909.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-905.htm>

Cet article souligne qu'une épidémie virale et les stratégies pour y faire face 1) ont un impact majeur sur des groupes a priori épargnés par la maladie elle-même, ici les enfants, et 2) peuvent générer des problèmes sanitaires au-delà de la maladie et conduire à d'importantes difficultés sociales, économiques, scolaires et à un accroissement des inégalités sociales de santé. Méthode : Les observations présentées se fondent sur la littérature scientifique disponible au premier semestre 2020 et sur des auditions d'acteurs de terrain, d'experts, de responsables d'institutions, menées par un groupe du Haut Conseil de la Santé Publique

réfléchissant à une politique globale et concertée pour la santé des enfants. Constats : La crise sanitaire et sa gestion ont retenti sur le développement des enfants et leur qualité de vie. Ces derniers ont été davantage exposés à la sédentarité, aux écrans, aux accidents domestiques, aux violences intrafamiliales. La fermeture des écoles et des lieux de loisirs a entraîné des difficultés scolaires, de socialisation, des atteintes au bien-être psychologique et à la santé mentale. Certains soins curatifs ou préventifs ont été différés. Ces effets se sont produits avec d'importantes inégalités sociales et territoriales. Conclusion : Toute gestion de crise sanitaire exige d'évaluer l'impact global de l'épidémie et des mesures proposées sur des indicateurs sanitaires, économiques, sociaux et scolaires. Cette crise montre la nécessité d'une politique de l'enfance coordonnée, ce qui n'est pas le cas actuellement en France.

► **Risk and Outcome of Breakthrough Covid-19 Infections in Vaccinated Patients with Cancer: Real-World Evidence From the National Covid Cohort Collaborative**

SONG Q., BATES B., SHAO Y. R., *et al.*

2022

Journal of Clinical Oncology 40(13): 1414-1427.

<https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.21.02419>

The purpose of this paper is to provide real-world evidence on risks and outcomes of breakthrough Covid-19 infections in vaccinated patients with cancer using the largest national cohort of Covid-19 cases and controls. We used the National Covid Cohort Collaborative (N3C) to identify breakthrough infections between December 1, 2020, and May 31, 2021. We included patients partially or fully vaccinated with mRNA Covid-19 vaccines with no prior SARS-CoV-2 infection record. Risks for breakthrough infection and severe outcomes were analyzed using logistic regression.

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

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

2022

The Lancet Regional Health – Europe 16.

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

The infant mortality rate (IMR) serves as a key indicator of population health.

► **Self-Rated Health when Population Health Is Challenged By the Covid-19 Pandemic; a Longitudinal Study**

VAN DE WEIJER M. P., DE VRIES L. P., PELT D. H. M.,
et al.

2022

Social Science & Medicine 306: 115156.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115156>

Rationale The coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic and consequent lockdown measures have had a large impact on people's lives. Recent evidence suggests that self-rated health (SRH) scores remained relatively stable or increased during the pandemic. **Objective** For the current project, we examine potential changes in the variance decomposition of SRH before and during the Covid-19 pandemic in the Netherlands. **Methods** We analyse data from the Netherlands Twin Register to examine pre-pandemic SRH scores (N = 16,127), pandemic SRH scores (N = 17,451), and SRH difference scores (N = 7464). Additionally, we perform bivariate genetic analyses to estimate genetic and environmental variance components in pre-pandemic and pandemic SRH, and estimate the genetic correlation to assess potential gene-environment interaction. **Results** The majority of

the sample (66.7%) reported the same SRH before and during the pandemic, while 10.8% reported a decrease, and 22.5% an increase. Individuals who reported good/excellent SRH before the pandemic were most likely to report unchanged SRH during the pandemic, and individuals with bad/mediocre/reasonable SRH more often reported increased SRH. The bivariate longitudinal genetic model reveals no significant change in variance decomposition of SRH from before to during the pandemic, with a heritability estimate of 45% (CI 36%–52%). We found that the genetic correlation could be constrained to 1, and a moderate unique environmental correlation ($rE = 0.49$, CI = 0.37 to 0.60). **Conclusions** We theorize that the increases in SRH are explained by uninfected individuals evaluating their health more positively than under normal circumstances (partly through social comparison with infected individuals), rather than actual improvements. As the same genes are expressed under different environmental exposures, these results imply no evidence for gene-environment interaction. While different environmental factors might influence SRH at the two time-points, the influence of environmental factors does not become relatively more important during the pandemic.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Tracking Covid-19 Inequities Across Jurisdictions Represented in the Big Cities Health Coalition (BCHC): The Covid-19 Health Inequities in BCHC Cities Dashboard**

BILAL U., MCCULLEY E., LI R., *et al.*

2022

American Journal of Public Health 112(6): 904-912.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306708>

The aim of this study is to describe the creation of an interactive dashboard to advance the understanding of the Covid-19 pandemic from an equity and urban health perspective across 30 large US cities that are members of the Big Cities Health Coalition (BCHC). **Methods.** We leveraged the Drexel/BCHC partnership to define the objectives and audience for the dashboard and developed an equity framework to con-

ceptualize Covid-19 inequities across social groups, neighborhoods, and cities. We compiled data on Covid-19 trends and inequities by race/ethnicity, neighborhood, and city, along with neighborhood- and city-level demographic and socioeconomic characteristics, and built an interactive dashboard and Web platform to allow interactive comparisons of these inequities across cities. **Results.** We launched the dashboard on January 21, 2021, and conducted several dissemination activities. As of September 2021, the dashboard included data on Covid-19 trends for the 30 cities, on inequities by race/ethnicity in 21 cities, and on inequities by neighborhood in 15 cities. **Conclusions.** This dashboard allows public health practitioners to contextualize racial/ethnic and spatial inequities in Covid-19 across large US cities, providing valuable insights for policymakers.

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

LEDÉSSERT 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. 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 territoires de santé participative : un nouveau partenariat entre la santé et la ville**

LERIQUE F.
2022

Revue De Droit Sanitaire Et Social(3): 520-528.

Projet de santé, les centres et maisons de santé participatifs permettent un accompagnement médico-social et un processus participatif pour la prise en charge des patients des quartiers de la géographie prioritaire de la politique de la ville. Expérimentation lancée en 2021, les structures d'exercice coordonné participatives pourraient être 60 après évaluation du dispositif. L'accès aux soins est facilité et les difficultés des populations des quartiers prises en compte pour leur permettre d'être pleinement acteurs de leur santé.

► **Sur les déserts médicaux**

LOPEZ R.
2022

Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(41): 10.

<https://cahiersdesante.fr/editions/sur-les-deserts-medicaux/>

L'auteur retrace ici l'histoire de la médecine ambulatoire et montre comment les corporatismes et les décisions politiques ont créé la pénurie de médecins et bloqué la réponse aux besoins des populations. Il avance des solutions, particulièrement l'idée d'un réseau national territorial de centres de santé avec un maillage national avec des équipes de soins primaires pluriprofessionnelles, de proximité. L'augmentation du nombre de professionnels de santé reste une urgence.

Hospitals

► **« Bâtir l'hôpital de demain relève moins d'une question de rémunération que de management et de sens » : interview de Gaétan Casanova, Président de l'Inter-syndicale nationale des internes**

PIERRONNET R., CASANOVA G.
2021

Management & Avenir Santé 8(1): 143-150.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2021-1-page-143.htm>

Déjà d'ordinaire chevilles ouvrières des hôpitaux français, les internes ont largement été mobilisés pour faire face à la crise sanitaire de la Covid-19. Parce qu'à la fois encore en formation mais déjà jeunes médecins, leur regard sur les transformations du système de soin en général, des hôpitaux en particulier, présente ainsi

Hôpital

un intérêt singulier. Nous proposons ici, sous forme d'interview du Président de la fédération syndicale française des internes, de rendre compte des préoccupations de ces derniers, dont certaines sont certes contextuelles mais dont la plupart renvoie en réalité à des enjeux plus structurels et systémiques, que la recherche en management peut contribuer à traiter.

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

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

2022

Health Policy 126(5): 373-381.

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

The exponential increase in SARS-CoV-2 infections during the first wave of the pandemic created an extraordinary overload and demand on hospitals, especially intensive care units (ICUs), across Europe. European countries have implemented different measures to address the surge ICU capacity, but little is known about the extent. The aim of this paper is to compare the rates of hospitalised Covid-19 patients in acute and ICU care and the levels of national surge capacity for intensive care beds across 16 European countries and Lombardy region during the first wave of the pandemic (28 February to 31 July). **Methods** For this country level analysis, we used data on SARS-CoV-2 cases, current and/or cumulative hospitalised Covid-19 patients and current and/or cumulative Covid-19 patients in ICU care. To analyse whether capacities were exceeded, we also retrieved information on the numbers of hospital beds, and on (surge) capacity of ICU beds during the first wave of the Covid-19 pandemic from the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM). Treatment days and mean length of hospital stay were calculated to assess hospital utilisation. **Results** Hospital and ICU capacity varied widely across countries. Our results show that utilisation of acute care bed capacity by patients with Covid-19 did not exceed 38.3% in any studied country. However, the Netherlands, Sweden, and Lombardy would not have been able to treat all patients with Covid-19 requiring intensive care during the first wave without an ICU surge capacity. Indicators of hospital utilisation were not consistently related to the number of SARS-CoV-2 infections. The mean number of hospital days associated with one SARS-CoV-2 case ranged from 1.3 (Norway) to 11.8 (France). **Conclusion** In many countries, the increase in ICU capacity was important to accommodate the

high demand for intensive care during the first Covid-19 wave.

► **Demographics of Covid-19 Hospitalisations and Related Fatality Risk Patterns**

BIGNAMI-VAN ASSCHE S., GHIO D. ET STILIANAKIS N. I.

2022

Health Policy (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.005>

The assessment of hospitalisations and intensive care is crucial for planning health care resources needed over the course of the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic. Nonetheless, comparative empirical assessments of Covid-19 hospitalisations and related fatality risk patterns at large scale are lacking. This is even more crucial as population health interventions, adopted to control earlier epidemic stages, are lifted, but vaccination programmes remain a policy challenge. This paper exploits anonymised, individual-level data on SARS-CoV-2 confirmed infections collected and harmonized by the European Centre for Disease Prevention and Control to profile the demographics of Covid-19 hospitalised patients across nine European countries during the first pandemic wave (February – June, 2020). We estimate the role of demographic factors for the risk of in-hospital mortality, and present a case study exploring individuals' comorbidities based on a subset of Covid-19 hospitalised patients available from the Dutch health system. We find that hospitalisation rates are highest among individuals with confirmed SARS-CoV-2 infection who are not only older than 70 years, but also 50-69 years. The latter group has a longer median time between Covid-19 symptoms' onset and hospitalisation than those aged 70+ years. Men have higher hospitalisation rates than women at all ages, and particularly above age 50. Consistently, men aged 50-59 years have a probability of hospitalisation almost double than women do. Although the gender imbalance in hospitalisation remains above age 70, the gap between men and women narrows at older ages. Comorbidities play a key role in explaining selection effects of Covid-19 confirmed positive cases requiring hospitalisation. Our study contributes to the evaluation of the Covid-19 burden on the demand of health-care during emergency phases. Assessing intensity and timing dimensions of hospital admissions, our findings allow for a better understanding of Covid-19 severe outcomes. Results point to the need of suitable

calibrations of epidemiological projections and (re) planning of health services, enhancing preparedness to deal with infectious disease outbreaks.

► **Chapitre 9. Bernard Dupont, manager les crises : l'hôpital comme laboratoire de solutions**

DETHOU V.
2022

In : [Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19]. Caen, EMS Editions: 115-125.
<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-115.htm>

Sans nul doute, la crise sanitaire Covid-19 a mis en tension les établissements de santé et notamment les plus importants, qui pouvaient déjà faire face à des crises structurelles. Les grandes organisations hospitalières sont des bureaucraties professionnelles lourdes, en termes de structures organisationnelles, d'effectifs ou encore de procédures, qu'il n'est pas aisé de conduire face aux changements et aux crises. Comment ces hôpitaux d'envergure ont-ils affronté la crise et appris d'elle pour poursuivre leur réorganisation ? Quels enseignements et perspectives utiles offrent-ils aux organisations dans leur ensemble pour manager les crises ? Ce chapitre tentera d'apporter des éléments de réponse en nous plongeant au cœur de l'un des plus grands établissements de santé de France, plus spécifiquement dans sa gestion des crises, crise structurelle et crise sanitaire, en s'appuyant sur le portrait de Bernard Dupont, directeur général du centre hospitalier régional universitaire de Nancy (CHRU de Nancy).

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

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

Health Policy 126(8) : 786-794
<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).

► **Chapitre 6. Sophie Pottier, décroiser l'hôpital pour améliorer le parcours patient... notamment en période de crise**

GURTNER E. ET HABRAN Y.
2022

Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19. Caen, EMS Editions: 80-93.
<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-80.htm>

Durant la crise Covid la gestion des lits a été une problématique fondamentale puisqu'il a fallu, souvent dans des temps très courts, réorganiser les capacités d'accueil des établissements afin de prendre en charge des patients Covid arrivant en nombre. Cela a nécessité une forte adaptation de la part des établissements hospitaliers afin de convertir des lits en lits Covid. Certains services ont dû fermer et d'autres ont dû réduire la capacité d'accueil afin de concentrer les lits et les compétences sur les cas Covid et d'ouvrir et d'« armer » de nouveaux lits de soins intensifs et de réanimation. Sophie Pottier, dont nous faisons le portrait ici, est cadre supérieure de santé, en charge de la gestion centralisée des lits et de l'optimisation du parcours patient au CHRU de Nancy depuis 2015. Son témoignage et son expérience nous permettent de resituer les enjeux de la mise en place d'un outil de gestion des lits avant la crise sanitaire puis de mettre en évi-

dence le rôle que cet outil a joué dans la gestion de la crise sanitaire au CHRU. Ils nous permettent aussi de réfléchir, au-delà de la gestion des lits, à l'organisation du parcours patient et à la coordination avec d'autres acteurs du territoire. En effet, cette gestion de crise a permis, comme nous le développerons, d'expérimenter de nouvelles manières de faire, comme une coordination accrue avec les acteurs extérieurs au CHRU pour trouver des lits disponibles. Ces expérimentations indiquent certaines voies de développement utiles pour mieux gérer les lits à l'échelle d'un territoire.

► **La gouvernance hospitalière publique, une question de régulation conflictuelle**

KONO ABE J.-M. ET LISSOUCK E. A.
2021

Management & Avenir Santé 8(1): 103-126.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2021-1-page-103.htm>

L'étude du lien entre gouvernance et création de valeur est souvent conduite dans une logique essentiellement disciplinaire. Les théoriciens de l'agence abordent la notion de valeur sous l'angle d'une minimisation des conflits d'agence. Or, la création de valeur ne se réduit pas à un simple problème de discipline; elle comporte également une dimension cognitive, notamment dans le cas des organisations innovantes (Wirtz, 2006) telles que les hôpitaux. Ainsi, ces structures impliquent des mécanismes capables d'enrayer les conflits. La régulation par les pratiques administratives de la productivité dans le domaine hospitalier révèle que les gestionnaires modélisent de plus en plus le développement de la performance de leurs établissements sanitaires et médico-sociaux. De ce fait, la présente recherche envisage de contribuer à un effort d'intégration des explications disciplinaire et cognitive des phénomènes de gouvernance en milieu hospitalier public, en analysant l'influence des conflits socioprofessionnels sur le lien entre gouvernance et création de valeur. Notre cheminement méthodologique déductif nous permet de procéder à des analyses métriques de nature exploratoire, factorielle, et confirmatoire. Il en ressort que les mécanismes de gouvernance affectent positivement la valeur hospitalière en jugulant les conflits d'intérêt et les conflits cognitifs entre cliniciens.

► **À propos de la situation actuelle de l'hôpital public**

MONTANGON M.
2022

Cahiers De santé Publique Et de Protection Sociale (Les)(41) : 6

<https://cahiersdesante.fr/editions/a-propos-de-la-situation-actuelle-de-lhopital-public/>

L'auteur donne une analyse politique de la situation de l'hôpital public et avance des solutions structurées et radicales de nature à régler les problèmes au moment où la France va choisir ses nouveaux députés.

► **Impact de la pandémie Covid-19 sur les événements indésirables associés aux soins**

MORGAND C., CABARROT P., CONIEL M., *et al.*
2021

Santé Publique 33(6): 959-970.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-959.htm>

Depuis début 2020, début de la pandémie Covid-19, les médecins ont continué à déclarer des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Les patients ont également continué à participer aux enquêtes de satisfaction relatives à leur hospitalisation. À ce jour, aucune étude en France n'a mesuré les conséquences de la pandémie sur les EIAS et la satisfaction du patient. Nous avons étudié les caractéristiques des EIAS en lien avec la pandémie et mis en perspectives le ressenti des patients. Une étude qualitative et observationnelle rétrospective de la base REX et de la base e-satis MCO48 ont été conduites. L'étude quantitative de la base REX a été complétée par une analyse qualitative des déclarations. Les EIAS concernent plus souvent des hommes d'âge moyen 60 ans, les décès survenus intéressent des patients plus âgés, avec des pathologies plus complexes et dont la prise en charge est plus urgente. La nature des EIAS est différente en fonction de la période de déclaration : ceux déclarés lors de la première vague sont plus urgents, surviennent moins souvent au bloc opératoire qu'aux urgences et sont jugés moins évitables que ceux survenus lors de la deuxième période. Ces derniers se rapprochent plus des EIAS survenant habituellement. La mise en place de barrières efficaces, notamment au sein des équipes, a permis de réduire l'impact de la deuxième vague sur la survenue de ces événements, le rôle de la communication apparaît essentiel. Le score global

de satisfaction des patients et ceux relatifs aux prises en charge médicales et paramédicales ont augmenté, ce résultat pouvant être le reflet de la solidarité des patients envers les soignants. L'attitude de résilience active de la part de tous les acteurs a été un élément majeur dans la gestion des risques lors de cette crise, et il est essentiel de capitaliser sur ces processus collaboratifs pour l'avenir.

► **Do Subsidized Nursing Homes and Home Care Teams Reduce Hospital Bed-Blocking? Evidence From Portugal**

MOURA A.

2022

Journal of Health Economics 84: 102640.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102640>

Excessive length of hospital stay is among the leading sources of inefficiency in healthcare. When a patient is clinically fit to be discharged but requires support outside the hospital, which is not readily available, they remain hospitalized until a safe discharge is possible—a phenomenon called bed-blocking. I study whether the availability of subsidized nursing homes and home care teams reduces hospital bed-blocking. Using individual data on the universe of inpatient admissions at Portuguese hospitals during 2000–2015, I find that the entry of home care teams in a region reduces bed-blocking by 4 days per episode, on average. Nursing home entry only reduces bed-blocking among patients with high care needs or when the intensity of entry is high. Reductions in bed-blocking do not harm patients' health. The beds freed up by reducing bed-blocking are used to admit additional elective patients.

► **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 126(8). 808-815

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

The aim 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.

► **Chapitre 14. Dr Marc Noizet, la Covid-19 comme opportunité de changement managérial, organisationnel et stratégique aux urgences**

NOBRE T.

2022

In : [Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19] Caen, EMS Editions: 164-178.

<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-164.htm>

La crise de la Covid-19 a mis sous une tension intense l'ensemble des établissements de santé. Parmi ceux-ci, certains étaient déjà dans une situation difficile voire de crise liée à un contexte spécifique. La question se pose dès lors, comment ont pu réagir ces organisations déjà totalement déstabilisées dans cette période de tourmente généralisée? Le portrait du Dr Noizet permet d'illustrer comment, paradoxalement, la Covid-19 a pu être aussi une opportunité pour conduire un projet de changement managérial, organisationnel et stratégique dans un contexte où l'urgence est extrême et la pression intense sur l'ensemble des acteurs. Son expérience permet de montrer comment, dans un service d'urgence traversant une grave crise organisationnelle avant l'irruption de la Covid-19, la dynamique exigée par l'arrivée de la crise sanitaire a finalement permis de surmonter les blocages existants et de renverser in

fine une situation qui paraissait sans solution.

► **Chapitre 27. Marie-Odile Saillard, un engagement hospitalier territorial face à la crise sanitaire**

NOBRE T.
2022

In : [Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19]. Caen, EMS Editions: 315-327.

<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-315.htm>

Les directrices et directeurs d'hôpital sont amenés de par la nécessité de leurs parcours professionnels à exercer leurs fonctions dans différents établissements et avec des responsabilités qui elles aussi peuvent être très variées. Cette découverte des différentes facettes du métier de chef d'établissement par des mutations fréquentes peut interroger sur la capacité à connaître les caractéristiques profondes d'un hôpital qu'elles soient internes notamment dans l'interaction avec le corps médical dont la stabilité des membres est beaucoup plus importante et externe pour les relations avec l'environnement de proximité. Le portrait de Marie-Odile Saillard permet d'aborder ce dernier thème de l'ancrage territorial pour une directrice d'hôpital et plus généralement de la place que joue le territoire dans le système de santé.

► **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 126(6): 549-557.

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

Many health systems are experimenting with integrated care models to improve outcomes and reduce healthcare demand. Evidence for effects on health service utilisation is variable, with few studies investigating impacts on mortality or differences by socio-economic group. Objective 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 1,000 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.

► **Effect of Covid-19 on Hip Fracture Care in Wales: An Analysis of How Organisation of Services Affected Length of Stay**

PROBERT A., DAVIS K., SINGH I., *et al.*
2022

Age and Ageing 51(Supplement_2).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac124.008>

The National Hip Fracture Database (NHFD) report that length of stay (LOS) fell (from 19.7 to 16.9 days) in the first year of the Covid-19 pandemic, as patients, families, carers, and staff in health and social care responded to this challenge. This analysis examines trends in Wales where LOS can be profiled very completely as it predominantly remains within a single health board. We used data from the NHFD www.nhfd.co.uk to define pre-pandemic LOS (in the year to 1st March 2020) and compare this with the following 18 months. We set figures for all 12 hospitals in Wales against the changes in service organisation which each reported to the NHFD's 2020 Facilities Survey, and against the local incidence of Covid-19 among their hip fracture patients. Monthly LOS fell markedly at the pandemic's onset; the national figure falling 8.3 days (from 31.2–22.9 days) between February and June 2020. Overall LOS in Wales fell by 1.6 days across the year as a whole, but this ranged from a fall of 6.3 days in one hospital to a rise of 4.5 days in another. Five hospitals reported a rise in LOS. These hospitals had either never had orthogeriatric support, or lost this to Covid-19 duties, they did not achieve the initial fall in

LOS in response to the pandemic, and they reported pressures with ‘outliers’ after the first wave. Unlike other units in Wales they cited problems with workload, particularly in terms of physiotherapy. NHFD data provide a detailed picture of hospitals’ response to the Covid-19 pandemic, and allow us to examine service factors underpinning their resilience in the face of this challenge. More detailed work should be carried out for the 150 hospitals in England using the same sources of data.

► **Chapitre 13. David Larivière, la résilience hospitalière à l’épreuve de la Covid-19**

RAKOTONDRAIVO A.

2022

In : [Portraits d’acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19] Caen, EMS Editions: 154-163.

<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-154.htm>

La crise Covid, et en particulier la première vague de cette crise, aura sans doute été un puissant révélateur des capacités de mobilisation et de résilience des professionnels de santé. Impliqués au quotidien dans la mobilisation de leurs moyens et de leurs compétences au service de la survie des patients, les équipes (médicales, soignantes techniques, administratives, direction) ont en effet su allier leurs savoir-faire pour faire face à une crise que cette génération n’avait jamais connue. La résilience constitue une ressource innée que chacun possède, de façon comparable à l’instinct de survie, et qu’il mobilisera de façon plus ou moins intensive, selon la difficulté à laquelle il devra faire face. Cette qualité constitue un réel levier pour faire face à un choc ou conduire le changement, en routine.

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

SCHUMACHER C.

2022

Health Economics 31(7): 1339-1346.

<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.

► **Effects of GP Characteristics on Unplanned Hospital Admissions and Patient Safety. a 9-Year Follow-Up of All Norwegian Out-Of-Hours Contacts**

SVEDAHL E. R., PAPE K., AUSTAD B., *et al.*

2021

Family Practice 39(3): 381-388.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab120>

There are substantial differences in hospital referrals between general practitioners (GPs); however, there is little research on the consequences for patient safety and further healthcare use. The objective of this study is to investigate associations between out-of-hours GP characteristics, unplanned hospital admissions, and patient safety. This cohort study included all Norwegian out-of-hours services contacts from 2008 to 2016, linked to registry data on patient characteristics, healthcare use and death, and GP age, sex, specialist status, out-of-hours service experience, and prior admission proportion. We estimated the impact from GP characteristics on (i) immediate unplanned hospital admissions for “all conditions,” (ii) immediate unplanned hospital admissions for “critical conditions,” (iii) 30-day unplanned hospital admissions, (iv) 30-day hospital costs, and (v) 30-day risk of death.

► **Socioeconomic Inequality in Access to Timely and Appropriate Care in Emergency Departments**

TURNER A. J., FRANCETIC I., WATKINSON R., *et al.*
2022

Journal of Health Economics 85: 102668.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102668>

In publicly-funded healthcare systems, waiting times for care should be based on need rather than ability to pay. Studies have shown that individuals with lower socioeconomic status face longer waits for planned inpatient care, but there is little evidence on inequalities in waiting times for emergency care. We study

waiting times in emergency departments (EDs) following arrival by ambulance, where health consequences of extended waits may be severe. Using data from all major EDs in England during the 2016/17 financial year, we find patients from more deprived areas face longer waits during some parts of the ED care pathway. Inequalities in waits are small, but more deprived individuals also receive less complex ED care, are less likely to be admitted for inpatient care, and are more likely to re-attend ED or die shortly after attendance. Patient-physician interactions and unconscious bias towards more deprived patients may be important sources of inequalities.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **The Consequences of the Covid-19 Pandemic on the Refugee Population: A Rapid Review**

BADANTA B., GONZÁLEZ-CANO-CABALLERO M.,
FERNÁNDEZ-GARCÍA E., *et al.*
2022

**Perspectives in Public Health(Ahead of print):
17579139221093159.**
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/17579139221093159>

This is a rapid review examining the available evidence about the repercussions of the Covid-19 pandemic on the refugee population. Methods: A search in the databases such as PubMed, Scopus, CINAHL, PsycINFO, and Web of Science was conducted and all relevant original articles, letters, and editorial and policy papers were included. Results: From 208 publications matching the search criteria, 36 were included. These publications were categorized into three distinct domains: Public Health, Policies and Financing, and Technology. Our findings revealed that the situation of the refugee population has worsened during the pandemic. Difficulty accessing healthcare, violation of human rights, lack of access to technology devices, unfavorable government policies, and economic crisis were the most important aspects impacted by Covid-19. Conclusion: Governments, health managers, health professionals, and policy makers should be aware of

refugees' problems during the pandemic to provide immediate solutions.

► **Le renoncement aux soins des chômeurs en France**

BLANCO-CAZEAUX I., CALDERÓN BERNAL L. P.,
CHAPUT J., *et al.*
2022

Population 77(1): 77-116.

<https://www.cairn.info/revue-population-2022-1-page-77.htm>

En 2016, près d'un chômeur sur trois déclare avoir dû renoncer à un soin de santé pour raisons financières lors des douze derniers mois, soit près de deux fois plus qu'au sein de la population active occupée. Cet article propose d'analyser les spécificités de ce renoncement aux soins des chômeurs en se basant sur les données du Baromètre Santé 2016. La comparaison des chômeurs et des actifs occupés montre que si le moindre recours aux soins des chômeurs est en partie lié à leurs caractéristiques économiques et sociales, il existe également un effet de la situation de chômage en elle-même. De plus, les inégalités sociodémographiques de renoncement aux soins que l'on observe chez les actifs occupés sont atténuées chez les chômeurs. Enfin, le fait de disposer d'une couverture santé reste, pour les chômeurs, un critère fondamental pour éviter de renoncer aux soins.

► **Littératie 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.

► **Les personnes trans et le soin. Partie 1 : Des discriminations au renoncement : des sujets à risque ?**

DERGHAM M., PELLET R., BOULEKOUANE J., *et al.*
2022

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(4): 171-176.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/les_personnes_trans_et_le_soin_partie_1_des_discriminations_au_renoncement_des_sujets_a_risque__322677/article.phtml

La population transgenre a recours au système de santé depuis les soins ordinaires ou courants jusqu'à ceux relatifs à leur possible parcours de transition. Elle s'avère cependant sujette à de nombreuses discriminations au sein même du système de santé, malgré l'exposition à de nombreux facteurs de risque (précarité, IST, VIH, agressions, dépressions...) qui seront décrits dans ce premier article. Les particularités du suivi médical et des risques psychosociaux spécifiques de cette population sont méconnues des soignants et le manque de formation vis-à-vis de la santé trans durant les études de santé participe au maintien des stéréotypes et attitudes discriminatoires. Ces éléments seront décrits dans une deuxième partie. Enfin, une

fiche de synthèse soulignera les principaux axes du suivi en soins primaires ambulatoires.

► **Les personnes trans et le soin. Partie 2 : Invisibilité dans le système de soin**

DERGHAM M., PELLET R., BOULEKOUANE J., *et al.*
2022

Médecine 18(5): 204-208.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/les_personnes_trans_et_le_soin_partie_2_invisibilite_dans_le_systeme_de_soin_322737/article.phtml

La population transgenre a recours au système de santé depuis les soins ordinaires ou courants jusqu'à ceux relatifs à leur possible parcours de transition. Elle s'avère cependant sujette à de nombreuses discriminations au sein même du système de santé, malgré l'exposition à de nombreux facteurs risques (précarité, IST, VIH, agressions, dépressions...) qui ont été décrits dans un premier article. Les particularités du suivi médical et des risques psychosociaux spécifiques de cette population sont méconnues des soignants et le manque de formation vis-à-vis de la santé trans durant les études de santé participe au maintien des stéréotypes et attitudes discriminatoires. Ces éléments seront décrits dans cette deuxième partie. Enfin, une fiche de synthèse soulignera les principaux axes du suivi en soins primaires ambulatoires.

► **Just a Question of Time? Explaining Non-Take-Up of a Public Health Insurance Program Designed For Undocumented Immigrants Living in France**

DOURGNON P., JUSOT F. ET MARSAUDON A.
2022

Journal of Health Economics Policy and Law: 1-17.

<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/abs/just-a-question-of-time-explaining-nontakeup-of-a-public-health-insurance-program-designed-for-undocumented-immigrants-living-in-france/57CF2FC00-FAE7AED7E8E02D8D394B6F3>

State Medical Aid is a public health insurance program that allows undocumented immigrants with low financial resources to access health care services for free. However, the low take-up rate of this program might threaten its efficiency. The purpose of this study is therefore to provide the determinants of such a low take-up rate. To this end, we rely on the Premier Pas survey. This is an original representative

sample of undocumented immigrants attending places of assistance to vulnerable populations in France. Determinants of State Medical Aid take-up are analyzed through probit and Cox modeling. The results show that only 51% of those who are eligible for the State Medical Aid program are actually covered, and this proportion is higher among women than among men. The length of stay in France is the most important determinant of take-up. It is worth noting that State Medical Aid take-up is not associated with chronic diseases or functional limitations and is negatively associated with poor mental health. There is, therefore, mixed evidence of health selection into the program. Informational barriers and vulnerabilities experienced by undocumented immigrants are likely to explain this low take-up.

► **Higher Risk, Higher Protection: Covid-19 Risk Among Immigrants in France—Results From the Population-Based Epicov Survey**

GOSSELIN A., WARSZAWSKI J., BAJOS N., *et al.*
2022

European Journal of Public Health (Ahead of print).
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac046>

Immigrants and ethnic/racialized minorities have been identified as being at higher risk of coronavirus disease-19 (Covid-19) infection, but few studies report on their exposures and prevention behaviours. This study aims to examine the social distribution of Covid-19 exposure (overcrowding, working outside the home, use of public transport to go to work) and prevention behaviours (use of face masks, washing hands, respect for physical distance) in France during the first wave of the epidemic. We used the EpiCov population-based survey from a random sample of individuals aged 15 years or more. We determined the distribution of the self-reported outcomes according to migratory status and sex, using χ^2 tests. We modelled the probability of outcomes with logistic regression. Finally, we focused the analysis on the Greater Paris area and accounted for neighbourhood characteristics. A total of 111 824 participants were included in the study. Overall, immigrant groups from non-European countries were more exposed to Covid-19-related factors and more respectful of prevention measures. The probability of overcrowding and the use of public transport was higher for immigrants from sub-Saharan Africa [adjusted odds ratio (aOR) = 3.71 (3.19; 4.32), aOR = 6.36 (4.86; 8.32)] than for the majority population. Immigrant groups

were less likely to have a non-systematic use of face masks and to breach physical distancing than the majority population [for immigrants from sub-Saharan Africa, aOR = 0.32 (0.28; 0.37) and aOR = 0.71 (0.61; 0.81), respectively]. Living in a neighbourhood with a higher share of immigrants was associated with higher exposure and better prevention behaviours. In France, immigrants had a higher exposure to Covid-19-related factors and more systematic prevention behaviours.

► **L'approche communautaire en santé : un levier de protection des personnes vulnérables en temps de crise sanitaire ?**

HASSAMBAY R., BENNIS F.-Z., RWEGERA B., *et al.*
2022

Les Tribunes de la santé 72(2): 83-92.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-2-page-83.htm>

Depuis ses débuts, la pandémie de Covid-19 exacerbe les inégalités sociales de santé, définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme des différences systémiques sur le plan de la santé qui découlent des déterminants sociaux, exposant ainsi les populations les plus vulnérables à des risques de fragilisation et de paupérisation. Face à cela, le secteur associatif peut être un acteur clé et un pilier de la résilience de ces populations, grâce à son approche communautaire et sociale. Nous proposons dans cet article d'interroger l'apport de cette approche en temps de crise sanitaire en tant que levier d'action efficace pour protéger les populations vulnérables des effets de l'épidémie, à partir d'une étude de cas : l'association Ikambere, située en Île-de-France à Saint-Denis. Après avoir parcouru les bases théoriques et conceptuelles de l'approche communautaire en santé, cet article se propose d'analyser comment l'accompagnement proposé par Ikambere aux femmes vulnérables a favorisé leur montée en connaissances et en résilience pour se relever de la crise. Il conclut en soulignant l'importance de mieux inscrire l'approche communautaire comme un élément à part entière de la stratégie de santé publique pour lutter de façon plus pérenne et efficace contre les inégalités sociales de santé.

► **Foregone Healthcare During the Covid-19 Pandemic: Early Survey Estimates From 39 Low- and Middle-Income Countries**

KAKIETEK J. J., EBERWEIN J. D., STACEY N., *et al.*

2022

Health Policy and Planning 37(6): 771-778.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czac024>

In addition to the direct health effects of the Coronavirus disease (Covid-19) pandemic, the pandemic has increased the risks of foregone non-Covid-19 healthcare. Likely, these risks are greatest in low- and middle-income countries (LMICs), where health systems are less resilient and economies more fragile. However, there are no published studies on the prevalence of foregone healthcare in LMICs during the pandemic. We used pooled data from phone surveys conducted between April and August 2020, covering 73 638 households in 39 LMICs. We estimated the prevalence of foregone care and the relative importance of various reported reasons for foregoing care, disaggregated by country income group and region. In the sample, 18.8% (95% CI 17.8–19.8%) of households reported not being able to access healthcare when needed. Financial barriers were the most commonly self-reported reason for foregoing care, cited by 31.4% (28.6–34.3%) of households. More households in wealthier countries reported foregoing care for reasons related to Covid-19 [27.2% (22.5–31.8%) in upper-middle-income countries compared to 8.0% (4.7–11.3%) in low-income countries]; more households in poorer countries reported foregoing care due to financial reasons [65.6% (59.9–71.2%)] compared to 17.4% (13.1–21.6%) in upper-middle-income countries. A substantial proportion of households in LMICs had to forgo healthcare in the early months of the pandemic. While in richer countries this was largely due to fear of contracting Covid-19 or lockdowns, in poorer countries foregone care was due to financial constraints.

► **Roles of Parental Smoking and Family Structure For the Explanation of Socio-Economic Inequalities in Adolescent Smoking**

LEGLEYE S., BRICARD D. ET KHLAT M.

2022

Addiction (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1111/add.16026>

Among European countries, France is particularly concerned by adolescent tobacco smoking, especially in disadvantaged socio-economic backgrounds (SES). We measured the respective contributions of parental smoking and family living arrangement to social disparities in smoking during adolescence. DESIGN: Secondary analysis of survey data. SETTING: A cross-sectional nationwide exhaustive 12-day survey in March 2017 of French youth aged 17-18.5 participating in the national mandatory civic information day. PARTICIPANTS: 13,314 adolescents answering a pen and paper questionnaire about their own tobacco consumption and the smoking of their parents. MEASUREMENTS: Risk-ratios (RRs) were computed using modified Poisson regressions, and population attributable fraction (PAF) was used as a measure of the explanatory roles of the different factors as mediators of SES. FINDINGS: Adolescents living in very privileged and privileged SES were significantly less likely to report daily tobacco smoking (20.4% and 22.7%, respectively) than those in modest and disadvantaged ones (26.0% and 28.6%, respectively). Parental smoking and family living arrangement independently explained the smoking inequalities among adolescents. After adjusting for schooling factors, the risks associated with parental smoking ranged between RR=1.64 [95% confidence interval=1.50-1.79] when the father only smoked and RR=2.17 [1.99-2.36] when both parents smoked, as compared with non-smoking parents; the risk associated with living in a non-intact family was 1.35 [1.26-1.43] and that of living outside parental home was 1.20 [1.10-1.30]. Apprentices and adolescents out of school had higher risks than those at school (RR=1.82 [1.68-1.98] and RR=2.10 [1.92-2.29]). The contribution of parental smoking to adolescent smoking (PAF=32%) was greater than that of SES (PAF=9%), family living arrangement (PAF=17%) or schooling factors (14%). The share of SES decreased from 18% to 9% when considering these mediating factors. CONCLUSION: In France, parental smoking appears to be the factor that most influences adolescent smoking, followed by family living arrangement; the role of family socio-economic status is small in comparison.

► **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 VOL. 10(4): 39-67.

<https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2021-4-page-39.htm>

Cet article a pour objet d'analyser le rôle que jouent des groupes professionnels en position de cadres intermédiaires – ici chargés 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.

► **Effets des réformes 2018 de la fiscalité du capital des ménages sur les inégalités de niveau de vie en France : une évaluation par microsimulation**

PAQUIER F. ET SIESIC M.

2022

Economie Et Statistique(530-531): 29-44.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4652339>

Cette étude évalue les effets sur les inégalités de niveau de vie et les finances publiques de la transformation de l'ISF en IFI et de la mise en place du PFU à 30 % sur les revenus du patrimoine en France en 2018. Pour cela, nous mobilisons le modèle de microsimulation Ines et l'ERFS, que nous complétons en imputant le patrimoine détenu par chaque ménage à partir de l'enquête Patrimoine et des données fiscales sur l'ISF et l'IFI. À court terme, l'effet positif de ces réformes sur les niveaux de vie est très concentré dans le haut de la distribution, même si les gains sont limités par la hausse de la CSG. Le coût pour les finances publiques est de 3,5 milliards d'euros par an. Cependant, les effets de comportement de court terme, notamment sur les dividendes reçus par les ménages, conduisent à des recettes publiques supplémentaires et accentuent la hausse de niveau de vie des plus aisés.

► **A Healthy Migrant Effect? Estimating Health Outcomes of the Undocumented Immigrant Population in the United States Using Machine Learning**

RUHNKE S. A., REYNOLDS M. M., WILSON F. A., *et al.*

2022

Social Science & Medicine 307: 115177.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115177>

This paper investigated whether the commonly observed immigrant health advantage persists among undocumented immigrants in the U.S. and provides nationally representative evidence on the health of this vulnerable population. Data were derived from pooled cross-sections of the National Health Interview Survey (NHIS, 2000–2018). The legal status of foreign-born NHIS respondents is imputed using a non-parametric machine learning model built based on information from the 2004, 2008 and 2014 cohorts of the Survey of Income and Program Participation (SIPP). Multivariate logistic regression analysis indicated that, despite exposure to numerous additional risk factors, the undocumented population experienced a more pronounced Healthy Migrant Effect, with lower odds

of reporting fair or poor self-rated health, any physician-diagnosed chronic conditions or being obese. The observed patterns in undocumented health outcomes may be related to the additional challenges and

exclusionary policies associated with undocumented migration that could in turn lead to a more pronounced selection of healthy and resilient individuals.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Matériel médical à domicile en France : les zones grises des prestataires**

2022

[Revue Prescrire 42\(464\): 457-462.](#)

Les prestataires assurent environ 80 % de la distribution et de la mise en service à domicile des produits, auprès d'environ 2 millions de patients. Selon l'Igas : liens d'intérêts, manquements et mauvaises pratiques de certains prestataires, attribués notamment à une insuffisance de contrôle et d'encadrement par les pouvoirs publics. Une régulation du marché est nécessaire.

► **A Critical Review of Methodologies Used in Pharmaceutical Pricing Policy Analyses**

JOOSSE I. R., TORDRUP D., BERO L., *et al.*

2022

[Health Policy\(Ahead of print\).](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.003>

Robust evidence from health policy research has the potential to inform policy-making, but studies have suggested that methodological shortcomings are abundant. We aimed to identify common methodological weaknesses in pharmaceutical pricing policy analyses. A systematic review (SR) of studies examining pharmaceutical pricing policies served as basis for the present analysis. We selected all studies that were included in the SR (n = 56), and those that were excluded from the SR due to ineligible study designs only (n = 101). Risk of bias was assessed and specific study design issues were recorded to identify recurrent methodological issues. Sixty-one percent of studies with a study design eligible for the SR presented with a high risk of bias in at least one domain. Potential interference of co-interventions was a source of possible bias in 53% of interrupted time series studies. Failing to consider potential confounders was the primary cause for potential bias

in difference-in-differences, regression, and panel data analyses. In 101 studies with a study design not eligible for the SR, 32% were uncontrolled before-after studies and 23% were studies without pre-intervention data. Some of the methodological issues encountered may be resolved during the design of a study. Awareness among researchers on methodological issues will help improve the rigor of health policy research in general.

Methodology - Statistics

► **La protection sociale complémentaire à l'épreuve du droit des données personnelles**

BERTRAND M.
2022

Revue De Droit Sanitaire Et Social(3): 553-656.

Protéger les données personnelles des assurés est un parcours semé d'embûches pour l'assureur intervenant en protection sociale complémentaire. En tant que responsable de traitement, ce professionnel est garant de la liceité de la collecte et de toute utilisation des données et il doit également permettre à l'assuré de maîtriser de manière effective le sort de ses données à toutes les étapes du cycle de vie du traitement. La mise en évidence de problèmes juridiques est l'occasion de révéler la fonction du principe de l'accountability dans la gestion de la conformité des traitements.

► **Global Survey on Covid-19 Beliefs, Behaviours and Norms**

COLLIS A., GARIMELLA K., MOEHRING A., *et al.*
2022

Nature Human Behaviour (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1038/s41562-022-01347-1>

Policy and communication responses to Covid-19 can benefit from better understanding of people's baseline and resulting beliefs, behaviours and norms. From July 2020 to March 2021, we fielded a global survey on these topics in 67 countries yielding over 2 million responses. This paper provides an overview of the motivation behind the survey design, details the sampling and weighting designed to make the results representative of populations of interest and presents some insights learned from the survey. Several studies have already used the survey data to analyse risk perception, attitudes towards mask wearing and other preventive behaviours, as well as trust in information sources across communities worldwide. This resource can open new areas of enquiry in public health, communication and economic policy by leveraging large-scale, rich survey datasets on beliefs, behaviours and norms during a global pandemic.

► **Augmenter la collecte des données plutôt qu'améliorer les relations avec les usagers**

DECAMP A.
2022

Revue française des affaires sociales(2): 91-104.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-2-page-91.htm>

La volonté de l'État d'adapter et de moderniser les services publics n'est pas nouvelle, puisqu'ils ont toujours été la cible d'injonctions de réorganisation, et cela « au meilleur coût pour la collectivité ». La révision générale des politiques publiques en France en 2007, puis la modernisation de l'action publique en 2012 ont significativement recomposé l'intervention de l'État, tout en entraînant une dégradation dans la qualité des services proposés. Fort de ce postulat, l'actuel gouvernement souhaite « redonner du sens » à la politique publique nationale en dématérialisant ses services publics, à l'instar d'autres pays européens : c'est dans ce contexte que certains, notamment Chevallier (2018), ont été amenés à recourir à la notion d'« État-plateforme ». Ce processus, qui vise la transformation numérique intégrale de l'État, prend corps sous l'appellation « plateforme », dernier dispositif en date à venir s'inscrire dans la croissance de l'ère de la dématérialisation.

► **Covid-19, enquête au cœur d'une collectivité territoriale**

GRAUX C.
2021

Santé Publique 33(6): 1039-1043.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-1039.htm>

À Bagneux, ville populaire d'Île-de-France, lors de la première vague de la crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19, différentes catégories de professionnels ont été mobilisées et ont dû changer leur habitude pour répondre aux besoins du public. Objectif : Recueillir la parole de différents acteurs, issus du secteur social, médical, de la citoyenneté, de la prévention et de la santé mentale, sur l'expérience vécue lors de la première vague. Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs. Résultats : Les résultats

montrent une redéfinition des missions, une adaptation au niveau de l'organisation du travail, un développement et un renforcement de liens partenariaux, ainsi qu'une reconfiguration des formes relationnelles avec les usagers. Au niveau des connaissances, on peut noter une acquisition des connaissances scientifiques et des apprentissages techniques. Conclusion : Les liens entre partenaires, collègues, bénévoles, habitants se sont renforcés; les agents ont appris à mieux se connaître. De nouvelles techniques ont été découvertes. Dans une période particulièrement difficile, le rôle qu'ils jouent habituellement en matière de promotion de la santé est apparu comme essentiel. Celui-ci demandant à être davantage capitalisé.

► **Présentation de la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11)**

LORETTE A. ET LUCHELLI J. P.
2022

L'Information Psychiatrique 98(6): 426-434.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-6-page-426.htm>

Depuis le 1^{er} janvier 2022 la nouvelle Classification internationale de maladies (CIM-11), publiée par l'Organisation mondiale de la santé, est en vigueur. Nous étudions dans cet article le chapitre correspondant aux troubles mentaux et du comportement, car cette nouvelle édition comporte des différences substantielles, aussi bien paradigmatiques que dans son format, par rapport à l'édition précédente. Nous verrons qu'elle est bien plus harmonisée avec le DSM-5, et qu'à la fois elle garde l'esprit universel et homogène qui caractérise la CIM tout au long de ces différentes éditions.

► **Les représentations de l'épidémie de Covid-19 à l'épreuve des différences sociales et du temps**

MAUDET M. ET SPIRE A.
2021

Revue française de sociologie 62(3): 413-450.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2021-3-page-413.htm>

Les termes choisis pour évoquer l'épidémie de Covid-19 révèlent plusieurs types de rapport à cet événement inscrit dans la durée : les représentations changent selon le genre, l'âge, le diplôme, la catégorie socio-professionnelle, et selon la position dans la sphère domestique et la confrontation directe à la maladie.

À partir de l'exploitation statistique de réponses à une question ouverte posée lors de deux passations d'une enquête portant sur le coronavirus entre avril et juin 2020, sur un même panel, nous mettons en lumière deux rapports très différents à l'épidémie : une relation personnelle qui se rencontre davantage chez les femmes et consiste à appréhender les effets de la maladie à l'échelle de l'espace domestique ou de sa santé individuelle, et une relation politique, plus masculine, qui se situe à une échelle plus globale. Alors que la relation personnelle reste relativement stable, la relation politique est plus fluctuante, et fait l'objet de reformulations successives.

► **Qualitative Modelling of Social Determinants of Health Using Group Model Building: The Case of Debt, Poverty, and Health**

REUMERS L., BEKKER M., HILDERINK H., *et al.*
2022

Int J Equity Health 21(1): 72.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35590354>

Social determinants of health (SDoH) are known to have a large impact on health outcomes, but their effects are difficult to make visible. They are part of complex systems of variables largely indirect effects on multiple levels, constituting so-called wicked problems. This study describes a participatory approach using group model building (GMB) with stakeholders, in order to develop a qualitative causal model of the health effects of SDoH, taking poverty and debt in the Dutch city of Utrecht as a case study. The resulting model contains 71 causal relationships between 39 variables, 29 of which are present in feedback loops. The variables of participation in society, stress, shame, social contacts and use of services/provisions appear to hold prominent roles in the model's mechanisms. Most of the relationships in the model are supported by scientific literature. The researchers reviewing the model in the scientific meeting agreed that the vast majority of relationships would concur with scientific knowledge, but that the model constructed by the stakeholders consists mostly of individual-level factors, while important conditions usually relate to systemic variables. CONCLUSIONS: Building a model with GMB helps grasp the complex situation of a wicked problem, for which it is unlikely that its interrelationships result in a fully intuitive understanding with linear mechanisms. Using this approach, effects of SDoH can be made visible and the body of evidence expanded.

Importantly, it elicits stakeholders' perspectives on a complex reality and offers a non-arbitrary way of formulating the model structure. This qualitative model

is also well suited to serve as conceptual input for a quantitative model, which can be used to test and estimate the relationships.

Politique de santé

Health Policy

► **Le fonds d'indemnisation des victimes des pesticides : un progrès, en dépit d'un périmètre restreint**

2022

Revue Prescrire 42(463): 381-384.

Instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et mis en place depuis le 1^{er} janvier 2020, le fonds d'indemnisation des victimes des pesticides constitue un régime de maladie professionnelle renouvelé du point de vue des travailleurs. En effet, il centralise l'appréciation du caractère professionnel de la pathologie et permet une harmonisation des prestations en offrant aux assurés les moins couverts - exploitants agricoles - un complément d'indemnisation. A l'égard des enfants, exposés de manière prénatale aux pesticides en raison de l'activité professionnelle de leurs parents, qui ne bénéficient pas de l'assurance obligatoire contre les risques professionnels, une prise en charge originale est prévue à travers une indemnisation forfaitaire. Le nombre de demandes d'indemnisation a augmenté de façon importante dans la première année et demie d'existence du fonds. La majorité d'entre elles concernent des maladies de Parkinson, des lymphomes et myélomes multiples.

► **Public and Patient Involvement in Health Policy Decision-Making on the Health System Level – a Scoping Review**

BAUMANN L. A., REINHOLD A. K. ET BRÜTT A. L.

2022

Health Policy(Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.007>

There is a lack of studies comparing involvement methods in health policy. Only few studies provide a sufficient description of the implemented involvement method. External contextual factors are mainly facilitators or barriers for successful involvement. Design

aspects (issue, aim, participants) of PPI are important for method selection. More systematic evaluation and better reporting of PPI is needed.

► **A Scoping Review of Strategies to Support Public Health Recovery in the Transition to a «New Normal» in the Age of Covid-19**

BELITA E., NEIL-SZTRAMKO S. E., MILLER A., *et al.*

2022

BMC Public Health 22(1): 1244.

During the Covid-19 pandemic, the public health workforce has experienced re-deployment from core functions such as health promotion, disease prevention, and health protection, to preventing and tracking the spread of Covid-19. With continued pandemic deployment coupled with the exacerbation of existing health disparities due to the pandemic, public health systems need to re-start the delivery of core public health programming alongside Covid-19 activities. The purpose of this scoping review was to identify strategies that support the re-integration of core public health programming alongside ongoing pandemic or emergency response. Emergent themes from this study can be used by public health organizations as a beginning understanding of strategies that can support the re-introduction of essential public health services and programs in Covid-19 recovery.

► **La lutte contre le cancer : un pilier de l'Europe de la santé**

DUBOIS T., BRETON T. ET IFRAH N.

2022

Les Tribunes de la santé 72(2): 15-23.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-2-page-15.htm>

La lutte contre le cancer est présentée comme l'un

des piliers de l'Europe de la santé par la Commission européenne. En effet, le nouveau plan européen pour vaincre les cancers constitue un engagement sans précédent porté au plus haut niveau politique avec des objectifs clairs et des moyens conséquents. Ces ambitions européennes représentent un véritable espoir de progrès dans de nombreux domaines de la cancérologie. De nombreux défis liés aux grandes disparités et aux différents modèles d'organisations des États membres devront être relevés dans la mise en œuvre des nombreuses initiatives programmées.

► **Pandémie de Covid-19 : le « dilemme du tramway » pour expliquer l'allocation des ressources rares**

MARTINET-KOSINSKI F.

2021

Santé Publique 33(6): 803-811.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-803.htm>

Le virus du SRAS-CoV-2 apparut fin 2019 dans la ville de Wuhan en Chine s'est rapidement propagé. Les formes graves de cette infection virale provoquent des syndromes de détresse respiratoire aiguë (SDRA) nécessitant l'hospitalisation des patients en réanimation. La capacité des services de réanimation dans les pays les plus touchés par cette crise sanitaire a été rapidement dépassée, obligeant les personnels soignants à faire des choix parmi les patients. La gestion de la surcharge du système de santé est le rôle de la médecine de catastrophe, notamment grâce au triage des patients en fonction de leur gravité. Faire ce choix quant à l'allocation des ressources rares impose de prendre position dans le débat entre déontologie (juger la moralité d'une action en fonction de son intention) et l'utilitarisme (juger la moralité d'une action en fonction de ses conséquences). L'objectif de cet article est, à travers l'analyse du « dilemme du tramway », de comprendre et de justifier les processus d'allocation des ressources rares, que l'on trouve dans les recommandations utilisées dans le contexte de la pandémie Covid-19. L'analyse du dilemme du tramway permet de comprendre en quoi nos choix sont utilitaristes ou déontologiques. Le fait de « sauver le plus de vies possible », préconisé dans les recommandations est utilitariste. Ces réponses permettront de mieux comprendre les différentes façons d'allouer les ressources rares selon l'approche déontologique ou utilitaire (retrouvée dans les directives de la médecine de catastrophe).

► **Health Care Patterns and Policies in 18 European Countries During the First Wave of the Covid-19 Pandemic: An Observational Study**

PANTELI D., REICHEBNER C., ROMBEY T., *et al.*

2022

European Journal of Public Health 32(4): 557-564.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac059>

The coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic has developed into an unprecedented global challenge. Differences between countries in testing strategies, hospitalization protocols as well as ensuring and managing ICU capacities can illustrate initial responses to a major health system shock, and steer future preparedness activities. Publicly available daily data for 18 European countries were retrieved manually from official sources and documented in an Excel table (March–July 2020). The ratio of tests to cases, the share of hospitalizations out of all cases and the share of ICU admissions out of all hospitalizations were computed using 7-day rolling averages per 100 000 population. Information on country policies was collected from the Covid-19 Health System Response Monitor of the European Observatory on Health Systems and Policies. Information on health care capacities, expenditure and utilization was extracted from the Eurostat health database. There was substantial variation across countries for all studied variables. In all countries, the ratio of tests to cases increased over time, albeit to varying degrees, while the shares of hospitalizations and ICU admissions stabilized, reflecting the evolution of testing strategies and the adaptation of Covid-19 health care delivery pathways, respectively. Health care patterns for Covid-19 at the outset of the pandemic did not necessarily follow the usual health service delivery pattern of each health system. This study enables a general understanding of how the early evolution of the pandemic influenced and was influenced by country responses and clearly demonstrates the immense potential for cross-country learning.

► **La stratégie décennale de lutte contre le cancer**

PONTIER J.

2022

Revue De Droit Sanitaire Et Social(3): 506-519.

Même si les centres de lutte contre le cancer datent de 1945, les plans cancer ont vingt ans. La stratégie décennale de 2021-2030, qui succède à deux plans cancer,

a pour enjeu « un élan pour refuser la fatalité ». Cette stratégie s'articule autour de quatre axes : la prévention, la limitation des séquelles et l'amélioration de la qualité de vie, la lutte contre les cancers de mauvais pronostic, des progrès pour tous (notamment en ce qui concerne les cancers de l'enfant et de l'adolescent). Cependant, des doutes peuvent être émis, tant en ce qui concerne la gouvernance que la stratégie elle-même.

► **Gérer la crise de la première vague de Covid-19 : retour d'expérience d'une agence régionale de santé**

RAMEL V. ET AUTÈS-TRÉAND E.

2021

Santé Publique 33(6): 1011-1021.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-1011.htm>

La crise de la Covid-19 a bouleversé l'organisation sanitaire en France, particulièrement dans son administration. Or, la gestion de crise par les agences régionales de santé (ARS) est insuffisamment étudiée. Basée sur un exercice de retour d'expérience (Retex) interne via une méthode qualitative de croisement de sources documentaires et d'entretiens semi-dirigés, cette étude rend compte de la gestion régionale de la crise Covid-19 depuis une organisation administrative : ses dynamiques temporelle et organisationnelle, le rôle exercé par cette autorité publique et les stratégies mobilisées, en interaction avec les acteurs à différentes échelles. Entre janvier et juin 2020, la gestion de la Covid-19 a été marquée par la perturbation subite des repères, de l'agenda habituel des priorités et par une installation inhabituelle dans la durée. En situation d'adaptation permanente, l'ARS étudiée (Nouvelle-Aquitaine) a mis en place une organisation ad hoc de gestion de crise. Elle s'est positionnée, tel un maillon majeur du dispositif national de gestion de crise, en interaction avec divers acteurs, avec un éventail d'instruments d'action publique. Cette étude met en discussion les données recueillies sur une gestion de crise sanitaire par une ARS, démontrant l'intérêt de Retex de crise, à visées interne pour l'administration et heuristiques, et questionne savoirs et maîtrises habituels.

► **Adhésion au plan de soins : repenser le parcours du patient asthmatique en Belgique**

SERET J., GOOSET F. ET PIRSON M.

2022

Santé Publique 34(1): 87-96.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-1-page-87.htm>

L'une des principales recommandations pour améliorer l'adhésion thérapeutique des patients asthmatiques chroniques est l'implémentation d'un parcours de soins coordonné, visant à faciliter la gestion de la maladie par le patient tout en rencontrant davantage ses besoins et attentes. L'objectif de cette étude est d'étudier, à travers une revue de littérature critique et une courte enquête, comment mettre ce parcours de soins sur pied et l'adapter au contexte belge. Résultats : Un modèle intégrant les trois lignes de soins en Belgique a été élaboré. La première ligne est constituée, principalement, par le médecin traitant, tandis que les deuxième et troisième sont centralisées autour d'une structure appelée clinique d'asthme. Cette dernière assurerait la mise au point de l'asthme, son suivi chronique et le traitement chez les patients souffrant de forme sévère. Les rôles des professionnels de la santé travaillant avec le patient asthmatique ont été identifiés et décrits. Ce modèle a été discuté à la lumière de la situation belge actuelle sur différents plans : la gestion de l'asthme, les moyens pour assurer une communication interdisciplinaire efficace et, enfin, l'implémentation d'un des acteurs clés : l'infirmière de pratique avancée. Conclusion : Bien que la situation belge ne soit pas encore tout à fait propice à l'émergence de cette nouvelle fonction infirmière, notre modèle jette les bases d'un système qui est adapté à la complexité de la Belgique, qui a fait ses preuves sur la scène internationale et qui offre une réponse aux besoins des patients asthmatiques chroniques.

► **Europeanization of Health Policy in Post-Communist European Societies: Comparison of Six Western Balkan Countries**

TRESA E., CZABANOWSKA K., CLEMENS T., *et al.*

2022

Health Policy 126(8): 816-823.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.015>

Europeanization is assumed to influence health policy in the Western Balkans, but little is known about the

actual impact of this process in these countries which constitute a complex geopolitical region of Europe. In this context, we used time trends to explore the Western Balkans health policies during the Europeanization through a cross-country comparative analysis of six countries. We conducted a health policy analysis by adapting the framework for globalization and population health coined by Huynen et al. in 2005. We analyzed 90 progress reports of Albania, Bosnia and Herzegovina, Croatia, Montenegro, North Macedonia and Serbia from 2005 to 2020. In particular, we considered chapter 28 on “Consumer and health protection” and other chapters that contained the words “health” or “population health”. Evidence indicates that Europeanization influences Western Balkans’ policies at different levels. Western Balkan countries revise national legislation in accordance with new European Union acquis as addressed in the progress reports and build cooperation with international institutions. They build national health reforms and reorganize relevant institutions to better address regulations in accordance to Europeanization. However, it is necessary to monitor law implementation so that the current legislation is enforced and further positive impact can be measured on population health.

► **The Expression of ‘Policy’ in Palliative Care: A Critical Review**

WHITELAW S., BELL A. ET CLARK D.

2022

[Health Policy\(Ahead of print\).](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.06.010>

The importance of ‘policy’ within palliative care has steadily increased over the past 25 years. Whilst this has been welcomed within the palliative care field and seen as a route to greater recognition, we focus here on a more critical perspective that challenge the effectiveness of a ‘policy turn’ in palliative care. Applying Bacchi’s “What’s the Problem Represented to Be?” (WPR) framework to data from a systematic search, we address the research question, “in what ways has ‘policy’ been articulated in palliative care literature?”. The paper describes the construction of ‘the problem’ context and reflects critically on the robustness and pragmatic utility of such representations. In particular, we identify five elements as prominent and problematic: (1) a lack of empirical evidence that connects policy to practice; (2) the dominance of ‘Global North’ approaches; (3) the use of a policy narrative based on ‘catastrophe’ in justifying the need for palliative care; (4) the use of idealistic and aspirational ‘calls to action’; and (5) a disengaged and antagonistic orientation to existing health systems. We conclude by suggesting that the efficacy of palliative care policy could be enhanced via greater emphases on ‘Global South’ perspectives, ‘assets-based’ approaches and attention to pragmatic implementation.

Public Policy

► **L’Igas : une diversité de missions reliées aux décisions publiques et fondées sur un même socle professionnel**

DESTAIS N.

2022

[Les Tribunes de la santé 72\(2\): 93-100.](#)

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-2-page-93.htm>

Cheffe de l’Igas (voir encadré p. 94) durant cinq années, d’avril 2017 à mars 2022, Nathalie Destais a accordé

aux Tribunes de la Santé un entretien au cours duquel, en s’appuyant sur de multiples exemples, elle décrit le rôle de cet organisme dans l’élaboration des politiques sociales et tout particulièrement des politiques de santé. L’Igas intervient de différentes façons et à différents moments de la construction de ces politiques, sur des sujets parfois très techniques, parfois beaucoup plus vastes, avec des horizons temporels eux-mêmes variables. Le plus souvent, elle intervient en amont d’une réforme, pour établir des diagnostics approfondis, des évaluations de dispositifs en vigueur, et explo-

Politique publique

rer des pistes d'évolutions, à court ou moyen terme, en lien avec la volonté d'agir du pouvoir politique.

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

LE BODO Y., ETILÉ F., JULIA C., *et al.*

2022

Health Policy 126(7): 585-591.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022001002>

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 sugars 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.

► **Lockdown Policies and the Dynamics of the First Wave of the Sars-Cov-2 Pandemic in Europe**

PLÜMPER T. ET NEUMAYER E.

2022

Journal of European Public Policy 29(3): 321-341.

<https://doi.org/10.1080/13501763.2020.1847170>

This paper follows European countries as they struggled through the first wave of the Sars-CoV-2 pandemic. We analyze when countries were confronted with the virus, how long it took until the number of new infections peaked and at what level of infections that peak was achieved via social distancing and lockdown policies. Most European countries were able to successfully end the first wave of the pandemic ? defined as a two-week incidence rate smaller than 10 cases per 100,000 people. We find that countries in which the virus made significant landfall later in time enjoyed a latecomer advantage that some of these countries squandered, however, by not responding quickly enough and that an early lockdown was more effective than a hard lockdown.

Prévention

Prevention

► **Savoir agir en situation pandémique : vers un agenda de recherche**

BRETON H. ET LAFITTE J.

2021

Santé Publique 33(6): 793-802.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-793.htm>

Cette recherche interroge les relations dialectiques entre principe de précaution, logiques de prévention et dynamiques prudentielles, à partir de récits du vécu d'universitaires répartis dans près de quinze

pays sur le globe. L'objectif est d'examiner les rapports contradictoires générés par les perceptions de risque et d'urgence entre les injonctions à l'agir conformes aux règles prescrites par les autorités sanitaires et les dynamiques d'autoformation permettant l'intégration singulière et prudente des règles pour le maintien de la vie individuelle et collective en situation de pandémie. Résultats : Deux niveaux de résultats sont caractérisés : concernant la méthode, le dispositif d'enquête constitue potentiellement un dispositif de veille permettant de produire des « enquêtes flash » donnant accès à l'état de la situation épidémique, à partir de relais

locaux dans différents pays répartis sur la planète. Concernant le rapport au savoir, les résultats tendent également à souligner l'importance d'un travail éducatif de fond pour développer une « culture de l'agir prudentiel » en situation pandémique. Conclusion : L'enquête narrative, mise en œuvre sous la forme d'une « enquête flash », pourrait être dupliquée en 2021 et se pérenniser sous la forme d'un dispositif de « veille sentinelle », en interrogeant les conceptions et actions à l'œuvre dans les différents pays. L'enjeu serait d'examiner les conditions de mise en œuvre de stratégies éducatives visant la conscientisation des risques écologiques et de développement de savoirs d'action, à travers l'articulation de la prévention, de l'éducation et de visées éthiques en santé publique.

► **Factors Associated with Cervical Cancer Screening Utilisation By People with Physical Disabilities: A Systematic Review**

CHAN D. N. S., LAW B. M. H., SO W. K. W., *et al.*
2022

Health Policy (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.08.003>

Previous studies showed that cervical cancer screening uptake among people with physical disabilities is low. A better understanding of the factors affecting their screening uptake is needed to devise strategies to address this issue. Objective This review explores the factors that impede or enhance cervical cancer screening utilisation by people with physical disabilities, such as mobility, visual and hearing impairments. Results Three major impeding factors were reported: 1) lack of knowledge of cervical cancer screening and how it can be accessed; 2) difficulties and inconveniences in accessing cancer screening providers and undergoing the screening procedures; and 3) uncomfortable experiences during the screening procedures. The availability of attendant services and wheelchair-accessible facilities and a longer duration of screening procedures enhanced screening utilisation by the subjects. Conclusions This review highlights the need to provide training for healthcare professionals on working with people with physical disabilities, enhance supportive services to allow them to access cervical cancer screening and educate them on the importance of screening.

► **Effects of Lower Screening Activity During the Covid-19 Pandemic on Breast Cancer Patient Pathways: Evidence From the Age Cut-Off of Organized Screening**

ELEK P., FADGYAS-FREYLER P., VÁRADI B., *et al.*
2022

Health Policy 126(8): 763-769.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.05.013>

We examined the effects of the Covid-19 pandemic on the screening, diagnosis and treatment of breast cancer in Hungary based on administrative data until June 2021, covering three pandemic waves. After correcting for trend and seasonality, the number of mammography examinations decreased by 68% in 2020q2, was around its usual level in 2020q3 and was reduced by 20–35% throughout 2020q4–2021q2. The reduction was caused by a combination of supply-side (temporary suspensions of screening) and demand-side (lower screening participation during the pandemic waves) factors. The number of new breast cancer diagnoses and mastectomy surgeries responded with a lag, and were below their usual level by 15–30% in all quarters between 2020q2 and 2021q2, apart from 2020q4, when there was no significant difference. Using a regression discontinuity framework, we found that the partial mastectomy rate (indicative of early diagnosis) dropped more substantially in 2020q2 in the 61–65 years old age group that was just below the age cut-off of organized screening than in the 66–70 years old age group, and this difference was partially offset in 2021q1. We suggest that policymakers need to motivate the target population (by providing both information and incentives) to catch up on missed screenings.

► **Besoins éducatifs en santé en Appartement de Coordination Thérapeutique**

MARCHAND C., COMMUNIER A., MAURICE A., *et al.*
2022

Santé Publique 34(1): 9-19.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-1-page-9.htm>

L'objectif de cette étude était d'identifier les besoins éducatifs en santé des personnes porteuses de plusieurs maladies (polypathologie) dont le VIH et/ou une ou plusieurs hépatites, et vivant en situation de précarité en appartement de coordination thérapeutique (ACT). Méthode : Étude de type qualitatif et collaboratif impliquant, dans l'équipe de recherche, des personnes vivant en ACT avec plusieurs maladies chroniques,

des professionnels des ACT et des universitaires. Des guides d'entretien se basant sur la littérature ont été élaborés. Neuf ACT ont participé : 36 entretiens individuels avec des personnes atteintes de maladies chroniques, neuf focus group avec les professionnels complétés par neuf entretiens avec les responsables des ACT. Résultats : Des besoins éducatifs en santé ont été identifiés. Ils concernaient la gestion de la polyopathie, la gestion spécifique de certaines maladies, la vie quotidienne avec la polyopathie, les liens et origines des maladies. Des facteurs influençant leur façon de s'occuper d'une maladie plutôt que d'une autre ont été exprimés. Les besoins éducatifs chez les personnes porteuses du VIH et/ou des hépatites ont été mis en évidence. Conclusion : Des besoins éducatifs en santé existent malgré l'accompagnement des personnes accueillies dans les ACT. L'étude permet d'émettre des propositions pour l'amélioration de l'accompagnement et, plus particulièrement, des interventions d'éducation en santé mises en place en ACT : complément de questionnement pour mieux identifier les besoins éducatifs en santé, formation des équipes à l'éducation thérapeutique du patient vivant avec plusieurs maladies chroniques, implication des personnes concernées, prise en compte de leur niveau de littératie en santé, entre autres.

► **Is Mammography Screening an Effective Public Health Intervention? Evidence From a Natural Experiment**

MORAN P. ET CULLINAN J.

2022

Social Science & Medicine 305: 115073.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115073>

Population-based breast screening programmes aim to improve clinical outcomes, alleviate health inequalities, and reduce healthcare costs. However, while screening can bring about immediate changes in mode of presentation and stage at diagnosis of breast cancer cases, the benefits and harms of these programmes can only be observed at a population level, and only over a long enough timeframe for the cascade of events triggered by screening to culminate in disease-specific mortality reductions. In this paper we exploit a natural experiment resulting from the phased geographic rollout of a national mammography screening programme to examine the impact of screening on breast cancer outcomes from both a patient cohort and a population perspective. Using data on 33,722 breast cancer cases over the period 1994–2011, we employ

a difference-in-differences research design using ten-year follow-up data for cases diagnosed before and after the introduction of the programme in screened and unscreened regions. We conclude that although the programme produced the intended intermediate effects on breast cancer presentation and incidence, these failed to translate into significant decreases in overall population-level mortality, though screening may have helped to reduce socioeconomic disparities in late stage breast cancer incidence.

► **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>

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. Objectif : Nous décrivons une intervention innovante, issue du projet de recherche cohorte Covidhomeless, dont l'objectif 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.

► **Should We Screen For Lung Cancer? a 10-Country Analysis Identifying Key Decision-Making Factors**

POON C., HADERI A., ROEDIGER A., *et al.*
2022

Health Policy (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.06.003>

The need for early detection, both early diagnosis and screening is essential for improved prognosis in lung cancer. The effectiveness of lung cancer screening using low-dose computed tomography (LDCT) for high-risk patients has been shown by extensive clinical evidence including the National Lung Cancer Screening Trial (NLST) and the Dutch-Belgian lung cancer screening trial (NELSON) which has triggered political consideration of a formal programme across countries. However, implementation of these is still limited. This study investigates how governments make decisions on the implementation of lung cancer screening, identifying key consideration factors through 10 case study countries: Australia, Canada, Croatia, France, Germany, Japan, South Korea, Switzerland, UK, and US. We identified five decision-making factors 1) recognition of the disease burden and the value of early detection, 2) strong clinical data showing mortality reduction and benefit-risk analysis relevant to the local context, 3) cost-effectiveness data and budget impact, 4) local feasibility demonstration and 5) a clear and integrated decision-making mechanism involving relevant stakeholders. The set of factors identified in this paper can help advocates address knowledge gaps, identify the key focus areas for discussions with policymakers evaluating the opportunities for lung cancer screening programmes in their local context. Ultimately, this should allow policymakers to make more informed decisions on lung cancer screening to best improve lung cancer outcomes.

► **Rôle d'un centre ressources en prévention, promotion et éducation pour la santé dans le cadre d'une crise sanitaire**

RONDON J., BENKHOUCHE C., CORNEC N., *et al.*
2021

Santé Publique 33(6): 1023-1032.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-1023.htm>

L'irruption de la pandémie liée à la Covid-19 s'est traduite par des retombées majeures sur les systèmes de soins. En parallèle, la crise sanitaire a occasionné une surabondance d'information. L'accès à une information vérifiée et actualisée revêt un caractère crucial pour la compréhension de l'épidémie et des mesures de prévention par les professionnels et la population. Dans ce contexte, le Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) Provence-Alpes-Côte d'Azur, centre de ressources en promotion et éducation pour la santé, a pleinement joué son rôle d'acteur de santé publique en s'engageant dans une démarche de transfert de connaissances avec la création de trois outils : une lettre de veille, une série d'enregistrements audio et une formation. Il a aussi transformé ses activités habituelles par le recours au numérique. Cet article décrit la nécessaire adaptation à une situation inédite, tant par la création rapide d'activités nouvelles que l'adaptation d'activités traditionnelles à un contexte complexe. Il montre, également, en quoi ces activités sont pertinentes et ont répondu à une demande des professionnels. Les résultats des évaluations témoignent de la pertinence des outils mis à la disposition des professionnels : leur besoin d'accéder à une information claire et validée scientifiquement a été assouvi. Le CRES s'est positionné comme un acteur essentiel, depuis le début de la crise, en facilitant l'accès à la connaissance. De nouveaux besoins liés à l'épidémie sont aujourd'hui identifiés et constituent des perspectives concrètes pour le CRES.

Prevision - Evaluation

► **Costing Methodologies in European Economic Evaluation Guidelines: Commonalities and Divergences**

GARCÍA-MOCHÓN L., ŠPACÍROVÁ Z. ET ESPÍN J.
2022

The European Journal of Health Economics 23(6): 979-991.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01414-w>

From both the methodological point of view and standardization of methodology, little attention has been paid to the estimation of direct costs in evaluation of healthcare technologies. The objective is to revise the recommendations on direct costs provided in European economic evaluation guidelines and to identify the commonalities and divergences among them. To achieve this, a comprehensive search through several online databases was performed resulting in 41 documents from 26 European countries, be they economic evaluation guidelines or costing guidelines. The results show a large disparity in methodologies used in estimation of direct costs to be included in economic evaluations of health technologies recommended by European countries. A lack of standardization of cost estimation methodologies influences arbitrariness in selecting costs of resources included in economic evaluations of medicinal products or any other technologies and, therefore, in decision making process necessary to introduce new technology. In addition, this heterogeneity poses a major challenge for identifying factors that could affect the variability of unit costs across countries.

► **The Uses of Patient Reported Experience Measures in Health Systems: A Systematic Narrative Review**

GILMORE K. J., CORAZZA I., COLETTA L., *et al.*
2022

Health Policy (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.008>

Many governments have programmes collecting and reporting patient experience data, captured through Patient Reported Experience Measures (PREMs). Our study aims to capture and describe all the ways in which PREM data are used within healthcare systems,

and explore the impacts of using PREMs at one level (e.g. national health system strategy) on other levels (e.g. providers). Methods We conducted a narrative review, underpinned by a systematic search of the literature. Results 1,711 unique entries were identified through the search process. After abstract screening, 142 articles were reviewed in full, resulting in 28 for final inclusion. A majority of papers describe uses of PREMs at the micro level, focussed on improving quality of front-line care. Meso-level uses were in quality-based financing or for performance improvement. Few macro-level uses were identified. We found limited evidence of the impact of meso- and macro- efforts to stimulate action to improve patient experience at the micro-level. Conclusions PREM data are used as performance information at all levels in health systems. The use of PREM data at macro- and meso- levels may have an effect in stimulating action at the micro-level, but there is a lack of systematic evidence, or evaluation of these micro-level actions. Longitudinal studies would help better understand how to improve patient experience, and interfaces between PREM scores and the wider associated positive outcomes.

Psychiatry

► **Role of Social Determinants in Anxiety and Depression Symptoms During Covid-19: A Longitudinal Study of Adults in North Carolina and Massachusetts**

ALEGRÍA M., CRUZ-GONZALEZ M., O'MALLEY I. S., *et al.*

2022

Behaviour Research and Therapy 154: 104102.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104102>

Trajectory studies of the Covid-19 pandemic have described patterns of symptoms over time. Yet, few have examined whether social determinants of health predict the progression of depression and anxiety symptoms during Covid-19 or identified which social determinants worsen symptom trajectories. Using a racially, ethnically, and linguistically diverse sample of adults participating in a randomized clinical trial with pre-existing moderate to severe depression and/or anxiety symptoms, we compare symptom patterns before and during Covid-19; characterize symptom trajectories over a 20-week follow-up period; and evaluate whether social determinants are associated with within- and between- person differences in symptom trajectories. Data were collected before and during Covid-19 in Massachusetts and North Carolina. On average, depression and anxiety symptoms did not seem to worsen during the pandemic compared to pre-pandemic. During Covid-19, anxiety scores at follow-up were higher for participants with baseline food insecurity (vs no food insecurity). Depression scores at follow-up were higher for participants with food insecurity and for those with utilities insecurity (vs no insecurity). Participants with child or family care responsibilities at baseline had depression symptoms decreasing at a slower rate than those without these responsibilities. We discuss the important implications of these findings.

► **Covid-19 et pratiques professionnelles dans les milieux institutionnels fermés**

DUMAIS MICHAUD A.-A., LEMIEUX A. J., DUFOUR M., *et al.*

2021

Santé Publique 33(6): 979-989.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-979.htm>

Pendant que les gouvernements ont concentré des efforts à la mise en place de mesures sanitaires de distanciation physique, de confinement et d'isolement pour protéger la collectivité de la Covid-19, des chercheurs se sont attardés aux impacts considérables de ces mesures sur la santé mentale et le bien-être. Les personnes avec un trouble mental, qui sont à la fois institutionnalisées et judiciairisées dans les unités de psychiatrie et les hôpitaux de psychiatrie légale, se retrouvent davantage vulnérables et limitées dans leurs mouvements et leurs activités. Objectifs : Cet article vise à examiner les changements de pratiques mises en œuvre et les impacts potentiels sur les personnes dans les milieux institutionnels fermés, afin de répondre aux enjeux sanitaires soulevés par la pandémie de la Covid-19. Résultats : Une analyse de 69 publications a permis d'identifier neuf grands thèmes dans la littérature, qui serviront de cadre d'analyse pour l'expérience d'un établissement psycho-légal canadien. Ces grands thèmes sont : 1) les facteurs de vulnérabilité spécifiques à la population; 2) la gestion et la formation du personnel; 3) le délestage des lits, la libération conditionnelle et le retour en communauté; 4) la gestion de la contagion et des espaces fermés; 5) les mesures d'hygiène et les équipements de protection individuelle; 6) la continuité des soins et services; 7) l'utilisation des technologies pour maintenir les liens sociaux et les services; 8) les mécanismes légaux et les droits des personnes; et 9) l'après-pandémie.

► **Effect of the Covid-19 Pandemic on Depression in Older Adults: A Panel Data Analysis**

GAGGERO A., FERNÁNDEZ-PÉREZ A. ET JIMÉNEZ-RUBIO D.

2022

Health Policy (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.001>

This paper investigates the impact of the Covid-19 pandemic on depression in the older population, an especially vulnerable group for which to date there is limited empirical research. **Methods** We employ a panel data consisting of seven waves of the English Longitudinal Study of Ageing (2010-2020). The breadth and depth of the data considered enabled us to control for individual fixed effects, to adjust for pre-pandemic trends in depression levels and to perform a heterogeneity analysis, depending on the intensity of the lockdown measures implemented and relevant socioeconomic characteristics. **Results** We find that, following the Covid-19 pandemic, study participants reported a statistically significant increase in the depressive symptoms by around 0.7 over 8 points as measured by the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) index. The estimated coefficients were larger in November than in July, for individuals who lost their job, retired and women. Interestingly, we observed that mental health has worsened substantially relative to the pre-pandemic period across all income groups of the older population, suggesting a limited role of income as a protective mechanism for mental health. **Conclusions** Our findings provide compelling evidence that depression levels among older adults have worsened considerably following the Covid-19 pandemic, and that factors other than income, such as social interactions, may be highly relevant for well-being in later life.

► **Involuntary Psychiatric Care For Incarcerated People: A Descriptive Study of 73 Consecutive Judge-Ordered Discharges From Psychiatric Hospitalisation in France**

HORN M., PLISSON G., AMAD A., *et al.*

2021

Encephale (Ahead of print).

The procedure of involuntary psychiatric hospitalization has been recently modified in France. Indeed, since 2011, a liberty and custody judge is appointed for

each measure, to guarantee the rights of psychiatric inpatients and to prevent abusive hospitalizations. As a result, if procedural errors are noted, the liberty and custody judge may order the immediate ending of the psychiatric hospitalization. To date, only two studies described the reasons for judiciary discharge from involuntary psychiatric hospitalizations, but no study has been conducted in forensic psychiatric units for incarcerated people. The objective of the current study was to describe the main reasons judges use to decide on the irregularity of the hospitalization (against the opinion of psychiatrists) for detained patients, and to compare these reasons with those for patients in the community psychiatric unit. **Results** : One hundred and forty-seven discharges were analyzed: 73 in the psychiatric forensic unit and 73 in the community psychiatric unit. Rates of discharges were 6.7% and 8.8% for the forensic unit and the general psychiatric unit, respectively. Several reasons for the discharges were common for the two units (failure to inform the patient, lack of physical examination), but others were specific to the forensic unit, such as the impossibility for the patients to communicate with their lawyer, or the lack of immediate dangerousness for the person or for the others. **Conclusion**: This study highlights the specific aspects of involuntary psychiatric hospitalizations for people in prison in France. Future studies are needed to assess the impact of these judge-ordered discharge on patient's mental health, particularly for incarcerated patients.

► **Regards croisés sur le confinement : personnes vivant avec des troubles psychiques, aidants familiaux et soignants**

JUPILLE J., DELOFFRE S., HULIN P., *et al.*

2021

Santé Publique 33(6): 875-883.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-875.htm>

Cette étude examine l'expérience des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leurs familles, pendant le confinement français du printemps 2020, et identifié les soins dont ils ont bénéficié. Elle donne simultanément à voir les réorganisations des professionnels et leur vécu. **Méthode** : Deux enquêtes adoptant une méthodologie mixte (qualitative et quantitative) ont été conduites pendant le confinement. Les données ont été collectées via trois questionnaires en ligne et des entretiens individuels semi-directifs, auprès de personnes concernées par des troubles, des

familles et des soignants. Résultats : Les répondants étaient 173 aidants familiaux, 68 usagers et 40 soignants. Comparativement à la population générale, nous n'avons pas observé chez les usagers de surmorbidité psychiatrique. Les familles ont été ressources, mais ont souffert de plus de difficultés psychologiques. Le déploiement des consultations à distance, la réactivité et la disponibilité des équipes ont été soutenant pour les usagers, tandis que les professionnels ont vécu ces réaménagements sur le mode d'une perte de sens. Les familles ont pointé le manque de disponibilité des équipes. Le soutien par les pairs a eu un rôle majeur. Conclusion : La santé mentale des usagers de notre étude n'a pas été massivement impactée par le confinement. Ils ont mobilisé différentes ressources protectrices. L'habitude d'une vie solitaire, la connaissance de leurs ressources et le soutien entre pairs ont joué un rôle favorable. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'hypothèse d'une « deuxième vague psychiatrique ».

► **Specific Content For Collaborative Care: A Systematic Review of Collaborative Care Interventions For Patients with Multimorbidity Involving Depression And/Or Anxiety in Primary Care**

KAPPELIN C., CARLSSON A. C. ET WACHTLER C.
2021

Family Practice 39(4): 725-734.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab079>

In primary care (PC) many patients suffer from multimorbidity involving depression and/or anxiety. Collaborative care (CC) has shown promising results for patients with depression, anxiety, and multimorbidity involving depression. However, specific content in CC for patients with multimorbidity involving depression and/or anxiety is unknown. (i) To examine the effect of CC interventions in patients with multimorbidity involving depression and/or anxiety compared with usual care; (ii) to identify specific content of CC. We conducted a systematic literature review of randomized controlled trial studies evaluating CC models for adults with multimorbidity involving depression and/or anxiety in PC settings. PubMed, CINAHL, Web of Science, and PsycInfo were searched in December 2019. The focus of this systematic review and qualitative synthesis was to examine effectiveness of CC for patients suffering from multimorbidity involving depression and/or anxiety and identify specific content of CC for patients with multimorbidity involving

depression and/or anxiety. We identified specific content of CC for patients with multimorbidity involving depression in medium-to-high-quality studies with positive effect: CM (nurse or psychologist) collaborating with the patient's physician in a stepped care model involving both medication and/or CM-delivered problem-solving psychological treatment; scheduled patient follow-ups with symptom and function monitoring, medication adherence and relapse prevention; regular CM supervision. No conclusions can be drawn regarding the effectiveness of CC in patients with multimorbidity involving anxiety, depression and anxiety, or depression and/or anxiety and more than 2 diseases.

► **Persistence of Mental Health Deterioration Among People Living Alone During the Covid-19 Pandemic: A Periodically-Repeated Longitudinal Study**

KIKUCHI H. ET MACHIDA M.

2022

32(7): 345-353.

This longitudinal study aimed to investigate how psychological distress levels changed from early to middle phases of the new coronavirus (Covid-19) pandemic depending on the living arrangements of individuals. Methods: An internet-based, longitudinal survey of 2,400 Japanese people was conducted every 5-6 weeks between February 2020 and January 2021. The presence of severe psychological distress (SPD) was measured using the Kessler's psychological distress scale. Living arrangements were classified into two groups (ie, living alone or living with others). Mixed-effects logistic regression analysis was performed to assess whether changes in SPD status were different depending on living arrangements. RESULTS: Of 2,400 respondents, 446 (18.5%) lived alone. Although the proportion of SPD in both individuals living alone and those living with others increased to the same extent in the early phase of the pandemic, the distress levels decreased after the early phase of the pandemic in the group living with others, compared with the group living alone, for which SPD remained high. The odds ratio (OR) of developing SPD in interaction term with survey phases tended to be higher among those who lived alone than those who lived with others in Phase 6 (OR 1.89; 95% confidence interval [CI], 0.99-3.64) and Phase 7 (OR 1.88; 95% CI, 0.97-3.63). Conclusion: During the Covid-19 pandemic, those living alone are persistently at a higher risk of SPD compared to those living

with others. Effective countermeasures targeting those living alone, such as enhancing online communication or providing psychological therapies, are essential.

► **L'injonction ou l'injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique**

LEGRAND J.

2022

Genèses 127(2): 11-32.

<https://www.cairn.info/revue-geneses-2022-2-page-11.htm>

Cet article montre que dans un contexte de « pénurie de lits » qui impose la sortie rapide des patients de l'hôpital psychiatrique, l'observance médicamenteuse des patients s'obtient surtout par l'injonction médicale. Au contraire, la prise en charge hors de l'hôpital repose sur un recours massif aux injections de médicaments, une action chimique sur le corps – via le recours des substances à diffusion prolongée, qui font effet durant plusieurs semaines. Enfin, la prise médicamenteuse, parce qu'elle se situe à la jonction entre la contrainte et le consentement, permet de mieux comprendre les reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique – et leurs effets.

► **L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites**

MARIE S., JULIEN G. ET CARINE V.

2022

L'Information Psychiatrique 98(4): 286-292.

Cette étude porte sur la formation des médiateurs de santé pairs à l'université et leur intégration dans les lieux de soins. Ces (ex-)patients en santé mentale sont formés pour travailler dans des équipes de soins comme intermédiaires entre le personnel et les usagers. Une étude par entretiens et observation a été menée avec une méthodologie inspirée de la sociologie interactionniste. La construction de cette nouvelle profession mise sur la valorisation des savoirs expérimentiels et les échanges entre pairs sur leur identité professionnelle. Leur intégration dans les équipes de soins n'est pas toujours facile. La réussite passe par la préparation des équipes à l'arrivée du médiateur de santé pair et leur sensibilisation au mouvement du rétablissement.

► **Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques**

MERIAUX M. ET DENIS J.

2022

Recherche en soins infirmiers 148(1): 79-88.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2022-1-page-79.htm>

S'interroger sur la mise en place des soins en psychiatrie nécessite de prime à bord de nourrir une réflexion sur et autour du moment de l'accueil des patients au sein des services d'urgences. Dit autrement, de porter un regard sur les conditions contextuelles de ce primo moment du soin. Notre objectif est d'étudier les ingrédients qui participent au développement ou au maintien d'une attitude dite accueillante. Méthode : la théorisation enracinée nous a permis d'approcher au mieux la complexité du phénomène, en allant à la rencontre d'intervenants exerçant en unité de crise et d'urgences psychiatriques. Résultats : les résultats exposent trois voies impliquées dans le processus d'accueil : (1) voie d'activation du processus; (2) voie d'affaiblissement du processus; (3) voie pour contrer la voie d'affaiblissement et alimenter la voie d'activation. Réintroduire le temps de penser et des « espaces du dire » reste l'enjeu à l'accueil des urgences psychiatriques. Discussion : accueillir dépend avant tout qu'un contexte propice – sociétal, politique, institutionnel et environnemental – soit encouragé et maintenu dans l'univers professionnel et personnel des intervenants de la crise.

► **Age Disparities in Mental Health During the Covid-19 Pandemic: The Roles of Resilience and Coping**

NA L., YANG L., MEZO P. G., *et al.*

2022

Social Science & Medicine 305: 115031.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115031>

The Covid-19 pandemic has caused a mental health crisis worldwide, which may have different age-specific impacts, partly due to age-related differences in resilience and coping. The purposes of this study were to 1) identify disparities in mental distress, perceived adversities, resilience, and coping during the Covid-19 pandemic among four age groups (18–34, 35–49, 50–64, and ≥65); 2) assess the age-moderated time effect on mental distress, and 3) estimate the effects of perceived adversities on mental distress as mod-

erated by age, resilience and coping. Methods Data were drawn from a longitudinal survey of a nationally representative sample (n = 7830) administered during the pandemic. Weighted mean of mental distress and adversities (perceived loneliness, perceived stress, and perceived risk), resilience, and coping were compared among different age groups. Results The youngest age group (18–34) reported the highest mental distress at baseline with the mean (standard error) as 2.70 (0.12), which showed an incremental improvement with age (2.27 (0.10), 1.88 (0.08), 1.29 (0.07) for 35–49, 50–64, and ≥65 groups respectively). The older age groups reported lower levels of loneliness and perceived stress, higher perceived risk, greater resilience, and more relaxation coping (ps < .001). Model results showed that mental distress declined slightly over time, and the downward trend was moderated by age group. Perceived adversities, alcohol, and social coping were positively, whereas resilience and relaxation were negatively associated with mental distress. Resilience and age group moderated the slope of each adversity on mental distress. Conclusions The youngest age group appeared to be most vulnerable during the pandemic. Mental health interventions may provide resilience training to combat everyday adversities for the vulnerable individuals and empower them to achieve personal growth that challenges age boundaries.

► **Involuntary Psychiatric Hospitalizations: From Request to a Call Center to Hospitalization**

OUARAD G., LAPOSTOLLE F., LINVAL F., *et al.*
2022

Encephale 48(3): 273-279.

Involuntary psychiatric hospitalization (IPH) is a heavy and complex psychiatric exception measure. In the Seine-Saint-Denis department (low medical density), the evaluation of the patient in psychiatric decompensation is the responsibility of the out-of-hours general practitioners (GP) mandated by the call center. Their feeling is the non-achievement of the procedure once the patient arrives at the emergency room. We aimed to evaluate the outcome of patients following a request for IPH from these GP. Methods: We conducted a retrospective study based on all requests for IPH received during 2016 at the Seine-Saint-Denis emergency medical call center. The characteristics of the call and the patient, as well as the decisions of the regulator and the GP were collected. The decision of hospitalization in the emergency room was sought

for patients referred for IPH. Results: Of the 7541 calls for decompensation, 539 were for an IPH. These calls occurred during non-working hours in 55 % of cases. A GP was involved in more than two-thirds of the cases and requested an IPH for 240/304 (79 %) patients. Patients were male in 56 % of cases with an average age of 40 (±16) years. IPH was confirmed for 132 (61 %) patients. This rate did not differ from the 65 % reported in the literature (Z-test, P=0.26). Voluntary hospitalization was performed for 37 (17 %) other patients.

► **The Association Between Covid-19 Policy Responses and Mental Well-Being: Evidence From 28 European Countries**

TOFFOLUTTI V., PLACH S., MAKSIMOVIC T., *et al.*
2022

Social Science & Medicine 301: 114906.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114906>

This study assesses how the implementation and lifting of non-pharmaceutical policy interventions (NPIs), deployed by most governments, to curb the Covid-19 pandemic, were associated with individuals' mental well-being (MWB) across 28 European countries. This is done both for the general population and across key-groups. We analyze longitudinal data for 15,147 respondents from three waves of the Eurofound-“Living, Working and Covid-19” survey, covering the period April 2020–March 2021. MWB is measured by the WHO-5 index. Our evidence suggests that restriction on international travel, private gatherings, and contact tracing (workplace closures) were negatively (positively) associated with MWB by about, respectively, –0.63 [95% CI: –0.79 to –0.47], –0.24 [95% CI: –0.38 to –0.10], and –0.22 [95% CI: –0.36 to –0.08] (0.29 [95% CI: 0.11 to 0.48]) points. These results correspond to –3.9%, –1.5%, and –1.4% (+1.8%) changes compared to pre-pandemic levels. However, these findings mask important group-differences. Women compared to men fared worse under stay-at-home requirements, internal movement restrictions, private gatherings restrictions, public events cancellation, school closures, and workplace closures. Those residing with children below 12, compared to those who do not, fared worse under public events cancellation, school closures and workplace closures. Conversely, those living with children 12–17, compared to those who do not, fared better under internal movement restrictions and public events cancelling. Western-Europeans vis-à-vis Eastern-Europeans fared better under NPIs limiting their mobility and easing their debts, whereas

they fared worse under health-related NPIs. This study provides timely evidence of the rise in inequalities during the Covid-19 pandemic and offers strategies for mitigating them.

► **Social-Capital-Based Mental Health Interventions For Refugees: A Systematic Review**

VILLALONGA-OLIVES E., WIND T. R., ARMAND A. O.,
et al.

2022

Social Science & Medicine 301: 114787.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114787>

With over 80 million people forcibly displaced worldwide, providing safe, healthy, and supportive places for refugees has become an imperative for national governments, aid organizations, and host communities. While much has been written about the needs of these displaced people, organizations and practitioners tend to focus on essential material needs, medical care, and food and water provisioning. Yet a growing

body of evidence points to the potential role of social capital – the bonding, bridging, and linking social ties that connect us to one another – as a critical resource for these refugees. We have little data about social capital interventions at individual and community levels to assist with mental health for this vulnerable population, and even less methodical evidence about such interventions' impact. This systematic review analyzes nearly 400 articles to find patterns in the literature on how social-capital-based interventions can improve the mental health of refugees. Within the studies of interventions that met our filtering criteria, the reinforcement or creation of social capital, especially bridging and linking types, serves as a crucial resource to help this vulnerable group. Specifically, our review showed that community and multilevel social capital interventions are key to curbing mental health symptoms among refugees. Given this scanty evidence base among a group so vulnerable to mental health problems, this review serves as an explicit invitation for researchers to further examine social capital interventions among refugees.

Sciences de l'information et de la communication

Information and Communication Sciences

► **Évaluation de la recherche et publications scientifiques : Quantité ou qualité ?**

FISCHER A.

2022

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

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.04.021>

L'évaluation est un garant du bon fonctionnement et de l'intégrité de la recherche scientifique. Au fil des années, une tendance forte au développement d'indicateurs quantitatifs a émergé, très souvent fondée sur l'utilisation de paramètres mis au point dans un autre but. C'est le cas notamment du facteur d'impact (FI) des journaux scientifiques ou, en France, dans le système hospitalier, du score SIGAPS. Ces indicateurs présentent de nombreux biais qui faussent le processus d'évaluation scientifique, que ce soient des recrutements et des promotions des chercheurs, l'évaluation des laboratoires, l'obtention de contrats de recherche ou

l'attribution de prix scientifiques. Dans ce contexte, a été élaborée il y a une dizaine d'années la Déclaration DORA (declaration on research assessment) qui énonce les principes d'une évaluation juste. Celle-ci repose sur l'examen qualitatif des travaux des chercheurs à travers l'analyse d'un petit nombre d'articles scientifiques choisis par le chercheur, l'échange avec celui-ci et l'évaluation de l'impact de ces recherches, tout en évitant de recourir aux indicateurs quantitatifs (FI, indice de citation, facteur H, etc.). Cette déclaration a été adoptée par un grand nombre d'instances scientifiques internationales et françaises. Il importe que ces principes soient de fait mis en œuvre.

Sociology of Health

► **« Le » Covid-19 est-il plus grave que « la » Covid-19 ? Impact du genre grammatical attribué à la maladie sur sa perception et sur les mesures de protection prises pour s'en prémunir**

CELSE J., GROLLEAU G. ET MAX S.
2022

Revue d'économie politique 132(4): 679-695.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2022-4-page-679.htm>

A priori, les débats concernant le genre de l'article défini devant précéder le terme Covid-19 semblent plutôt relever de considérations grammaticales et linguistiques. Néanmoins, à la suite de travaux récents (Farrow et al. [2018]) invitant à examiner de plus près les mots comme des leviers d'influence des perceptions et des comportements humains, nous testons expérimentalement si le choix de l'article devant précéder le terme Covid-19 aurait pu contribuer à des politiques publiques plus efficaces. Les résultats montrent que ce choix apparemment anodin ne l'est pas et suggèrent que, dans le cadre d'une stratégie de lutte contre la propagation du virus, l'article masculin aurait pu être plus opportun.

► **L'exercice de la médecine générale à l'épreuve des crises sanitaires : de Lubrizol à la Covid**

FÉLIU F., JUSTON MORIVAL R., LE HÉNAFF Y., *et al.*
2021

Santé Publique 33(6): 911-921.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-911.htm>

À la suite de l'incendie des produits chimiques stockés par les entreprises Lubrizol (site Seveso seuil haut) et Normandie Logistique le 26 septembre 2019 à Rouen, un collectif de recherche réunissant des médecins généralistes, anthropologues et sociologues a engagé une enquête qualitative pluridisciplinaire auprès de médecins généralistes. L'objectif initial était d'étudier la pratique des professionnels de santé de premier recours dans les suites de cet incendie. Initiée en février 2020, cette enquête a été fortement transformée par la pandémie de la Covid-19, modifiant

l'objet même de cette étude, imposant une réflexion et une articulation entre la crise Lubrizol et la crise Covid-19, où les médecins généralistes se sont retrouvés une nouvelle fois en première ligne. But de l'étude : Analyser les pratiques des médecins généralistes en situation d'incertitude dans le cadre de ces événements extraordinaires que sont un incendie industriel et une pandémie virale. Méthode : Dix-huit médecins généralistes ont été interrogés, entre février et juillet 2019, par entretiens semi-dirigés par un binôme de chercheurs (sociologue et médecin). Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée en trois niveaux (analyse thématique individuelle, confrontation en binôme puis restitution collective). Conclusion : Dans les contextes de crises sanitaires étudiés, les généralistes ont été confrontés à des plaintes plus récurrentes alors qu'ils disposaient, pour y répondre, de relativement peu de savoirs robustes sur lesquels s'appuyer. Les médecins ont réagi dans ces situations de forte incertitude en puisant de façon originale dans leurs expériences personnelles de ces crises.

► **Chapitre 5. Caroline Bigeard et Aline Winninger, la communication en temps de crise Covid**

FERCHAKHI W.
2022

n [Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19.] Caen, EMS Editions: 68-79.

<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-68.htm>

La crise Covid a fait l'objet de nombreux travaux documentant son déroulement pour en tirer des leçons utiles pour le futur des établissements hospitaliers et du système de santé. Cet ouvrage adopte une perspective originale en dressant le portrait d'acteurs clés, c'est-à-dire de professionnels de santé, soignants, médecins, directeurs qui ont joué un rôle central dans la crise. Au-delà de l'hommage rendu à ces professionnels, l'ambition de ces portraits thématiques est d'apporter une mise en perspective des évolutions pendant la crise avec une profondeur d'analyse liée à la contextualisation humaine des situations de management auxquelles les acteurs ont dû faire face. Il s'agit de lever le voile pour présenter la diversité

des acteurs qui ont œuvré dans les établissements, la richesse des personnalités, des expériences accumulées et de montrer la détermination qui s'est forgée dans des parcours parfois atypiques, constituant aussi une des explications de la créativité et de la réactivité développées durant cette crise sanitaire. Ces portraits sont également dus au fait que le management est indissociable des acteurs qui l'exercent. Autrement dit, il s'avère difficile, voire impossible, de séparer la pratique de l'acteur, d'autant plus que par son objectif visant l'action organisée, le management articule volontarisme managérial individuel et dynamique organisationnelle collective. Ces portraits visent à mettre en lumière ces mécanismes pour proposer des pistes pour la transformation du management des établissements et l'évolution du système de santé au profit des patients et de la population.

► **Discipliner le prescripteur médical (Allemagne, fin du XIXe-fin du XXe siècle)**

KESSEL N.
2022

Genèses 127(2): 55-82.

<https://www.cairn.info/revue-geneses-2022-2-page-55.htm>

Au cœur de cet article se trouve la manifestation matérielle de la prescription, l'ordonnance médicale. En Allemagne, elle prend la forme d'un formulaire électroniquement lisible et traçable. En étudiant son émergence et son évolution peu linéaire au cours du siècle dernier, l'article propose une lecture alternative aux récits des modernisations technologique et politique dans le domaine de la santé. Il souligne l'intérêt que peut avoir une approche par les « technologies de papier » pour l'étude des systèmes de santé.

► **Qu'est-ce que la confiance en temps de pandémie ?**

LEGO G.
2021

Connexions 116(2): 11-24.

<https://www.cairn.info/revue-connexions-2021-2-page-11.htm>

L'irruption sur la scène mondiale du coronavirus déchire le voile de nos certitudes, fait trou dans nos savoirs, bouscule nos subjectivités et nos habits. Comment, à partir de cet état de sidération, peut-on faire face à cette effraction du réel de la mort ? En temps de pandémie, nous aurions pu imaginer l'intervention d'un État protecteur et ainsi espérer une pause dans toute cette

frénésie néolibérale autodestructrice. L'intervention présidentielle du 12 mars 2020, allait dans ce sens. La perte de confiance qui s'est ensuivie est à la hauteur des incohérences, et des répressions, qui se sont succédé lors de la « gestion de la crise sanitaire ». La défaite de cet Esprit de Philadelphie met à nu la dictature des taux de profits et des logiques capitalistes. Comment reconstruire cette confiance perdue si ce n'est par le recours à la pensée, à la critique et à l'action, comme le suggérait Hanna Arendt ? Ce qui fonde une démocratie est cette séparation des pouvoirs entre politique et médical. Aujourd'hui, encore plus qu'hier, restaurer cette confiance perdue ainsi que redonner la parole au peuple semble être plus que nécessaire.

► **Nous étions des passeurs des sciences sociales**

PALIER B.
2022

Revue française des affaires sociales(2): 139-139.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-2-page-139.htm>

Marianne Berthod-Wurmser croyait fondamentalement dans l'utilité des sciences sociales pour éclairer le débat et la décision publique. C'est pourquoi, à la Mire, elle s'est investie pleinement dans le financement de recherches nouvelles et utiles, et c'est pourquoi elle formait les chargés de mission pour leur apprendre à transmettre les résultats des recherches aux non-chercheurs, qu'ils soient décideurs, professionnels ou grand public. Nous étions des passeurs et elle était la première d'entre nous. En m'encourageant à organiser un programme de comparaisons internationales des systèmes de protection sociale de grande ambition, elle a ainsi contribué à rendre visible et audible le fait qu'il y ait plusieurs façons de faire de la protection sociale, que l'on ne peut prétendre définir une seule alternative et que les recherches et décisions françaises gagneraient à s'inspirer des expériences menées à l'étranger. Ce programme ne fut pas facile à monter et Marianne a toujours montré un fort engagement pour dépasser les frilosités et enfermements français, les blocages politiques et financiers. Tenace, elle cherchait (et trouvait) toujours une solution. Ne se départissant jamais de sa bonne humeur, elle a constamment montré une forte curiosité pour découvrir les autres : humains, groupes, systèmes culturels et sociaux. Je lui suis à jamais redevable de son soutien sans faille, malgré ma jeunesse impétueuse, et de m'avoir fait découvrir les mondes de la protection sociale.

► **A Multinational Study of Patient Preferences For How Decisions Are Made in Their Care**

PINES R., SHEERAN N., JONES L., *et al.*
2022

Medical Care Research and Review (Ahead of print): 10775587221108749.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587221108749>

Inadequate consideration has been given to patient preferences for patient-centered care (PCC) across countries or cultures in our increasingly global society. We examined what 1,698 participants from the United States, Hong Kong, Philippines, and Australia described as important when making health care decisions. Analysis of frequencies following directed content coding of open-ended questions revealed differences in patients' preferences for doctor behaviors and decision-making considerations across countries. Being well informed by their doctor emerged as most important in decision-making, especially in Hong Kong. Participants in Australia and the United States wanted their doctor to meet their emotional needs. The safety and efficacy of treatments were the most common consideration, especially for Hong Kong. Findings suggest that doctors should focus on information exchange and identifying patient concerns about efficacy, lifestyle impact, cost, and recovery speed. Rather than assuming patients prefer shared decision-making, doctors must assess patient's decision control preferences.

► **La recherche communautaire en temps de pandémie : retour sur l'étude multi-pays EPIC**

RIEGEL L., DI CIACCIO M., BEN MOUSSA A., *et al.*
2021

Santé Publique 33(6): 1005-1009.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-1005.htm>

En 2020, la crise sanitaire Covid-19 a touché toutes les régions du monde, n'épargnant pas les personnes déjà vulnérables à d'autres épidémies virales telles que le VIH ou le VHC et/ou celles en situation de précarité ou socialement marginalisées, tels que les usagers-ères de drogues ou les travailleurs-ses du sexe. Coalition PLUS, réseau d'associations de lutte contre le VIH et les hépatites virales, qui défend et promeut la démarche communautaire, et ses partenaires ont mis en place une recherche multi-pays ayant pour but de documen-

ter l'impact de la crise sanitaire dans le domaine de la lutte contre le VIH et les hépatites virales (populations clés et acteurs-rices communautaires) ainsi que les réponses communautaires mises en place (enquête EPIC). L'objectif de ce texte est de restituer la mise en place de la démarche communautaire de ce projet pendant la crise sanitaire Covid-19 et, notamment, les difficultés et imprévus auxquels le processus de recherche communautaire a dû faire face et s'adapter. Le but étant de tirer des leçons sur ce qui a fonctionné ou non, afin de capitaliser les pratiques en recherche communautaire durant cette pandémie et, par la suite, faciliter la mise en place de nouveaux projets de recherche dans des contextes similaires.

► **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 « extraordinaire ». 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.

Primary Healthcare

► **Le «graduate program» : une opportunité pour redynamiser les carrières des paramédicaux**

ATTAL K.

2022

Gestions Hospitalieres(615): 228-233.

<https://gestions-hospitalieres.fr/le-graduate-program/>

Le recrutement d'agents paramédicaux est un défi prégnant au sein des hôpitaux publics. En effet, ces métiers ont en commun de représenter peu de personnes par rapport aux besoins, de concerner un public difficile à fidéliser et sujet à des conditions de travail peu attractives avec, notamment, une polyvalence souvent imposée et mal préparée. Leur mobilisation importante pendant la crise de Covid-19 a accentué ces difficultés et les conduits désormais à souhaiter voir leurs modalités de travail évoluer. Dans cette optique, l'auteur propose ici un nouveau parcours de formation complémentaire pour les agents paramédicaux. Inspiré des graduate programs anglo-saxons, il est destiné à améliorer l'attractivité des établissements de santé tout en permettant d'améliorer les conditions de la polyvalence à l'hôpital. L'idée serait de proposer aux professionnels d'effectuer des rotations de six mois dans différents services qui disposeraient d'une cohérence fonctionnelle.

► **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>

Introduction : 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. But de l'étude : 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.

► **The Role of General Practitioners in Managing the Covid-19 Pandemic in a Private Healthcare System**

COHIDON C., EL HAKMAOUI F. ET SENN N.

2021

Family Practice 39(4): 586-591.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab112>

The canton of Vaud's public health authorities, in Switzerland, invited general practitioners (GPs) to participate in managing suspected Covid-19 patients and continue caring for their non-Covid-19 patients. However, this course of action was not mandatory. The present study's objective was to describe and understand how involved GPs were in dealing with the Covid-19 pandemic's first wave. This mixed-methods study combined a retrospective quantitative survey and a qualitative explanatory investigation. All of the canton's GPs were invited to participate in the quantitative survey via an online questionnaire including sections on: specific organization regarding Covid-19 activities and suspected Covid-19 patients, activities relating to non-Covid-19 patients, consequences on the practice's

professional staff, and opinions about the public health authorities' pandemic crisis management. The qualitative investigation involved interviews with 10 volunteer GPs. The participation rate was 41%. One third of GPs chose not to reorganize their practice for the specific management of suspected Covid-19 patients. The number of weekly activities and interventions decreased by over 50% at 44% of practices, mostly due to a lack of patients. Even in an extraordinary crisis, GPs maintained their choice of whether to become involved, as their private and independent status allowed them to do. However, those who chose to be involved felt frustrated that the public health authorities did not recognize them as major health providers in the management of the pandemic. This study illustrated the complexity and limitations of a primary care system based completely on private healthcare providers.

► **Impacts of Early ACA Medicaid Expansions on Physician Participation**

CURTO V. ET BHOLE M.

2022

Health Services Research 57(4): 881-891.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13925>

The purpose of this paper is to quantify impacts of early Affordable Care Act (ACA) Medicaid expansions on Medicaid participation for primary care physicians. Data Sources The study uses secondary Medicaid Analytic eXtract (MAX) data from the United States for 2009–2012, as well as secondary National Plan and Provider Enumeration System (NPPES) data from the United States for 2015. Study Design The study uses a quasi-experimental difference-in-differences study design where the policy change is Medicaid expansion in six states that adopted early ACA Medicaid expansions during 2010 and 2011: California, Connecticut, the District of Columbia, Minnesota, New Jersey, and Washington. The key outcome variables are five monthly measures of physician participation: the number of Medicaid visits, the number of Medicaid patients, seeing at least 1 Medicaid patient, seeing at least 25 Medicaid patients, and seeing at least 50 Medicaid patients. Data Collection/Extraction Methods The sample consists of all physicians who were active between 2005 and 2015, according to the NPPES. Principal Findings For primary care physicians, Medicaid expansion led to a 29% increase in Medicaid visits (5.88 per month; 95% CI: 2.49–9.27), a 29% increase in Medicaid patients (4.59 per month; 95% CI: 2.16–7.02), and did not

affect the probability of any Medicaid participation. Medicaid expansion also led to a 22% increase in the probability of seeing at least 25 Medicaid patients per month (4.58 percentage points; 95% CI: 1.27–7.89) and a 31% increase in the probability of seeing at least 50 Medicaid patients per month (2.99 percentage points; 95% CI: 0.99–4.99). Conclusions Early ACA Medicaid expansions led to increased Medicaid visits for primary care physicians but did not affect the probability of any Medicaid participation. Primary care physicians who had previously served Medicaid patients responded to early ACA Medicaid expansions by serving substantially more Medicaid patients.

► **Ressources personnelles utilisées par les infirmiers inscrits dans un cursus en pratique avancée lors de la pandémie de coronavirus en France : une recherche mixte séquentielle**

DRUART M.-C. ET BLANCHARD P.-Y.

2022

Recherche en soins infirmiers 148(1): 89-106.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2022-1-page-89.htm>

Début 2020, l'état d'urgence sanitaire est déclaré en France suite à l'émergence d'une pandémie au SARS-CoV-2. Contexte : les infirmiers inscrits dans un parcours de pratique avancée ont mobilisé leurs compétences pendant cette crise en s'appuyant sur les ressources disponibles. Objectifs : analyser les ressources personnelles utilisées par ces infirmiers dans le processus de mobilisation des compétences, lors de la crise sanitaire. Méthode : recherche mixte séquentielle quantitative puis qualitative auprès des infirmiers français inscrits dans un cursus de pratique avancée. Résultats : il émerge deux groupes d'activité pour ces infirmiers : en première ligne en service Covid, et la coordination. Il semble y avoir plus d'opportunités d'utiliser les compétences spécifiques à la pratique avancée en coordination. Discussion : les stratégies d'ajustement au stress (coping et hardiesse) favorisent l'engagement des infirmiers dans leur pratique professionnelle. Les savoirs disciplinaires participent à l'enrichissement des connaissances nécessaires à la mobilisation des compétences. Conclusion : de futures recherches devraient explorer les ressources et la mobilisation des compétences dans l'implantation des infirmiers en pratique avancée.

► **Skill-Mix Change and Outcomes in Primary Care: Longitudinal Analysis of General Practices in England 2015–2019**

FRANCETIC I., GIBSON J., SPOONER S., *et al.*

2022

Social Science & Medicine 308: 115224.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115224>

Increasing the employment of staff with new clinical roles in primary care has been proposed as a solution to the shortages of GPs and nurses. However, evidence of the impacts this has on practice outcomes is limited. We examine how outcomes changed following changes in skill-mix in general practices in England. **Methods** We obtained annual data on staff in 6,296 English general practices between 2015 and 2019 and grouped professionals into four categories: GPs, Nurses, Health Professionals, and Healthcare Associate Professionals. We linked 10 indicators of quality of care covering the dimensions of accessibility, clinical effectiveness, user experiences and health system costs. We used both fixed-effect and first-differences regressions to model changes in staff composition and outcomes, adjusting for practice and population factors. **Results** Employment increased over time for all four staff groups, with largest increases for Healthcare Professionals (from 0.04 FTE per practice in 2015 to 0.28 in 2019) and smallest for Nurses who experienced a 3.5 percent growth. Increases in numbers of GPs and Nurses were positively associated with changes in practice activity and outcomes. The introduction of new roles was negatively associated with patient satisfaction: a one FTE increase in Health Professionals was associated with decreases of 0.126 [-0.175, -0.078] and 0.116 [-0.161, -0.071] standard deviations in overall patient satisfaction and satisfaction with making an appointment. Pharmacists improved medicine prescribing outcomes. All staff categories were associated with higher health system costs. There was little evidence of direct complementarity or substitution between different staff groups. **Conclusions** Introduction of new roles to support GPs does not have straightforward effects on quality or patient satisfaction. Problems can arise from the complex adaptation required to adjust practice organisation and from the novelty of these roles to patients. These findings suggest caution over the implementation of policies encouraging more employment of different professionals in primary care.

► **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.

► **Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie**

LAFORTUNE G. ET BALESTAT G.

2022

Les Tribunes de la santé 72(2): 25-38.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-2-page-25.htm>

Les débats sur les personnels de santé en France et dans les autres pays de l'Organisation de coopération

et de développement économiques (OCDE) ont été dominés ces dernières décennies par la question des pénuries de main-d'œuvre et comment y remédier. En France, ces dix dernières années, les débats se sont concentrés plus particulièrement sur la question des « déserts médicaux », définis soit de manière large comme tout problème d'accès aux médecins ou aux hôpitaux dans certaines régions ou de manière plus spécifique comme des problèmes d'accès aux médecins généralistes. Cet article dresse un état des lieux de personnels de santé en France et dans les autres pays de l'OCDE en 2019 (juste avant la pandémie) et des évolutions au cours des vingt années précédentes, en se concentrant sur les médecins et les infirmiers. En France comme dans presque tous les pays de l'OCDE, le nombre de médecins et d'infirmiers par habitant a augmenté entre 2000 et 2019, mais à des rythmes différents et peut-être pas suffisamment pour répondre aux besoins croissants des populations vieillissantes, d'où des problèmes persistants de pénurie. Les politiques pour remédier aux problèmes de pénurie de main-d'œuvre passent par une augmentation de la formation et du recrutement de nouveaux médecins et d'infirmiers, ainsi que par une amélioration des conditions de travail et des rémunérations du personnel moins bien rémunéré pour accroître l'attractivité des emplois et réduire les départs. Cet article compare le niveau et l'évolution de la rémunération des médecins et des infirmiers en France et dans les autres pays de l'OCDE, tout en pointant les limites de la comparabilité des données disponibles.

► **Effects of the Affordable Care Act Medicaid Expansion on the Compensation of New Primary Care Physicians**

MA Y., ARMSTRONG D., FORTE G. J., *et al.*
2022

Medical Care 60(8): 636-644.

<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001740>

It is well-documented that the Affordable Care Act Medicaid expansion increased health care utilization by low-income Americans. Emerging studies also found that the expansion changed the geographical distribution of new physicians. However, the effect of the expansion on physician compensation has not been studied. Objectives: We aimed to assess how the Medicaid expansion affected the compensation of new primary care physicians (PCPs) and whether the effect differed by specialty, gender, and geography. Research Design: We used a quasiexperimental difference-in-dif-

ferences design to assess changes in compensation for new PCPs from before to after the Medicaid expansion in states that expanded Medicaid compared with states that did not expand. Subjects: Our study included 2003 new PCPs who responded to the Survey of Residents Completing Training in New York between 2009 and 2018. Measures: Our primary outcome was respondents' self-reported starting salary for their first year of practice. Our secondary outcomes were respondents' self-reported additional anticipated income and incentives they received for accepting the job offer. Results: We found that starting salaries for new PCPs, especially new general internists and family physicians, grew faster in expansion states than in nonexpansion states. In addition, we found that the expansion was associated with a statistically significant increase in receiving additional anticipated income as part of the compensation package for new PCPs practicing in rural areas.

► **Ensuring the Continuation of Routine Primary Care During the Covid-19 Pandemic: A Review of the International Literature**

MATENGE S., STURGISS E., DESBOROUGH J., *et al.*
2021

Family Practice 39(4): 747-761.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab115>

The Covid-19 pandemic has resulted in the diversion of health resources away from routine primary care delivery. This disruption of health services has necessitated new approaches to providing care to ensure continuity. To summarize changes to the provision of routine primary care services during the pandemic, rapid literature review using PubMed/MEDLINE, SCOPUS, and Cochrane. Eligible studies were based in primary care and described practice-level changes in the provision of routine care in response to Covid-19. Relevant data addressing changes to routine primary care delivery, impact on primary care functions and challenges experienced in adjusting to new approaches to providing care, were obtained from included studies. The aim of this research was to provide a detailed understanding of changes in the way primary care was delivered and to identify difficulties experienced by patients and providers in adjusting to new approaches. The 17 studies included in the review indicate that primary care providers quickly put in place strategies including telehealth (e.g. telephone and video consultations) and infection control measures to ensure safe access to

care. Furthermore, urgent and short-term care were prioritized resulting in interruptions to other services, including management of preexisting or long-term illnesses. Challenges included barriers to accessing telehealth such as inadequate internet connection and practical difficulties in examining patients, personal protective equipment shortages, and financial losses by practices. Adequate support from authorities is needed to enhance the provision of comprehensive primary care during pandemics.

► **Government Policies Targeting Primary Care Physician Practice From 1998-2018 in Three Canadian Provinces: A Jurisdictional Scan**

MCKAY M., LAVERGNE M. R., LEA A. P., *et al.*
2022

Health Policy 126(6): 565-575.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.006>

Primary care is the foundation of health care systems around the world. Physician autonomy means that governments rely on a limited selection of levers to implement reforms in primary care delivery, and these policies may impact the practice choices, intentions, and patterns of primary care physicians. Using a systematic search strategy to capture publicly available policy documents, we conducted a scan of such policies from 1998 to 2018 in three Canadian provinces: British Columbia, Nova Scotia, and Ontario. We reviewed 388 documents and extracted 170 policies from their texts, followed by analysis of the policies' instruments, actors, and topic areas. Policy reforms across the three provinces were primarily focused on physician payment, with governments relying on both targeted incentives and reformed payment models. Policies also employed various instruments to target priority areas of practice: 24/7 access to care, team-based primary care, unattached patients, eHealth, and rural/Northern recruitment of physicians. Across the three provinces and the 20-year timespan, reform priorities and instruments were largely uniform, with Ontario's policies tending to be the most diverse. Physicians helped shape reforms through the agreements negotiated between provincial governments and medical associations, influencing the topics and timing of reforms. Future research should evaluate impacts on the delivery of primary care and explore opportunities for policy innovation.

► **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 126(6): 485-492.

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

Vaccinations are crucial to fighting SARS-CoV-2, and high coverage rates can in most countries probably only be achieved with the involvement of primary care physicians (PCPs). We aimed to explore how SARS-CoV-2 vaccination payment schemes in 43 countries differ with regard to the (i) type of payment scheme, (ii) amount paid, (iii) degree of bundling, and (iv) use of pay-for-performance elements. We collected information on payments and health system characteristics, such as PCP income and employment status, in all EU and OECD countries over time. We regressed the payment amount on the income of PCPs for countries with activity-dependent schemes using a linear regression (OLS), and we interpreted the residuals of this regression as a vaccination payment index. The majority of countries (30/43) had chosen payment schemes that reward PCPs for the activity they perform. Seventeen countries paid less per vaccination than the income-adjusted average, whereas 13 countries paid more. Twelve countries used pay-for-performance elements.

► **Playing Defense? Health Care in the Era of Covid**

OKEKE E. N.
2022

Journal of Health Economics (Ahead of print): 102665.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102665>

Health workers have to balance their own welfare vs. that of their patients particularly when patients have a readily transmissible disease. These risks become more consequential during an outbreak, and especially so when the chance of severe illness or mortality is non-negligible. One way to reduce risk is by reducing contact with patients. Such changes could be along the intensive or extensive margins. Using data on primary care outpatient encounters during the early months of the Covid-19 pandemic, I document important changes in the intensity of provider-patient interactions. Significantly, I find that adherence to clinical guidelines, the probability that routine proce-

dures such as physical examinations were completed, and even the quality of information given by health providers, all declined sharply. I present evidence that these effects likely reflect risk mitigation behavior by health providers.

► **Mapping Key Components of Community-Oriented Strategies to Facilitate Alcohol-Related Early Identification and Brief Intervention in General Practice: A Scoping Review**

PUSSIG B., VANDELANOTTE S., MATHEÏ C., *et al.*
2021

Family Practice 39(4): 701-709.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab078>

Hazardous alcohol use is one of the leading risk factors for morbidity and mortality in the world. Early identification and brief interventions (EIBIs) delivered in primary care is an effective but underutilized strategy to address this issue. Community-oriented strategies (COS) are suggested to facilitate EIBI delivery. COS are public health activities directed to the general population raising awareness and encouraging behaviour change. Unfortunately, it remains unclear what these COS should comprise and what their added value might be in EIBI delivery. To map the available information on COS aiming to facilitate alcohol-related EIBI delivery in general practice. A scoping review, following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping reviews guidelines, was used to map both grey and peer-reviewed literature. Of the 6586 information sources screened, 8 sources were retained in this review. Three COS are currently described in the literature, all with their different components. They include the use of mass media, self-assessment tools and waiting room actions. Waiting room actions comprising audio recordings or computerized self-assessment tools significantly increase the discussion on alcohol use in primary care. The effect of mass media and community-wide self-assessment tools on EIBI delivery remains to be determined. Currently, the described COS lack empirical justification to motivate their added value in facilitating EIBI delivery. However, a theoretical reflection showed the use of a limited set of behaviour change techniques, which might support the use of COS. There remains a lot of possible strategies to explore. This review highlights the current evidence gap and discusses the next steps.

► **Physician- Versus Practice-Level Primary Care Continuity and Association with Outcomes in Medicare Beneficiaries**

YANG Z., GANGULI I., DAVIS C., *et al.*

2022

Health Services Research (Ahead of print).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13999>

The aim of this study is to compare physician-level versus practice-level primary care continuity and their association with expenditure and acute care utilization among Medicare beneficiaries and evaluate whether continuity of outpatient primary care at either/both physician or/and practice level could be useful quality measures. Data Source Medicare Fee-For-Service claims data for community dwelling beneficiaries without end-stage renal disease who were attributed to a national random sample of primary care practices billing Medicare (2011–2017). Study Design Retrospective secondary data analysis at per Medicare beneficiary per year level. We used multivariable linear regression with practice-level fixed effects to estimate continuity of care score at physician versus practice level and their associations with outcomes. Data Collection/Extraction Method We calculated clinician- and practice-level Bice–Boxerman continuity of care index scores, ranging from 0 to 1, using primary care outpatient claims. Medicare expenditures, hospital admissions, emergency department (ED) visits, and readmissions were obtained from the Medicare Beneficiary Summary File: Cost and Utilization Segment. Ambulatory care sensitive conditions (ACSC) were defined using diagnosis codes on inpatient claims. Principal Findings We studied 2,359,400 beneficiaries who sought care from 13,926 physicians. Every 0.1 increase in physician continuity score was associated with a \$151 reduction in expenditure per beneficiary per year ($p < 0.01$), and every 0.1 increase in practice continuity score was associated with \$282 decrease ($p < 0.01$) per beneficiary per year. Both physician- and practice-level continuity were associated with lower Medicare expenditures among small, medium, and large practices. Both physician- and practice-level continuity were associated with lower probabilities of hospitalization, ED visit, admissions for ACSC, and readmission. Conclusions Primary care continuity of care could serve as a potent value-based care quality metric. Physician-level continuity is a unique value center that cannot be supplanted by practice-level continuity.

Health Systems

► Crise sanitaire : l'impact sur les systèmes de santé. Episode 1 Analyse d'une crise systémique

AMRI K., VHATARD H., GILLIAUX M., *et al.*
2022

Gestions Hospitalières(615): 235-246.

<https://gestions-hospitalieres.fr/crise-sanitaire-limpact-sur-les-systemes-de-sante/>

Tel un scénario futuriste, une pandémie mondiale accompagne la vie quotidienne depuis janvier 2020; la crise sanitaire liée au Covid-19 a engendré de nombreux morts, un coût mondial de plus de 28 K milliards de dollars, et ce n'est pas terminé. Elle a aussi mis en exergue les limites des systèmes de santé de l'ensemble des pays, dont la France. Pouvons-nous l'anticiper? Peut-on en tirer des leçons? L'objet du travail universitaire mené par les auteurs et présenté en partie ici consistait en un comparatif européen sur l'impact de cette crise afin d'émettre des recommandations d'évolution du système de santé français au long terme. Une recherche bibliographique a été réalisée sur cinq pays – France, Royaume-Uni, Finlande, Allemagne, Italie – et un questionnaire quantitatif a permis de la confronter aux avis de 70 acteurs de santé, dont deux Finlandais. À partir de ces analyses, de nouvelles recommandations ont été proposées afin d'améliorer notre système de santé sur les thématiques de la gouvernance, la communication, la collaboration entre les établissements de santé privés et publics, sur le financement des soins de santé et sur l'Union européenne. La majorité de ces propositions étant applicables dès 2022, les auteurs souhaitent mettre à profit les enseignements de cette recherche afin d'être acteurs de ces changements.

► Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

BONNET-ZAMPONI D., ECOFFEY C. ET BONTEMPS,
G. E. A.
2022

Actualite Et Dossier En Santé Publique(118).

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1179#82>

Les soins ambulatoires sont ceux communément dispensés par la médecine de ville, alors que la chirurgie

ambulatoire est pratiquée en établissement de santé. Le virage ambulatoire n'est pas seulement un transfert de l'hôpital vers la ville, il concerne aussi le transfert d'activité intra-hospitalière vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpital de jour, consultations). Ce dossier présente les constats des pratiques mises en œuvre dans le cadre du virage ambulatoire. Il précise la définition des différentes notions attachées à cette problématique. Il décrit les outils nécessaires au développement de ces pratiques en garantissant la sécurité des soins prodigués. Il aborde également les enjeux que représentent les pratiques ambulatoires pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour la dimension sociale il s'agit de s'assurer notamment qu'une évaluation de la vulnérabilité psychosocio-environnementale est réalisée et qu'un temps d'écoute de la personne accompagne toute proposition de prise en charge ambulatoire et soit tracé dans le dossier médical. Pour la dimension territoriale il s'agit de faciliter l'accès à l'offre hospitalière ambulatoire des personnes les plus éloignées des grands pôles urbains, et d'assurer une offre de second recours de proximité et accessible financièrement.

► Le NHS et le spectre de l'étatisation du système de santé français

BRAS P.-L.
2022

Les Tribunes de la santé 72(2): 59-70.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-2-page-59.htm>

Le système de santé britannique, le National Health Service (NHS), sert régulièrement d'épouvantail en France; les opposants aux mesures de régulation de notre système d'assurance maladie sont prompts à brandir le spectre de « l'étatisation » dont le NHS serait l'incarnation. Le NHS ne correspond pas à la caricature étatiste mise en avant dans certains discours. Les Britanniques restent très attachés à l'institution. Le système britannique est plus protecteur sur le plan financier que le français. Il affiche toutefois de moins bonnes performances sanitaires et pâtit d'un problème structurel de listes d'attente. Ces moindres performances, plutôt que de renvoyer à un effet système, sont à rapprocher des moindres ressources consacrées

aux soins au Royaume-Uni. La crise Covid a considérablement aggravé les problèmes de temps d'attente au Royaume-Uni. Même si les conservateurs sont plutôt enclins à favoriser des politiques restrictives, le gouvernement a décidé d'augmenter les ressources allouées au NHS; le niveau des dépenses de santé pourrait ainsi progressivement converger des deux côtés de la Manche.

► **Bénéfices du soutien et des soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers, démences et maladie d'Alzheimer : l'exemple d'Intermountain Healthcare (États-Unis d'Amérique)**

BRÉCHAT P.-H., ALLEN T. L., BREZOVSKI V., *et al.*
2022

Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM) 31(1): 50-61.

<https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2022-1-page-50.htm>

Parmi les maladies chroniques, le soutien et les soins intégrés des usagers atteints de déficits cognitifs légers et de démences, dont la maladie d'Alzheimer, est une priorité de santé publique en France et aux États-Unis d'Amérique. Si des progrès sont possibles en France, l'expérience d'Intermountain Healthcare aux États-Unis d'Amérique peut être source d'expérimentations probantes. Son programme de soutien et de soins intégrés pour les usagers atteints de déficits cognitifs légers (Mild Cognitive Impairment- MCI), de démences et de la maladie d'Alzheimer est développé au sein d'un système de santé organisé en quatre niveaux complémentaires et intégré à une assurance santé, favorisant la confiance et l'engagement. Il met en œuvre les modèles des soins chroniques (Chronic Care Model) et des soins en équipe (Team-Based Care). Cela crée un soutien et des soins multidisciplinaires et globaux, protocolisés et stratifiés, planifiés et suivis. La prévention et les soins ambulatoires intégrant les soins spécialisés de second recours aux soins de premier recours sont développés. Soutenus par un système informatique indépendant et sécurisé ainsi que par des formations initiales et continues partagées, ce programme atteint des objectifs d'amélioration de la santé de la population, d'accroissement de la qualité des soins et de réduction des coûts (Triple Aim). Ce programme améliore l'efficacité clinique et l'efficacité organisationnelle. Il accroît également l'égalité d'accès à de meilleurs soins et à la santé pour toute la population, particulièrement pour les personnes âgées.

► **Refonder le système de soins et de santé une incantation, tant que l'essentiel reste occulté !**

BRIXI O.
2022

Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(41): 11.

<https://cahiersdesante.fr/editions/refonder-nos-systemes-de-soins-et-de-sante/>

L'auteur procède à une analyse du système de soins qu'il distingue du système de santé. Il plaide pour un changement d'approche qui ne soit pas basé uniquement sur la question des moyens financiers. Il propose 5 directions ou chantiers : renverser la pyramide des services de soins, contrôler la spirale des surconsommations, tous les médicaments ne sont pas utiles, l'équipe médicosociale de proximité comme meilleur spécialiste, et l'implication des concernés : une condition et exigence démocratique.

► **Pour un système de santé français intégré**

EL SAÏR P., LEBÉE-THOMAS É. ET MALONE A.
2022

Futuribles 449(4): 5-24.

<https://www.cairn.info/revue-futuribles-2022-4-page-5.htm>

Plus de deux ans de pandémie de Covid ont grandement éprouvé les systèmes de santé de la plupart des pays du monde. En France, si le personnel a fait face, c'est au prix d'un épuisement physique et moral des soignants, qui appellent régulièrement à une refonte du système. À l'échelle locale, la pénurie de praticiens et le développement des déserts médicaux sont régulièrement évoqués parmi les principales préoccupations des citoyens. À n'en pas douter la réforme du système de santé français devrait figurer en bonne place dans les enjeux du quinquennat qui vient de commencer. Pour alimenter les réflexions sur ce sujet, cet article de Philippe El Saïr, Émilie Lebée-Thomas et Antoine Malone propose une piste nouvelle consistant à mettre en place un système intégré optimisant l'offre de soins et les dépenses afférentes à des échelles territoriales spécifiques. Les auteurs, tous praticiens hospitaliers de haut niveau, se fondent ici sur un modèle de coopération actuellement en cours d'expérimentation dans cinq territoires français, s'inspirant d'expériences en vigueur dans d'autres pays. Au cœur du projet figurent quatre objectifs : meilleure prise en charge des patients, meilleure santé de la population concernée, meilleur emploi des ressources budgétaires, enfin, meilleures

conditions de travail des soignants. Après avoir rappelé ce que recouvre la notion d'intégration de l'offre de santé et présenté les modèles ayant déjà fait leurs preuves, de manière soit verticale (Kaiser Permanente en Californie, National Health System anglais), soit horizontale (Gesundes Kinzigtal en Allemagne, organisations de soins responsables [ACO] aux États-Unis, Intégreo en Belgique), les auteurs montrent comment on pourrait mettre en place une telle intégration au sein du système de santé en France. Partant des expériences pionnières, ils précisent l'échelle territoriale optimale, les freins à lever et les atouts à mobiliser, ainsi que les prérequis pour une généralisation d'un modèle intégré à l'échelle nationale. S.D.

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

LEMSAGUED F.
2022

Gestions Hospitalières(615): 247-249.

<https://gestions-hospitalieres.fr/la-resilience-des-systemes-de-sante-post-Covid/>

L'auteure s'intéresse ici d'abord à la notion de résilience des systèmes de santé et tente de décrire ses déterminants clés. Elle donne ensuite un aperçu sur les facteurs qui ont impacté la résilience des dispositifs de santé africains durant la pandémie de coronavirus et s'interroge, enfin, sur la façon dont les leçons tirées peuvent contribuer à booster la résilience et à améliorer la capacité des systèmes sanitaires à absorber des chocs futurs. Bien que cette crise ait généré une souffrance immense ainsi que des pertes de vies humaines, nous pouvons aussi en tirer des préceptes positifs, des outils performants, mais aussi, de la volonté aux niveaux national et africain d'agir aujourd'hui pour favoriser la reconstruction post-Covid-19.

► **Espagne : un modèle de santé intégrée en Euskadi**

MÉNIVAL S. ET MICHEL R.
2022

Les Tribunes de la santé 72(2): 39-46.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-2-page-39.htm>

L'organisation sanitaire intégrée (OSI) de la Bidassoa est un lieu d'observation significatif de la façon dont la pandémie de Covid-19 a secoué son système de

santé, parmi les plus avancés au monde en matière de développement des soins primaires. Sous les coups de butoir de la pandémie, des fragilités sont apparues, faisant appel à la nécessité de renforcer le suivi des populations encore insuffisamment sous les radars. L'OSI incite à repenser les politiques de santé et à développer une vision stratégique sur plusieurs fronts, à la fois politique, technologique et sociale.

► **Strategic Purchasing and Health Systems Resilience: Lessons From Covid-19 in Selected European Countries**

MONTÁS M. C., KLASA K., VAN GINNEKEN E., *et al.*
2022

Health Policy (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.06.005>

Strategic purchasing is a popular and frequently proposed policy for improving the efficiency and adaptive-ness of health systems. The Covid-19 pandemic shocked health systems, creating a test of the adaptability and resiliency of their key features. This research study explores (i) what role purchasing systems and agents played in the Covid-19 pandemic, (ii) if it was strategic, and (iii) how it has contributed to a resilient health system. We conducted a qualitative, comparative study of six countries in the European Union—focusing on three as in-depth case studies—to understand how and when strategic purchasers responded to seven clearly defined health system “shocks” that they all experienced during the pandemic. We found that every case country relied on the federal government to fund and respond to the pandemic. Purchasers often had very limited, and if any then only passive, roles.

► **A Reform Proposal From 2019 Aims to Improve Coordination of Health Services in Poland By Strengthening the Role of the Counties**

SAGAN A., KOWALSKA-BOBKO I., L., *et al.*
2022

Health Policy (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.06.006>

Numerous attempts have been undertaken over the past two decades to improve the coordination of health services in Poland. These have usually focused on specific groups of patients or conditions, usually encompassing various types of specialist care, with only a few initiatives including a wider range of health services

or sectors. These efforts have not been helped by the fragmentation of responsibilities between the various levels of territorial self-government, which are the founding bodies for different types of public providers. In 2019, a new policy initiative of the Ministry of Health proposed the establishment of County Health Centres that would improve integration of primary health care with specialist outpatient care, inpatient care in the county hospitals (hospitals of the 1st reference level), and other services at the level of the county. This

would constitute the so-called “core system of health security” and support reorientation of health services towards PHC and the community and away from specialist hospitals. With its focus on health promotion and disease prevention and tailoring provision to the needs of the local populations, the proposal resembles examples of population health models introduced in several other countries, and offers a chance to improve the allocation of resources and to reduce the persisting health disparities across the country.

Travail et santé

Occupational Health

Alam, S. A. et Bose, B. «Stepping into adulthood during a recession: Did job losses during the Great Recession impact health of young adults?» *Health Economics* (Ahead of print).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4535>

This is the first study to comprehensively examine the impact of job losses during the Great Recession on mental health, physical health, health behavior, and risky health behavior of young adults (ages 18–27). We employ U.S. longitudinal data with individual fixed effects to control for time-invariant factors that may bias the results. We find that job losses during the recession of young adults living by themselves led to increased onset of doctor-diagnosed mental health problems and worries related to jobs. Poorer individuals suffered more from increased worries, obesity, and binge drinking. In contrast, for those living with their parents, job loss of young adults did not negatively affect their own health. Instead, fathers’ job losses led to worse mental health, physical health, and health behavior for young adults. Overall, the results suggest that when living on their own, young adults were responsible for their households’ livelihood, and consequently, own job losses led to stress and negative health outcomes. However, when living with parents, they were financially reliant on their parents. Therefore, own job losses did not affect health, but job losses of fathers, the primary income earners for most households, worsened the health of young adults.

► **Les soignants de périnatalité face à la Covid-19 : stress, qualité de vie et préoccupations Perinatal caregivers coping with Covid-19 : stress, quality of life and concerns**

DUPOIRIER S., DANY L., TOSELLO B., *et al.*

2022

Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique 70(4): 183-189.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.04.002>

La première vague de pandémie de Covid-19 a généré un contexte de « risques » et d’incertitudes ainsi que des changements organisationnels chez les soignants de périnatalité français. Notre recherche visait donc à étudier l’impact psychosocial de cette première vague sur cette population. Méthode Nos participants (N=565) étaient invités à répondre à un questionnaire en ligne qui comprenait des questions sur divers indices de santé et qualité de vie au travail (p. ex. ProQoL, stress perçu) ainsi que des questions relatives à l’impact de la pandémie sur l’organisation du travail. Une question ouverte était aussi mobilisée pour recueillir les trois principales préoccupations perçues de nos participants en lien avec la situation sanitaire. Résultats En plus d’avoir souligné le caractère multifactoriel des préoccupations de nos participants, nos résultats montraient un effet du statut des professionnels et du type de maternité sur nos divers indices de santé et qualité de vie au travail. De plus, considérer que la pandémie a eu un impact sur l’organisation du travail et au sein des équipes était associé à des scores plus faibles de santé et qualité de vie au travail. Toutefois, déclarer des impacts positifs sur l’organisation (principalement en termes de réduction de l’intensité du travail) était

associé à des scores plus élevés de santé et qualité de vie au travail. Conclusion Nous proposons d'expliquer ce dernier résultat comme étant soit un effet réel de la pandémie sur l'organisation du travail, soit comme un phénomène de rationalisation cognitive.

► **Rapport 22-04. Médecine et santé au travail. Loi du 2 août 2021. Attractivité vers cette discipline**

GERAUT C. ET CHAMOUX A.

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine
206(5): 571-578.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.03.002>

La médecine et santé au travail est une victoire humaniste de notre époque. Elle est en danger : il existe une pénurie importante de médecins pour les deux métiers de médecin généraliste et de médecin du travail que l'on ne compensera pas en remplaçant les uns par les autres. Pour renforcer l'attractivité envers la médecine et santé au travail, il convient de fixer quelques principes de base : – la médecine du travail est une spécialité nécessitant une formation approfondie en toxicologie, pathologie professionnelle par organes et par métiers, physiologie du travail et ergonomie et, enfin, législation d'hygiène et sécurité ; – de nombreuses fonctions du médecin du travail ne peuvent absolument pas être remplies par d'autres acteurs sans qu'ils aient obligatoirement un enseignement approprié ; – le médecin généraliste peut rencontrer des situations qui font appel à la médecine du travail, notamment le dépistage de maladies professionnelles à son cabinet de ville, qui devraient conduire à des actions de prévention primaire et de réparation si la maladie s'est installée, mais aussi à la connaissance de facteurs d'environnement non-professionnels qui devraient faire partie de sa formation obligatoire. Il faut faciliter la relation professionnelle étroite entre médecin du travail et généraliste dans l'intérêt du patient et pour un bon exercice de la médecine du travail. Le dossier médical partagé ne peut être totalement disponible pour les différentes sortes de médecins, sans certaines garanties ; – le rôle des infirmiers du travail peut être étendu sous la responsabilité du médecin du travail, notamment en matière de vaccinations et d'entretiens infirmiers, mais seulement dans le cadre de délégations précises avec un protocole qui pourrait être national pour éviter trop de diversités locales ou régionales. La nouvelle loi du 2 août 2021 augmente les tâches et les responsabilités du médecin du travail

et augmente ainsi l'attractivité vers cette profession à condition que l'enseignement de la médecine et santé au travail soit présent et conséquent dans toutes les facultés de médecine, pour éviter le phénomène d'absence d'information sur une discipline passionnante, mais trop souvent méconnue ou non enseignée.

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

GOLDBERG M.

2022

Sciences sociales et santé 40(1): 31-39.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2022-1-page-31.htm>

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.

► **Chapitre 23. Cédric Megel, placer la collaboration et la participation au cœur des réflexions Covid et post-Covid dans la santé au travail**

GRANDCLAUDE D.

2022

In : [Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19]. Caen, EMS Editions: 274-283.

<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-274.htm>

Ce chapitre montre, à l'aide du témoignage de Cédric Megel, directeur du Service de Santé au Travail Sud Alsace (STSA), comment un service de santé au travail, situé à Mulhouse et donc dans l'épicentre de la première vague épidémique, réagit face à la crise de la Covid-19. Tout d'abord, opérationnellement et en pleine période de restrictions sanitaires pour développer un protocole de crise, puis stratégiquement, puisque STSA, sous l'impulsion de son management, n'hésite pas à se projeter, en dépit de la pandémie

et de ses nombreux aléas, dans l'élaboration de son projet stratégique futur. Par ce retour d'expérience, ce chapitre permet d'appréhender concrètement le détail de l'organisation de crise d'un service de santé au travail, en soulignant également le point de vue de ses adhérents, des entreprises et des salariés de la région Grand Est. Surtout, il insiste sur la capacité de ce service de santé au travail à ne pas poursuivre une procrastination, finalement assez logique et légitime, de son avenir dans cette période incertaine, mais à se projeter dans une profonde réflexion stratégique, introspective et collective.

► **High Job Flexibility and Paid Sick Leave Increase Health Care Access and Use Among US Workers**

HEGLAND T. A. ET BERDAHL T. A.

2022

Health Affairs 41(6): 873-882.

<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2021.01876>

Job flexibility is an important yet underresearched aspect of work that has implications for health care access and use. This study explored the impact of job flexibility, including both its informal aspects and access to paid sick leave, on health care access and use. We analyzed data from a nationally representative sample of US workers responding to the Medical Expenditure Panel Survey?Household Component during 2017?19, combined with occupational data from the Occupational Information Network database, version 25.0. Results showed that a one-unit increase in job flexibility was associated with a 2.15-percentage-point increase in the likelihood of having an office-based health care visit in the past year and a 2.42-percentage-point increase in the likelihood of having a usual source of care. Access to paid sick leave was associated with a 3.83-percentage-point increase in the likelihood of having an office-based health care visit. Black and Hispanic workers, as well as workers with low-wage jobs, had less job flexibility and less access to paid sick leave. Reforms that increase job flexibility and efforts by health care providers to better accommodate people with inflexible jobs could improve access, utilization, and equity.

► **Médecine du travail pour vivre heureux**

KHAYI N.

2022

Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(41): 10.

<https://cahiersdesante.fr/editions/medecine-du-travail-pour-vivre-heureux/>

L'auteur propose une analyse détaillée des conditions nécessaires pour que la médecine du travail devienne une véritable médecine de la santé au travail. Ces propositions font suite à une interpellation de l'association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux durant la campagne des élections présidentielles. Le Dr Khayi élargit la réponse à l'ensemble des travailleurs. Cette réponse met en cause la loi du profit.

► **Does a Working Day Keep the Doctor Away? a Critical Review of the Impact of Unemployment and Job Insecurity on Health and Social Care Utilisation**

LI K., LORGELLY P., JASIM S., *et al.*

2022

The European Journal of Health Economics (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01468-4>

While the negative impact of unemployment on health is relatively well established, the extent to which that impact reflects on changes in health and social care utilisation is not well understood. This paper critically reviews the direction, magnitude and drivers of the impact of unemployment and job insecurity on health and social care utilisation across different care settings. We identified 28 relevant studies, which included 79 estimates of association between unemployment/job insecurity and healthcare utilisation. Positive associations dominated mental health services (N = 8 out of 11), but not necessarily primary care (N = 25 out of 43) or hospital care (N = 5 out of 22). We conducted a meta-analysis to summarise the magnitude of the impact and found that unemployed individuals were about 30% more likely to use health services compared to those employed, although this was largely driven by mental health service use. Key driving factors included financial pressure, health insurance, social network, disposable time and depression/anxiety. This review suggests that unemployment is likely to be associated with increased mental health service use, but there is considerable uncertainty around primary and hospital

care utilisation. Future work to examine the impact across other settings, including community and social care, and further explore non-health determinants of utilisation is needed. The protocol was registered in PROSPERO (CRD42020177668).

► **Risk Factors For Burnout and Depression in Healthcare Workers: The National AMADEUS Study Protocol**

LUCAS G., COLSON S., BOYER L., *et al.*

2022

Encephale 48(3): 247-253.

Burnout is an international phenomenon defined as a state of professional exhaustion. It can lead to depression and have major economic and organizational impacts. Previous studies of healthcare professionals in France have focused on physicians, but none to date have explored other healthcare professions. The main objective of our study is to determine the prevalence of burnout among healthcare workers. The secondary objectives are to explore the associations of burnout with professional and psycho-social factors and the risk of depression, professional harassment, sexual harassment, sexual-orientation based discrimination, consumption of antidepressants, anxiolytics and also the lifestyle of the individual: smoking, alcohol consumption, coffee consumption, physical activity and sleep quality. The survey will take the form of a voluntary and anonymous online questionnaire carried out on the FramoForm1® platform and will be disseminated via social networks, professional networks and mailings. STUDY POPULATION: Senior doctors, interns, directors of care, nurses, head nurses and senior head nurses, physiotherapists and occupational therapists, dieticians, radiology technicians, laboratory technicians, psychologists, nurses' aides, auxiliary nurses and midwives will be included. Burnout will be measured with the Maslach Inventory burnout (MBI) questionnaire, work environment with the Karasek questionnaire and anxiety, depression risk with the Center for Epidemiologic Studies- Depression (CES-D), physical activity with the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) and sleep quality with the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). ETHICS: This protocol has been accepted by the ethical committee (IRB n°C08/21.01.06.93911, CNIL). Based on international studies, we expect a high rate of burnout with disparities according to profession, socio-demographic data, seniority and type of service. We also expect a significant rate of untreated depression. This study will

provide evidence for policy makers to implement collective strategies to reduce burnout and depression in the different populations studied.

► **Le fonds d'indemnisation des victimes des pesticides ou l'émergence d'un nouveau régime de maladies professionnelles**

RIVOLLIER V.

2022

Droit Social(5): 449-460.

Mis en place depuis le 1^{er} janvier 2020, le fonds d'indemnisation des victimes des pesticides constitue un régime de maladie professionnelle renouvelé du point de vue des travailleurs. En effet, il centralise l'appréciation du caractère professionnel de la pathologie et permet une harmonisation des prestations en offrant aux assurés les moins couverts - exploitants agricoles - un complément d'indemnisation. A l'égard des enfants, exposés de manière prénatale aux pesticides en raison de l'activité professionnelle de leurs parents, qui ne bénéficient pas de l'assurance obligatoire contre les risques professionnels, une prise en charge originale est prévue à travers une indemnisation forfaitaire.

► **Burden of Cardiovascular Diseases and Depression Attributable to Psychosocial Work Exposures in 28 European Countries**

SULTAN-TAÏEB H., VILLENEUVE T., CHASTANG J.-F., *et al.*

2022

European Journal of Public Health 32(4): 586-592.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac066>

This study aimed to estimate the annual burden of cardiovascular diseases and depression attributable to five psychosocial work exposures in 28 European Union countries (EU28) in 2015. Based on available attributable fraction estimates, the study covered five exposures, job strain, effort-reward imbalance, job insecurity, long working hours and workplace bullying; and five outcomes, coronary/ischemic heart diseases (CHD), stroke, atrial fibrillation, peripheral artery disease and depression. We estimated the burden attributable to each exposure separately and all exposures together. We calculated Disability-Adjusted Life Years (DALY) rate per 100 000 workers in each country for each outcome attributable to each exposure and

tested the differences between countries and between genders using the Wald test. The overall burden of CHD attributable to the five studied psychosocial work exposures together was estimated at 173 629 DALYs for men and 39 238 for women, 5092 deaths for men and 1098 for women in EU28 in 2015. The overall burden of depression was estimated at 528 549 DALYs for men and 344 151 for women (respectively 7862 and 1823 deaths). The three highest burdens in DALYs in EU28

in 2015 were found for depression attributable to job strain (546 502 DALYs), job insecurity (294 680 DALYs) and workplace bullying (276 337 DALYs). Significant differences between countries were observed for DALY rates per 100 000 workers. Such results are necessary as decision tools for decision-makers (governments, employers and trade unions) when defining public health priorities and work stress preventive strategies in Europe.

Veille scientifique en économie de la santé

Ageing

► L'effet de la réforme des retraites de 2010 sur l'absence maladie

BEN HALIMA M. A., CIRIEZ C., KOUBI M., *et al.*
2022

Revue française d'économie XXXVII(1): 81-163.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2022-1-page-81.htm>

En 2010, la France a réformé son système de retraite en augmentant de 2 ans l'âge d'ouverture des droits avec une période de transition relativement courte, ne s'étendant qu'entre les générations 1950 et 1955. Si l'objectif affiché est bien l'augmentation de l'offre de travail des seniors et la réduction du déficit des caisses de l'assurance retraite, plusieurs études montrent que ce type de réforme engendre aussi des effets induits en termes de recours à des régimes alternatifs tels que le chômage ou l'invalidité. Dans cet article, nous mobilisons la base administrative Hygie 2005-2015 pour explorer un autre de ces effets indirects : celui sur les absences maladie. Si un tel effet s'avérait important, cela impliquerait que le gain de réduction du déficit des caisses d'assurance retraite, s'accompagne d'un surcoût pour l'assurance maladie, lié à l'augmentation des indemnités journalières à payer. Nous considérons alternativement diverses mesures de l'absence maladie et montrons que la réforme des retraites a bel et bien entraîné une augmentation de la probabilité d'avoir au moins un arrêt maladie (+1,7 point de pourcentage) et du nombre annuel de jours d'arrêts maladie (+1 jour) et ce, pour l'ensemble de la population, mais avec des effets différenciés selon le genre : plus prononcés pour les femmes s'agissant de la probabilité d'arrêt et du nombre d'arrêts, ils le sont moins

s'agissant de la durée de ces arrêts (+0,7 jour pour les femmes et +1,3 jour pour les hommes).

► Effets des mesures sanitaires de confinement sur la prévalence des chutes chez les personnes résidant en Ehpad : Étude observationnelle transversale rétrospective dans un groupe associatif de 19 Ehpad en Haute-Garonne

BISMUTH M., SIDOBRE V., COTIGNIES F. D., *et al.*
2022

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(4): 180-187.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/effets_des_mesures_sanitaires_de_confinement_sur_la_prevalence_des_chutes_chez_les_personnes_residant_en_ehpad_etude_observationnelle_transversale_retrospective_dans_un_groupe_associatif_de_19_ehpad_en_haute_garonne_322679/article.phtml

D'après un rapport de la Drees (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques) écrit en 2017 et portant sur l'année 2015, 728 000 personnes fréquentent en France un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus, et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Huit sur dix sont accueillies en Ehpad. Les chutes représentent une cause fréquente d'entrée en Ehpad. Elles aboutissent souvent à une perte d'indépendance et à une augmentation de la morbi-mortalité. Elles sont la cinquième cause de décès chez la personne âgée. Quel a pu être l'impact possible des mesures de confinement ?

► **Simulation d'un « test de résistance » au prisme de la protection des personnes âgées en France : neuf principes mis en danger par le système de santé et d'assurance maladie**

CHEVREAU L. ET BRÉCHAT P.-H.
2022

Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM) 31(1): 35-49.

<https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2022-1-page-35.htm>

Il faut tirer la sonnette d'alarme car la simulation d'un « test de résistance » au prisme de la protection des personnes âgées en France tend à montrer que le système de santé et d'assurance maladie met en danger les neuf principes choisis. Les principes fondamentaux du droit à la santé sont bouleversés par le système de santé et d'assurance maladie. Le principe de liberté est en trompe l'œil, des menaces pesant sur le libre choix de son praticien ainsi que sur la démocratie sanitaire. Les principes d'égalité, de solidarité et de fraternité sont remis en cause en même temps que les principes de dignité, de respect de l'autonomie, de bienfaisance et de justice sont en danger. En plus de ces neuf principes, de nombreux paragraphes, dont le principe de non-rétrogradation de l'Observation générale n° 14 (2000) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, ne semblent pas atteints par la politique de santé menée par la France. Ces principes bouleversés et ce bilan global préoccupant sont en faveur de la mise en place en urgence d'une stratégie et d'un plan d'action nationaux en matière de santé des personnes âgées, au sein d'une politique nationale de santé pour toute la population favorisant le « meilleur état de santé susceptible d'être atteint ». D'autant plus que la pandémie de la Covid-19 n'est pas terminée et que les personnes âgées ont déjà été particulièrement affectées.

► **'Investing' in Care For Old Age? an Examination of Long-Term Care Expenditure Dynamics and Its Spillovers**

COSTA-FONT J. ET VILAPLANA-PRIETO C.
2022

Empirical Economics (Ahead of print).

<https://doi.org/10.1007/s00181-022-02246-0>

We study the dynamic drivers of expenditure on long-term care (LTC) programmes, and more specifically, the effects of labour market participation of traditional unpaid caregivers (women aged 40 and older) on LTC spending, alongside the spillover effects of a rise in LTC expenditure on health care expenditures (HCE) and the economy (per capita GDP). Our estimates draw from a panel of more than a decade worth of expenditure data from a sample of OECD countries. We use a panel vector auto-regressive (panel-VAR) system that considers the dynamics between the dependent variables. We find that LTC expenditure increases with the rise of the labour market participation of the traditional unpaid caregiver (women over 40 years of age), and that such expenditures rise exerts large spillover effects on health spending and the economy. We find that a 1% increase in female labour participation gives rise to a 1.48% increase in LTC expenditure and a 0.88% reduction in HCE. The effect of LTC spending over HCE is mainly driven by a reduction in inpatient and medicine expenditures, exhibiting large country heterogeneity. Finally, we document significant spillover effects of LTC expenditures on per capita GDP.

► **Gouverner le pouvoir discrétionnaire des street-level bureaucrates. Le cas de la mise en œuvre de l'APA**

DUSSUET A., LEDOUX C. ET SONNET C.
2022

Revue française des affaires sociales(2): 67-89.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-2-page-67.htm>

À partir d'une étude de cas sur la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ce texte analyse la façon dont une street-level organization peut contribuer à encadrer le pouvoir discrétionnaire des agents chargés de la mise en œuvre d'une politique sociale. S'appuyant sur une enquête par entretiens menée dans un département français entre 2017 et 2019, il montre comment les politiques de recrutement, de division du travail et les outils informatiques en place dans les services influencent le pouvoir dis-

création des agents à dépenser, à gérer le temps, à fabriquer du consentement et comment ces politiques peuvent déterminer l'expérience de l'État social par le public.

► **Loneliness of Residents in Retirement Homes During the Covid-19 Crisis**

EL HAJ M. ET GALLOUJ K.
2021

Encéphale 48(4): 477-479.

In their effort to prevent the spread of infections, retirement homes have been forced to limit physical interaction between residents and the outside world and to drastically reduce their residents' activities, decisions which are likely to increase loneliness in residents. To investigate this issue, we evaluated loneliness in patients with Alzheimer's disease (AD) living in retirement homes in France during the Covid-19 crisis. The study included 63 participants with mild AD. Participants were invited to complete the following statement «During the social distancing, I feel» with one of the three options: not at all alone, somewhat alone, or very alone. Most of the participants answered «somewhat alone», suggesting a significant level of loneliness during the crisis. While it serves to prevent infections, social distancing in retirement homes is likely to result in significant loneliness in residents. Because loneliness may increase cognitive decline in AD, it is pressing to prepare social programs/activities that promote contact between residents of retirement homes and the outside world as soon as the confinement is lifted.

► **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 soins et services aux personnes âgées au Québec**

HÉBERT R.
2022

Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM) 31(1): 62-68.

<https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2022-1-page-62.htm>

Le Québec présente un vieillissement accéléré de sa population. Son système de soins, élaboré dans les années soixante, est de type beveridgien financé par les impôts et dont les prestataires sont surtout des organisations publiques. Le Québec compte plusieurs atouts pour répondre aux besoins d'une population âgée : intégration du sanitaire et du social, établissements publics dédiés aux services de première ligne et aux soins à domicile (CLSC), mécanisme d'intégration des services éprouvé. Cependant, au cours des vingt dernières années, des réformes de structures successives ont créé des établissements régionaux regroupant toutes les missions de santé et services sociaux autour des hôpitaux. Ces réformes ont marginalisé les services aux personnes âgées et, paradoxalement, fragilisé les mécanismes d'intégration des services. La pandémie a illustré de façon tragique la nécessité d'améliorer les services aux personnes âgées à domicile et en institutions, de décentraliser les structures et de réformer le financement des services de longue durée.

► **Intensity of Covid-19 in Care Homes Following Hospital Discharge in the Early Stages of the UK Epidemic**

HOLLINGHURST J., NORTH L., EMMERSON C., *et al.*
2022

[Age and Ageing 51\(5\).](#)

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac072>

Defining features of the Covid-19 pandemic in many countries were the tragic extent to which care home residents were affected and the difficulty in preventing the introduction and subsequent spread of infection. Management of risk in care homes requires good evidence on the most important transmission pathways. One hypothesised route at the start of the pandemic, prior to widespread testing, was the transfer of patients from hospitals that were experiencing high levels of nosocomial events. We tested the hypothesis that hospital discharge events increased the intensity of care home cases using a national individually linked health record cohort in Wales, UK. We monitored 186,772 hospital discharge events over the period from March to July 2020, tracking individuals to 923 care homes and recording the daily case rate in the homes populated by 15,772 residents. We estimated the risk of an increase in case rates following exposure to a hospital discharge using multi-level hierarchical logistic regression and a novel stochastic Hawkes process outbreak model. In regression analysis, after adjusting for care home size, we found no significant association between hospital discharge and subsequent increases in care home case numbers (odds ratio: 0.99, 95% CI: 0.82, 1.90). Risk factors for increased cases included care home size, care home resident density and provision of nursing care. Using our outbreak model, we found a significant effect of hospital discharge on the subsequent intensity of cases. However, the effect was small and considerably less than the effect of care home size, suggesting the highest risk of introduction came from interaction with the community. We estimated that approximately 1.8% of hospital discharged patients may have been infected. There is growing evidence in the UK that the risk of transfer of Covid-19 from the high-risk hospital setting to the high-risk care home setting during the early stages of the pandemic was relatively small. Although access to testing was limited to initial symptomatic cases in each care home at this time, our results suggest that reduced numbers of discharges, selection of patients and action taken within care homes following transfer all may have contributed to the mitigation. The precise key transmission routes from the community remain to be quantified.

► **Legal Restrictions and Mitigation Strategies Amongst a Disabled Population During Covid-19**

KANG T. S. ET GOODWIN R.
2022

[Social Science & Medicine 305: 115051.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115051>

The impact of physical disability on protective behaviors during Covid-19 has been little studied. This retrospective study compared the self-declared behaviors of 699 people with disabilities before and after the relaxation of Covid-19 restrictions in England. We found that people with disabilities in England showed high compliance with protective behaviors and mitigation strategies during a period of legal restrictions. Following the lifting of restrictions, respondents engaged in less social mixing, fewer distancing and hygiene behaviors and were less likely to use face coverings. Hierarchical regressions revealed that socio-economic status, age, and gender moderated protective behaviors: while those with higher socio-economic status were more relaxed with regard to hygiene and distancing behaviors, they were more cautious about mixing with others after the end of restrictions. Age, (male) gender, and being unvaccinated were positively associated with relaxation in the use of facemasks in public places, not needing a carer with fewer out-of-home visits. Taken together these findings suggest that the removal of restrictions had an unequal impact on the population of England, placing a disproportionate burden on some people with disabilities.

► **Association Between Multimorbidity and Hospitalization in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis**

RODRIGUES L. P., DE OLIVEIRA REZENDE A. T., DELPINO F. M., *et al.*
2022

[Age and Ageing 51\(7\).](#)

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac155>

Multimorbidity is defined as the presence of multiple chronic conditions in the same individual. Multimorbidity is more prevalent in older adults and can lead to several adverse health outcomes. We systematically reviewed evidence from observational studies to verify the association between multimorbidity and hospitalization in older adults. Furthermore, we also aimed to identify whether it changes according to

gender, advanced age, institutionalization, and wealth of the country of residence. We searched the PubMed, Embase and Scopus databases from December 2020 to April 2021. The analysed outcomes were as follows: hospitalization, length of stay and hospital readmission. Of the 6,948 studies identified in the databases, 33 were included in this review. From the meta-analysis results, it was found that multimorbidity, regardless of the country's wealth, was linked to hospitalization in older adults (OR = 2.52, CI 95% = 1.87–3.38). Both definitions of multimorbidity, ≥ 2 (OR = 2.35, 95% CI = 1.34–4.12) and ≥ 3 morbidities (OR = 2.52, 95% CI = 1.87–3.38), were associated with hospitalization. Regardless of gender, multimorbidity was associated with hospitalization (OR = 1.98, 95% CI = 1.67–2.34) and with readmission (OR = 1.07, 95% CI = 1.04–1.09). However, it was not possible to verify the association between multimorbidity and length of stay. Multimorbidity was linked to a higher hospitalization risk, and this risk was not affected by the country's wealth and patient's gender. Multimorbidity was also linked to a higher hospital readmission rate in older adults.

Index des auteurs Author index

A

Alegria M.....	49
Allen T. L.	65
Amad A.....	50
Amri K.....	64
Armand A. O.....	54
Armstrong D.	61
Asheim A.	29
Attal K.	58
Aujard Y.	23
Austad B.....	31
Autès-Tréand E.	42

Boyer L.....	70
Bradley E. H.	16
Bras P.-L.....	64
Bréchat P.-H.	65, 72
Breton H.	44
Breton M.....	58
Breton T.	40
Brezovski V.....	65
Bricard D.	35
Brixi O.....	65
Brunois T.	33
Brütt A. L.....	40
Buchanan J.....	19
Busso M.	14

B

Badanta B.....	32
Bajos N.....	34
Balestat G.....	60
Basu R.	15
Bates B.....	23
Baumann L. A.	40
Bekker M.	39
Belita E.	40
Bell A.....	43
Bell-Aldeghi R.....	16
Ben Halima M. A.....	71
Benkhoucha C.....	47
Ben Moussa A.	57
Bennis F.-Z.	34
Berdahl T. A.	69
Berger E.	26
Bero L.....	37
Bertrand M.....	38
Bhole M.....	59
Bignami-Van Assche S.....	26
Bilal U.....	24
Bismuth M.....	71
Blanchard P.-Y.....	59
Blanco-Cazeaux I.....	32
Bonnebond H.....	21
Bonnet-Zamponi D.....	64
Boulekouane J.	33
Bouraly V.	21
Bourgueil Y.....	58

C

Cabarrot P.....	28
Calderón Bernal L. P.	32
Carine V.	52
Carlsen F.	29
Carlsson A. C.	51
Casanova G.....	25
Celse J.....	55
Chamoux A.	68
Chan D. N. S.....	45
Chaput J.	32
Chastang J.-F.	70
Cheong M. W. L.....	21
Chevreau L.	72
Chouvel R.	14
Chow R. D.	16
Cintrat M.	21
Ciriez C.....	71
Clark D.....	43
Claudet I.	23
Clemens T.....	42
Cohen J. F.....	23
Cohidon C.....	58
Coletta L.	48
Collis A.	38
Colson S.....	70
Communier A.....	45
Coniel M.....	28
Constantinou P.....	16

Corazza I.....	48
Cornec N.....	47
Costa-Font J.....	72
Cotignies F.....	71
Cremer H.....	17
Cruz-Gonzalez M.....	49
Cullinan J.....	46
Curto V.....	59
Czabanowska K.....	42

D

Dany L.....	67
Davis C.....	63
Davis K.....	30
Decamp A.....	38
Decuman S.....	33
Deloffre S.....	50
Delpino F. M.....	74
Denis J.....	52
Denis P.....	20
de Oliveira Rezende A. T.....	74
Dergham M.....	33
Desborough J.....	61
Destais N.....	43
Dethou V.....	27
de Visme S.....	23
de Vries L. P.....	24
Di Ciaccio M.....	57
Dourgnon P.....	33
Downing J.....	30
Druart M.-C.....	59
Dubois T.....	40
Duckworth H.....	30
Dufour A. C.....	17
Dufour M.....	49
Dumais Michaud A.-A.....	49
Dupoirier S.....	67
Dussuet A.....	72

E

Eberwein J. D.....	35
Eckhardt H.....	26
Ecoffey C.....	64
Elek P.....	45
El Haj M.....	73
El Hakmaoui F.....	58
El Saïr P.....	65

Emmerson C.....	74
Espín J.....	48
Etilé F.....	44

F

Fadgyas-Freyler P.....	45
Farnarier C.....	46
Faure N.....	21
Féliu F.....	55
Ferchakhi W.....	14, 55
Fernández-García E.....	32
Fernández-Pérez A.....	50
Fischer A.....	54
Forte G. J.....	61
Francetic I.....	32, 60

G

Gaggero A.....	50
Gaillard A.....	27
Gaille M.....	57
Gallouj K.....	73
Ganguli I.....	63
García-Lorenzo B.....	27
García-Mochón L.....	48
Garimella K.....	38
Gastaldi-Ménager C.....	16, 20
Gauthey J.....	21
Gautier S.....	60
Geraut C.....	68
Ghazalbash S.....	73
Ghio D.....	26
Ghosn W.....	22
Gibson J.....	60
Gilliaux M.....	64
Gilmore K. J.....	48
Goldberg M.....	68
González-Cano-Caballero M.....	32
González H. M.....	18
Gonzalez M. P.....	14
Goodwin R.....	74
Gooset F.....	42
Gosselin A.....	34
Goto R.....	18
Grandclaude D.....	68
Graux C.....	38
Grolleau G.....	55
Gross C. P.....	16

Guillot M.	22
Gurtner E.	27
Guthrie B.	20

H

Haakenstad A.	13
Habran Y.	27
Haderi A.	47
Hagenaars L. L.	17
Hassambay R.	34
Hébert R.	73
Hegland T. A.	69
Hek K.	15
Hilderink H.	39
Hollinghurst J.	74
Horn M.	50
Hulin P.	50

I

Ifrah N.	40
Irvine C. M. S.	13

J

Jasim S.	69
Jenkins D.	18
Jeurissen P. P. T.	17
Jiménez-Rubio D.	50
Jones L.	57
Joosse I. R.	37
Julia C.	44
Julien G.	52
Jupille J.	50
Jusot F.	33
Juston Morival R.	55

K

Kakietek J. J.	35
Kang T. S.	74
Kappelin C.	51
Kato H.	18
Kessel N.	56
Khayl N.	69
Khlat M.	22, 35

Kikuchi H.	51
Klasa K.	66
Knight M.	13
Koleva-Kolarova R.	19
Kono Abe J.-M.	28
Koubi M.	71
Kowalska-Bobko I.	66

L

Lafitte J.	44
Lafortune G.	60
Lapostolle F.	53
Lavergne M. R.	62
Law B. M. H.	45
Lea A. P.	62
Lebée-Thomas É.	65
Le Bodo Y.	44
Leclerc C.	25
Ledésert B.	25
Ledesma-Cuenca A.	23
Ledoux C.	72
Le Duigou S.	19
Legendre B.	19
Legleye S.	35
Lego G.	56
Legrand J.	52
Le Guern M.	16
Le Hénaff Y.	55
Lemieux A. J.	49
Lemsagued F.	66
Lerique F.	25
Létourneau L.	15
Li K.	69
Lim K. S.	19
Lim Y. H.	21
Lin T. K.	19
Linval F.	53
Li R.	24
Lissouck E. A.	28
Liu H.	15
Lopez R.	25
Lorette A.	39
Lorgelly P.	69
Lozachmeur J.-M.	17
Lucas G.	70
Lucchelli J. P.	39

M

Machida M.	51
Maksimovic T.	53
Malley I. S.	49
Malone A.	65
Marchand C.	45
Marie S.	52
Mariette A.	36
Marsaudon A.	33
Martinet-Kosinski F.	41
Matenge S.	61
Matheï C.	63
Maudet M.	39
Maurice A.	45
Max S.	55
Ma Y.	61
McCulley E.	24
McKay M.	62
Ménival S.	66
Meriaux M.	52
Mezo P. G.	52
Michel R.	66
Miller A.	40
Milstein R.	62
Moehring A.	38
Montanés A.	23
Montangon M.	28
Montás M. C.	66
Moran P.	46
Morgand C.	28
Morin F.	21
Mosnier É.	46
Mosnier M.	46
Moura A.	29
Mowbray F.	73
Munford L.	20

N

Na L.	52
Neil-Sztramko S. E.	40
Neumayer E.	44
Nilsen S. M.	29
Nobre T.	29 , 30
North L.	74

O

Okeke E. N.	62
Ouarad G.	53

P

Palier B.	56
Panteli D.	41
Pape K.	31
Paquier F.	36
Pellet R.	33
Pelt D. H. M.	24
Perl F.	33
Pierronnet R.	25
Pines R.	57
Piroddi R.	30
Pirson M.	42
Pitti L.	36
Plach S.	53
Plisson G.	50
Plümper T.	44
Pontier J.	41
Poon C.	47
Probert A.	30
Pussig B.	63

R

Rachas A.	20
Rakotondranaivo A.	31
Ramel V.	42
Ramerman L.	15
Ray M.	60
Reichebner C.	41
Reinhold A. K.	40
Renaud T.	27
Reumers L.	39
Reynolds M. M.	36
Richardson E.	13
Riegel L.	57
Rivollier V.	70
Rodrigues L. P.	74
Roediger A.	47
Rombey T.	41
Rondon J.	47
Rousseau A.	60
Ruhnke S. A.	36
Rwegera B.	34

S

Sagan A.	66
Saurel-Cubizolles M.-J.	23

Scartascini C.....	14
Schmutz L. M.....	62
Schumacher C.....	31
Senn N.	58
Seret J.....	42
Shao Y. R.....	23
Shatrov K.	62
Sheeran N.	57
Sidobre V.....	71
Siesic M.....	36
Simón-Fernández M. B.....	23
Singh I.	30
Siranyan V.....	21
Sirven N.	16
Song Q.....	23
Sonnet C.	72
So W. K. W.....	45
Soyer M.....	21
Špacírová Z.....	48
Spire A.....	39
Spooner S.....	60
Stacey N.	35
Stickel A.	18
Stilianakis N. I.....	26
Sturgiss E.	61
Sultan-Taïeb H.....	70
Svedahl E. R.....	31

T

Terral P.	57
Toffolutti V.....	53
Tordrup D.....	37
Tosello B.....	67
Tresa E.....	42
Trinh N. T. H.....	23
Trottet L.	25
Tsuji T.....	18
Tuppin P.....	16
Turner A. J.....	32

V

Valadaud R.	21
Vandelanotte S.	63
van der Welle C.....	15
Van de Weijer M. P.....	24
van Ginneken E.	66
Váradi B.	45

Vellekoop H.....	19
Vhatard H.....	64
Vilaplana-Prieto C.....	72
Villalonga-Olives E.....	54
Villeneuve T.....	70

W

Wachtler C.....	51
Warszawski J.....	34
Watkinson R.....	32
Werner K.	19
Whitelaw S.....	43
Wilding A.	20
Wilson F. A.....	36
Wind T. R.....	54
Winkelmann J.	26
Witter S.	19

Y

Yang L.....	52
Yang Z.	63
Yap W. A.	19
Yip W.....	19
Yong A. S. J.....	21

Z

Zargoush M.....	73
-----------------	----

