

# Veille scientifique en économie de la santé

## *Watch on Health Economics Literature*

***Septembre 2023 / September 2023***

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>Environmental Health</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

## Présentation

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

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

La collection des numéros de Veille scientifique en économie de la santé (anciennement intitulé Doc Veille) est consultable sur le site internet de l'Irdes : [www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://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](http://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](http://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](http://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  
21-23, rue des Ardennes - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

# Sommaire Contents

## Assurance maladie Health Insurance

- 13 **Ce que contient vraiment l'AME, pour en finir avec les clichés sur le tourisme médical**  
Dasinieres L.
- 13 **Changes in Health Coverage During the Covid-19 Pandemic**  
Jacobs P. D. et Moriya A. S.
- 13 **The Efficient Moral Hazard Effect of Health Insurance: Evidence From the Consolidation of Urban and Rural Resident Health Insurance in China**  
Li Y., Li L. et Liu J.
- 13 **Minimum Generosity Levels in a Competitive Health Insurance Market**  
Remmerswaal M., Boone J. et Douven R.

## E-santé – Technologies médicales E-health – Medical Technologies

- 14 **La fonction thérapeutique du numérique dans les soins pour les personnes âgées**  
Asvazadourian R.
- 14 **Outils numériques et confinement en temps de pandémie Covid-19**  
Gauci J.-L. et Les équipes des services de l'ESMPI-MGEN
- 14 **The Credibility of Physician Rating Websites: A Systematic Literature Review**  
Guetz B. et Bidmon S.
- 14 **La sécurité sociale à l'ère du numérique**  
He L.

## Économie de la santé Health Economics

- 15 **Projecting the Health and Economic Burden of Cardiovascular Disease Among People with Type 2 Diabetes, 2022–2031**  
Abushanab D., Marquina C., Morton J. I., et al.

- 15 **The Impact of Performance-Based Financing Within Local Health Systems: Evidence From Mozambique**  
Anselmi L., Ohrnberger J., Fichera E., et al.
- 15 **The Social Value of Health: Amenable Deaths and Estimated the Gap with the Life Expectancy Frontier**  
Becchetti L., Conzo G. et Trovato G.
- 16 **Lifetime Direct Healthcare Costs of Treating Colorectal Cancer: A Systematic Review**  
Bhimani N., Wong G. Y. M., Molloy C., et al.
- 16 **Who Benefits From Quality Competition in Health Care? a Theory and a Laboratory Experiment on the Relevance of Patient Characteristics**  
Brosig-Koch J., Hehenkamp B. et Kokot J.
- 16 **The Short-Term Effects of Fixed Copayment Policy on Elderly Health Spending and Service Utilization: Evidence From South Korea's Age-Based Policy Using Exact Date of Birth**  
Han S. et Sohn H.
- 17 **Out-Of-Pocket Medical Expenditures in the Redesigned Current Population Survey: Evaluating Improvements to Data Processing**  
Jackson H. et Keisler-Starkey K.
- 17 **The Impact of Value-Based Payment Models For Networks of Care and Transmural Care: A Systematic Literature Review**  
Leao D. L. L., Cremers H.-P., Van Veghel D., et al.
- 17 **Association of Pay-For-Performance Reimbursement with Clinical Quality For Minnesota Nursing Homes Residents**  
Loomer L., Dauner K. N. et Schultz J.
- 17 **Assessing Taiwan's Pay-For-Performance Program For Diabetes Care: A Cost-Benefit Net Value Approach**  
Lu J.-f. R., Chen Y. I., Eggleston K., et al.
- 18 **Future Medical and Non-Medical Costs and Their Impact on the Cost-Effectiveness of Life-Prolonging Interventions: A Comparison of Five European Countries**  
Mokri H., Kvamme I., de Vries L., et al.

- 18 **Is Value-Based Healthcare a Strategy to Achieve Universal Health Coverage that Includes Oral Health? an Australian Case Study**  
Nguyen T. M., Bridge G., Hall M., et al.
- 18 **Catastrophic Health-Care Payments and Multidimensional Poverty: Are They Related?**  
Pinilla-Roncancio M., Amaya-Lara J. L., Cedeño-Ocampo G., et al.
- 19 **Income-Related Inequality in Out-Of-Pocket Health-Care Expenditures Under Taiwan's National Health Insurance System: An International Comparable Estimation Based on a System of Health Accounts**  
Pu C., Lee M.-C. et Hsieh T.-C.
- 19 **Effects of Performance-Based Capitation Payment on the Use of Public Primary Health Care Services in Indonesia**  
Sambodo N. P., Bonfrer I., Sparrow R., et al.
- 20 **Effects of Individual and Neighborhood Social Risks on Diabetes Pay-For-Performance Program Under a Single-Payer Health System**  
Tsai W.-C., Huang K.-H., Chen P.-C., et al.
- 20 **Should We Adjust Health Expenditure For Age Structure on Health Systems Efficiency? a Worldwide Analysis**  
Vasco Santos J., Santos-Martin F., Pestana J., et al.
- 21 **Trends in Out-Of-Pocket Expenditure on Facility-Based Delivery and Financial Protection of Health Insurance: Findings From Vietnam's Household Living Standard Survey 2006–2018**  
Vu P. H., Sepehri A. et Tran L. T. T.

## Environnement et santé *Environmental Health*

---

- 21 **Éco-santé. Pour la transformation écologique du système de santé**  
Marraud L. et Yven R.
- 21 **L'environnement, les maladies et le système de santé**  
Slama R.
- 22 **Climate Change and Australian General Practice Vocational Education: A Cross-Sectional Study**  
Wild K., Tapley A., Fielding A., et al.

## État de santé *Health Status*

---

- 22 **Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête Escapad 2022**  
OFDT
- 22 **La santé sexuelle des hommes trans : entre problèmes de catégorisation et invisibilisation**  
Rivest L.-P.
- 23 **Impact of the First Wave of the Covid-19 Pandemic on French Health Students**  
Rolland F., Frajerman A., Falissard B., et al.
- 23 **Breast Cancer Mortality in 500 000 Women with Early Invasive Breast Cancer in England, 1993-2015: Population Based Observational Cohort Study**  
Taylor C., McGale P., Probert J., et al.
- 24 **Risk Factors Associated with Post-Covid-19 Condition: A Systematic Review and Meta-Analysis**  
Tsampasian V., Elghazaly H., Chattopadhyay R., et al.
- 24 **Évolution de la prévalence et de l'incidence de la dysphorie de genre en France depuis 2013 à partir des bases médico-administratives**  
Tugaye A., Ernoult E., Vitu V., et al.
- 24 **Falling Behind: The Growing Gap in Life Expectancy Between the United States and Other Countries, 1933–2021**  
Woolf S. H.

## Géographie de la santé *Geography of Health*

---

- 25 **Le trajet médian domicile travail augmente de moitié en vingt ans pour les habitants du rural**  
Chaumeron S. et Lecroart A.
- 25 **L'impact du zonage conventionnel sur la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux en France**  
Duchaine F., Chevillard G. et Mousquès J.
- 26 **La fabrique territoriale de la santé**  
Ginot L. et Verdier A.

- 26 **Is the Neighbourhood Context Important For a Tobacco Retailer Proximity Policy?**  
Marsh L., Iosua E., Parkinson L., et al.
- 26 **Disparities in Geospatial Patterns of Cancer Care Within Urban Counties and Structural Inequities in Access to Oncology Care**  
McGee-Avila J. K., Richmond J., Henry K. A., et al.
- 26 **Measuring Small-Area Level Deprivation in Belgium: The Belgian Index of Multiple Deprivation**  
Otavova M., Masquelier B., Faes C., et al.
- 27 **Rapport 23-11. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes**  
Queneau P. et Ourabah R.
- 27 **Exploring Community Engagement in Place-Based Approaches in Areas of Poor Health and Disadvantage: A Scoping Review**  
Rong T., Risteovski E. et Carroll M.

## Handicap Disability

---

- 28 **The Impact of Disability Insurance Reassessment on Healthcare Use**  
Badji S., Kavanagh A. et Petrie D.
- 28 **L'accès aux soins pour les Sourds. Première partie : Les dispositifs internationaux**  
Hind M., Thibaut C., Hervé B., et al.
- 28 **Handicap psychique et fracture numérique. Quelles solutions pour favoriser l'inclusion sociale ?**  
Soto S. et col

## Hôpital Hospitals

---

- 29 **“The Reputation Premium”: Does Hospital Ranking Improvement Lead to a Higher Healthcare Spending?**  
Chen J. et Wang C.

- 29 **Healthcare Utilization Patterns For Knee or Hip Osteoarthritis Before and After Changes in National Health Insurance Coverage: A Data Linkage Study**  
Dros J. T., Van Dijk C. E., Bos I., et al.
- 30 **L'attractivité de l'hôpital public**  
Gerain-Breuzard M.-N., Richard I., Fournier A., et al.
- 30 **Socioeconomic Differences in Older Adults' Unplanned Hospital Admissions: The Role of Health Status and Social Network**  
Harber-Aschan L., Darin-Mattsson A., Fratiglioni L., et al.
- 30 **Introduction of Quality Indicators in German Hospital Capacity Planning – Do Results Show an Improvement in Quality?**  
Klein S., Rauh J., Pauletzki J., et al.
- 31 **Impact of Tariff Refinement on the Choice Between Scheduled C-Section and Normal Delivery: Evidence From France**  
Proshin A., Cazenave-Lacrouz A. et Rochaix L.
- 31 **L'hôpital public : vers une entreprise comme une autre ? Quels risques pour la dimension humaine et l'éthique ?**  
San Martino L.
- 31 **Medicare's Hospital Readmissions Reduction Program and the Rise in Observation Stays**  
Wright B., Parrish C., Basu A., et al.

## Inégalités de santé Health Inequalities

---

- 32 **Accès aux soins des populations migrantes et pandémie. Inégalités installées, difficultés aggravées**  
Beltran G.
- 32 **Central and Eastern European Migrant Worker Status, Co-Living Situation and SARS-Cov-2 Exposure and Transmission Risk**  
Boogaard L. H., Hautvast J. L. A., Timen A., et al.
- 32 **Entre déracinement et déclassement. Parcours de migration pour raisons de santé**  
Boulaghaf L.
- 32 **Prendre en compte la santé des accueillis. Entretien avec une secrétaire générale du Secours populaire**  
Cavé A.

- 33 **Relative Deprivation, Inequality and the Covid-19 Pandemic**  
Chakrabarty D., Bhatia B., Jayasinghe M., et al.
- 33 **Santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre et politiques de santé**  
Denis F. et Rusch E.
- 33 **Pauvreté, santé. Le subjectif comme révélateur de la dureté des rapports sociaux**  
Duvoux N.
- 34 **Migrations et sans-abrisme : recherches en sciences sociales de 1970 à 2020**  
Eloy P. et Lièvre M.
- 34 **La santé des personnes sans chez-soi, une question politique**  
Estecahandy P.
- 34 **L'impact de la pauvreté sur le développement et la santé des jeunes enfants. Un rapide état de l'art au service de l'action**  
Gorza M. et Cardoso T.
- 34 **Negotiating Precarity: Recent Immigrants' Perceptions of Waiting For Public Healthcare in Ontario, Canada**  
Niraula A., Ratti N., Colley M., et al.
- 35 **Place-Making and Its Impact on Health and Wellbeing Among Recently Resettled Refugees in High Income Contexts: A Scoping Review**  
Yashadhana A., Alloun E., Serova N., et al.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

---

- 35 **Exposition des adultes aux hypocholestérolémiants**
- 35 **La Facripp, une formation des internes à l'indépendance vis-à-vis de la promotion pharmaceutique**
- 35 **Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale**  
Duprat L.

## Méthodologie – Statistique

### Methodology - Statistics

---

- 36 **Décrire une population mal captée dans les statistiques**  
Cabannes P.-Y., Lellouch T. et Lambert A.
- 36 **Collecter des données pour la santé des populations LGBTI : pourquoi, comment, avec qui ?**  
Grenouilleau-Albertini A.-S., Suarez T., Sachs A., et al.
- 36 **L'universalisme proportionné, un outil pour améliorer la santé des minorités LGBTI**  
Grenouilleau-Albertini A.-S., Suarez T. et Saout C.
- 37 **The Urgent Need For Valid Data on Access to Healthcare in Europe**  
Guidi C. F. et Ingleby D.
- 37 **L'approche syndémique appliquée à la santé des minorités sexuelles et de genre : étude de la portée**  
Ouafik M.
- 38 **Improvements in Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection Through Policy and Education**  
Stasenko M. et Quinn G. P.

## Politique de santé

### Health Policy

---

- 38 **Support For Evidence-Based Alcohol Policy in Ireland: Results From a Representative Household Survey**  
Calnan S., Millar S. R. et Mongan D.
- 38 **From Health in All Policies to Health For All Policies**  
Greer S. L., Falkenbach M., Siciliani L., et al.
- 39 **Centralizing and Decentralizing Governance in the Covid-19 Pandemic: The Politics of Credit and Blame**  
Greer S. L., Rozenblum S., Falkenbach M., et al.
- 39 **Preparing For Future Pandemics: A Multi-National Comparison of Health and Economic Trade-Offs**  
Lancsar E., Huynh E., Swait J., et al.
- 39 **Démocratie participative en santé : dossier**  
Melihan Chenin P., Rush E., Aubry J. D., et al.

- 40 **Consumers' and Health Providers' Views and Perceptions of Partnering to Improve Health Services Design, Delivery and Evaluation: A Co-Produced Qualitative Evidence Synthesis (Review)**

Merner B., Schonfeld L., Virgona A., et al.

- 40 **National Policies on Physical Activity From 64 Countries with Different Economies: A Scoping Review with Thematic Analysis**

Minatto G., Silva K. S., Bandeira A. d. S., et al.

- 40 **What Does the French Public Consider to Be a Conflict of Interest For Medical Researchers?**

Schultz É., Mancini J. et Ward J. K.

- 41 **Mitigating the Impacts of the Covid-19 Pandemic on Vulnerable Populations: Lessons For Improving Health and Social Equity**

Tan S. Y., Foo C. D., Verma M., et al.

- 41 **Le Plan européen de lutte contre le cancer : un modèle de stratégie internationale en santé publique**

Trillet-Lenoir V.

- 41 **Rapport 23-05. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence**

Ville Y., Rudigoz R. C. et Hascoët J. M.

- 42 **What's the Ideal World Health Organization (WHO)?**

Wenham C. et Davies S. E.

## Politique publique

### Public Policy

- 42 **Les politiques publiques doivent-elles sauver des vies ou des années de vie en plus ?**

Leveque F. et Quinet E.

## Prévention

### Prevention

- 43 **Perceptions des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine sur la vaccination contre la Covid-19**

Casassus E. et Barrett A.

- 43 **Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire**

Guernut M. et Denis F.

- 43 **Journée mondiale sans tabac 2023**

Le Faou A.L., Pasquereau A., Guignard R., et al.

- 44 **Programme d'ETP en ville, comment mieux recruter ? Une méthode innovante**

Le Tallandier-Degabory J. B., Mereuze D. et Durrieux W.

- 44 **La préservation de la santé au travail des indépendants : une lente et difficile construction**

Marie R.

- 44 **Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations. Dossier**

Perrin C., Vuillemin A., Communal D., et al.

## Prévision – Evaluation

### Prevision - Evaluation

- 45 **Guidance on the Use of Complex Systems Models For Economic Evaluations of Public Health Interventions**

Breeze P. R., Squires H., Ennis K., et al.

- 45 **Value based HealthCare ou comment faire évoluer le système de santé**

Luce-Garnier V. et Gueri C.

- 45 **Comprehensive Review of Methods to Assess Uncertainty in Health Economic Evaluations**

Otten T. M., Grimm S. E., Ramaekers B., et al.

## Psychiatrie

### Psychiatry

- 46 **La psychiatrie publique en Allemagne et en France**

Alary A.

- 46 **Time Period Effects in Work Disability Due to Common Mental Disorders Among Young Employees in Sweden—A Register-Based Cohort Study Across Occupational Classes and Employment Sectors**

Amin R., Mittendorfer-Rutz E., Björkenstam E., et al.

- 47 **Trois obstacles pour les historiens de la psychiatrie en France**  
Chapireau F.
- 47 **Soins intégrés auprès des personnes LGBTQI+ migrantes : la place des soins psychosociaux**  
Hamila A., Baillargeon C., Zoldan Y., et al.
- 47 **Littératie en santé mentale : de quoi s'agit-il et pourquoi la promouvoir**  
Iresp
- 48 **Réflexions et lectures personnelles sur l'actualité de l'approche psychothérapique des psychoses**  
Parizot S.
- 48 **Use of Mental Health Services in the Aftermath of COVID-19 Waves: A Retrospective Study Conducted in a French Psychiatric and Neurosciences University Hospital**  
Perozziello A., Sousa D., Aubriot B., et al.
- 49 **Effects of Giving Psychologists Prescriptive Authority: Evidence From a Natural Experiment in the United States**  
Roy Choudhury A. et Plemmons A.
- 49 **PLAID-Care: Research into the Reduced Use of Coercion in France**  
Saetta S., Coldefy M., Degry J., et al.

## Sociologie Sociology

---

- 50 **Perceptions of Evaluator Professional Autonomy in North American Evaluation Practice**  
Ayoo S.
- 50 **Emergence of Transidentity in the Field of Medicine - and Other Places**  
Czernichow P. et Martinerie L.
- 50 **Notre santé nous-mêmes : Comment l'auto-organisation en santé peut faire évoluer les pratiques en santé publique ?**  
Jutant S., Pluen S. et Zimmermann L.
- 50 **Des hommes insuffisants : la surveillance de l'insuffisance cardiaque comme lieu de lecture des masculinités**  
Voléry I. et Lamongie L.

- 51 **Diversity of Attitudes Towards Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Vaccines: A Representative Cross-Sectional Study in France**  
Ward J. K., Gauna F., Deml M. J., et al.

## Soins de santé primaires Primary Health Care

---

- 51 **Dispositif Asalée : une coopération médecins-infirmiers pour améliorer la qualité des soins**
- 51 **Providers, Peers and Patients. How Do Physicians' Practice Environments Affect Patient Outcomes?**  
Avdic D., Ivets M., Lagerqvist B., et al.
- 52 **La santé communautaire aux temps de la Covid-19. « Le confinement, c'est la précarité des jours difficiles »**  
Basson J.-C.
- 52 **Lutter contre le confinement de la misère du monde. Ou comment pratiquer la santé communautaire en période de pandémie**  
Basson J.-C.
- 52 **Avis 23-08. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXI<sup>e</sup> siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente**  
Bertrand D., Bergoignan-Esper C., Bousser M.-G., et al.
- 52 **Infirmiers en pratique avancée : bilan d'implantation à cinq ans au CH d'Aix-en-Provence**  
Catanas M., Rodriguez S., Tiberrti N., et al.
- 53 **Do Urgent Care Centers Reduce Medicare Spending?**  
Currie J., Karpova A. et Zeltzer D.
- 53 **How Does the Quality of Care For Type 2 Diabetic Patients Benefit From GPs-Nurses' Teamwork? a Staggered Difference-In-Differences Design Based on a French Pilot Program**  
Gilles de la Londe J., Afrite A. et Mousquès J.
- 53 **Exploring Differences Between Public and Private Providers in Primary Care: Findings From a Large Swedish Region**  
Glenngård A. H.



- 54 **Integrated Case Management Between Primary Care Clinics and Hospitals For People with Complex Needs Who Frequently Use Healthcare Services in Canada: A Multiple-Case Embedded Study**  
Hudon C., Chouinard M.-C., Dumont-Samson O., et al.
- 54 **Integration on the Frontlines of Medicaid Accountable Care Organizations and Associations with Perceived Care Quality, Health Equity, and Satisfaction**  
Terrisse M., Jamakandi S., Alcusky M., et al.
- 54 **Sustainable Development in General Practice**  
Legrand J., Aubin-Auger I., De Bary L., et al.
- 55 **Accueil et suivi des personnes en demande de transition en soins de premiers recours : retour sur plus de dix ans d'expérience**  
Martin M.-J., Donnet B., Defève J., et al.
- 55 **The Impact of Nurse Practitioner Care and Accountable Care Organization Assignment on Skilled Nursing Services and Hospital Readmissions**  
Meddings J., Gibbons J. B., Reale B. K., et al.
- 56 **What Can We Learn From Australian General Practices Taking Steps to Be More Environmentally Sustainable? a Qualitative Study**  
Pavli A., Loblay V., Rychetnik L., et al.
- 56 **Frequency and Determinants of Technical Procedures in French General Practice: A Cross-Sectional Study**  
Pointis V., Panjo H., Schott A. M., et al.
- 57 **Abord de l'orientation sexuelle des patientes : représentations et pratiques des médecins généralistes**  
Puill C. et Romby A.
- 57 **Addressing Health-Related Social Needs Via Community Resources: Lessons From Accountable Health Communities**  
Renaud J., McClellan S. R., DePriest K., et al.
- 57 **Strategic Workforce Planning in Health and Social Care – an International Perspective: A Scoping Review**  
Sutton C., Prowse J., McVey L., et al.
- 58 **Le médecin arrosé**  
Vigneron E.

## Systemes de santé Health Systems

---

- 58 **Successfully Changing the Mode of Regulation in Clinical Priority Setting: How Organisational Factors Contributed to Establishing the Norwegian Priority Guidelines For Specialist Health Care Services**  
Aase-Kvåle I.
- 59 **Rapport 23-03. Rapport interacadémique. Conditions d'accès au plein exercice en France des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des médecins à diplômes européens ou à diplômes hors Union européenne**  
Bertrand D., Tillement J. P., Cailler S., et al.
- 59 **Access to Outpatient Care in Manhattan and Paris: A Tale of Real Change in Two World Cities**  
Gusmano M. K., Weisz D., Mercier G., et al.
- 59 **Factors For Consideration when Setting Prices For Private Healthcare Providers Operating in Public Systems: A Comparison of France and Japan**  
Honda A., Cartailleur J., Cailhol J., et al.
- 60 **Health Care Reform and Financial Crisis in the Netherlands: Consequences For the Financial Arena of Health Care Organizations**  
van Dijk T. S., van der Scheer W. K., Felder M., et al.

## Travail et santé Occupational Health

---

- 61 **The Health and Welfare Effects of Increases in Workers' Compensation Benefits**  
Jinks L.
- 61 **Télétravail : des avantages, mais aussi des risques psychiques, musculosquelettiques et cardiovasculaires**  
Revue Prescrire

## Vieillessement Ageing

---

- 61 **A Comparative Overview of Health and Social Care Policy For Older People in England and Scotland, United Kingdom (UK)**  
Aujla N., Frost H., Guthrie B., et al.
- 62 **Inégalités de genre dans l'aide aux proches dépendants**  
Banens M.
- 62 **Dynamique du processus de perte d'autonomie dans les populations vieillissantes**  
Ben Jelloul M., Bozio A., Perdrix A., et al.
- 62 **Spillover Effects of Retirement: Does Health Vulnerability Matter?**  
Byrne D., Kwak D. W., Tang K. K., et al.
- 62 **Effets sur la consommation de soins d'un report de l'âge de départ à la retraite annoncé en fin de carrière**  
Caroli E., Pollak C. et Roger M.
- 63 **Le recours aux établissements pour personnes âgées en France (2008-2015) : le rôle de l'entourage familial**  
Carrere A., Cambois E. et Fontaine R.
- 63 **Willingness to Provide Informal Care to Older Adults in Germany: A Discrete Choice Experiment**  
De Jong L., Schmidt T., Stahmeyer J. T., et al.
- 64 **Variation in End-Of-Life Trajectories in Persons Aged 70 Years and Older, Sweden, 2018-2020**  
Ebeling M., Meyer A. C. et Modig K.
- 64 **Les dispositifs d'aides aux aidantes et aux aidants**  
Grelley P. et Minonzio J.
- 64 **The Effectiveness of Interventions to Prevent Loneliness and Social Isolation in the Community-Dwelling and Old Population: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analysis**  
Grillich L., Titscher V., Klingenstein P., et al.
- 65 **L'aide aux aidants, maillon essentiel des politiques de l'autonomie**  
Grivel N.
- 65 **Outcome Measures From International Older Adult Care Home Intervention Research: A Scoping Review**  
Kelly S., Cowan A., Akdur G., et al.
- 65 **Place des proches aidants dans les systèmes de protection sociale : le cas français au regard des autres pays européens**  
Le Bihan B.
- 66 **Le statut juridique des aidantes et des aidants. La situation française au regard du droit européen**  
Martin P.
- 66 **Managing Comorbid Cognitive Impairment and Hearing Loss in Older Adults: A UK Survey of Audiology and Memory Services**  
Omar R., Kuo L., Costafreda S. G., et al.
- 66 **Vieillir demain. Comment s'organiser pour faire bon ménage avec les futures populations âgées**  
Parant A.
- 67 **Aidantes et aidants rémunérés, entre trajectoire de vie et parcours professionnel**  
Petiau A. et Rist B.
- 67 **Comprendre les besoins des proches aidants pour mieux agir : une problématisation au prisme du non-recours**  
Revil H. et Gand S.
- 67 **The General Practitioner in Nursing Homes : An Incongruous Actor ? Study in Nursing Homes in a Deprived Area**  
Ruelle Y., Bessah N. et Hami L.
- 68 **Combining Remaining Life Expectancy and Time to Death As a Measure of Old-Age Dependency Related to Health Care Needs**  
Spijker J. J. A.
- 68 **Aider un proche aujourd'hui : état des lieux et perspectives**  
Trabut L.
- 68 **Concilier vie professionnelle et aide à un proche dépendant : les dispositifs publics et conventionnels de soutien aux aidants en emploi**  
Trenta A.
- 69 **Multimorbidity Increases the Risk of Dementia: A 15 Year Follow-Up of the SHARE Study**  
Veronese N., Koyanagi A., Dominguez L. J., et al.

69 **Frailty Transitions and Prevalence in an Ageing Population: Longitudinal Analysis of Primary Care Data From an Open Cohort of Adults Aged 50 and over in England, 2006–2017**

Walsh B, Fogg C, Harris S, *et al.*



**Health Insurance****► Ce que contient vraiment l'AME, pour en finir avec les clichés sur le tourisme médical**DASINIERES L.  
2023**Slate.**<https://www.slate.fr/story/244565/supprimer-ame-aide-medicale-etat-non-sens-humain-sanitaire-economique>

La suppression de l'aide médicale d'État est un serpent de mer qui revient à chaque nouvelle loi sur l'immigration. Le 15 mars 2023, la sénatrice LR Françoise Dumont s'est félicitée d'avoir fait adopter un amendement au projet de loi immigration visant à remplacer l'aide médicale d'État (AME) par une aide médicale d'urgence aux conditions d'accès et au périmètre encore plus limités. Cet article fait le point sur ce que couvre l'AME.

**► Changes in Health Coverage During the Covid-19 Pandemic**JACOBS P. D. ET MORIYA A. S.  
2023**Health Affairs 42(5): 721-726.**<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.01469>

The Covid-19 pandemic had the potential to alter patterns of health insurance coverage in the US. Using data from the Medical Expenditure Panel Survey, we found increased stability of Medicaid coverage for children and nonelderly adults during the first year of the pandemic. Fewer people who had Medicaid in 2019 became uninsured in 2020 (4.3 percent) than in 2018-19 (7.8 percent).

**► The Efficient Moral Hazard Effect of Health Insurance: Evidence From the Consolidation of Urban and Rural Resident Health Insurance in China**LI Y., LI L. ET LIU J.  
2023**Social Science & Medicine 324: 115884.**<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115884>

Ex post moral hazard, the additional healthcare utilization induced by health insurance, can be decomposed

into an efficient portion generated by the income effect and an inefficient portion caused by the substitution effect, which has been discussed theoretically, but few studies have provided evidence of the efficient moral hazard. In 2016, the Chinese government launched the consolidation of urban and rural resident health insurance at the national level. After the consolidation, insurance benefits for nearly 800 million rural residents got improved. This paper uses a nationally-representative sample of 30,972 individuals from the China Health and Retirement Longitudinal Study (2011–2018) and adopts a 2-step empirical approach with the difference-in-differences method and the fuzzy regression discontinuity design to estimate the efficient moral hazard in the consolidation among rural residents. We find that the price shock contained in the consolidation increases inpatient care utilization, and the corresponding price elasticity is between  $-0.68$  and  $-0.62$ . Further analysis shows that the efficient moral hazard resulting in welfare gains accounts for 43.33%–66.36% of the additional healthcare utilization. These findings highlight the necessity of evaluating the efficient moral hazard when analyzing the cost-benefit of health insurance reform.

**► Minimum Generosity Levels in a Competitive Health Insurance Market**REMMERSWAAL M., BOONE J. ET DOUVEN R.  
2023**Journal of Health Economics: 102782.**<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102782>

An important condition for optimal health insurance is that the level of health care coverage is inversely related to the elasticity of demand. We show that this condition is not satisfied for voluntary deductibles in the Netherlands, which are optional deductibles on top of the mandatory deductible introduced by the Dutch government. We find that low-risk types, that mainly choose voluntary deductibles, have a lower elasticity of demand than high-risk types. Moreover, we show that voluntary deductibles introduce equity problems as it results in non-trivial cross subsidies from high-risk to low-risk types. Capping the level of voluntary deductibles (imposing minimum generosity) is likely to be welfare enhancing in the Netherlands.



## E-santé – Technologies médicales

### E-health – Medical Technologies

► **La fonction thérapeutique du numérique dans les soins pour les personnes âgées**

ASVAZADOURIAN R.  
2023

**Pratiques en santé mentale 69e année(1): 53-58.**

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2023-1-page-53.htm>

L'hôpital de jour « Espace Phare » de l'Association Les Ailes Déployées accueille des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Ces patients sont doublement pénalisés, par leur âge et par leur handicap psychique. L'utilisation du numérique dans la vie quotidienne et dans différents ateliers, en réduisant la fracture numérique, contribue à une meilleure insertion dans leur environnement amical et social, et renouvelle et renforce les échanges intra familiaux, particulièrement transgénérationnels. D'autre part, certains dispositifs (ex : « Discord ») permettent à des patients qui ne peuvent pas se déplacer de rester dans un lien actif avec ce centre d'échange et de communication qu'est l'Espace Phare, que leur mobilité soit affectée par des problèmes physiques ou liée à leur pathologie psychique.

► **Outils numériques et confinement en temps de pandémie Covid-19**

GAUCI J.-L. ET LES ÉQUIPES DES SERVICES DE L'ESMPI-MGEN  
2023

**Pratiques en santé mentale 69e année(1): 7-14.**

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2023-1-page-7.htm>

Les confinements liés à la pandémie récente ont mobilisé les équipes soignantes. Au centre de leurs préoccupations, le maintien nécessaire du lien avec leurs patients. Elles ont dû alors en appeler à une créativité nouvelle bien souvent centrée sur l'utilisation de moyens de communication virtuelle liés aux technologies numériques. L'article relate l'expérience des professionnels travaillant dans des structures de la MGEN durant ces moments particuliers. Ils en tirent des conséquences pour l'avenir.

► **The Credibility of Physician Rating Websites: A Systematic Literature Review**

GUETZ B. ET BIDMON S.  
2023

**Health Policy 132: 104821.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104821>

Increasingly, the credibility of online reviews is drawing critical attention due to the lack of control mechanisms, the constant debate about fake reviews and, last but not least, current developments in the field of artificial intelligence. For this reason, the aim of this study was to examine the extent to which assessments recorded on physician rating websites (PRWs) are credible, based on a comparison to other evaluation criteria. Methods Referring to the PRISMA guidelines, a comprehensive literature search was conducted across different scientific databases. Data were synthesized by comparing individual statistical outcomes, objectives and conclusions. Results The chosen search strategy led to a database of 36,755 studies of which 28 were ultimately included in the systematic review. The literature review yielded mixed results regarding the credibility of PRWs. While seven publications supported the credibility of PRWs, six publications found no correlation between PRWs and alternative datasets. 15 studies reported mixed results. Conclusions This study has shown that ratings on PRWs seem to be credible when relying primarily on patients' perception. However, these portals seem inadequate to represent alternative comparative values such as the medical quality of physicians. For health policy makers our results show that decisions based on patients' perceptions may be well supported by data from PRWs. For all other decisions, however, PRWs do not seem to contain sufficiently useful data.

► **La sécurité sociale à l'ère du numérique**

HE L.  
2023

**Revue De Droit Sanitaire Et Social(2): 301-317.**

Qu'il s'agisse de la « sécurité sociale 2.0 » ou de la « Wohlfart 4.0 », la transformation numérique de la sécurité sociale porte l'espoir d'une diversification des services proposés aux assurés sociaux. Néanmoins,

un usage irréfléchi des nouvelles technologies pourrait menacer la solidarité qui sous-tend l'Etat social : la numérisation excluait de plus en plus les usagers atteints « d'illectronisme » ; la quantification de soi par les objets connectés s'imposerait au détriment de l'autonomie des acteurs ; l'individualisation des risques conduirait à une exacerbation des inégalités, etc. Face

à ces nouveaux défis, il est nécessaire de partir du développement des techniques pour questionner la métamorphose de la solidarité. Au lieu de laisser le numérique faire sa loi, la sécurité sociale doit mettre de dernier à sa juste place, afin d'en tirer les bénéfices capables de renforcer plutôt que de diminuer le degré de solidarité.

## Économie de la santé

### Health Economics

► **Projecting the Health and Economic Burden of Cardiovascular Disease Among People with Type 2 Diabetes, 2022–2031**

ABUSHANAB D., MARQUINA C., MORTON J. I., *et al.*  
2023

**PharmacoEconomics 41(6): 719-732.**  
<https://doi.org/10.1007/s40273-023-01258-7>

The aim was to project the health and economic outcomes of cardiovascular disease (CVD) among people with type 2 diabetes from Australian public healthcare and societal perspectives over the next decade.

► **The Impact of Performance-Based Financing Within Local Health Systems: Evidence From Mozambique**

ANSEMI L., OHRNBERGER J., FICHERA E., *et al.*  
2023

**Health Economics 32(7): 1525-1549.**  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4677>

Most evidence on Performance Based Financing (PBF) in low-income settings has focused on services delivered by providers in targeted health administrations, with limited understanding of how effects on health and care vary within them. We evaluated the population effects of a program implemented in two provinces in Mozambique, focusing on child, maternal and HIV/AIDS care and knowledge. We used a difference-in-difference estimation strategy applied to data on mothers from the Demographic Health Surveys, linked to information on their closest health facility. The impact of PBF was limited. HIV testing during antenatal care increased, particularly for women who were wealthier, more educated, or residing in Gaza

Province. Knowledge about transmission of HIV from mother-to-child, and its prevention, increased, particularly for women who were less wealthy, less educated, or residing in Nampula Province. Exploiting the roll-out by facility, we found that the effects were concentrated on less wealthy and less educated women, whose closest facility was in the referral network of a PBF facility. Results suggest that HIV testing and knowledge promotion increased in the whole district, as a strategy to boost referral for highly incentivized HIV services delivered in PBF facilities. However, demand-side constraints may prevent the use of those services.

► **The Social Value of Health: Amenable Deaths and Estimated the Gap with the Life Expectancy Frontier**

BECCHETTI L., CONZO G. ET TROVATO G.  
2023

**Health Policy 133: 104824.**  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104824>

We estimate the life expectancy gaps that can be bridged by improving the quality of public health and health care policies at the country level. Our model calculates the net effect of amenable deaths on life expectancy after controlling for time effects and factors affecting amenable deaths related to education, health policies (health expenditure to GDP and waiting lists), and per capita income in a two equation system. We further estimate the life expectancy gap that countries with lower quality health systems can bridge by catching up and reaching the existing health quality frontier and compute the social value of that upside potential.

► **Lifetime Direct Healthcare Costs of Treating Colorectal Cancer: A Systematic Review**

BHIMANI N., WONG G. Y. M., MOLLOY C., *et al.*

2023

**The European Journal of Health Economics 24(4): 513-537.**

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01497-z>

Colorectal cancer is a global public health issue and imposes a significant economic burden on populations and healthcare systems. This paper systematically reviews the literature to estimate the direct costs of colorectal cancer incurred during different phases of treatment (initial, continuing and end of life). MEDLINE, EMBASE, Web of science, Evidence-based medicine reviews: National health service economic evaluation database guide, Econlit and grey literature from the 1st of January 2000 to the 1st of February 2020. The methodological quality of the included studies was assessed using the Evers' Consensus on health economic criteria checklist. In total, 39,489 records were retrieved, and 17 studies were included. Costs by phase of treatment varied due to heterogeneity. However, studies that examined average costs for each phase of treatment showed a V-shaped distribution where the initial and end of life phases contribute the most and the continuing phase the least. The initial phase ranged from \$7,893 to \$60,289; the continuing annual phase ranged from \$2,323 to \$15,744; and the end of life phase ranged from \$15,916 to \$99,687. Studies that provided the total cost of each phase conversely showed that the continuing phase was the highest contributor to the cost of treating CRC. This study estimates the cost of the contemporary management of colorectal cancer despite the methodological heterogeneity. These costs place a heavy burden on healthcare providers, patients and their families. Identifying these costs can impact health care budgets and guide policymakers in making informed decisions for the future.

► **Who Benefits From Quality Competition in Health Care? a Theory and a Laboratory Experiment on the Relevance of Patient Characteristics**

BROSIG-KOCH J., HEHENKAMP B. ET KOKOT J.

2023

**Health Economics(Ahead of pub).**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4689>

We study how competition between physicians affects

the provision of medical care. In our theoretical model, physicians are faced with a heterogeneous patient population, in which patients systematically vary with regard to both their responsiveness to the provided quality of care and their state of health. We test the behavioral predictions derived from this model in a controlled laboratory experiment. In line with the model, we observe that competition significantly improves patient benefits as long as patients are able to respond to the quality provided. For those patients, who are not able to choose a physician, competition even decreases the patient benefit compared to a situation without competition. This decrease is in contrast to our theoretical prediction implying no change in benefits for passive patients. Deviations from patient-optimal treatment are highest for passive patients in need of a low quantity of medical services. With repetition, both, the positive effects of competition for active patients as well as the negative effects of competition for passive patients become more pronounced. Our results imply that competition can not only improve but also worsen patient outcome and that patients' responsiveness to quality is decisive..

► **The Short-Term Effects of Fixed Copayment Policy on Elderly Health Spending and Service Utilization: Evidence From South Korea's Age-Based Policy Using Exact Date of Birth**

HAN S. ET SOHN H.

2023

**Int J Health Econ Manag 23(2): 255-279.**

<https://doi.org/10.1007/s10754-023-09344-1>

A large number of the poor elderly in Korea have been exposed to the risk of insufficient proper medical treatments because of financial restrictions. South Korea launched policies to reduce the cost-sharing burden on the elderly, including one compelling the elderly to pay a fixed out-of-pocket amount for outpatient treatments. The impacts of such policies, however, have yet to be elucidated. In this paper, we estimate the short-term effects of the fixed outpatient copayment policy on the health-related behavior of the elderly. We employed a regression discontinuity design by using the exact days before and after the sample's 65th birthdate as the assignment variable, along with the restricted individual-level 2012 and 2013 National Health Insurance claims data. Results show that the policy increased the elderly's health service utilization numbers and reduced out-of-pocket spending for



insured services. Moreover, the effects on prescription spending and the insurer's burden differed depending on beneficiaries' characteristics.

► **Out-Of-Pocket Medical Expenditures in the Redesigned Current Population Survey: Evaluating Improvements to Data Processing**

JACKSON H. ET KEISLER-STARKEY K.  
2023

**Medical Care Research and Review 0(0): 10775587231170951.**

<https://doi.org/10.1177/10775587231170951>

Household surveys are an important source of information on medical spending and burden. We examine how recently implemented post-processing improvements to the Current Population Survey Annual Social and Economic Supplement (CPS ASEC) affected estimates of medical expenditures and medical burden. The revised data extraction and imputation procedures mark the second stage of the CPS ASEC redesign and the beginning of a new time series for studying household medical expenditures. Using data for the calendar year 2017, we find that median family medical expenditures are not statistically different from legacy methods; however, updated processing does significantly reduce the percentage of families estimated to have a high medical burden (medical expenses are at least 10% of family income). The updated processing system also changes the characteristics of families with high medical spending and is primarily driven by changes in imputation of health insurance and medical spending.

► **The Impact of Value-Based Payment Models For Networks of Care and Transmural Care: A Systematic Literature Review**

LEAO D. L. L., CREMERS H.-P., VAN VEGHEL D., *et al.*  
2023

**Applied Health Economics and Health Policy 21(3): 441-466.**

<https://doi.org/10.1007/s40258-023-00790-z>

Value-based healthcare has potential for cost control and quality improvement. To assess this, we review the evidence on the impact of value-based payment (VBP) models in the context of networks of care (NOC) and transmural care.

► **Association of Pay-For-Performance Reimbursement with Clinical Quality For Minnesota Nursing Homes Residents**

LOOMER L., DAUNER K. N. ET SCHULTZ J.  
2023

**Medical Care Research and Review (Ahead of pub).**

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587231170064>

In 2016, Minnesota implemented a new pay-for-performance reimbursement scheme for Medicaid residents in nursing homes, known as Value-Based Reimbursement (VBR). This study seeks to understand whether there is an association between VBR and quality improvement. We use data from 2013 to 2019 including Centers for Medicare and Medicaid Services, Nursing Home Compare, and Long-term care Facts in the US. Using multivariate regression with commuting zone fixed effects, we compare five long-stay and two short-stay clinical quality metrics in Minnesota nursing homes to nursing homes bordering states, before and after VBR was implemented. We find minimal significant changes in quality in Minnesota nursing homes after VBR. Minnesota should reconsider its pay-for-performance efforts.

► **Assessing Taiwan's Pay-For-Performance Program For Diabetes Care: A Cost-Benefit Net Value Approach**

LU J.-F. R., CHEN Y. I., EGGLESTON K., *et al.*  
2023

**The European Journal of Health Economics 24(5): 717-733.**

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01504-3>

Pay-for-Performance (P4P) to better manage chronic conditions has yielded mixed results. A better understanding of the cost and benefit of P4P is needed to improve program assessment. To this end, we assessed the effect of a P4P program using a quasi-experimental intervention and control design. Two different intervention groups were used, one consisting of newly enrolled P4P patients, and another using P4P patients who have been enrolled since the beginning of the study. Patient-level data on clinical indicators, utilization and expenditures, linked with national death registry, were collected for diabetic patients at a large regional hospital in Taiwan between 2007 and 2013. Net value, defined as the value of life years gained minus the cost of care, is calculated and compared for the intervention group of P4P patients with pro-

pensity score-matched non-P4P samples. We found that Taiwan's implementation of the P4P program for diabetic care yielded positive net values, ranging from \$40,084 USD to \$348,717 USD, with higher net values in the continuous enrollment model. Our results suggest that the health benefits from P4P enrollment may require a sufficient time frame to manifest, so a net value approach incorporating future predicted mortality risks may be especially important for studying chronic disease management. Future research on the mechanisms by which the Taiwan P4P program helped improve outcomes could help translate our findings to other clinical contexts.

► **Future Medical and Non-Medical Costs and Their Impact on the Cost-Effectiveness of Life-Prolonging Interventions: A Comparison of Five European Countries**

MOKRI H., KVAMME I., DE VRIES L., *et al.*

2023

**The European Journal of Health Economics 24(5): 701-715.**

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01501-6>

When healthcare interventions prolong life, people consume medical and non-medical goods during the years of life they gain. It has been argued that the costs for medical consumption should be included in cost-effectiveness analyses from both a healthcare and societal perspective, and the costs for non-medical consumption should additionally be included when a societal perspective is applied. Standardized estimates of these so-called future costs are available in only a few countries and the impact of inclusion of these costs is likely to differ between countries. In this paper we present and compare future costs for five European countries and estimate the impact of including these costs on the cost-effectiveness of life-prolonging interventions. As countries differ in the availability of data, we illustrate how both individual- and aggregate-level data sources can be used to construct standardized estimates of future costs. Results show a large variation in costs between countries. The medical costs for the Netherlands, Germany, and the United Kingdom are large compared to Spain and Greece. Non-medical costs are higher in Germany, Spain, and the United Kingdom than in Greece. The impact of including future costs on the ICER similarly varied between countries, ranging from €1000 to €35,000 per QALY gained. The variation between countries in impact on the ICER is largest when considering medical costs and indicate

differences in both structure and level of healthcare financing in these countries. Case study analyses were performed in which we highlight the large impact of including future costs on ICER relative to willingness-to-pay thresholds.

► **Is Value-Based Healthcare a Strategy to Achieve Universal Health Coverage that Includes Oral Health? an Australian Case Study**

NGUYEN T. M., BRIDGE G., HALL M., *et al.*

2023

**Journal of Public Health Policy 44(2): 310-324.**

<https://doi.org/10.1057/s41271-023-00414-9>

The 2021 Resolution on Oral Health by the 74th World Health Assembly supports an important health policy direction: inclusion of oral health in universal health coverage. Many healthcare systems worldwide have not yet addressed oral diseases effectively. The adoption of value-based healthcare (VBHC) reorients health services towards outcomes. Evidence indicates that VBHC initiatives are improving health outcomes, client experiences of healthcare, and reducing costs to healthcare systems. No comprehensive VBHC approach has been applied to the oral health context. Dental Health Services Victoria (DHSV), an Australian state government entity, commenced a VBHC agenda in 2016 and is continuing its efforts in oral healthcare reform. This paper explores a VBHC case study showing promise for achieving universal health coverage that includes oral health. DHSV applied the VBHC due to its flexibility in scope, consideration of a health workforce with a mix of skills, and alternative funding models other than fee-for-service.

► **Catastrophic Health-Care Payments and Multidimensional Poverty: Are They Related?**

PINILLA-RONCANCIO M., AMAYA-LARA J. L., CEDEÑO-OCAMPO G., *et al.*

2023

**Health Economics (Ahead of pub).**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4684>

The negative impact of health-related out-of-pocket (OOP) payments is a well-known problem in low and middle-income countries (LMICs). Cross-sectional analysis reveals that households use different coping mechanisms to mitigate or overcome the effect of

OOP payments, but little is known from a longitudinal perspective. We explore this link using panel data for Colombia, Mexico, India, Malawi, Nigeria, Uganda, and Tanzania. Using a fixed-effect model, we computed the association between multidimensional poverty (MP) and facing catastrophic health payments (CHP) using a capacity-to-pay approach. We estimated different heterogeneous effects, including variables such as area of residence, facing CHP, being poor in the first wave, and facing CHP in period two. While using cross-sectional data, we found that the association between CHP and MP is present for six of the seven countries; it is not the case for the time variation in most of them. The results provide evidence that OOP induce a long-term impact on MP only in Colombia, India and Nigeria. In the last two countries, the levels of poverty and CHP were the highest of all seven, and the association between both situations was found by using different poverty cutoffs and thresholds to define CHP.

► **Income-Related Inequality in Out-Of-Pocket Health-Care Expenditures Under Taiwan’s National Health Insurance System: An International Comparable Estimation Based on a System of Health Accounts**

PU C., LEE M.-C. ET HSIEH T.-C.  
2023

**Social Science & Medicine 326: 115920.**  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115920>

National estimates of out-of-pocket health-care expenditures (OOP-HCEs) that use comparable international guidelines based on A Systems of Health Accounts (SHA) are generally unavailable in Taiwan. International comparable OOP are essential for designing universal health-coverage (UHC) policy. We designed an SHA-based household OOP questionnaire. A nationally representative cross-sectional survey was then conducted from January to August 2022. The final questionnaire was completed by 657 households and 1969 individuals. The total OOPs were divided into expenditures related to curative care (HC.1), rehabilitative care (HC.2), long-term care (HC.3), ancillary services (HC.4), and medical goods (HC.5). National estimates were calculated by accounting for the complex survey design. Variance was estimated through Taylor series linearization. The concentration index was calculated using household income as the ranking variable. We then identified factors contributing to the inequality in OOP distribution by household income. National estimates revealed an

OOP of NT\$424 billion, which accounted for 29.6% of Taiwan’s national health expenditure in 2021. Private health insurance (PHI) reimbursements accounted for 9.0% of the total OOP. The OOPs for curative care and medical goods accounted for 50.1% and 39.0% of the total OOP, respectively. The OOPs after PHI reimbursements were progressive (concentration index = 0.103,  $P = 0.012$ ). The frequency of medical-care use and the number of medical visits negatively affected progressive OOPs. International comparable OOPs revealed that under the Taiwanese National Health Insurance (NHI), OOPs can still be high. However, the NHI might have caused OOPs to be progressive from the perspective of income but regressive from the perspective of health status. Countries striving for UHC should consider the redistribution effect of public health insurance and possible inequalities in health.

► **Effects of Performance-Based Capitation Payment on the Use of Public Primary Health Care Services in Indonesia**

SAMBODO N. P., BONFRER I., SPARROW R., *et al.*  
2023

**Social Science & Medicine 327: 115921.**  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115921>

The Indonesian national health insurance agency BPJS Kesehatan, the largest single-payer system in the world, is among the first to combine capitation-based payments with performance-based financing. The Kapitasi Berbasis Komitmen (KBK) scheme for puskesmas (community health centres) was implemented in province capitals between August 2015 and May 2016. Its main goal was to incentivize the substitution of secondary by primary care use. We evaluate its effect on its three incentivized outcomes: the fraction of insured visiting the puskesmas, the fraction of chronically ill with a puskesmas visit and the hospital referral rate for insured with a non-specialistic condition. We use BPJS Kesehatan claims data from 2015 to 2016 from a stratified one percent sample of its members. Comparable control districts were identified using coarsened exact matching. We adopt a Difference-in-Differences (DID) study design and estimate a two-way fixed effects regression model to compare 27 intervention districts to 300 comparable non-capital control districts. We find that KBK payment increased the monthly percentage of enrollees contacting a puskesmas with 0.578 percentage points. This is a sizeable increase of 48 percent compared to the baseline rate of just 1.2% but it still leaves most puskesmas far below the “sufficient” KBK

threshold of 15%. For chronically ill patients, a small increase of 1.15 percentage points was estimated, but it leaves the rate even further below the program's "sufficient" threshold of 50%. We find no statistically significant effect on referral rates to hospitals for conditions not requiring specialist care. While we find positive effects of KBK on two out of three outcomes, all estimated effect sizes leave the actual rates far below the program targets. Our findings suggest that the KBK performance-based capitation reform has not been very successful in substituting secondary care use by greater primary care use.

► **Effects of Individual and Neighborhood Social Risks on Diabetes Pay-For-Performance Program Under a Single-Payer Health System**

TSAI W.-C., HUANG K.-H., CHEN P.-C., *et al.*

2023

**Social Science & Medicine 326: 115930.**

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115930>

Enrollment in and adherence to a diabetes pay-for-performance (P4P) program can lead to desirable processes and outcomes of diabetes care. However, knowledge is limited on the potential exclusion of patients with individual or neighborhood social risks or interruption of services in the disease-specific P4P program without mandatory participation under a single-payer health system. Objective To investigate the impact of individual and neighborhood social risks on exclusion from and adherence to the diabetes P4P program of patients with type 2 diabetes (T2D) in Taiwan. Methods This study used data from Taiwan's 2009–2017 population-based National Health Insurance Research Database, 2010 Population and Housing Census, and 2010 Income Tax Statistics. A retrospective cohort study was conducted, and study populations were identified from 2012 to 2014. The first cohort comprised 183,806 patients with newly diagnosed T2D, who had undergone follow up for 1 year; the second cohort consisted of 78,602 P4P patients who had undergone follow up for 2 years after P4P enrollment. Binary logistic regression models were used to examine the associations of social risks with exclusion from and adherence to the diabetes P4P program. Results T2D patients with higher individual social risks were more likely to be excluded from the P4P program, but those with higher neighborhood-level social risks were slightly less likely to be excluded. T2D patients with the higher individual- or neighborhood-level social risks

showed less likelihood of adhering to the program, and the person-level coefficient was stronger in magnitude than the neighborhood-level one. Conclusions Our results indicate the importance of individual social risk adjustment and special financial incentives in disease-specific P4P programs. Strategies for improving program adherence should consider individual and neighborhood social risks.

► **Should We Adjust Health Expenditure For Age Structure on Health Systems Efficiency? a Worldwide Analysis**

VASCO SANTOS J., SANTOS-MARTIN F., PESTANA J., *et al.*

2023

**Health Economics Review 131: 13.**

[http://eprints.lse.ac.uk/118298/1/s13561\\_023\\_00421\\_2.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/118298/1/s13561_023_00421_2.pdf)

Healthcare expenditure, a common input used in health systems efficiency analyses is affected by population age structure. However, while age structure is usually considered to adjust health system outputs, health expenditure and other inputs are seldom adjusted. We propose methods for adjusting Health Expenditure per Capita (HEpC) for population age structure on health system efficiency analyses and assess the goodness-of-fit, correlation, reliability and disagreement of different approaches. Methods: We performed a worldwide (188 countries) cross-sectional study of efficiency in 2015, using a stochastic frontier analysis. As single outputs, healthy life expectancy (HALE) at birth and at 65 years-old were considered in different models. We developed five models using as inputs: (1) HEpC (unadjusted); (2) age-adjusted HEpC; (3) HEpC and the proportion of 0–14, 15–64 and 65 + years-old; (4) HEpC and 5-year age-groups; and (5) HEpC ageing index. Akaike and Bayesian information criteria, Spearman's rank correlation, intraclass correlation coefficient and information-based measure of disagreement were computed. Results: Models 1 and 2 showed the highest correlation (0.981 and 0.986 for HALE at birth and HALE at 65 years-old, respectively) and reliability (0.986 and 0.988) and the lowest disagreement (0.011 and 0.014). Model 2, with age-adjusted HEpC, presented the lowest information criteria values. Conclusions: Despite different models showing good correlation and reliability and low disagreement, there was important variability when age structure is considered that cannot be disregarded. The age-adjusted HE model provided the best goodness-of-fit and was the closest option to the current standard.

► **Trends in Out-Of-Pocket Expenditure on Facility-Based Delivery and Financial Protection of Health Insurance: Findings From Vietnam’s Household Living Standard Survey 2006–2018**

VU P. H., SEPEHRI A. ET TRAN L. T. T.  
 2023

**Int J Health Econ Manag 23(2): 237-254.**  
<https://doi.org/10.1007/s10754-022-09330-z>

Much of the existing empirical literature on the association between health insurance and out-of-pocket (OOP) expenditures on facility-based delivery in low- and middle-income countries is cross sectional in nature. Comparatively little is known about the dynamic shifts in OOP expenditures and the health insurance nexus. Using seven biennial waves of Vietnam’s Household Living Standard Survey covering the period 2006–2018 and a generalized linear model this study examines trends in OOP expenditures on facility-based delivery and financial protection afforded by Vietnam’s social health insurance system. Over the period under consid-

eration, the pattern of health facility utilization among the insured shifted steadily from commune health centers towards higher-level government hospitals. Real OOP for delivery was 52.7% higher in 2018 than in 2006–2008 and insurance reduced OOP expenditures by 28.5%. Compared to district hospitals, giving birth at higher-level government hospitals increased OOP expenditures by 72.3% while giving birth at commune health centers reduced OOP expenditures by 55.7%. Additional analysis involving interactions between insurance status, types of public health facility and year dummies suggested a drop in financial protection of insurance, from 48% to 26.9% among women delivering at district hospitals and from 31.2 to 18.7% among those delivering at higher-level government hospitals. The modest financial protection of health insurance and its declining trend calls for policy measures that would strengthen the quality of maternal care at primary care institutions, strengthen financial protection and curb the provision of two-tiered clinical services and charges.

## Environnement et santé

### Environnemental Health

► **Éco-santé. Pour la transformation écologique du système de santé**

MARRAULD L. ET YVEN R.  
 2023

**Esprit Juin(6): 69-76.**  
<https://www.cairn.info/revue-esprit-2023-6-page-69.htm>

Face à la catastrophe écologique, le système de santé français doit se reconnecter à son environnement. Pour cela, il faut faire émerger une nouvelle éthique de la santé publique qui intègre la soutenabilité et s’appuie sur la démocratie sanitaire.

► **L’environnement, les maladies et le système de santé**

SLAMA R.  
 2023

**Esprit Juin(6): 57-67.**  
<https://www.cairn.info/revue-esprit-2023-6-page-57.htm>

La reconnaissance de l’environnement et des comportements comme causes des maladies imposent d’investir dans la prévention sanitaire, notamment en prenant appui sur la lutte contre le changement climatique.

► **Climate Change and Australian General Practice Vocational Education: A Cross-Sectional Study**

WILD K., TAPLEY A., FIELDING A., *et al.*

2022

**Family Practice 40(3): 435-441.**

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmhc053>

Climate change is a rapidly progressing threat to global health and well-being. For general practitioners (GPs) currently in training, the effects of climate change on public health will shape their future professional practice. We aimed to establish the prevalence and associations of Australian GP registrars' (trainees') perceptions of climate change as it relates to public health, education, and workplaces. A cross-sectional questionnaire-based study of GP registrars of three Australian training organizations. The questionnaire assessed attitudes regarding adverse health effects of climate change (over the next 10–20 years), and

agreement with statements on (i) integrating health impacts of climate change into GP vocational training, and (ii) GPs' role in making general practices environmentally sustainable. Of 879 registrars who participated (response rate 91%), 50.4% (95% CI 46.8%, 54.0%) perceived a large or very large future health effect of climate change on their patients, and 61.8% (95% CI 58.6%, 65.0%) agreed that climate health impacts should be integrated within their education programme. 77.8% (95% CI 74.9%, 80.4%) agreed that GPs should have a leadership role in their practices' environmental sustainability. Multivariable associations of these attitudes included female gender, training region, and (for the latter two outcomes) perceptions of future impact of climate change on patient health. GP registrars are motivated to receive climate health education and engage in environmentally sustainable practice. This may primarily reflect concern for future practice and patient care.

## État de santé

### Health Status

► **Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête Escapad 2022**

OFTD

2023

**Tendances(155)**

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2022-tendances-155-mars-2022/>

L'enquête Escapad a interrogé en mars 2022 un échantillon représentatif de 23 701 filles et garçons âgés de 17,4 ans en moyenne. Depuis la précédente enquête en 2017, tous les niveaux d'usage de drogues ont baissé, en particulier celui du tabagisme. Exception notable, l'usage de la cigarette électronique augmente fortement. Les résultats confirment la hausse continue de la part des adolescents de 17 ans qui n'ont jamais bu d'alcool, ainsi que la situation défavorable des jeunes en apprentissage ou de ceux sortis du système scolaire pour lesquels les niveaux d'usage sont toujours supérieurs à ceux des lycéens. Si les tendances 2022 s'inscrivent dans la continuité du recul de la diffusion du tabac, de l'alcool et du cannabis observé depuis

une dizaine d'années, il convient de rappeler que cette photographie intervient après deux années marquées par la crise sanitaire liée au Covid-19. Les quelques indicateurs de santé présents dans l'enquête décrivent une situation sanitaire nettement moins favorable, avec une dégradation de la santé mentale d'une partie de la population adolescente en 2022.

► **La santé sexuelle des hommes trans : entre problèmes de catégorisation et invisibilisation**

RIVEST L.-P.

2022

**Santé Publique 34(HS2): 37-48.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-37.htm>

L'épidémie du VIH/sida a donné lieu à la mise en place de recherches sur la santé sexuelle des minorités sexuelles, surreprésentées dans les prévalences – d'abord les homosexuels masculins, puis les femmes trans. Les hommes trans ont quant à eux été considérés

comme étant à très faible risque d'exposition et peu de recherches ont été menées à leur sujet. Toutefois, une littérature scientifique émerge actuellement et montre des résultats hétérogènes et étonnants par rapport aux motifs de leur exclusion initiale des études sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). But de l'étude : Par un examen de la littérature française et internationale, cet article s'attache à dresser l'état des connaissances sur la santé sexuelle des hommes trans. Il s'agit d'une revue narrative de la littérature. Résultats : La variété de leurs partenaires et de leurs pratiques, sexuelles ou non (usage de drogues injectables), conduit à les catégoriser comme une population à haut risque d'exposition au VIH. Cependant, la proportion d'hommes trans séropositifs s'avère difficile à évaluer. Son estimation est élevée – entre 0 et 10,1 % – aux États-Unis, mais proche de zéro en France. Le faible recours au dépistage, les difficultés d'accès aux soins et les problèmes d'identification liés aux catégories épidémiologiques de classement actuellement utilisées laissent penser qu'ils pourraient être plus nombreux. Les hommes trans sont également nombreux à faire état de discriminations vécues en contexte médical et à rencontrer des problèmes d'accès aux soins. Ils présentent des vulnérabilités de santé qui leur sont propres, notamment en matière de gynécologie, et leur santé reproductive reste généralement impensée par les acteurs de santé publique. Conclusions : Repenser les catégories utilisées dans la recherche permettrait de rendre compte avec plus de justesse des réalités des personnes trans.

► **Impact of the First Wave of the Covid-19 Pandemic on French Health Students**

ROLLAND F., FRAJERMAN A., FALISSARD B., *et al.*  
2023

**L'Encéphale 49(3): 219-226.**

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

Durant la première vague de la pandémie de Covid-19 en France, les professionnels et étudiants en santé ont été intensément mobilisés pour faire face à l'augmentation exponentielle des besoins de soins dans le système de santé. Une étude française dans 21 unités de soins intensifs au cours du premier mois de confinement a révélé que la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression chez les soignants était de 50,4 %, et 30,4 % respectivement. En revanche, peu d'études se sont consacrées à l'évaluation de la détresse psychologique des étudiants en santé durant cette période. Dans la population générale des

étudiants français, une étude a révélé que la prévalence des pensées suicidaires, de la détresse grave et du niveau élevé de stress perçu pendant la première vague était de 11,4 %, 22,4 % et 24,7 % respectivement. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact du Covid-19 sur la santé mentale des étudiants en santé (médecine, soins infirmiers, pharmacie, maïeutique, odontologie, ergothérapie, orthoptie, orthophonie, psychomotricité, audioprothésiste) en France pendant la 1<sup>re</sup> vague.

► **Breast Cancer Mortality in 500 000 Women with Early Invasive Breast Cancer in England, 1993-2015: Population Based Observational Cohort Study**

TAYLOR C., MCGALE P., PROBERT J., *et al.*  
2023

**BMJ 381: e074684.**

<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074684>

The objectives of this study is to describe long term breast cancer mortality among women with a diagnosis of breast cancer in the past and estimate absolute breast cancer mortality risks for groups of patients with a recent diagnosis. Design Population based observational cohort study. Setting Routinely collected data from the National Cancer Registration and Analysis Service. Participants All 512 447 women registered with early invasive breast cancer (involving only breast and possibly axillary nodes) in England during January 1993 to December 2015, with follow-up to December 2020. Main outcome measures Annual breast cancer mortality rates and cumulative risks by time since diagnosis, calendar period of diagnosis, and nine characteristics of patients and tumours. Conclusions These five year breast cancer mortality risks for patients with a recent diagnosis may be used to estimate breast cancer mortality risks for patients today. The prognosis for women with early invasive breast cancer has improved substantially since the 1990s. Most can expect to become long term cancer survivors, although for a few the risk remains appreciable. Personalised study data may be made available on request to accredited researchers who submit a proposal that is approved by NHS England's Data Access Request Service (DARS).

► **Risk Factors Associated with Post-Covid-19 Condition: A Systematic Review and Meta-Analysis**

TSAMPASIAN V., ELGHAZALY H., CHATTOPADHYAY R., *et al.*

2023

**JAMA Internal Medicine 183(6): 566-580.**

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0750>

Post-Covid-19 condition (PCC) is a complex heterogeneous disorder that has affected the lives of millions of people globally. Identification of potential risk factors to better understand who is at risk of developing PCC is important because it would allow for early and appropriate clinical support. To evaluate the demographic characteristics and comorbidities that have been found to be associated with an increased risk of developing PCC, Embase and Cameline databases were systematically searched from inception to December 5, 2022. The meta-analysis included all published studies that investigated the risk factors and/or predictors of PCC in adult ( $\geq 18$  years) patients. Odds ratios (ORs) for each risk factor were pooled from the selected studies. For each potential risk factor, the random-effects model was used to compare the risk of developing PCC between individuals with and without the risk factor. Data analyses were performed from December 5, 2022, to February 10, 2023. The risk factors for PCC included patient age; sex; body mass index, calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared; smoking status; comorbidities, including anxiety and/or depression, asthma, chronic kidney disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, immunosuppression, and ischemic heart disease; previous hospitalization or ICU (intensive care unit) admission with Covid-19; and previous vaccination against Covid-19. This systematic review and meta-analysis demonstrated that certain demographic characteristics (eg, age and sex), comorbidities, and severe COVID-19 were associated with an increased risk of PCC, whereas vaccination had a protective role against developing PCC sequelae. These findings may enable a better understanding of who may develop PCC and provide additional evidence for the benefits of vaccination. PROSPERO Identifier: CRD42022381002

► **Évolution de la prévalence et de l'incidence de la dysphorie de genre en France depuis 2013 à partir des bases médico-administratives**

TUGAYE A., ERNOULT E., VITU V., *et al.*

2022

**Santé Publique 34(HS2): 145-150.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-145.htm>

En France les personnes trans peuvent bénéficier de la prise en charge des soins relatifs à leur transidentité en affection de longue durée sous le code F64. But de l'étude : L'objectif de cet article est d'estimer la prévalence ainsi que l'incidence des personnes en transition à partir des bases de remboursement médico-administratives en France. Résultats : En 2020, 8 952 personnes étaient en ALD F64. La prévalence était de 1,50/100 000 en 2013 et de 14,09/100 000 en 2020 tous âges confondus. Chez les 0-17 ans, l'augmentation de la prévalence a été la plus importante (multiplication par 36,75). Les 18-35 ans ont les effectifs les plus importants (459 en 2013 vs 6 148 en 2020) avec une multiplication de la prévalence par 12,69. L'incidence a été multipliée par 8 en population générale, par 26,8 chez les 0-17 ans et par 11 chez les 18-35 ans. On observe globalement plus de MtF que de FtM sauf chez les mineurs et les jeunes adultes. Conclusions : On observe une augmentation globale du nombre de personnes en ALD F64 mais plus marquée chez les mineurs et les jeunes adultes. Le ratio MtF/FtM est encore supérieur à 1 mais tend à s'en rapprocher. Il est inversé chez les mineurs et les jeunes adultes.

► **Falling Behind: The Growing Gap in Life Expectancy Between the United States and Other Countries, 1933–2021**

WOOLF S. H.

2023

**American Journal of Public Health: e1-e11.**

<https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2023.307310>

The aim of this paper is to document the evolution of the US life expectancy disadvantage and regional variation across the US states. Methods. I obtained life expectancy estimates in 2022 from the United Nations, the Human Mortality Database, and the US Mortality Database, and calculated changes in growth rates, US global position (rank), and state-level trends. Results. Increases in US life expectancy slowed from 1950 to



1954 (0.21 years/annum) and 1955 to 1973 (0.10 years/annum), accelerated from 1974 to 1982 (0.34 years/annum), and progressively deteriorated from 1983 to 2009 (0.15 years/annum), 2010 to 2019 (0.06 years/annum), and 2020 to 2021 (0.97 years/annum). Other countries experienced faster growth in each phase except 1974 to 1982. During 1933 to 2021, 56 countries on 6 continents surpassed US life expectancy. Growth in US life expectancy was slowest in Midwest and South

Central states. Conclusions. The US life expectancy disadvantage began in the 1950s and has steadily worsened over the past 4 decades. Dozens of globally diverse countries have outperformed the United States. Causal factors appear to have been concentrated in the Midwest and South. Public Health Implications. Policies that differentiate the United States from other countries and circumstances associated with the Midwest and South may have contributed. (

## Géographie de la santé

### Geography of Health

► **Le trajet médian domicile travail augmente de moitié en vingt ans pour les habitants du rural**

CHAUMERON S. ET LECROART A.  
2023

**Insee Première(1948): 4.**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7622203>

En 2019, un tiers des personnes en emploi vivent dans une commune rurale. Parmi elles, plus de la moitié travaillent dans une zone urbaine. Souvent éloignées des réseaux de transport et des pôles d'emploi, elles réalisent le plus souvent les trajets en voiture. Ainsi, un actif sur deux résidant dans le rural parcourt plus de 13 kilomètres pour se rendre au travail; au total, ces habitants effectuent chaque jour près de 320 millions de kilomètres aller- et- retour contre 200 millions en 1999. En vingt ans, la population active en emploi croît deux fois plus vite dans le rural que dans l'urbain. La distance médiane entre domicile et travail s'accroît de plus de 4 kilomètres pour les actifs ruraux. Elle augmente notamment pour les cadres, qui effectuaient déjà les plus longs déplacements. Les trajets s'allongent aussi davantage pour les habitants des bourgs ruraux éloignés des centres urbains, et pour ceux résidant dans les territoires ruraux du Sud-Ouest.

► **L'impact du zonage conventionnel sur la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux en France**

DUCHAINE F., CHEVILLARD G. ET MOUSQUÈS J.  
2022

**Revue d'Économie Régionale & Urbaine (5): 747-777.**

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-regionale-et-urbaine-2022-5-page-747.htm>

Des disparités territoriales de répartition des infirmières libérales subsistent en France, malgré une progression constante de leurs effectifs. Afin de les réduire, les pouvoirs publics ont mis en place un zonage servant de cadre d'application à des incitations financières dans les zones déficitaires ou pour limiter les installations dans celles sur-dotées. A travers l'étude de l'évolution d'indicateurs relatifs à l'offre de soins dispensés par les infirmières libérales et d'une analyse d'impact, nous montrons dans cet article une amélioration globale de l'accessibilité et une réduction des inégalités territoriales entre 2006 et 2016. Nos analyses permettent de conclure à un impact positif, bien qu'à nuancer, de ces dispositifs et la nécessité de mesures complémentaires pour attirer davantage d'infirmières libérales dans les zones déficitaires.

► **La fabrique territoriale de la santé**

GINOT L. ET VERDIER A.

2023

**Esprit Juin(6): 45-55.**

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2023-6-page-45.htm>

Agir sur les besoins de santé et la réponse sanitaire à l'échelle d'un territoire permet de prendre en compte les inégalités, notamment par la participation des habitants, la médiation en santé et les cadres partenariaux.

► **Is the Neighbourhood Context Important For a Tobacco Retailer Proximity Policy?**

MARSH L., IOSUA E., PARKINSON L., *et al.*

2023

**Health & Place 82: 103032.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.103032>

A spatial modelling approach was used to explore how a proximity limit (150 m, 300 m, and 450 m) between tobacco retailers may impact different neighbourhoods in New Zealand. Neighbourhoods were categorised into three density groups (0, 1–2, 3+ retailers). As the proximity limit increases, there is a progressive redistribution of neighbourhoods in the three density groups with, the 3+ density group incorporating fewer neighbourhoods and the 0 and 1–2 density groups conversely each consisting of more. The differing measures available at the neighbourhood level enabled our study to discern potential inequities. More directed policies targeting these inequities are needed.

► **Disparities in Geospatial Patterns of Cancer Care Within Urban Counties and Structural Inequities in Access to Oncology Care**

MCGEE-AVILA J. K., RICHMOND J., HENRY K. A., *et al.*

2023

**Health Services Research(Ahead of pub).**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.14182>

The objective of this study is to examine geospatial patterns of cancer care utilization across diverse populations in New Jersey—a state where most residents live in urban areas. Data Sources/Study Setting We used data from the New Jersey State Cancer Registry from 2012 to 2014. Study Design We examined the location of cancer treatment among patients 20–65 years of age diagnosed with breast, colorectal, or invasive cervical

cancer and investigated differences in geospatial patterns of care by individual and area-level (e.g., census tract-level) characteristics. Data Collection/Extraction Methods Multivariate generalized estimating equation models were used to determine factors associated with receiving cancer treatment within residential counties, residential hospital service areas, and in-state (versus out-of-state) care. Principal Findings We observed significant differences in geospatial patterns of cancer treatment by race/ethnicity, insurance type, and area-level factors. Even after adjusting for tumor characteristics, insurance type, and other demographic factors, non-Hispanic Black patients had a 5.6% higher likelihood of receiving care within their own residential county compared to non-Hispanic White patients (95% CI: 2.80–8.41). Patients insured with Medicaid and those without insurance had higher likelihoods of receiving care within their residential county compared to privately insured individuals. Patients living in census tracts with the highest quintile of social vulnerability were 4.6% more likely to receive treatment within their residential county (95% CI: 0.00–9.30) and were 2.7% less likely to seek out-of-state care (95% CI: –4.85 to –0.61). Conclusions Urban populations are not homogeneous in their geospatial patterns of cancer care utilization, and individuals living in areas with greater social vulnerability may have limited opportunities to access care outside of their immediate residential county. Geographically tailored efforts, along with socioculturally tailored efforts, are needed to help improve equity in cancer care access.

► **Measuring Small-Area Level Deprivation in Belgium: The Belgian Index of Multiple Deprivation**

OTAVOVA M., MASQUELIER B., FAES C., *et al.*

2023

**Spatial and Spatio-temporal Epidemiology 45: 100587.**

<https://doi.org/10.1016/j.sste.2023.100587>

In the past, deprivation has been mostly captured through simple and univariate measures such as low income or poor educational attainment in research on health and social inequalities in Belgium. This paper presents a shift towards a more complex, multidimensional measure of deprivation at the aggregate level and describes the development of the first Belgian Indices of Multiple Deprivation (BIMDs) for the years 2001 and 2011. Methods The BIMDs are constructed at the level of the smallest administrative unit in Belgium,

the statistical sector. They are a combination of six domains of deprivation: income, employment, education, housing, crime and health. Each domain is built on a suite of relevant indicators representing individuals that suffer from a certain deprivation in an area. The indicators are combined to create the domain deprivation scores, and these scores are then weighted to create the overall BIMDs scores. The domain and BIMDs scores can be ranked and assigned to deciles from 1 (the most deprived) to 10 (the least deprived). Results We show geographical variations in the distribution of the most and least deprived statistical sectors in terms of individual domains and overall BIMDs, and we identify hotspots of deprivation. The majority of the most deprived statistical sectors are located in Wallonia, whereas most of the least deprived statistical sectors are in Flanders. Conclusion The BIMDs offer a new tool for researches and policy makers for analyzing patterns of deprivation and identifying areas that would benefit from special initiatives and programs.

► **Rapport 23-11. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes**

QUENEAU P. ET OURABAH R.  
2023

**Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.**  
<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.06.003>

L'extrême gravité de la pénurie en médecins en France et la complexité du problème posé ont conduit l'Académie nationale de médecine à établir un état des lieux précis et à exprimer les recommandations suivantes : (i) proposer d'urgence : l'instauration d'un service médical citoyen d'un an pour les médecins nouvellement diplômés dans le cadre d'un engagement contractuel s'appuyant sur leur conscience professionnelle et excluant toute forme de régulation ou de coercition, notamment concernant l'installation. Ce service médical citoyen permettrait de renforcer la médicalisation des zones sous-denses et d'éclairer le choix de carrière des jeunes médecins par une expérience de terrain; toutes mesures favorisant le cumul emploi-retraite des médecins récemment retraités tout en permettant à leurs cotisations de générer des droits supplémentaires; favoriser l'exercice multisite qui a déjà fait ses preuves dans notre pays lorsqu'il fut confronté à un déficit de soignants après la seconde guerre mondiale, et qui devrait retrouver une place privilégiée dans la lutte contre les déserts médicaux (par exemple un groupe de 5 médecins exerçant ensemble

pourrait assurer une journée de consultations par semaine dans un cabinet décentralisé, avec des aides de la collectivité locale qui l'accueille); une sensibilisation de la population au bon usage de la médecine, incluant le respect des rendez-vous pris auprès des médecins et autres soignants, et la reconnaissance du service rendu par le système de santé français eu égard à sa complexité, son coût et ses difficultés d'exercice; (ii) mettre en place au plus vite les autres mesures suivantes : redonner au médecin du temps médical : en optimisant les délégations de tâches à d'autres professionnels de santé (infirmiers, maïeuticiens, pharmaciens...) dans le cadre de parcours de soins coordonnés par le médecin, en respectant le champ de compétence de chacun; en allégeant la charge administrative en simplifiant les réglementations et en recrutant des assistants médicaux, des secrétaires et des personnels informatiques; promouvoir et faciliter l'exercice et les installations précoces dans les zones sous-denses (guichet unique, incitation au cumul emploi-retraite, exercices multisites, consultations délocalisées, bon usage de la télémédecine); renforcer la sécurité des médecins dans les zones sensibles; réactiver les visites à domicile, en les valorisant financièrement et en les facilitant techniquement; densifier localement les interactions avec l'hôpital; augmenter immédiatement et significativement le « numerus apertus », en l'adaptant aux besoins des territoires, évalués avec les élus locaux, les médecins (libéraux, hospitaliers, universitaires) et les autres professionnels de santé, ainsi que les représentants des patients; diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiants par des incitations et des accompagnements dès le lycée; développer les stages en zones sous-denses dès le deuxième cycle, en augmentant le nombre de stages et de maîtres de stage, et en créant des tuteurs; éviter toute coercition concernant l'installation en médecine libérale, de même que lors des stages dans la quatrième année du DES de médecine générale.

► **Exploring Community Engagement in Place-Based Approaches in Areas of Poor Health and Disadvantage: A Scoping Review**

RONG T., RISTEVSKI E. ET CARROLL M.  
2023

**Health & Place 81: 103026.**  
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.103026>

A scoping review was conducted to explore the characteristics, barriers, and enablers of community engage-

ment in place-based approaches to improving health outcomes in a designated area of poor health and disadvantage. The Joanna Briggs Institute methodology for scoping reviews was used. Forty articles met the inclusion criteria of which 31 were conducted in the United Kingdom, United States, Canada, or Australia, and 70% used qualitative methods. The health initiatives were delivered in multiple settings including

neighbourhoods, towns, and regions and with a range of population groups including Indigenous and migrant communities. Trust, power, and cultural considerations were the most significant barriers and enablers to community participation in place-based approaches. Developing trust is key to success in community-led, place-based initiatives.

## Disability

## Handicap

### ► **The Impact of Disability Insurance Reassessment on Healthcare Use**

BADJI S., KAVANAGH A. ET PETRIE D.  
2023

**Health Economics 32 (7) : 1581-1602**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4680>

Several Organisation for Economic Co-operation and Development countries have constrained Disability Income Insurance (DI) eligibility and reassessed those on DI to encourage workforce participation. But these policies can also have unintended consequences. While receiving less income can directly worsen physical and mental health, the stress related to reassessment and the possibility of losing DI may also adversely affect mental health. This paper uses Australian population-wide administrative data to explore how a 2014 policy - where DI recipients under 35 were reassessed under stricter criteria - affected healthcare use. We exploit this age targeting using a difference-in-difference regression design and find that the policy increased nervous system drug prescriptions (which includes antidepressants). Our findings suggest that the reassessment of DI recipients, even without income loss, may have had a significant negative impact on their mental health. DI reassessment policies may have the unintended consequence of worsening mental health and this needs to be considered when deciding if reassessment is worthwhile.

### ► **L'accès aux soins pour les Sourds. Première partie : Les dispositifs internationaux**

HIND M., THIBAUT C., HERVÉ B., *et al.*  
2023

**Médecine 19(3): 117-121.**

Les Sourds locuteurs de la langue des signes rencontrent des obstacles aux soins médicaux et cette population présente des indicateurs de santé moins bons que ceux de la population générale. L'objectif de cette étude consiste à inventorier les dispositifs en place à l'échelle internationale, nationale et territoriale. Ce premier article décrit la naissance des unités d'accueil et de soins aux Sourds en France et propose une revue narrative de la littérature afin de comparer les modalités d'action avec celles déployées dans des pays développés. Un deuxième article décrira le système français, les acteurs, les missions et mettra en lumière ce qu'il reste du modèle de santé communautaire qui avait concouru à la mise en place des premiers dispositifs français.

### ► **Handicap psychique et fracture numérique. Quelles solutions pour favoriser l'inclusion sociale ?**

SOTO S. ET COL  
2023

**Pratiques en santé mentale 69e année(1): 21-26.**

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2023-1-page-21.htm>

Portés par une réflexion collective du Comité Local de Santé Mentale (CLSM), les professionnel(le)s de l'antenne de Pézenas du SAVS de l'Association AVH, ont réfléchi à l'impact de la fracture numérique sur le public accompagné. Ils proposent quelques pistes d'actions concrètes afin d'améliorer l'accès des usagers à ces pratiques et, partant, de leur permettre un meilleur pouvoir d'agir en vue de construire leur propre vie en diminuant leur dépendance vis-à-vis de leurs aidants.

**Hospitals****► “The Reputation Premium”: Does Hospital Ranking Improvement Lead to a Higher Healthcare Spending?**

CHEN J. ET WANG C.

2023

**The European Journal of Health Economics 24(5): 817-830.**<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01511-4>

Global health systems have often disclosed hospital quality and performance information via hospital ranking or rating programs over the last 20 years. This study aims to examine the relationship between hospital ranking and healthcare spending. Using the Basic Medical Insurance claims data from a big city in central China and the hospital ranking data from the Fudan Chinese Hospital League Table from 2016 to 2018, this study exploits the variation of hospital reputable ranking across hospitals and periods to employ the difference-in-differences (DiD) design. To alleviate the self-selection bias emerging from inpatients' selection of hospitals and the extrapolation bias emerging from the potential mis-specification of our linear model, we combine the DiD design with the 3-to-1 optimal Mahalanobis metric matching method. This study finds that *ceteris paribus* one hospital ascending from the Regional Famous Hospital Group to the National Famous Hospital Group significantly increases inpatients' total healthcare costs, reimbursement costs, and out-of-pocket costs by 5.9%, 6.2%, and 4.0%, respectively. Mechanism analysis reveals that it should be attributed more to physician moral hazard than patient willingness-to-pay. Leads and lags (event study) analysis validates our DiD identification framework and shows that the impact materializes slowly but significantly. In the robustness check, we transfer the outcome variables from the log value to the level value and control five digits of ICD-10 for the disease fixed-effects. The results are highly robust.

**► Healthcare Utilization Patterns For Knee or Hip Osteoarthritis Before and After Changes in National Health Insurance Coverage: A Data Linkage Study**DROS J. T., VAN DIJK C. E., BOS I., *et al.*

2023

**Health Policy 133: 104825.**<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104825>

Medical guidelines aim to stimulate stepped care for knee and hip osteoarthritis, redirecting treatments from hospitals to primary care. In the Netherlands, this development was supported by changing health insurance coverage for physio/exercise therapy. The aim of this study was to evaluate healthcare utilization patterns before and after health changes in health insurance coverage. Method We analyzed electronic health records and claims data from patients with osteoarthritis in the knee (N = 32,091) and hip (N = 16,313). Changes between 2013 and 2019 in the proportion of patients treated by the general practitioner, physio/exercise therapist or orthopedic surgeon within 6 months after onset were assessed. Results Joint replacement surgeries decreased for knee (OR 0.47 [0.41–0.54]) and hip (OR 0.81 [0.71–0.93]) osteoarthritis between 2013–2019. The use of physio/exercise therapy increased (knee: OR 1.38 [1.24–1.53], hip: OR 1.26 [1.08–1.47]). However, the proportion treated by a physio/exercise therapist decreased for patients that had not depleted their annual deductibles (knee: OR 0.86 [0.79 – 0.94], hip: OR 0.90 [0.79 – 1.02]). This might be affected by the inclusion of physio/exercise therapy in basic health insurance in 2018. Conclusion We have found a shift from hospitals to primary care in knee and hip osteoarthritis care. However, the use of physio/exercise therapy declined after changes in insurance coverage for patients that had not depleted their deductibles.

► **L'attractivité de l'hôpital public**

GERAIN-BREUZARD M.-N., RICHARD I., FOURNIER A.,  
*et al.*

2023

**Esprit Juin(6): 37-44.**

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2023-6-page-37.htm>

La crise des ressources humaines du système de santé tient à une certaine usure de la compassion, dans un hôpital public bureaucratisé et des conditions de travail contraignantes. Mais il est possible d'orienter le système vers davantage de prévention.

► **Socioeconomic Differences in Older Adults' Unplanned Hospital Admissions: The Role of Health Status and Social Network**

HARBER-ASCHAN L., DARIN-MATTSSON A.,  
FRATIGLIONI L., *et al.*

2023

**Age and Ageing 52(4).**

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac290>

The socioeconomic distribution of unplanned hospital admissions in older adults is poorly understood. We compared associations of two life-course measures of socioeconomic status (SES) with unplanned hospital admissions while comprehensively accounting for health, and examined the role of social network in this association. In 2,862 community-dwelling adults aged 60+ in Sweden, we derived (i) an aggregate life-course SES measure grouping individuals into Low, Middle or High SES based on a summative score, and (ii) a latent class measure that additionally identified a Mixed SES group, characterised by financial difficulties in childhood and old age. The health assessment combined measures of morbidity and functioning. The social network measure included social connections and support components. Negative binomial models estimated the change in hospital admissions over 4 years in relation to SES. Stratification and statistical interaction assessed effect modification by social network. Adjusting for health and social network, unplanned hospitalisation rates were higher for the latent Low SES and Mixed SES group (incidence rate ratio [IRR] = 1.38, 95% confidence interval [CI]: 1.12–1.69,  $P = 0.002$ ; IRR = 2.06, 95% CI: 1.44–2.94,  $0.001$ ; respectively; ref: High SES). Mixed SES was at a substantially greater risk of unplanned hospital admissions among those with poor (and not rich) social network (IRR: 2.43, 95% CI: 1.44–4.07; ref: High SES), but the statistical interaction test was non-signif-

icant ( $P = 0.493$ ). Socioeconomic distributions of older adults' unplanned hospitalisations were largely driven by health, although considering SES dynamics across life can reveal at-risk sub-populations. Financially disadvantaged older adults might benefit from interventions aimed at improving their social network.

► **Introduction of Quality Indicators in German Hospital Capacity Planning – Do Results Show an Improvement in Quality?**

KLEIN S., RAUH J., PAULETZKI J., *et al.*

2023

**Health Policy 133: 104830.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104830>

In Germany, the use of quality data to support hospital capacity planning was introduced in 2017. On behalf of the Federal Joint Committee, IQTIG suggested 11 quality indicators and developed a program on how to collect, evaluate and report data for the clinical areas gynaecological surgery, obstetrics and breast surgery. By analysing data from 2015 to 2021, effects of the introduction of the program on indicator results, statistical discrepancies and impact on care quality are examined. Effects on capacity planning are discussed. Since the program started, indicator results improved in all clinical areas, and statistical discrepancies and the number of assessments with insufficient quality decreased due to enhanced adherence to quality standards and data validity. Effects on capacity planning or the allocation of hospitals have not occurred. Thus, a change of the legal basis to allow a better link between quality and hospital planning is recommended. The approach to use quality data on hospital regulation in Germany is evolving. The current hospital reform in Germany also addresses other approaches to quality-based regulation. Already now, there have been clear improvements in specific indicators as well as lessons for quality assurance and its link to capacity planning provided by the program, which are also applicable to other countries.

► **Impact of Tariff Refinement on the Choice Between Scheduled C-Section and Normal Delivery: Evidence From France**

PROSHIN A., CAZENAVE-LACROUTZ A. ET ROCHAIX L.

2023

**Health Economics 32(7): 1397-1433**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4672>

Studying quasi-experimental data from French hospitals from 2010 to 2013, we test the effects of a substantial diagnosis-related group (DRG) tariff refinement that occurred in 2012, designed to reduce financial risks of French maternity wards. To estimate the resulting DRG incentives with regard to the choice between scheduled C-sections and other modes of child delivery, we predict, based on pre-admission patient characteristics, the probability of each possible child delivery outcome and calculate expected differences in associated tariffs. Using patient-level administrative data, we find that introducing additional severity levels and clinical factors into the reimbursement algorithm had no significant effect on the probability of a scheduled C-section being performed. The results are robust to multiple formulations of DRG financial incentives. Our paper is the first study that focuses on the consequences of a DRG refinement in obstetrics and develops a probabilistic approach suitable for measuring the expected effects of DRG fee incentives in the presence of multiple tariff groups.

► **L'hôpital public : vers une entreprise comme une autre ? Quels risques pour la dimension humaine et l'éthique ?**

SAN MARTINO L.

2023

**Question(s) de management 42(1): 47-57.**

<https://www.cairn.info/revue-questions-de-management-2023-1-page-47.htm>

L'hôpital connaît de profondes mutations induites par une série de réformes s'inscrivant dans le courant du New Public Management. Nous assistons alors à une financiarisation croissante de l'hôpital public (Angelé-Halgand & Garrot, 2015) avec une réelle pression à la performance. L'hôpital évolue d'une logique de moyens à une logique de résultats. Mais cette financiarisation de l'hôpital n'entraînerait-elle pas une trop forte intrusion de la sphère économique dans la sphère médicale, avec un risque de perte de valeurs, de sens et même d'éthique ? Dans cet article, basé sur

les recherches récentes dans le domaine, nous mettons en évidence la focalisation sur le chiffre au détriment de la dimension humaine, aussi bien au niveau des patients que des soignants. Cela pourrait inciter même à des comportements déviants qui interrogent les valeurs publiques et l'éthique professionnelle. Cette mutation de l'hôpital « vers une entreprise comme une autre... » remet en question l'essence même de l'hôpital public.

► **Medicare's Hospital Readmissions Reduction Program and the Rise in Observation Stays**

WRIGHT B., PARRISH C., BASU A., *et al.*

2023

**Health Services Research 58(3): 554-559.**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.14142>

The objective of this study is to evaluate whether Medicare's Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) is associated with increased observation stay use. Data Sources and Study Setting A nationally representative sample of fee-for-service Medicare claims, January 2009–September 2016. Study Design Using a difference-in-difference (DID) design, we modeled changes in observation stays as a proportion of total hospitalizations, separately comparing the initial (acute myocardial infarction, pneumonia, heart failure) and subsequent (chronic obstructive pulmonary disease) target conditions with a control group of nontarget conditions. Each model used 3 time periods: baseline (15 months before program announcement), an intervening period between announcement and implementation, and a 2-year post-implementation period, with specific dates defined by HRRP policies. Data Collection/Extraction Methods We derived a 20% random sample of all hospitalizations for beneficiaries continuously enrolled for 12 months before hospitalization (N = 7,162,189). Principal Findings Observation stays increased similarly for the initial HRRP target and nontarget conditions in the intervening period (0.01% points per month [95% CI –0.01, 0.3]). Post-implementation, observation stays increased significantly more for target versus nontarget conditions, but the difference is quite small (0.02% points per month [95% CI 0.002, 0.04]). Results for the COPD analysis were statistically insignificant in both policy periods. Conclusions The increase in observation stays is likely due to other factors, including audit activity and clinical advances.

### Health Inequalities

► **Accès aux soins des populations migrantes et pandémie. Inégalités installées, difficultés aggravées**

BELTRAN G.  
2023

**Empan 129(1): 52-58.**

<https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-52.htm>

L'article discute les résultats d'une recherche qualitative portant sur les effets de la pandémie de Covid-19 et des mesures qui l'ont accompagnée sur les populations migrantes vivant en squat. Cette période n'a pas créé les principaux freins dans l'accès aux soins de cette population. Ces derniers sont liés, avant tout, aux mauvaises conditions d'accueil et aux restrictions de droits. Elle a cependant entraîné de nouvelles difficultés ainsi que de nouvelles interventions de la part de différentes structures sanitaires.

► **Central and Eastern European Migrant Worker Status, Co-Living Situation and SARS-Cov-2 Exposure and Transmission Risk**

BOOGAARD L. H., HAUTVAST J. L. A., TIMEN A., *et al.*  
2023

**European Journal of Public Health 33(2): 279-286.**

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad037>

Central and Eastern European (CEE) migrant workers in essential industries are at higher risk of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) exposure and transmission. We investigated the relationship of CEE migrant status and co-living situation with indicators of SARS-CoV-2 exposure and transmission risk (ETR), aiming to find entry points for policies to reduce health inequalities for migrant workers. We included 563 SARS-CoV-2-positive workers between October 2020 and July 2021. Data on ETR indicators were obtained from source- and contact-tracing interviews via retrospective analysis of medical records. Associations of CEE migrant status and co-living situation with ETR indicators were analyzed using chi-square tests and multivariate logistic regression analyses. CEE migrant status was not associated with occupational ETR but was with higher occupational-domestic exposure [odds ratio (OR) 2.92; P = 0.004], lower

domestic exposure (OR 0.25, P = 0.001), lower community exposure (OR 0.41, P = 0.050) and transmission (OR 0.40, P = 0.032) and higher general transmission (OR 1.76, P = 0.004) risk. Co-living was not associated with occupational and community ETR but was with higher occupational-domestic exposure (OR 2.63, P = 0.032), higher domestic transmission (OR 17.12, P = 0.001) and lower general exposure (OR 0.34, P = 0.007) risk. The workforce poses an equal SARS-CoV-2 ETR for all workers. CEE migrants encounter less ETR in their community but pose a general risk by delaying testing. When co-living, CEE migrants encounter more domestic ETR. Coronavirus disease preventive policies should aim at occupational safety for essential industry workers, reduction of test delay for CEE migrants and improvement of distancing options when co-living.

► **Entre déracinement et déclassement. Parcours de migration pour raisons de santé**

BOULAGHAF L.  
2023

**Empan 129(1): 59-66.**

<https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-59.htm>

À travers la parole de cette usagère des ateliers d'accompagnement à l'autonomie en santé proposés par la Case de santé à Toulouse, nous nous efforçons de retracer les événements et contextes de vie qui conduisent une famille, bénéficiant de conditions matérielles d'existence stables et d'un entourage familial soutenant en Algérie, à entamer un parcours migratoire pour raisons de santé à l'issue incertaine et marqué par le(s) manque(s).

► **Prendre en compte la santé des accueillis. Entretien avec une secrétaire générale du Secours populaire**

CAVÉ A.  
2023

**Empan 129(1): 82-87.**

<https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-82.htm>

Dans cet entretien, la secrétaire générale d'une fédération du Secours populaire expose le défi que consti-



tue l'amélioration de la qualité des produits de l'aide alimentaire et insiste sur la nécessité d'entendre la santé au sens large, en l'intégrant au sein de chacune des activités développées par l'association. À ce titre, la période de confinement a permis aux bénévoles et salariés d'avoir un retour réflexif sur leurs pratiques.

► **Relative Deprivation, Inequality and the Covid-19 Pandemic**

CHAKRABARTY D., BHATIA B., JAYASINGHE M., *et al.*  
2023

**Social Science & Medicine 324: 115858.**

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115858>

There is a growing concern that inequalities are hindering health outcomes. This paper's primary objective is to investigate the role of relative deprivation and inequality in explaining the daily spread of the Covid-19 pandemic. For this purpose, we use secondary cross-sectional data across 119 (developed and developing) countries from January 2020 – to April 2021. For the empirical analysis, we use a recent dynamic panel data modelling approach that allows us to identify the role of time-invariant variables such as degree of globalisation, political freedom and income inequality on the dynamics of the pandemic and fatality rates across countries. We find that new cases per million and fatality rates are highly persistent processes. After controlling for time-varying mobility statistics from the Google mobility database and region-specific dummy variables, the two significant factors that explain the severity of Covid-19 spread in a country are per-capita Gross Domestic Product (GDP) and Yitzhaki's relative income deprivation index. Lagged value of new cases per million significantly explains cross-country variations in the daily case fatality rates. A higher proportion of the older population and pollution increased fatality rates while better medical infrastructure reduced it.

► **Santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre et politiques de santé**

DENIS F. ET RUSCH E.  
2022

**Santé Publique 34(HS2): 7-9.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-7.htm>

Cet éditorial du numéro hors-série sur la « santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre », montre que les problématiques de santé des minorités sexuelles

sont un sujet peu abordé jusqu'alors dans la revue française des affaires sociales. On note bien un article d'Alessandrin et al., publié en 2019, qui aborde cette question sous l'angle des perceptions corporelles et du rapport au corps en interrogeant les gays et les lesbiennes. Historiquement, les problématiques auxquelles font face les minorités sexuelles trouvent leur ancrage dans la gestion des premiers cas de VIH, Virus de l'immunodéficience humaine. /sida identifiés dans les années 1980]. En effet, face à la relative impuissance de la médecine, les malades et les associations se sont fortement mobilisés pour l'accès aux traitements et pour la démocratie sanitaire. Le VIH/sida était d'abord associé aux homosexuels masculins, les femmes étant restées largement en dehors des cibles de prévention, à l'exception des mères dans le cadre de la transmission mère- enfant et des femmes travailleuses du sexe. Concernant les minorités sexuelles, les données les plus récentes soulignent les besoins en matière de santé de ces populations dans la mesure où 34,7 % des personnes homosexuelles qui ont dévoilé leur orientation sexuelle à leur médecin se sont senties jugées et que 65 % des personnes trans ont eu le sentiment d'avoir été discriminées au cours de leurs entretiens de santé. Cela conduit certaines personnes qui s'identifient comme lesbienne, gai, bisexuel-le, transsexuel-le ou transgenre, queer ou autre (LGBTQ+) à se priver de soins par crainte d'être mal reçues, stigmatisées, voire discriminée]. De plus, des études montrent une prévalence élevée de troubles anxieux ou dépressifs et d'idées suicidaires, et des consommations d'alcool et de drogues plus présentes dans ces populations. Pour finir, dans un système de soins axé sur la normativité hétérosexuelle, il n'est pas rare que les préoccupations des minorités sexuelles ne soient pas suffisamment prises en considération, sans compter les attitudes homophobes ou transphobes des soignants qui peuvent conduire à des recours tardifs aux soins.

► **Pauvreté, santé. Le subjectif comme révélateur de la dureté des rapports sociaux**

DUVOUX N.  
2023

**Empan 129(1): 21-27.**

<https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-21.htm>

Cet article montre que la mesure des inégalités en santé et dans le domaine de la pauvreté fait, conjointement, apparaître l'intérêt et l'importance des variables

subjectives. Celles-ci sont parfois considérées comme étant à l'opposé d'analyses donnant la première place aux conditions matérielles d'existence et aux intérêts de classe. Nous montrerons que ces variables permettent de saisir les inégalités de classe d'abord à partir des inégalités de santé, ensuite des mesures subjectives de la pauvreté.

► **Migrations et sans-abrisme : recherches en sciences sociales de 1970 à 2020**

ELOY P. ET LIÈVRE M.

2023

**Revue française des affaires sociales(1): 75-86.**

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2023-1-page-75.htm>

Dans la recherche française, la question de l'absence de logement ou de la prise en charge sociale des migrants internationaux en précarité n'occupent qu'une place marginale dans les études sur le sans-abrisme qui émergent dans les années 1980, tout comme dans les recherches sur les « cités de transit » et les bidonvilles des années 1960 avec les travaux de Colette Petonnet (1968) et de Jean Labbens (1969). C'est à partir du début des années 1970 avec les recherches de Marie-Ange Charras et Monique Hervo (1971) ou encore celles d'Isabelle Herpin et Serge Santelli (1973) qu'une place plus importante est accordée à l'étude des populations migrantes en précarité.

► **La santé des personnes sans chez-soi, une question politique**

ESTECAHANDY P.

2023

**Revue française des affaires sociales(1): 247-258.**

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2023-1-page-247.htm>

Cet article rend compte d'un entretien mené auprès de Pascale Estecahandy. D'abord médecin généraliste en Dordogne, puis spécialisée en santé publique sur les problèmes de précarité, elle a contribué au rapport sur « La santé des personnes sans chez-soi 2010 » et coordonné le programme « Un chez-soi d'abord ». Dans cet entretien avec la RFAS, elle explique en quelques mots ce qu'est la Délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement (DIHAL) et quel y est son rôle ?

► **L'impact de la pauvreté sur le développement et la santé des jeunes enfants. Un rapide état de l'art au service de l'action**

GORZA M. ET CARDOSO T.

2023

**Empan 129(1): 28-34.**

<https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-28.htm>

La grossesse et la petite enfance sont des moments-clés pour le développement des enfants, leur santé et leur bien-être tout au long de la vie. Naître et grandir dans une famille vivant dans la pauvreté est reconnu comme un facteur d'adversité important dont l'impact marque les indicateurs de santé périnatale et développementale. Cet article explore l'altération des systèmes de réponses au stress qui en découle et les conséquences sur la qualité des interactions parent-enfant. Il met en évidence des leviers d'action pour influencer favorablement le développement des enfants.

► **Negotiating Precarity: Recent Immigrants' Perceptions of Waiting For Public Healthcare in Ontario, Canada**

NIRAULA A., RATTI N., COLLEY M., *et al.*

2023

**Health Policy 133: 104843.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104843>

Canada is widely known for its universal publicly funded health care system. While its health care system is an important part of Canadian identity, recent immigrants living in some provinces and territories are not covered by the publicly funded healthcare system until they have met a minimum residency requirement. This article seeks to understand the multiple manifestations of financial and emotional precarity that recent immigrants face as they navigate a lack of access to health care during their first three months of arrival in Ontario. This paper draws on qualitative semi-structured interview data from 46 recent immigrants who came from 12 different countries and had been living in Ontario, Canada. We found that the wait period to obtain health care often added to the prohibitive costs associated with immigration and settlement. During the wait period, recent immigrants faced financial burdens and their inability to access publicly funded hospitals and medical services when needed which resulted in feelings of vulnerability, anxiety, and emotional hardship. Given the financial and emotional precarities faced by recent immigrants during the wait

period, we argue that the Canadian 'universal' health-care system excludes and creates barriers to timely and equitable access to healthcare services for recent immigrants. We recommend to permanently eliminate the wait period policy to ensure the health and well-being of recent immigrants.

► **Place-Making and Its Impact on Health and Wellbeing Among Recently Resettled Refugees in High Income Contexts: A Scoping Review**

YASHADHANA A., ALLOUN E., SEROVA N., *et al.*  
2023

**Health & Place 81: 103003.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.103003>

The search strategy followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) guidelines (Tricco et al.,

2018). Details of the systematic selection process are outlined in Fig. 1. A total of 65 articles were included for extraction. Characteristics are outlined in Table 3. Most studies were set in Australia (n=24), the United States (US) (n=16), and Canada (n=12), with a smaller number set in the United Kingdom (UK) (n=3), and various European countries (n=7). Most studies included participants who were from diverse ethnic or cultural backgrounds (n=29), however many originated from countries. The purpose of the review was to understand how aspects of place-making are relevant to the health and wellbeing of refugees who had permanently and recently (within the last 10 years) resettled in high-income contexts. Studies in this review showed that place-making plays a critical role in mediating refugee experiences of new lives and social spaces, echoing a large body of geographical research on difference, inequality and encounter in diverse and multicultural cities.

## Médicaments

### Pharmaceuticals

► **Exposition des adultes aux hypocholestérolémiants**

2023

**Revue Prescrire 43(476): 466-467.**

Les médicaments hypocholestérolémiants sont largement prescrits en France, avec une balance bénéfices - risques qui varie selon les situations chimiques et les substances concernées. Cet article de Prescrire dresse un état des lieux de l'exposition des adultes à au moins un hypocholestérolémiant à partir de l'échantillon généralistes des bénéficiaires de l'Assurance maladie.

► **La Facripp, une formation des internes à l'indépendance vis-à-vis de la promotion pharmaceutique**

2023

**43(474): 296-302.**

En 2019, le Département de médecine générale de l'université de Bordeaux a rendu obligatoire une formation de deux jours pour développer l'esprit critique des internes de médecine générale vis-à-vis des firmes

pharmaceutiques. Cette formation appelée Facripp (Analyse critique de la promotion pharmaceutique) utilise les méthodes de pédagogie dite active visant à faire participer les étudiants par des jeux de rôle, des réflexions en groupe, des débats.

► **Pratiques de prescription d'analgiques opioïdes en médecine générale**

DUPRAT L.

2023

**Tendances(156)**

Cette étude décrit les pratiques de prescription de médicaments opioïdes antalgiques dans le cadre du traitement de la douleur chronique non liée au cancer. Fondée sur des entretiens approfondis menés auprès de médecins généralistes, l'analyse porte d'abord sur les facteurs de décision de prescription (et de déprescription). Outre les manques de formation et/ou d'expérience en addictologie, l'analyse montre que les difficultés rencontrées tiennent surtout aux difficultés de coopération entre les acteurs du système de soins. Le

contexte d'exercice des médecins (cabinet libéral, maison de santé, centre de santé, etc.), de nature à mettre les acteurs de soins en relation, à renforcer leur capacité d'agir sur des cas critiques et à modifier la place de la médecine générale dans la prise en charge d'une dépendance ou d'une addiction médicamenteuse, est crucial pour comprendre la pluralité des pratiques.

## Méthodologie – Statistique

### Methodology - Statistics

#### ► Décrire une population mal captée dans les statistiques

CABANNES P.-Y., LELLOUCH T. ET LAMBERT A.  
2023

**Revue française des affaires sociales(1): 51-63.**

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2023-1-page-51.htm>

Cet article rapporte les contenus d'entretiens menés auprès de salariés de l'Insee en charge d'enquêtes réalisées auprès des personnes en situation de grande précarité, notamment l'enquête « Sans Domicile » (SD).

#### ► Collecter des données pour la santé des populations LGBTI : pourquoi, comment, avec qui ?

GRENOUILLEAU-ALBERTINI A.-S., SUAREZ T., SACHS A., *et al.*  
2022

**Santé Publique 34(HS2): 81-89.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-81.htm>

La collecte et l'exploitation adaptée des données contribuent à détecter d'éventuelles différences de besoins ou de résultats de santé entre les différents groupes de la population, permettant ainsi d'améliorer les savoirs, puis les prises en charge et les politiques de santé. Méthode : L'étude fait partie d'une vaste analyse prospective du système de santé et d'accompagnement social. Plusieurs thématiques ont été définies, axées sur les liens entre le sexe, le genre et la santé. L'une d'elles était « Quand et comment la collecte de données sexuées/genrées de santé pourrait-elle contribuer à l'amélioration de la santé de la popula-

tion ? ». Des questions particulières ont été identifiées concernant les minorités lesbiennes, gays, bisexuelles, trans, intersexes (LGBTI). Une revue narrative a été conduite. L'expertise propre des auteurs et des témoignages provenant d'usagers du système de santé ont aussi été mobilisés. Résultats : L'analyse a d'abord mis en évidence le manque de données disponibles sur la santé des personnes LGBTI, et plus largement le peu d'inclusivité des données sexuées collectées en population générale. Trois axes de travail ont ensuite été dégagés : la tension qui existe entre les bénéfiques et les risques à disposer de données sur les minorités (au niveau individuel et collectif), les questions particulières posées par le big data, et les difficultés méthodologiques à résoudre. Pour chacun, les auteurs posent les bases d'une réflexion à construire afin d'inciter à des travaux complémentaires. Discussion : Ce cadre de réflexion posé, les auteurs invitent les acteurs, en concertation avec les communautés concernées (et peut être à leur initiative) à entrer dès maintenant dans cette réflexion pour la faire progresser et faire progresser la santé.

#### ► L'universalisme proportionné, un outil pour améliorer la santé des minorités LGBTI

GRENOUILLEAU-ALBERTINI A.-S., SUAREZ T. ET SAOUT C.

2022

**Santé Publique 34(HS2): 31-35.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-31.htm>

La conception des politiques de santé doit s'assurer d'obéir à un impératif d'inclusivité en matière de sexe

et de genre afin de faire progresser la santé de tous. Classiquement fondées sur l'idée d'universalisme, les politiques de santé françaises sont cependant souvent catégorielles lorsqu'il s'agit des questions liées au sexe et au genre, alors même que les sujets de santé sont rarement spécifiques. Le présent article s'intéresse à cette tension dans la conception des politiques publiques pouvant améliorer la santé des minorités sexuelles et de genre, entre politiques « neutres » ou « universelles » et politiques catégorielles, « sexuées » ou « genrées ». Le rapport Sexe, genre et santé publié par la Haute Autorité de santé en 2020 porte cette conviction qu'en matière de sexe, de genre et de santé, le principe de l'universalisme proportionné est le plus adapté pour améliorer la santé de tous, sans préjudice mais aussi sans privilège, ni pour la population générale, ni pour les minorités qui la composent. Les auteurs interrogent la conception des politiques publiques de santé à l'égard des minorités sexuelles et de genre, en recherchant l'articulation entre la préservation de l'intérêt général et des intérêts particuliers. Il s'agit alors de recourir aux notions « sexe » et « genre » comme leviers d'amélioration de la santé de tous, et non comme des outils de définition de politiques catégorielles.

► **The Urgent Need For Valid Data on Access to Healthcare in Europe**

GUIDI C. F. ET INGLEBY D.

2023

**European Journal of Public Health 33(2): 176-178.**

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad011>

The probability of experiencing an unmet need for medical or dental care can be expressed either (a) as a proportion of the whole population studied or (b) as a proportion of those who had a need. Only (b) yields a valid measure of access to care. Using (a) combines access to care with state of health. Unfortunately, the main data source used by researchers (the European Union Survey of Income and Living Conditions, EU-SILC) uses method (a), rendering the literature to date subject to unknown errors. The authors argue that there is an urgent need for Eurostat to publish data using method (b).

► **L'approche syndémique appliquée à la santé des minorités sexuelles et de genre : étude de la portée**

OUAFIK M.

2022

**Santé Publique 34(HS2): 21-30.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-21.htm>

Les minorités sexuelles et de genre (MSG) occupent une position de vulnérabilité se traduisant par une prévalence plus élevée de troubles psychiques, et par une plus grande exposition à la violence et aux infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, pour certains sous-groupes. Issu de l'anthropologie médicale, le concept de syndémie consiste en l'agrégation et en l'interaction de plusieurs problèmes de santé à cause de conditions sociales défavorables telles que la discrimination ou la précarité. Face à la pluralité de conditions adverses touchant les MSG, ce cadre théorique est pertinent pour mieux étudier leur santé et proposer des interventions permettant de l'améliorer. But de l'étude : L'objectif de cette étude de la portée est de synthétiser les connaissances sur l'application du concept de syndémie aux MSG. Résultats : La revue inclut 126 articles. Les données européennes ainsi que les études dédiées à la santé des femmes et des hommes transgenres sont rares. Une cooccurrence de problèmes psychosociaux favorisés par la discrimination est amplement étayée. En outre, la présence d'une syndémie est associée, entre autres, à un risque accru d'acquisition du VIH, de comportements suicidaires ou à une plus grande utilisation des soins de santé. Conclusions : L'approche syndémique est importante pour la santé des MSG, à la fois aux niveaux académique et interventionnel. Les priorités actuelles devraient être de lutter contre les facteurs structurels qui entraînent une syndémie, d'améliorer la connaissance sur la santé des MSG en Europe et de mettre au point des programmes locaux basés sur la pair-aidance.

► **Improvements in Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection Through Policy and Education**

STASENKO M. ET QUINN G. P.

2023

**American Journal of Public Health: e1-e2.**

<https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2023.307344>

Social determinants of health are nonmedical factors that can influence health outcomes and quality of life.<sup>1</sup> While extensive research has been conducted

corroborating that race and economic stability profoundly affect one's health outcomes, there is still debate on other socioeconomic factors that may play a vital role, such as sexual orientation and gender identity (SOGI). The collection of social determinants of health data for medical care is slowly expanding and is shaped by public policy. In turn, public policy is shaped by data derived from the healthcare system. However, the dearth of data collection on SOGI, as well as other potentially pertinent patient demographics, limits their applicability and usability.

## Politique de santé

### Health Policy

► **Support For Evidence-Based Alcohol Policy in Ireland: Results From a Representative Household Survey**

CALNAN S., MILLAR S. R. ET MONGAN D.

2023

**European Journal of Public Health 33(2): 323-330.**

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad031>

Alcohol use is a leading risk factor for death and disability and there is a need for evidence-based policy measures to tackle excess alcohol consumption and related harms. The aim of this study was to examine attitudes towards alcohol control measures among the general public in the context of significant reforms undertaken in the Irish alcohol policymaking landscape. A representative household survey was conducted among individuals aged 18+ years in Ireland. Descriptive and univariate analyses were used. A total of 1069 participants took part (48% male) and there was broad support (>50%) for evidence-based alcohol policies. Support was strongest for a ban on alcohol advertising near schools and creches (85.1%) and for warning labels (81.9%). Women were more likely than men to support alcohol control policy measures while participants with harmful alcohol use patterns were significantly less likely to support these measures. Respondents with a greater awareness of the health risks of alcohol showed higher levels of support, while those who had experienced harms due to other people's drinking showed lower support compared with those who had not experienced such harms. This

study provides evidence of support for alcohol control policies in Ireland. However, notable differences were found in levels of support according to socio-demographic characteristics, alcohol consumption patterns, knowledge of health risks and harms experienced. Further research on reasons behind public support towards alcohol control measures would be worthwhile, given the importance of public opinion in the development of alcohol policy.

► **From Health in All Policies to Health For All Policies**

GREER S. L., FALKENBACH M., SICILIANI L., *et al.*

2022

**The Lancet Public Health 7(8): e718-e720.**

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00155-4)

Worldwide responses to the COVID-19 pandemic have shown that it is possible for politicians to come together across departmental boundaries. To this end, in many countries, heads of government and their health ministers work closely with all other ministries, departments, and sectors, including social affairs, internal affairs, foreign affairs, research and education, transport, agriculture, business, and state aid. In this Viewpoint, we build on the Health in All Policies approach by which the Sustainable Development Goals (SDGs) support intersectoral collaboration to promote health but argue that this relationship should be bidirectional and that health enables the attainment of other SDGs—Health

for All Policies. We contend that strengthening health policies and improving health outcomes have major and tangible co-benefits for other sectors.

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

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

**Health Policy 126(5): 408-417.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.004>

Covid-19 led to significant and dynamic shifts in power relations within and between governments, teaching us how governments make health policies and how health crises affect government. We focus on centralization and decentralization within and between governments: within government, meaning the extent to which the head of government controls policy; and between governments, meaning the extent to which the central government pre-empts or controls local and regional government. Political science literature suggests that shifting patterns of centralization and decentralization can be explained by leading politicians' efforts to gain credit for popular actions and outcomes and deflect blame for unpopular ones. We test this hypothesis in two ways: by coding the Health Systems Response Monitor's data on government responses, and through case studies of the governance of COVID-19 in Austria, Czechia and France. We find that credit and blame do substantially explain the timing and direction of changes in centralization and decentralization. In the first wave, spring 2020, heads of government centralized and raised their profile in order to gain credit for decisive action, but they subsequently tried to decentralize in order to avoid blame for repeated restrictions on life or surges of infection. These findings should shape advice on governance for pandemic response.

► **Preparing For Future Pandemics: A Multi-National Comparison of Health and Economic Trade-Offs**

LANCSAR E., HUYNH E., SWAIT J., *et al.*  
2023

**Health Economics 32(7): 1434-1452.**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4673>

Government investment in preparing for pandemics has never been more relevant. The COVID-19 pan-

dem has stimulated debate regarding the trade-offs societies are prepared to make between health and economic activity. What is not known is: (1) how much the public in different countries are prepared to pay in forgone GDP to avoid mortality from future pandemics; and (2) which health and economic policies the public in different countries want their government to invest in to prepare for and respond to the next pandemic. Using a future-focused, multi-national discrete choice experiment, we quantify these trade-offs and find that the tax-paying public is prepared to pay \$3.92 million USD (Canada), \$4.39 million USD (UK), \$5.57 million USD (US) and \$7.19 million USD (Australia) in forgone GDP per death avoided in the next pandemic. We find the health policies that taxpayers want to invest in before the next pandemic and the economic policies they want activated once the next pandemic hits are relatively consistent across the countries, with some exceptions. Such results can inform economic policy responses and government investment in health policies to reduce the adverse impacts of the next pandemic.

► **Démocratie participative en santé : dossier**

MELIHAN CHENIN P., RUSH E., AUBRY J. D., *et al.*  
2023

**Actualité Et Dossier En Santé Publique(121).**

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1182>

L'évocation de la participation en santé est aussi ancienne que la démocratie sanitaire. Mais la crise sanitaire et les préoccupations relatives à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins des populations renouvellent le besoin d'une confiance affirmée. La Conférence nationale de santé (CNS) vient de rendre son bilan de 20 ans des lois relatives à la démocratie en santé de 2002. Son rapport propose 11 recommandations dont certaines pour renforcer la démocratie participative en santé. Le débat public désigne un dispositif participatif précisément défini. Il doit permettre à toute personne concernée par le projet de s'informer et de participer à l'élaboration des décisions. Les instances de démocratie en santé (CNS et CRSA) ont une mission d'organisation du débat public. Encore faut-il respecter les critères qui en garantissent la qualité délibérative pour préserver la confiance nécessaire à tout exercice démocratique.

► **Consumers' and Health Providers' Views and Perceptions of Partnering to Improve Health Services Design, Delivery and Evaluation: A Co-Produced Qualitative Evidence Synthesis (Review)**

MERNER B., SCHONFELD L., VIRGONA A., *et al.*  
2023

**Cochrane Database of Systematic Reviews(3): 144.**

[https://www.cochrane.org/fr/CD013274/COMMUN\\_quels-sont-les-points-de-vue-et-les-experiences-des-consommateurs-et-des-prestataires-de-soins-de](https://www.cochrane.org/fr/CD013274/COMMUN_quels-sont-les-points-de-vue-et-les-experiences-des-consommateurs-et-des-prestataires-de-soins-de)  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013274.pub2/full/fr>

Les déséquilibres de pouvoir entre les prestataires de soins et les consommateurs peuvent limiter la participation de ces derniers à la planification, à l'offre et à l'évaluation des soins de santé. L'objectif de cette revue de littérature est d'explorer les points de vue et les expériences des consommateurs et des prestataires de soins de santé qui travaillent en partenariat pour planifier, fournir et évaluer les soins de santé. Nous voulions également identifier les principes de bonnes pratiques pour améliorer les partenariats formels.

► **National Policies on Physical Activity From 64 Countries with Different Economies: A Scoping Review with Thematic Analysis**

MINATTO G., SILVA K. S., BANDEIRA A. D. S., *et al.*  
2023

**Health Policy and Planning 38(6): 737-765.**

<https://doi.org/10.1093/heapol/czad024>

In 2018, the World Health Organization (WHO) launched a Global Action Plan on Physical Activity (PA), which included 20 policy actions for creating active societies, environments, people and systems. The objective of this scoping review was to summarize the themes/contents of national PA policies/plans conforming to the WHO's proposals and the country's economy. This review followed Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines for scoping reviews. A systematic search of electronic databases (Web of Science, Medline/PubMed, LILACS, PsycINFO, Scopus and SPORTDiscus) and 441 government documents/websites from 215 countries/territories was conducted (February 2021). Documents on national-level policies, published in English, Spanish and Portuguese since 2000, were eligible. The information on content and

structure was systematically extracted and summarized into dimensions proposed by the WHO: active societies, environments, people and systems.

► **What Does the French Public Consider to Be a Conflict of Interest For Medical Researchers?**

SCHULTZ É., MANCINI J. ET WARD J. K.  
2023

**Social Science & Medicine 327: 115851.**

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115851>

Conflicts of interests have been at the core of public debate over health and medicine for decades. Social scientists have analysed the diversity of definitions of this label as well as the policies put in place to regulate the relationships between medical researchers and various actors such as private corporations. But little attention has been paid to the way the public define and use this label. In this article, we assess what the French public consider to be a conflict of interest for medical researchers. We draw on the data from a questionnaire-based survey conducted with a representative sample of the French population in December 2021 (n = 2022) where we asked respondents to decide whether different situations constituted a conflict of interest or not. These situations concerned medical researchers' relationships with economic actors but also with politicians and the media, with or without financial compensation for the researcher. We identified three main group profiles in terms of respondents' conception of what counts as a conflict of interest: i) considering that only money matters in the labelling of a given situation as a conflict of interest, ii) considering that any relationship with economic, media and political actors constitutes a conflict of interest (i.e., that medical research should be an ivory tower), and iii) indecision as to what constitutes a conflict of interest. These three groups differed in terms of social composition as well as respondents' relationships to science, politics, and the health care system.



► **Mitigating the Impacts of the Covid-19 Pandemic on Vulnerable Populations: Lessons For Improving Health and Social Equity**

TAN S. Y., FOO C. D., VERMA M., *et al.*

2023

**Social Science & Medicine 328: 116007.**

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116007>

The Covid-19 pandemic had an inequitable and disproportionate impact on vulnerable populations, reversing decades of progress toward healthy populations and poverty alleviation. This study examines various programmatic tools and policy measures used by governments to support vulnerable populations during the pandemic. A comparative case study of 15 countries representing all World Health Organization's regions offers a comprehensive picture of countries with varying income statuses, health system arrangements and COVID-19 public health measures. Through a systematic desk review and key informant interviews, we report a spectrum of mitigation strategies deployed in these countries to address five major types of vulnerabilities (health, economic, social, institutional and communicative). We found a multitude of strategies that supported vulnerable populations such as migrant workers, sex workers, prisoners, older persons and school-going children. Prioritising vulnerable populations during the early phase of Covid-19 vaccination campaigns, direct financial subsidies and food assistance programmes were the most common measures reported. Additionally, framing public health information and implementing culturally sensitive health promotion interventions helped bridge the communication barriers in certain instances. However, these measures remain insufficient to protect vulnerable populations comprehensively. Our findings point to the need to expand fiscal space for health, enlarge healthcare coverage, incorporate equity principles in all policies, leverage technology, multi-stakeholder co-production of policies and tailored community engagement mechanisms.

► **Le Plan européen de lutte contre le cancer : un modèle de stratégie internationale en santé publique**

TRILLET-LENOIR V.

2023

**Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 207(5): 636-641.**

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.03.002>

Première cause de mortalité dans la plupart des pays européens, le cancer est un défi de santé publique aux multiples déterminants (comportementaux, environnementaux, sociétaux et commerciaux). Ses conséquences sanitaires, mais également financières et sociétales, sont considérables. Le Plan européen de lutte contre le cancer est guidé par le constat d'importantes disparités de santé géographiques et socioéconomiques. Considéré par les institutions européennes comme une priorité, ce programme d'actions poursuit des objectifs ambitieux de réduction de l'incidence et de la mortalité, en faisant de la lutte contre les inégalités un enjeu transversal. Il comporte des propositions d'actions législatives, d'incitations et de recommandations portant sur toutes les étapes de la maladie (prévention, accès aux soins, soutien aux patients) en s'appuyant sur les leviers de la recherche et du partage de connaissance et grâce à des financements diversifiés. Il constitue une étape majeure de la construction de l'Europe de la santé et propose un modèle d'organisation européenne de prise en charge des maladies non transmissibles.

► **Rapport 23-05. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence**

VILLE Y., RUDIGOZ R. C. ET HASCOËT J. M.

2023

**Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 207(5): 560-575.**

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.03.017>

La mortalité néonatale en France n'a pas diminué depuis 20 ans et le dernier plan de périnatalité est arrivé à terme en 2007. Une crise démographique sans précédent touche toutes les professions de la périnatalité. Cette crise contribue à l'accélération des fermetures de maternités, en particulier au sein des établissements de soins privés. La couverture territoriale par les établissements de type 2 et 3, à l'exception de la Corse, est satisfaisante, mais ces établissements sont saturés et offrent des conditions de travail et d'accueil

dégradées. Leur attractivité est particulièrement faible pour les sages-femmes et les infirmières, professions où les postes vacants sont nombreux. Les attentes de la population autour de la naissance ne sont satisfaites ni qualitativement ni en termes d'accès aux soins. La situation particulièrement préoccupante des départements et régions d'outre-mer doit faire l'objet d'une analyse qui n'a pas pu être réalisée dans ce rapport qui émet plusieurs recommandations pour améliorer la politique de périnatalité en France.

► **What's the Ideal World Health Organization (WHO)?**

WENHAM C. ET DAVIES S. E.

2023

**Health Economics, Policy and Law 18(3): 329-340.**

<https://doi.org/10.1017/S174413312300004X>

The World Health Organization (WHO) is tasked with the 'attainment by all peoples of the highest possible level of health', yet, it is widely struggling to meet this man-

date, and COVID-19 has revealed significant limitations of the organisation. Despite clear guidance provided by the institution as to how best to respond to the pathogen, many governments departed from WHO's guidance in their response efforts. Is this a new crisis for WHO? Does WHO need to restore its legitimacy in the eyes of the global community? As renewed calls for changes to WHO emerge, in this perspective we lay out the obstacles WHO face to become the WHO 'we' need. The assumption is that UN member states need an empowered and well-funded organisation. Yet, many years of discussion of reform of WHO have failed to lead to meaningful change, and glaring challenges remain in its financing, governance and politics, which are considered in turn. The reality may be that we have the WHO that UN member states need – one that can provide guidance and advice, but also take criticism for health governance failures when states want to avoid blame or responsibility. We discuss this, by analysing three key areas of WHO'S challenges: mandate and scope; structure, governance and money and domestic vs international.

## Politique publique

### Public Policy

► **Les politiques publiques doivent-elles sauver des vies ou des années de vie en plus ?**

LEVEQUE F. ET QUINET E.

2023

**The Conversation.**

<https://theconversation.com/les-politiques-publiques-doivent-elles-sauver-des-vies-ou-des-annees-de-vie-en-plus-206423>

Les dépenses publiques pour réduire la mortalité doivent-elles tenir compte de l'âge ? Par exemple, à la suite d'une intense vague de chaleur ou d'une violente épidémie, convient-il d'éviter d'abord le décès d'enfants, d'adultes ou de vieilles personnes ? Dit autrement, pour un budget donné doit-on chercher à sauver le plus grand nombre de vies possibles, sans opérer de distinction d'âge parmi elles, ou sauver le plus grand nombre d'années de vie possibles en privilégiant la population qui bénéficie d'une espérance de vie plus longue car plus jeune ?

## Prevention

► **Perceptions des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine sur la vaccination contre la Covid-19**

CASASSUS E. ET BARRETT A.  
2022

**Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(10): 462-467.**

[https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/perceptions\\_des\\_medecins\\_generalistes\\_de\\_nouvelle\\_aquitaine\\_sur\\_la\\_vaccination\\_contre\\_la\\_covid\\_19\\_330198/article.phtml](https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/perceptions_des_medecins_generalistes_de_nouvelle_aquitaine_sur_la_vaccination_contre_la_covid_19_330198/article.phtml)

La pandémie de la Covid-19 a touché plusieurs centaines de millions de personnes dans le monde, et a eu des conséquences économiques et sociales sans précédent. En l'absence de traitement efficace, la vaccination apparaît comme une des solutions pour sortir de cette crise. De nombreux sondages ont montré que la France était l'un des pays où la population est la plus réticente à la vaccination contre la Covid-19. Des études montrent que les recommandations des médecins généralistes ont une influence significative sur l'adhésion des patients à la vaccination. Elles montrent également que les médecins généralistes ne sont pas toujours hermétiques aux polémiques, et qu'on retrouve parmi eux une part d'hésitation vaccinale. Nous avons donc réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine, pour les interroger sur leurs perceptions vis-à-vis de la vaccination contre la Covid-19.

► **Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire**

GUERNUT M. ET DENIS F.  
2022

**Santé Publique 34(HS2): 197-211.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-197.htm>

Les personnes transgenres et de genre divers (TGD) représentent une part importante et croissante de la population générale qui fait face à des barrières individuelles et systémiques d'accès aux soins. Le contexte socioculturel et la mauvaise organisation des soins les

placent dans une situation de vulnérabilité et il s'avère nécessaire de développer des stratégies de promotion de la santé durables. But de l'étude : L'objectif de cette étude participative est de dresser un état des lieux des freins et leviers d'action en faveur de la promotion de la santé des personnes TGD. Pour cela, elle s'appuie sur l'expertise des associations et vise à produire une synthèse thématique qui viendra soutenir la prise de décision politique. Résultats : Nous avons centralisé les ressources de 18 associations françaises et européennes et avons inclus 25 documents éligibles à la suite d'une analyse de leur qualité; 3 047 données ont été extraites et codifiées, puis développées en cinq thèmes qui ont permis de modéliser les actions, freins et leviers pour améliorer les parcours de soins des personnes TGD. Conclusions : La promotion de la santé des personnes TGD s'intéresse aux discriminations, aux parcours de soins, à l'accès aux soins, à la transmission des savoirs et à la recherche. Les principaux freins sont le rôle des médecins spécialistes, la pathologisation, l'injustice épistémique et la faible priorité politique des enjeux de santé des personnes TGD. Les principaux leviers d'action seront d'assurer une prise de décision permettant la mise en place d'une politique de santé pragmatique et collaborative dans ce contexte.

► **Journée mondiale sans tabac 2023**

LE FAOU A.L., PASQUEREAU A., GUIGNARD R., *et al.*  
2023

**Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (Beh)(9-10)**

[http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/pdf/2023\\_9-10.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/pdf/2023_9-10.pdf)

Publiée lors de la journée mondiale sans tabac 2023, cette publication rassemble trois études : Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans; Facteurs associés à l'envie d'arrêter de fumer et aux tentatives d'arrêt chez les fumeurs : Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021; L'usage de tabac chez les jeunes de 17 ans? résultats de l'enquête Escapad.

► **Programme d'ETP en ville, comment mieux recruter ? Une méthode innovante**

LE TALLANDIER-DEGABORY J. B., MEREUZE D. ET DURRIEUX W.

2023

**Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 19(2): 75-79.**

[https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/programme\\_detp\\_en\\_ville\\_comment\\_mieux\\_recruter\\_une\\_methode\\_innovante\\_330425/article.phtml](https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/programme_detp_en_ville_comment_mieux_recruter_une_methode_innovante_330425/article.phtml)

La pérennité d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en ville n'est possible qu'avec un recrutement régulier de nouveaux patients. La difficulté du recrutement est centrale dans les programmes d'ETP en ville. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'augmentation du nombre de signalements et d'inclusions de nouveaux patients dans le programme d'ETP POLIPATO en 2020 en comparaison aux deux années précédentes, par le développement d'une nouvelle méthode de recrutement. Après la conception de nouveaux supports, une communication active autour du programme a été réalisée auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmier(e)s) des maisons de santé impliquées dans le programme et des villes correspondantes. Il s'agit d'un secteur rural à semi rural. Quatre journées dédiées au recrutement ont été mises en place sur deux mois consécutifs : les professionnels étaient conviés à proposer brièvement le programme à tout patient répondant aux critères d'inclusion. Ensuite le patient était guidé vers l'inclusion dans le programme. Sur ces quatre journées, 100 patients ont été signalés (89 par un médecin, 8 par un(e) infirmier(e), 3 par un(e) pharmacien(e)), 29 ont été inclus. En 2020, le nombre de patients signalés a été multiplié par 3 et le nombre de patients inclus a augmenté de 50 % par rapport à 2018 et 44,4 % par rapport à 2019. Cette méthode de recrutement s'est montrée efficace pour le signalement. Cependant, on note une participation majoritaire des médecins généralistes. Une méthode différente de recrutement doit être recherchée pour les pharmacien(e)s et infirmier(e)s.

► **La préservation de la santé au travail des indépendants : une lente et difficile construction**

MARIE R.

2023

**Revue De Droit Sanitaire Et Social(2): 335-344.**

La préservation de la santé physique et mentale au travail des indépendants est une question émergente à laquelle les organismes de sécurité sociale commencent à répondre, en essayant d'identifier les risques de désinsertion professionnelle, ainsi que les services de prévention et de santé au travail auxquels l'adhésion reste néanmoins facultative. Cette incapacité à construire une offre cohérente a favorisé l'émergence de mécanismes alternatifs de prévention, certains d'origine légale, notamment dans le cadre du droit des entreprises en difficulté, d'autres d'essence plus informelle au sein d'associations, par exemple.

► **Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations. Dossier**

PERRIN C., VUILLEMIN A., COMMUNAL D., *et al.*

2022

**Sante En Action (La): 50.**

Depuis le début des années 2000, l'activité physique est devenue une nouvelle catégorie d'action publique. Introduite dans un premier temps en tant que moyen d'action au sein de plans de santé publique, elle a finalement fait l'objet en 2012 d'un plan national spécifiquement dédié à sa promotion, puis d'une stratégie nationale Sport-santé. La loi de 2016 de modernisation du système de santé a officialisé une réorientation des services de santé par l'intégration de l'activité physique. Après un aperçu historique et une définition du concept; cet article passe en revue les actions de promotion de l'activité physique auprès de différents groupes de population ainsi que des expérimentations innovantes mises en place dans plusieurs territoires français.

## Prévision – Evaluation

### Prevision - Evaluation

► **Guidance on the Use of Complex Systems Models For Economic Evaluations of Public Health Interventions**

BREEZE P. R., SQUIRES H., ENNIS K., *et al.*  
2023

**Health Economics(Ahead of pub).**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4681>

The objectives of this paper are to help health economic modelers respond to demands for greater use of complex systems models in public health. To propose identifiable features of such models and support researchers to plan public health modeling projects using these models. A working group of experts in complex systems modeling and economic evaluation was brought together to develop and jointly write guidance for the use of complex systems models for health economic analysis. The content of workshops was informed by a scoping review. A public health complex systems model for economic evaluation is defined as a quantitative, dynamic, non-linear model that incorporates feedback and interactions among model elements, in order to capture emergent outcomes and estimate health, economic and potentially other consequences to inform public policies. The guidance covers: when complex systems modeling is needed; principles for designing a complex systems model; and how to choose an appropriate modeling technique. This paper provides a definition to identify and characterize complex systems models for economic evaluations and proposes guidance on key aspects of the process for health economics analysis. This document will support the development of complex systems models, with impact on public health systems policy and decision making.

► **Value based HealthCare ou comment faire évoluer le système de santé**

LUCE-GARNIER V. ET GUERI C.  
2023

**Gestions Hospitalières(625): 207-209.**

Un nouvel acronyme fait son chemin dans l'univers de l'évaluation de la qualité? PROM (Patient Reported Outcomes Measures), qui pourrait être traduit par « indicateurs de résultat renseignés par les patients ».

Ces indicateurs, qui reposent largement sur des questionnaires de qualité de vie, sont parfois confondus avec les Patient Reported Experience Measures (PREM), qui rapportent le vécu du patient dans son parcours de soins. La portée des PROM est en réalité bien plus large que peuvent le laisser supposer des questionnaires de qualité de vie? en association avec d'autres paramètres, ils permettent de mesurer l'effet des soins prodigués au patient sur son état de santé. Cette mesure constitue la première étape du dispositif Value Based HealthCare, une démarche visant à passer d'un financement à la quantité à un financement à la qualité. La première étape consiste à mesurer la valeur produite par les acteurs du monde de la santé au service du patient et de la société. Les auteurs décrivent ici cette première étape initiée à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris depuis trois ans.

► **Comprehensive Review of Methods to Assess Uncertainty in Health Economic Evaluations**

OTTEN T. M., GRIMM S. E., RAMAEKERS B., *et al.*  
2023

**PharmacoEconomics 41(6): 619-632.**

<https://doi.org/10.1007/s40273-023-01242-1>

Uncertainty assessment is a cornerstone in model-based health economic evaluations (HEEs) that inform reimbursement decisions. No comprehensive overview of available uncertainty assessment methods currently exists. We aimed to review methods for uncertainty assessment for use in model-based HEEs, by conducting a snowballing review. We categorised all methods according to their stage of use relating to uncertainty assessment (identification, analysis, communication). Additionally, we classified identification methods according to sources of uncertainty, and subdivided analysis and communication methods according to their purpose. The review identified a total of 80 uncertainty methods: 30 identification, 28 analysis, and 22 communication methods. Uncertainty identification methods exist to address uncertainty from different sources. Most identification methods were developed with the objective to assess related concepts such as validity, model quality, and relevance. Almost all uncertainty analysis and communication methods

required uncertainty to be quantified and inclusion of uncertainties in probabilistic analysis. Our review can help analysts and decision makers in selecting uncertainty assessment methods according to their aim and purpose of the assessment. We noted a need for further clarification of terminology and guidance on the use

of (combinations of) methods to identify uncertainty and related concepts such as validity and quality. A key finding is that uncertainty assessment relies heavily on quantification, which may necessitate increased use of expert elicitation and/or the development of methods to assess unquantified uncertainty.

## Psychiatrie

### Psychiatry

#### ► **La psychiatrie publique en Allemagne et en France**

ALARY A.

2023

**Gestions hospitalières(624): 137-140.**

Dans le domaine de la psychiatrie publique, la France et l'Allemagne ont retenu des organisations en partie ressemblantes, qui facilitent les comparaisons. Surtout, les politiques publiques de santé mentale des deux pays sont confrontées à des défis communs. La réussite du virage ambulatoire et, partant, des politiques dites de « désinstitutionnalisation » est l'un de ces défis. Dans les deux pays, la volonté de limiter le recours à l'hospitalisation se heurte notamment à la difficulté de garantir l'accès à une prise en charge post-hospitalière adaptée. Le déploiement du case management apparaît comme une solution envisageable pour mieux coordonner les parcours des patients, réduire les temps d'hospitalisation et éviter les réhospitalisations. Cette piste commune illustre l'intérêt de développer les échanges de solutions entre acteurs de la psychiatrie publique en Allemagne et en France.

#### ► **Time Period Effects in Work Disability Due to Common Mental Disorders Among Young Employees in Sweden—A Register-Based Cohort Study Across Occupational Classes and Employment Sectors**

AMIN R., MITTENDORFER-RUTZ E., BJÖRKENSTAM E., *et al.*

2023

**European Journal of Public Health 33(2): 272-278.**

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad026>

risk of work disability, defined as long-term sickness absence (LTSA) and disability pension (DP) due to common mental disorders (CMDs), among young employees according to employment sector (private/public) and occupational class (non-manual/manual). Three cohorts, including all employed individuals with complete information on employment sector and occupational class, aged 19–29 years and resident in Sweden on 31 December 2004, 2009 and 2014 ( $n = 573\ 516$ ,  $665\ 138$  and  $600\ 889$ , respectively) were followed for 4 years. Multivariate-adjusted hazard ratios (aHRs) with 95% confidence intervals (CIs) were estimated to examine the risk of LTSA and DP due to CMDs using Cox regression analyses. In all cohorts, public sector employees had higher aHRs for LTSA due to CMDs than private sector employees, irrespective of occupational class, e.g. aHR, 95% CI: 1.24, 1.16–1.33 and 1.15, 1.08–1.23 among non-manual and manual workers in cohort 2004. The rates of DP due to CMDs were much lower in cohorts 2009 and 2014 than 2004 leading to uncertain risk estimates in the later cohorts. Still, public sector manual workers had a higher risk for DP due to CMDs than manual workers in the private sector in cohort 2014 than in 2004 (aHR, 95% CI: 1.54, 1.34–1.76 and 3.64, 2.14–6.18, respectively). Manual workers in the public sector seem to have a higher risk of work disability due to CMDs than their counterparts in the private sector calling for the need for early intervention strategies to prevent long-term work disability.

We aimed to investigate time period effects in the

► **Trois obstacles pour les historiens de la psychiatrie en France**

CHAPIREAU F.  
2023

**L'information psychiatrique 99(4): 261-267.**

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2023-4-page-261.htm>

Parmi les obstacles rencontrés sur leur chemin par les historiens de la psychiatrie en France, j'en évoque ici trois. Des années 1960 aux années 1980, pour les principaux auteurs, l'histoire de la psychiatrie tient un rang subalterne soumis à des lois sociologiques ou philosophiques. À partir des années 1990, ils combattent pour conquérir une place légitime dans la « grande histoire ». Enfin, j'attire l'attention sur des enjeux financiers méconnus du cadre législatif. D'après la loi de 1838, les hôpitaux psychiatriques sont financés par les départements, qui votent des budgets les plus faibles possibles. Un schéma analogue est en place pour les hôpitaux généraux, dont les budgets sont surveillés par les communes jusqu'en 1941. L'échec des asiles s'inscrit dans une politique nationale d'ensemble : jusqu'à 1945, l'État ne vote de crédits pour aucun établissement de santé. Le « carcan » financier des hôpitaux psychiatriques n'est levé qu'en 1968, et la réforme de la psychiatrie date de 1972, de sorte que de 1945 à 1972 les hôpitaux généraux connaissent une forte croissance, à la différence des hôpitaux psychiatriques. En 1973 a lieu la crise pétrolière, et le contrôle des dépenses de santé commence.

► **Soins intégrés auprès des personnes LGBTQI+ migrantes : la place des soins psychosociaux**

HAMILA A., BAILLARGEON C., ZOLDAN Y., *et al.*  
2022

**Santé Publique 34(HS2): 241-250.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-241.htm>

Les personnes LGBTQI+ migrantes sont plus à risque de faire face à des enjeux de santé, notamment de santé mentale, surtout depuis l'arrivée de la Covid-19. En outre, elles sont confrontées à plusieurs barrières d'accès aux soins au Québec. C'est dans ce contexte qu'a été mise en œuvre la Clinique Mauve, qui vise à lever ces barrières en offrant des soins médicaux et psychosociaux dans un cadre de soins intégrés aux personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal. But de l'étude : Cet article a pour objectif d'identifier les avantages

et les défis d'un modèle comme celui de la Clinique Mauve pour répondre aux besoins psychosociaux des personnes LGBTQI+ migrantes. Résultats : Il ressort de l'analyse que le modèle de la Clinique Mauve, du fait des approches préconisées, est en mesure de lever certaines barrières d'accès aux soins des personnes LGBTQI+ migrantes et de permettre une certaine autonomisation de ces populations. En revanche, ce modèle n'est pas dénué de limites qui sont essentiellement dues au manque de ressources et à des contraintes organisationnelles. Conclusions : Le fait d'offrir des soins psychosociaux dans un cadre de soins intégrés permet de lever certaines barrières d'accès aux soins que rencontrent les personnes LGBTQI+ migrantes.

► **Littératie en santé mentale : de quoi s'agit-il et pourquoi la promouvoir**

IRESP  
2023

**Questions De Santé Publique(46).**

[https://iresp.net/wp-content/uploads/2023/05/Web\\_QSP46\\_IReSP\\_46\\_2023046\\_WEB.pdf](https://iresp.net/wp-content/uploads/2023/05/Web_QSP46_IReSP_46_2023046_WEB.pdf)

La littératie en santé mentale trouve son origine dans la littératie en santé plus « générale » avec un focus spécifique sur le bien-être mental. Sa première définition, en 1997 par Anthony Jorm, utilise une approche médicalisée car elle se réfère à la connaissance et aux croyances sur les problèmes de santé mentale qui favorisent leur identification, gestion ou prévention. Plus tard, entre 2014 et 2016, le concept de promotion de la santé mentale est ajouté par Stan Kutcher qui introduit les notions de résilience et de psychologie positive. Ainsi, la littératie en santé mentale est définie comme un déterminant modifiable de la santé mentale dont il existe plusieurs échelles de mesure. La plus complète, à présent, est la Mental Health Literacy Scale de O'Connor&Casey validée aussi en français. À partir du programme « Premiers secours en santé mentale », diverses interventions pour améliorer la littératie en santé mentale ont été évaluées et initiées récemment en France.

► **Réflexions et lectures personnelles sur l'actualité de l'approche psychothérapique des psychoses**

PARIZOT S.

2023

**L'information psychiatrique 99(4): 209-218.**

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2023-4-page-209.htm>

Présentant quelques idées de l'auteur sur la possibilité des soins psychothérapiques pour les patients souffrant de troubles psychotiques, cette réflexion se nourrit du récent ouvrage lausannois dirigé par Philippe Conus et Dag Söderström, intitulé Approche psychothérapique des psychoses. D'autres lectures à travers l'Information Psychiatrique, plus toutes celles qui font la base de tout « honnête » psychiatre ont éclairé sa pratique personnelle, (et aussi ses divers écrits ou actions d'enseignement, de recherches et d'édition) autour d'une question centrale : « Quels outils psychothérapiques peuvent aider des patients « schizophrènes » ? La préoccupation psychothérapique, considérée comme un arrière-fond indispensable dans les pratiques actuelles, n'est plus synonyme de « psychothérapie institutionnelle » connue dans les hôpitaux français, mais s'organise toujours dans la volonté de créer des liens entre patients et thérapeutes. L'expérience et la compréhension par le sujet-patient de ce qui le relie aux autres lui permettent de (re) construire son histoire personnelle rendue confuse et « morcelée » par le vécu psychotique ; l'aide directe des psychothérapeutes, en position de témoins vivants pour cette élaboration structurante, s'appuie sur tout un corpus de réflexions et de pratiques venu de la psychanalyse et de la phénoménologie. Longue, laborieuse, soumise à beaucoup d'aléas ou d'attaques, elle demeure possible et efficace, avec d'autres aides plus immédiates, plus opératoires, grâce au support offert tant aux thérapeutes qu'aux patients par des échanges générant espoir et confiance.

► **Use of Mental Health Services in the Aftermath of COVID-19 Waves: A Retrospective Study Conducted in a French Psychiatric and Neurosciences University Hospital**

PEROZZIELLO A., SOUSA D., AUBRIOT B., *et al.*

2023

**BMJ Open 13(2): e064305.**

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/13/2/e064305.full.pdf>

The Covid-19 pandemic and the restrictive measures taken to prevent its propagation had profound effects on mental health and well-being, especially in children and young adults (<25 years old). This study aimed to analyse the medium and long-term impact of the Covid-19 pandemic on the use of the mental health services, by age groups and gender. Design We conducted a retrospective study using the medical and administrative information system databases of patients, between 2019 and 2021. Setting This study was conducted in the Groupe Hospitalier Universitaire Paris Psychiatry and Neurosciences. Outcome measures We reported three indicators: the number of new patients attending outpatient clinics, the number of emergency department (ED) visits and the number of hospital admissions. Methods We considered the weekly number of each indicator, by age groups and by gender. We also collected the reasons of ED visits and hospital admissions. The 2020 and 2021 data were compared with the same period in 2019. The evolution of the indicators over the 3 years was analysed with interrupted time-series analysis. Results All three indicators showed a dramatic decrease during the first lockdown period (March 2020) especially for the youngest. In 2021, the activity resumed but without reaching its prepandemic level. Moreover, mental healthcare seeking was significantly lower since the beginning of the pandemic compared with the prepandemic period for all age groups, except for young women (<25 years old). Among them, there was a higher level of mental health services use in 2021, compared with 2019: +20% of new patients at the outpatient clinics, +39% of ED visits and +17% of hospital admissions. Conclusions The Covid-19 pandemic has had severe consequences on populations' mental health, especially among young women, which seem to persist months after the end of restrictive measures. The data that support the findings are available from the corresponding author, on reasonable request. All data relevant to the study are available on reasonable request.



► **Effects of Giving Psychologists Prescriptive Authority: Evidence From a Natural Experiment in the United States**

ROY CHOUDHURY A. ET PLEMMONS A.

2023

**Health Policy 134: 104846.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104846>

Suicide is the tenth leading cause of death in the U.S. Six states have granted psychologists prescriptive authority to address shortages in the provision of behavioral and mental health care services to increase provider access to pharmacological interventions using psychotropic medications. Methods This study estimates the impact of expanding scope of practice for specifically trained psychologists to include pharmacological interventions on mortality by self-inflicted injury in the U.S. by using the implementation of prescriptive authority for psychologists in New Mexico and Louisiana as a natural experiment using a staggered different-in-difference estimation. Additional robustness tests are conducted to identify heterogeneous treatment effects, observe sensitivity of our results for Medicaid expansion, and to compare other forms of mortality that should not have been affected by psychologist prescriptive authority. Results Mortality resulting from self-inflicted injury decreased by 5 to 7 percentage points in New Mexico and Louisiana following prescriptive authority expansions for psychologists. The effect is statistically significant for males, white populations, individuals who are married or single, and for people between the ages of 35 and 55. Conclusions In the U.S., expanding scope of practice for specifically trained psychologists to include prescriptive authority may help address poor mental health care outcomes, such as suicides. Similar policy expansions may be useful for other countries where referral from a psychologist and prescription assignment from a psychiatrist are separated.

► **PLAID-Care: Research into the Reduced Use of Coercion in France**

SAETTA S., COLDEFY M., DEGRY J., *et al.*

2023

**Encephale.**

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.03.005>

The use of coercion is a common practice in psychiatry despite its deleterious effects and insufficient evidence of benefits. It is so deeply rooted that the mention of establishments that make little use of it arouses a form of incredulity. However, the history of psychiatry and the international literature provide numerous examples of a psychiatry that is hardly coercive and numerous experiences of a reduction in the use of seclusion and/or restraint in psychiatric facilities. Today, in France, there are also less coercive establishments, which, for example, do not use mechanical restraint, have all their units open, or have reduced their use of seclusion and restraint. With regard to the stated policy objectives of reducing the use of coercion, it is surprising that most of these facilities receive little attention. PLAID-Care research aims to contribute to the visibility and analysis of these institutions and the factors involved in the reduced use of coercion. While these factors have already been identified in the international literature, the research is based on the multiplication of disciplinary perspectives (nursing, sociology, anthropology, geography) and the mobilization of a multi-level analytical framework that allows us to embrace their multiplicity and better understand their articulation. The originality of the research also lies in its historical dimension, which allows us to understand, on the scale of an institution, how a policy and practices aiming at the least recourse emerge and are consolidated. The project timeline is divided in three tasks: firstly, an inventory of “low-coercion” facilities in France; secondly, we will select and research four traditionally “low-coercion” facilities in France; thirdly we will focus on recently emerged “low-coercion” practices. PLAID-Care aims to revitalize French research on this theme which to date has been relatively lagging behind the numerous international studies. It will bring together and articulate the knowledge, tools and forms of organization and collaboration that contribute to making a policy of lesser use of coercion operational.

**Sociology****► Perceptions of Evaluator Professional Autonomy in North American Evaluation Practice**AYOO S.  
2023**Eval Program Plann 98: 102269.**

Scholarship from the sociology of professions has illustrated the important role that autonomy must play in professional relationships, especially in technically-specific and relationally-strong fields of practice like program evaluation. Theoretically, autonomy is important because the evaluation professional ought to be free to make recommendations in several key areas: framing the evaluation questions, including questions of unintended consequences; developing evaluation plans; choosing methods; analyzing data; making conclusions, including negative findings in reports; and, increasingly, ensuring that historically underrepresented stakeholders without voice are represented and involved in the evaluation process. This study found that evaluators in Canada and the USA reportedly did not perceive autonomy as related to the larger role of the field of evaluation, but rather as a contextual personal concern, that is, related to matters of personal circumstance, such as their workplace, years of experience, financial security, and the backing or lack thereof from professional associations. The article concludes with implications for practice and future research.

**► Emergence of Transidentity in the Field of Medicine - and Other Places**CZERNICHOW P. ET MARTINERIE L.  
2023**Med Sci (Paris) 39(2): 145.**<https://doi.org/10.1051/medsci/2023015>**► Notre santé nous-mêmes : Comment l'auto-organisation en santé peut faire évoluer les pratiques en santé publique ?**JUTANT S., PLUEN S. ET ZIMMERMANN L.  
2023**Revue Du Crieur(22): 24-35.**

Il est une thématique que les médias abordent très rarement lorsqu'ils s'intéressent à la transidentité : la santé. Au-delà des soins nécessaires à la transition médicale, lorsqu'elle est voulue, la précarité engendrée par l'exclusion et les discriminations limite largement l'accès à la santé de nombre de personnes trans. Stigmatisées pendant des décennies par la grande majorité du monde médical, les communautés trans n'ont eu d'autres choix que de s'auto-organiser et de mettre en place des pratiques alternatives afin de s'informer et de prendre en charge les soins dont elles avaient besoin. Avec l'association Acceptess-T, retour sur cette entraide et ces luttes collectives qui pourraient bien permettre de repenser globalement le système de soins.

**► Des hommes insuffisants : la surveillance de l'insuffisance cardiaque comme lieu de lecture des masculinités**VOLÉRY I. ET LAMONGIE L.  
2023**Sciences sociales et santé 41(1): 5-28.**<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2023-1-page-5.htm>

Partant d'une recherche qualitative conduite auprès de 20 hommes âgés de 43 à 83 ans issus de milieux sociaux contrastés, cet article interroge la façon dont l'insuffisance cardiaque – maladie associée à un défaut de gouvernement de soi et impliquant un souci de soi quotidien – suscite un intense travail de redéfinition des identifications masculines. Ce travail s'appuie tant sur une mise en mots modifiant l'économie morale du trouble qui les affecte que sur une transformation des relations entretenues avec les soignants et les compagnes. Sous cet angle, cette contribution invite à investir autrement les espaces de surveillance des maladies chroniques en considérant qu'ils sont autant des terrains d'expression des inégalités que des façons de faire, défaire ou refaire le genre.

► **Diversity of Attitudes Towards Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Vaccines: A Representative Cross-Sectional Study in France**

WARD J. K., GAUNA F., DEML M. J., *et al.*

2023

**Social Science & Medicine 328: 115952.**

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115952>

How much does endorsement of complementary and alternative medicine (CAM) correlate with negative attitudes towards vaccines? One of the difficulties of analysing the relationship between attitudes to CAM and attitudes towards vaccines rests in the complexity of both. Which form of CAM endorsement is associated with what type of reticence towards vaccines? While the literature on the relationship between CAM and attitudes towards vaccines is growing, this question has not yet been explored. In this study we present the results of a survey conducted in July 2021 among a representative sample of the French mainland adult

population (n = 3087). Using cluster analysis, we identified five profiles of CAM attitudes and found that even among the most pro-CAM group, very few respondents disagreed with the idea that CAM should only be used as a complement to conventional medicine. We then compared these CAM attitudes to vaccine attitudes. Attitudes to CAM had a distinct impact as well as a combined effect on attitudes to different vaccines and vaccines in general. However, we also found a) that attitudes to CAM provide a very limited explanation of vaccine hesitancy and b) that, among the hesitant, pro-CAM attitudes are often combined with other traits associated with vaccine hesitancy such as distrust of health agencies, radical political preferences and low income. Indeed, we found that both CAM endorsement and vaccine hesitancy are more prevalent among the socially disadvantaged. Drawing on these results, we argue that, to better understand the relationship between CAM and vaccine hesitancy, it is necessary to look at how both can reflect lack of access and recourse to mainstream medicine and distrust of public institutions.

## Soins de santé primaires

### Primary Health Care

► **Dispositif Asalée : une coopération médecins-infirmiers pour améliorer la qualité des soins**

2023

**Revue Prescrire 43(474): 306-307.**

Selon de nombreux retours d'expériences, la coopération médecins - infirmiers est une voie pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Plusieurs études ont été menées pour évaluer le dispositif de coopération médecins - infirmiers Asalée. Elles montrent une amélioration de la qualité des soins et du suivi des patients diabétiques de type 2.

► **Providers, Peers and Patients. How Do Physicians' Practice Environments Affect Patient Outcomes?**

AVDIC D., IVETS M., LAGERQVIST B., *et al.*

2023

**Journal of Health Economics 89: 102741.**

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102741>

We study how physicians' practice environments affect their treatment decisions and quality of care. Using clinical registry data from Sweden, we compare stent choices of cardiologists moving across hospitals over time. To disentangle changes in practice styles attributable to hospital- and peer group-specific factors, we exploit quasi-random variation on cardiologists working together on the same days. We find that migrating cardiologists' stent choices rapidly adapt to their new practice environment after relocation and are equally driven by the hospital and peer environments. In contrast, while decision errors increase, treatment costs and adverse clinical events remain largely unchanged despite the altered practice styles.

► **La santé communautaire aux temps de la Covid-19. « Le confinement, c'est la précarité des jours difficiles »**

BASSON J.-C.

2023

**Empan 129(1): 75-81.**

<https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-75.htm>

Pour le centre de santé communautaire de Toulouse, la pandémie de Covid et le premier confinement qui lui est associé sont une épreuve pour ses salariés et usagers, dont les déterminants sociaux de santé sont gravement compromis. Une de ses médiatrices en témoigne. Elle insiste, d'une part, sur les contraintes inhérentes aux conditions de travail en santé à distance et, d'autre part, sur les peurs et la faim générées par la période traversée dans la douleur. Enfin, elle termine en condamnant les confusions entretenues entre santé publique et ordre public.

► **Lutter contre le confinement de la misère du monde. Ou comment pratiquer la santé communautaire en période de pandémie**

BASSON J.-C.

2023

**Empan 129(1): 88-94.**

<https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-88.htm>

La pandémie de Covid et le premier confinement ont été une épreuve pour les salariés et usagers du centre de santé communautaire de Toulouse. Une médecin généraliste en témoigne, insistant sur le maintien de l'accueil inconditionnel des usagers et l'adaptation aux conditions du moment. Les pratiques de médecine à distance doivent prendre en compte les réserves des patients d'origine populaire à « s'autoriser à dire le mal » qui les affecte et à « avouer sa peur ». Ce témoignage rappelle que le corps souffrant n'est pas qu'une image et que l'ordre sanitaire ne doit pas prendre le pas sur le droit.

► **Avis 23-08. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXI<sup>e</sup> siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente**

BERTRAND D., BERGOIGNAN-ESPER C., BOUSSER M.-G., *et al.*

2023

**Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.**

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.04.016>

Le rôle et la place du médecin généraliste doivent évoluer vers une prise en charge globale des patients. L'usage des moyens diagnostiques et thérapeutiques numérisés et le partage des tâches dans une étroite collaboration avec les autres personnels soignants s'impose dans le cadre d'une collaboration étroite au sein de structures médicales dédiées qui se développeront dans les territoires. Le médecin généraliste aura une vocation d'assembleur et de référent personnel du patient tout au long de son parcours de soins.

► **Infirmiers en pratique avancée : bilan d'implantation à cinq ans au CH d'Aix-en-Provence**

CATANAS M., RODRIGUEZ S., TIBERRTI N., *et al.*

2023

**Gestions hospitalières(624): 176-180.**

En août 2018, juste après la publication des textes sur les infirmiers en pratique avancée (IPA), la direction des soins du CH d'Aix-en-Provence a été sollicitée par l'agence régionale de santé (ARS) PACA(2) pour travailler à l'accueil de stagiaires IPA. En effet, en lien avec Aix-Marseille Université, l'ARS s'était engagée dans la modélisation de la fonction d'IPA et avait financé six postes d'infirmiers hospitalo-universitaires (IHU) qui avaient une double mission ? : du temps d'enseignement et d'ingénierie pédagogique à l'université et du temps au sein des établissements de santé auxquels ils sont rattachés. Au CH d'Aix-en-Provence, un IHU a été proposé pour accompagner les stagiaires IPA, faire du lien entre l'université et les terrains de stage, créer des outils de suivi et participer activement aux projets d'implantation de la pratique avancée dans les services de soins.

► **Do Urgent Care Centers Reduce Medicare Spending?**

CURRIE J., KARPOVA A. ET ZELTZER D.  
2023

**Journal of Health Economics 89: 102753.**  
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102753>

We ask how urgent care centers (UCCs) impact health-care costs and utilization among nearby Medicare beneficiaries. When residents of a zip code are first served by a UCC, total Medicare spending rises while mortality remains flat. In the sixth year after entry, 4.2% of the Medicare beneficiaries in a zip code that is served use a UCC, and the average per-capita annual Medicare spending in the zip code increases by \$268, implying an incremental spending increase of \$6,335 for each new UCC user. UCC entry is also associated with a significant increase in hospital stays and increased hospital spending accounts for half of the total increase in annual spending. These results raise the possibility that, on balance, UCCs increase costs by steering patients to hospitals.

► **How Does the Quality of Care For Type 2 Diabetic Patients Benefit From GPs-Nurses' Teamwork? a Staggered Difference-In-Differences Design Based on a French Pilot Program**

GILLES DE LA LONDE J., AFRITE A. ET MOUSQUÈS J.  
2023

**Int J Health Econ Manag.**  
<https://doi.org/10.1007/s10754-023-09354-z>

In many countries, policies have explicitly encouraged primary care teams and inter-professional cooperation and skill mix, as a way to improve both productive efficiency gains and quality improvement. France faces barriers to developing team working as well as new and more advanced roles for health care professionals including nurses. We aim to estimate the impact of a national pilot experiment of teamwork between general practitioners (GPs) and advance practitioners nurses (APN)-who substitute and complement GPs-on yearly quality of care process indicators for type two diabetes patients (T2DP). Implemented by a not-for-profit meso-tier organisation and supported by the Ministry of Health, the pilot relied on the voluntary enrolment of newly GPs from 2012 to 2015; the staffing and training of APNs; skill mixing and new remuneration schemes. We use latent-response formulation models, control for endogeneity and selection bias by

using controlled before-after and quasi-experimental design combining coarsened exact matching-prior to the treatment, at both GPs (435 treated vs 973 control) and T2DP levels -, with intention to treat (ITT; 18,310 in each group) and per protocol (PP, 2943 in each group) perspectives, as well as difference-in-differences estimates on balanced panel claims data from the National Health Insurance Fund linked to clinical data over the period 2010-2017. We show evidence of a positive and significant positive impact for T2DP followed-up by newly enrolled GPs in the pilot compared to the pretreatment period and the control group. The effect magnitudes were larger for PP than for ITT subsamples.

► **Exploring Differences Between Public and Private Providers in Primary Care: Findings From a Large Swedish Region**

GLENNGÅRD A. H.  
2022

**Health Economics, Policy and Law 18(3): 219-233.**  
<https://doi.org/10.1017/S1744133122000251>

This study contributes to the sparse literature on differences between public and private primary care practices (PCCs). The purpose was to explore if differences in performance and characteristics between public and PCCs persist over time in a welfare market with patient choice and provider competition, where public and private providers operate under similar conditions. The analysis is based on data from a national patient survey and administrative registries in a large Swedish region, covering PCC observations in 2010 and 2019, i.e., the year after and 10 years after introducing choice and competition in the region. The findings suggest that differences across owner types tend to decrease over time in welfare markets. Differences in patients' experiences, PCC size, patient mix and the division of labour have decreased or disappeared between 2010 and 2019. There were small but significant differences in process measures of quality in 2019; public PCCs complied better with prescription guidelines. While the results demonstrate a convergence between public and private PCCs in regards to their characteristics and performance, differences in patients' experiences in regards to socioeconomic conditions persisted. Such unwarranted variation calls for continued attention from policy makers and further research about causes.

► **Integrated Case Management Between Primary Care Clinics and Hospitals For People with Complex Needs Who Frequently Use Healthcare Services in Canada: A Multiple-Case Embedded Study**

HUDON C., CHOUINARD M.-C., DUMONT-SAMSON O., *et al.*  
2023

**Health Policy 132: 104804.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104804>

Case management (CM) is recognized to improve care integration and outcomes of people with complex needs who frequently use healthcare services, but challenges remain regarding interaction between primary care clinics and hospitals. This study aimed to implement and evaluate an integrated CM program for this population where nurses in primary care clinics worked with a hospital case manager. Methods A multiple embedded case study was conducted in the Saguenay-Lac-Saint-Jean region (Québec, Canada), in four dyads including a clinic and a hospital. Mixed data collection included, at baseline and 6 months, interviews and focus groups with stakeholders, patient questionnaires (patient experience of integrated care and self-management), and emergency department (ED) visits in the previous 6 months. Results Integrated CM implementation was optimal when all stakeholders provided collective leadership, and were supportive of the program, particularly the physicians. The 6-month program enabled the observation of positive qualitative outcomes in most clinic-hospital dyads where implementation occurred. Full implementation was associated with improved care integration. Discussion and conclusion Integrated CM between primary care clinics and hospitals is a promising innovation to improve care integration for people with complex needs who frequently use healthcare services. Collective leadership and physicians' buy-in to integrated CM are important to foster the implementation.

► **Integration on the Frontlines of Medicaid Accountable Care Organizations and Associations with Perceived Care Quality, Health Equity, and Satisfaction**

TERRISSE M., JAMAKANDI S., ALCUSKY M., *et al.*  
2023

**Medical Care Research and Review (Ahead of pub): 10775587231173474.**

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587231173474>

Amid enthusiasm about accountable care organizations (ACOs) in Medicaid, little is known about the primary care practices engaging in them. We leverage a survey of administrators within a random sample (stratified by ACO) of 225 practices joining Massachusetts Medicaid ACOs (64% response rate; 225 responses). We measure the integration of processes with distinct entities: consulting clinicians, eye specialists for diabetes care, mental/behavioral care providers, and long-term and social services agencies. Using multivariable regression, we examine organizational correlates of integration and assess integration's relationships with care quality improvement, health equity, and satisfaction with the ACO. Integration varied across practices. Clinical integration was positively associated with perceived care quality improvement; social service integration was positively associated with addressing equity; and mental/behavioral and long-term service integration were positively associated with ACO satisfaction (all  $p < .05$ ). Understanding differences in integration at the practice level is vital for sharpening policy, setting expectations, and supporting improvement in Medicaid ACOs.

► **Sustainable Development in General Practice**

LEGRAND J., AUBIN-AUGER I., DE BARY L., *et al.*  
2023

**Family Practice 40(3): 511-518.**

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmadv003>

As health care accounts for 4–5% of global carbon emissions, many health organisations have called for implementing sustainable development actions in health care. However, sustainable development measures in general practice are rarely implemented by physicians. The aim of this study was to explore the practices of general practitioners (GPs) in terms of sustainable development to identify which actions are appropriate and achievable. A qualitative study

was conducted in 12 French GPs using face-to-face or telephone interviews, transcribed verbatim and analysed through a global inductive analysis with constant comparison. Semi-structured interviews were focussed on waste management, relationships between health professionals, sustainable development, and GPs' activity. The mean age of the GPs was 42.8 years and they mainly worked in an urban environment. The interviews highlighted 4 themes. It appeared that a balance needs to be found between the environmental impact and the constraints related to medical care. To be able to think about integrating sustainable development into health care, GPs should make a personal commitment to change their routine. In practice, consumption should be reassessed, prescriptions and prevention reconsidered. These actions could be applied to the GPs' environment as role models for their patients, business leaders, and members of the healthcare system. PS felt concerned by sustainable development and were already involved in its implementation in their practice. Tools are available to help GPs to continue to implement their actions described in this article, but their impact remains to be investigated. In an era where global health is an increasing concern for the population, it appeared necessary to study the extent to which health professionals were willing to change their behaviours in their professional lives. This study was based on the interview of 12 French general practitioners and investigated their perspective on sustainable development and how they implemented it in their practice. Four main themes were highlighted. Some physicians did not spontaneously see the link between their practice and sustainable development. Our study showed that they were willing to adapt their practice despite organisational constraints and the difficulty in changing their behaviour.

► **Accueil et suivi des personnes en demande de transition en soins de premiers recours : retour sur plus de dix ans d'expérience**

MARTIN M.-J., DONNET B., DEFÉVÈRE J., *et al.*  
2022

**Santé Publique 34(HS2): 269-274.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-269.htm>

Il y a dix ans, les personnes transidentitaires étaient en recherche d'accompagnements respectueux et sûrs. C'est dans ce contexte de manque de réponses que nous avons commencé à mettre en place un accom-

pagnement. La démarche s'est tout de suite inscrite dans l'ancrage du parcours de transition de genre au sein d'une médecine de premier recours c'est-à-dire dans un accès aux soins de proximité. Soignant·e·s et usager·e·s construisons ensemble notre pratique de la santé et du soin par la rencontre, le débat, l'écoute et le partage des expertises individuelles et collectives. Ainsi nous avons, peu à peu, construit un cadre rigoureux et souple pour un accompagnement global, biopsychosocial et tenant compte des apprentissages expérimentiels. Ce cadre se doit de tenir compte de la santé de chaque individu pour proposer, suivre ou adapter un traitement de substitution hormonale. Il permet l'accompagnement du vécu des modifications physiques, des souffrances psychiques possibles, préexistantes ou apparaissant en cours de transition, ainsi que des bouleversements de la place dans la société. Les personnes en variation de genre ont besoin d'un accompagnement médical parce qu'elles sont inscrites dans une réalité sociale qui amène cette demande. La prévalence de la transidentité a longtemps été sous-estimée donc ce besoin aussi. Notre expérience de plus de dix ans d'accompagnement des transitions de femmes et d'hommes dans ce cadre montre la faisabilité des transitions en soins de premiers recours s'inscrivant dans le système français de soins et de support médicosocial.

► **The Impact of Nurse Practitioner Care and Accountable Care Organization Assignment on Skilled Nursing Services and Hospital Readmissions**

MEDDINGS J., GIBBONS J. B., REALE B. K., *et al.*  
2023

**Medical Care 61(6): 341-348.**

[https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2023/06000/The\\_Impact\\_of\\_Nurse\\_Practitioner\\_Care\\_and.2.aspx](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2023/06000/The_Impact_of_Nurse_Practitioner_Care_and.2.aspx)

Accountable care organizations (ACOs) and the employment of nurse practitioners (NP) in place of physicians are strategies that aim to reduce the cost and improve the quality of routine care delivered in skilled nursing facilities (SNF). The recent expansion of ACOs and nurse practitioners into SNF settings in the United States may be associated with improved health outcomes for patients. Objectives: To determine the relationship between ACO attribution and NP care delivery during SNF visits and the relationship between NP care delivery during SNF visits and unplanned hospital readmissions. Methods: We obtained a sample of 527,329 fee-for-service Medicare beneficiaries with 1

or more SNF stays between 2012 and 2017. We used logistic regression to measure the association between patient ACO attribution and evaluation and management care delivered by NPs in addition to the relationship between evaluation and management services delivered by NPs and hospital readmissions. Results: ACO beneficiaries were 1.26% points more likely to receive 1 or more E&M services delivered by an NP during their SNF visits [Marginal Effect (ME): 0.0126; 95% CI: (0.009, 0.0160)]. ACO-attributed beneficiaries receiving most of their E&M services from NPs during their SNF visits were at a lower risk of readmission than ACO-attributed beneficiaries receiving no NP E&M care (5.9% vs. 7.1%;  $P < 0.001$ ). Conclusions: Greater participation by the NPs in care delivery in SNFs was associated with a reduced risk of patient readmission to hospitals. ACOs attributed beneficiaries were more likely to obtain the benefits of greater nurse practitioner involvement in their care.

► **What Can We Learn From Australian General Practices Taking Steps to Be More Environmentally Sustainable? a Qualitative Study**

PAVLI A., LOBLAY V., RYCHETNIK L., *et al.*  
2023

**Family Practice 40(3): 465-472.**

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmadv027>

Climate change is impacting the health of individuals worldwide. At the same time, the healthcare sector contributes to carbon emissions. In Australia, healthcare contributes 7% of the country's carbon footprint. Research into the environmental impact and mitigation of carbon emissions in primary care is an emerging area. To explore staff perspectives on facilitators and barriers to environmental sustainability in 3 Australian general practices seeking to reduce their environmental impact. We used a qualitative, case-study approach, conducting 23 semistructured interviews with staff across the 3 practices including nurses, administrative staff, and doctors. Observation of systems and staff behaviour relating to environmental sustainability was undertaken at 1 practice. Thematic analysis was conducted to determine themes relating to factors influencing the implementation of environmentally sustainable initiatives within practice settings. Climate mitigation efforts raised by participants were largely focussed on energy and waste reduction, rather than prescribing pharmaceuticals and staff and patient transport. Three main factors influencing change towards sustainable prac-

tice were identified: "Leadership," "Staff Engagement and Workplace Culture," and "Concomitant Benefits." A leadership team and workplace culture that valued environmental sustainability were found to be important facilitators, as were concomitant benefits, in particular financial savings. Barriers included what interviewees described as a lack of knowledge about initiatives with the highest impact, lack of understanding described by staff of the evidence behind particular initiatives, waning staff engagement and infection control concerns. Our research highlights several important factors that contribute to the implementation of intended environmentally sustainable initiatives in these 3 practices. Further education, research and high-level policy guidance on the potential environmental impact of prescribing pharmaceuticals, staff and patient transport and unnecessary tests and treatments are recommended to further promote environmental sustainability in primary care.

► **Frequency and Determinants of Technical Procedures in French General Practice: A Cross-Sectional Study**

POINTIS V., PANJO H., SCHOTT A. M., *et al.*  
2023

**Rural Remote Health 23(2): 7359.**

Technical skills have many areas of application in general practice and are a dimension of medical competence. Several studies have attempted to describe the technical procedures performed in general practice but most had limitations in the data collection process, the scope of the procedures addressed, or the healthcare actors involved. No French comparable data have been published. The aim of the present study was therefore to describe the frequency and type of technical procedures in French general practice, and to assess their determinants, in particular rurality. The present study was ancillary to the ECOGEN (Eléments de la Consultation en médecine GENérale) study, which was an observational cross-sectional, multicentre, nationwide study conducted in 128 French general practices. Data were collected on 20 613 patient-GP encounters, including the characteristics of GPs and encounters, as well as the health problems managed during the encounter and their associated processes of care; the latter two variables were coded according to the International Classification of Primary Care classification. The GPs' practice location was first classified as rural area, urban cluster, or urban area; the former two categories were combined for analysis. The



various technical procedures were classified according to the framework of the International Classification of Process in Primary Care. The frequency of each technical procedure was compared according to GP practice location. The dependent variable analysed was the performance of at least one technical procedure per each health problem managed.

► **Abord de l'orientation sexuelle des patientes : représentations et pratiques des médecins généralistes**

PUILL C. ET ROMBY A.

2022

**Santé Publique 34(HS2): 163-168.**

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-HS2-page-163.htm>

Alors que les femmes sont de plus en plus nombreuses à se dire non hétérosexuelles, elles s'estiment bénéficière d'un moins bon suivi, tant quantitatif que qualitatif, en médecine générale que les femmes hétérosexuelles. Peu d'études portent sur l'expérience des médecins généralistes avec ce public. Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec des données issues de dix entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes sélectionné·e·s dans le cadre d'un échantillonnage théorique. L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée. But de l'étude : Identifier les représentations et pratiques des médecins généralistes dans l'abord de l'orientation sexuelle des patientes. Résultats : Les médecins déduisaient l'orientation sexuelle de l'une de ses trois composantes : l'attirance, les pratiques et l'identité sexuelle. Aborder ou non l'orientation sexuelle dépendait de la perception des médecins du caractère utile et intrusif de cette donnée. Les représentations sociales et les stéréotypes de la sexualité des patientes non hétérosexuelles pouvaient mener à des discriminations dans l'accès aux soins. Des médecins généralistes décrivaient des conduites hétéronormatives mais certain·e·s opéraient une mise à distance progressive vis-à-vis de celles-ci. Dans la pratique, cela se traduisait par une approche inclusive des personnes non hétérosexuelles avec une absence de présomption d'hétérosexualité. Conclusion : En tant que médecin, identifier ses représentations sociales et remettre en question son hétéronormativité permet d'avoir une prise en charge plus inclusive des patientes non hétérosexuelles. Accompagner les étudiant·e·s et les professionnel·le·s dans cette démarche est une des clefs pour une meilleure prise en charge des personnes minorisées.

► **Addressing Health-Related Social Needs Via Community Resources: Lessons From Accountable Health Communities**

RENAUD J., MCCLELLAN S. R., DEPRIEST K., *et al.*

2023

**Health Affairs: 10.1377/hlthaff.2022.01507.**

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.01507>

The Center for Medicare and Medicaid Innovation launched the Accountable Health Communities (AHC) Model in 2017 to assess whether identifying and addressing Medicare and Medicaid beneficiaries' health-related social needs reduced health care use and spending. We surveyed a subset of AHC Model beneficiaries with one or more health-related social needs and two or more emergency department visits in the prior twelve months to assess their use of community services and whether their needs were resolved. Survey findings indicated that navigation connecting eligible patients with community services did not significantly increase the rate of community service provider connections or the rate of needs resolution, relative to a randomized control group. Findings from interviews with AHC Model staff, community service providers, and beneficiaries identified challenges connecting beneficiaries to community services. When connections were made, resources often were insufficient to resolve beneficiaries' needs. For navigation to be successful, investments in additional resources to assist beneficiaries in their communities may be required.

► **Strategic Workforce Planning in Health and Social Care – an International Perspective: A Scoping Review**

SUTTON C., PROWSE J., MCVEY L., *et al.*

2023

**Health Policy 132: 104827.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104827>

Effective strategic workforce planning for integrated and co-ordinated health and social care is essential if future services are to be resourced such that skill mix, clinical practice and productivity meet population health and social care needs in timely, safe and accessible ways globally. This review presents international literature to illustrate how strategic workforce planning in health and social care has been undertaken around the world with examples of planning frameworks, models and modelling approaches. The databases Business Source Premier, CINAHL, Embase, Health Management Information Consortium, Medline

and Scopus were searched for full texts, from 2005 to 2022, detailing empirical research, models or methodologies to explain how strategic workforce planning (with at least a one-year horizon) in health and/or social care has been undertaken, yielding ultimately 101 included references. The supply/demand of a differentiated medical workforce was discussed in 25 references. Nursing and midwifery were characterised as undifferentiated labour, requiring urgent growth to meet demand. Unregistered workers were poorly represented as was the social care workforce. One reference considered planning for health and social care workers. Workforce modelling was illustrated in 66 references with predilection for quantifiable projections. Increasingly needs-based approaches were called for to better consider demography and epidemiological impacts. This review's findings advocate for whole-system needs-based approaches that consider the ecology of a co-produced health and social care workforce.

► **Le médecin arrosé**

VIGNERON E.

2023

**Cahiers De Santé Publique et De Protection Sociale (Les)(44): 7.**

<https://cahiersdesante.fr/editions/le-medecin-arrose>

L'auteur dénonce dans cet article l'attitude des médecins qui freinent l'augmentation nécessaire du nombre de médecins en formation et qui profitent des déserts médicaux pour demander des augmentations insensées de leurs honoraires. Les médecins risquent de perdre la confiance de la population. Il prévoit le retour des guérisseurs de tous poils pour combler l'absence de réponse à leurs besoins. Ce retour en arrière, c'est le scénario de l'arroseur arrosé.

## Systemes de santé

### Health Systems

► **Successfully Changing the Mode of Regulation in Clinical Priority Setting: How Organisational Factors Contributed to Establishing the Norwegian Priority Guidelines For Specialist Health Care Services**

AASE-KVÅLE I.

2023

**Health Economics, Policy and Law 18(3): 234-247.**

<https://doi.org/10.1017/S1744133123000014>

This article investigates factors that contributed to the successful introduction of 33 priority guidelines for Norwegian specialist health care from 2008 to 2012. The guidelines constituted an important step in changing the regulation of clinical priority setting from largely self-regulation by medical professionals to a more centralised and hierarchical form, and therefore, resistance from the medical profession was expected. My focus is on organisational factors within the project that developed the guidelines, using policy documents and project documents as the main source of data. I find that the project was characterised by a high level of autonomy in terms of how it was organised

and the actors included, with significant capacity for action in terms of both structure and personnel, and a broad inclusion of affected actors. The priority guideline project was dominated by medical professionals, and its organisation did not represent a radical break with established traditions of medical professional self-regulation. Although organisational autonomy, action capacity and broad inclusion were clearly of importance, the project's compliance with historical traditions and norms of medical governance stands out as the key factor in understanding the successful establishment of the priority guidelines.

► **Rapport 23-03. Rapport interacadémique. Conditions d'accès au plein exercice en France des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des médecins à diplômes européens ou à diplômes hors Union européenne**

BERTRAND D., TILLEMENT J. P., CAILLER S., *et al.*  
2023

**Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine**  
**207(5): 534-545.**

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.03.015>

L'autorisation de plein exercice professionnel demandé en France par des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, dont le diplôme n'est pas français, est encadrée selon des modalités différentes en fonction de l'origine du diplôme et du métier concerné. Pour tous, elle requiert compétence et demande la maîtrise de la langue française. Pour les professionnels européens, la reconnaissance automatique est très prisée chez les chirurgiens-dentistes, elle représente environ 50 % des inscriptions annuelles ordinaires, alors qu'elle n'est seulement que de 1 % pour les pharmaciens et d'environ 7,9 % pour les médecins. L'afflux actuel de demandes d'autorisation pour les médecins conduit à alléger les modalités d'une sélection qui restent cependant rigoureuses. Pour les diplômes hors Union européenne, la procédure actuelle de régularisation des seuls médecins comprend successivement un avis d'une commission régionale suivi d'une décision nationale. Une première recommandation, transitoire (le 31 mars 2023), a été de traiter rapidement les dossiers en souffrance en augmentant le nombre de jurys d'examen, en préparant leur travail pour le faciliter et en limitant le nombre d'examineurs, ne retenant que des praticiens de la spécialité revendiquée. Une deuxième recommandation, souhaitée pérenne, concerne la procédure d'évaluation des médecins. Une hétérogénéité étant constatée entre l'avis et la décision, cette complexité est inutile, il faut supprimer l'étape régionale d'évaluation et ne conserver que l'étape de la commission nationale, ce qui est déjà le cas des deux autres professions. Pour le concours (liste A) et l'examen (liste B), les modalités actuelles sont satisfaisantes. L'évaluation conserve des épreuves écrites et pratiques pour tout diplômé hors Union européenne, elle prend en compte les besoins locaux qu'elle devrait recenser avec précision tout en considérant les situations locales acquises et pertinentes. Elle devrait préserver également les possibilités futures d'accès à l'exercice professionnel des étudiants français actuels et le recrutement de candidats d'exception.

► **Access to Outpatient Care in Manhattan and Paris: A Tale of Real Change in Two World Cities**

GUSMANO M. K., WEISZ D., MERCIER G., *et al.*  
2023

**Health Policy 132: 104822.**

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104822>

France's system of universal health insurance (UHI) offers more equitable access to outpatient care than the patchwork system in the U.S., which does not have a UHI system. We investigate the degree to which the implementation of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) has narrowed the gap in access to outpatient care between France and the U.S. To do so, we update a previous comparison of access to outpatient care in Manhattan and Paris as measured by age-adjusted rates of hospital discharge for avoidable hospital conditions (AHCs). We compare these rates immediately before and after the implementation of the ACA in 2014. We find that AHC rates in Manhattan declined by about 25% and are now lower than those in Paris. Despite evidence that access to outpatient care in Manhattan has improved, Manhattanites continue to experience greater residence-based neighborhood inequalities in AHC rates than Parisians. In Paris, there was a 3% increase in AHC rates and neighborhood-level inequalities increased significantly. Our analysis highlights the persistence of access barriers to outpatient care in Manhattan, particularly among racial and ethnic minorities, even following the expansion of health insurance coverage.

► **Factors For Consideration when Setting Prices For Private Healthcare Providers Operating in Public Systems: A Comparison of France and Japan**

HONDA A., CARTAILLER J., CAILHOL J., *et al.*  
2023

**16: 11786329231173484.**

<https://doi.org/10.1177/11786329231173484>

Most publicly-funded health systems purchase healthcare from private providers, but the optimal purchasing arrangements between public purchasers and private healthcare providers are yet to be determined. OBJECTIVE: This study compares the healthcare purchasing arrangements made with private providers in 2 social health insurance (SHI)-based systems to identify factors that influence the prices paid for private healthcare service provision. RESULTS: France and

Japan use different approaches to determine the payment arrangements with public and private providers. The presence of for-profit healthcare providers in the French health system explains the different payment rates for public and private healthcare providers in that country. In both France and Japan, in addition to payment rates, several policy tools are used to assure the provision of public good services and the availability of necessary healthcare for all, which public providers are required to deliver but private providers can choose to deliver. **CONCLUSION:** This study highlights the importance of considering the profit-making status of the private healthcare providers operating in the healthcare market, and clarity in the roles and responsibilities of the public, for-profit and not-for-profit providers when determining healthcare purchasing arrangements. Regulatory policy instruments, used alongside payment rates, are essential to influence efficiency, equity, and quality in mixed (public-private) health systems.

► **Health Care Reform and Financial Crisis in the Netherlands: Consequences For the Financial Arena of Health Care Organizations**

VAN DIJK T. S., VAN DER SCHEER W. K., FELDER M., *et al.*

2023

**Health Economics, Policy and Law 18(3): 305-320.**

<https://doi.org/10.1017/S1744133123000075>

Over the past decade, many health care systems across the Global North have implemented elements of market mechanisms while also dealing with the consequences of the financial crisis. Although effects of these two developments have been researched separately, their combined impact on the governance of health care organizations has received less attention. The aim of this study is to understand how health care reforms and the financial crisis together shaped new roles and interactions within health care. The Netherlands – where dynamics between health care organizations and their financial stakeholders (i.e., banks and health insurers) were particularly impacted – provides an illustrative case. Through semi-structured interviews, additional document analysis and insights from institutional change theory, we show how banks intensified relationship management, increased demands on loan applications and shifted financial risks onto health care organizations, while health insurers tightened up their monitoring and accountability practices towards health care organizations. In return, health care organizations were urged to rearrange their operations and become more risk-minded. They became increasingly dependent on banks and health insurers for their existence. Moreover, with this study, we show how institutional arenas come about through both the long-term efforts of institutional agents and unpredictable implications of economic and societal crises.

## Travail et santé

### Occupational Health

► **The Health and Welfare Effects of Increases in Workers' Compensation Benefits**

JINKS L.  
2023

[Journal of Labor Economics 0\(0\): 000-000.](#)  
<https://doi.org/10.1086/720456>

This paper estimates the causal impacts of workers' compensation income benefits on workers' health and welfare outcomes. Using claims data from 2004 to 2016, I explore the variation in benefits due to a reform of New York workers' compensation that increased the maximum weekly benefits. I find that a \$77 increase in the weekly benefits led to an additional 3.4 days off work. Medical utilization did not increase. Each extra day off work decreased the reinjury likelihood by 2.9%. The current benefit level in New York is

close to optimal in balancing payer cost and worker health outcomes.

► **Télétravail : des avantages, mais aussi des risques psychiques, musculosquelettiques et cardiovasculaires**

REVUE PRESCRIRE  
2023

[Revue Prescrire 43\(474\): 303-305.](#)

Le télétravail désigne une activité professionnelle effectuée par un salarié hors des locaux de l'employeur, souvent au domicile, en utilisant des outils informatiques et de communication à distance. Il s'est largement répandu depuis la crise sanitaire liée au Covid-19. Cet article analyse l'impact de ce mode de travail sur l'état de santé de l'employé.

### Vieillesse

### Ageing

► **A Comparative Overview of Health and Social Care Policy For Older People in England and Scotland, United Kingdom (UK)**

AUJLA N., FROST H., GUTHRIE B., *et al.*  
2023

[Health Policy 132: 104814.](#)  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104814>

Responsibility for health and social care was devolved to Scotland in 1999 with evidence of diverging policy and organisation of care compared to England. This paper provides a comparative overview of major health and social care policies in England and Scotland published between 2011 and 2023 relating to the care of older people. Methods We searched United Kingdom (UK) and Scotland government websites for macro-level policy documents between 2011 and 2023 relating to the health and social care of older people (aged 65+). Data were extracted and emergent themes

were summarised according to Donabedian's structure-process-outcome model. Results We reviewed 27 policies in England and 28 in Scotland. Four main policy themes emerged that were common to both countries. Two related to the structure of care: integration of care and adult social care reform. Two related to service delivery/processes of care: prevention and supported self-management and improving mental health care. Cross-cutting themes included person-centred care, addressing health inequalities, promoting use of technology, and improving outcomes. Conclusion Despite differences in the structure of care, including more competition, financial incentivization, and consumer-based care in England compared to Scotland, there are similarities in policy vision around delivery/processes of care (e.g. person-centred care) and performance and patient outcomes. Lack of UK-wide health and social care datasets hinders evaluation of policies and comparison of outcomes between both countries.

► **Inégalités de genre dans l'aide aux proches dépendants**

BANENS M.  
2022

**Informations sociales 208(4): 24-32.**

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-24.htm>

Cet article présente les chiffres les plus récents concernant le caractère genré de l'aide aux proches dépendants et propose quelques pistes d'interprétation. Les données et observations sont issues de l'enquête Care (Drees, 2015) et de la post-enquête Pegase (Banens et al., 2018). Les résultats sont contrastés. Les pratiques de l'aide – le fait d'aider ou non, la part de l'aide prise en charge – s'avèrent peu genrées, à l'exception notable des fils et filles de fratries mixtes. En revanche, les conséquences négatives de l'aide – fatigue, dépression, anxiété et autres troubles – sont très genrées, y compris là où les pratiques ne le sont pas. Il pourrait s'agir, du moins partiellement, d'un conflit entre rôle d'aidant et rôle de genre. De façon inattendue, le rôle d'aidant semble mieux convenir aux hommes qu'aux femmes, car représentant la force, la protection des faibles. L'homme aidant est héroïsé, la femme aidante rencontre de la compassion.

► **Dynamique du processus de perte d'autonomie dans les populations vieillissantes**

BEN JELLOUL M., BOZIO A., PERDRIX A., *et al.*  
2023

**Economie Et Statistique(538): 13-30**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7615288?sommaire=7615394>

Le présent article vise à effectuer des projections de la population dépendante âgée de 60 ans ou plus et à identifier les facteurs qui influencent ces projections. À ces fins, nous développons une nouvelle approche méthodologique permettant d'identifier le rôle de différents paramètres (par exemple, le changement de la probabilité de rester autonome, le changement de la répartition des gains de survie entre différents niveaux de dépendance) dans la prévision de la morbidité. Cet article se concentre sur l'aspect méthodologique de cette nouvelle méthode. Il fournit également, à titre d'illustration, une projection de la population de personnes âgées en situation de dépendance ou de handicap en France en 2060, à partir des données de l'enquête française CARE-M et de l'enquête européenne

SHARE. Il montre notamment que conserver un ratio entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie totale similaire à celui observé dans le passé nécessite de formuler des hypothèses optimistes quant à l'évolution de la probabilité de rester autonome.

► **Spillover Effects of Retirement: Does Health Vulnerability Matter?**

BYRNE D., KWAK D. W., TANG K. K., *et al.*  
2023

**Economics & Human Biology 48: 101211.**

<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2022.101211>

La littérature actuelle qui examine l'incidence de la retraite et les retombées y afférentes pour les conjoints ne tient pas compte des effets involontaires de la retraite sur les conjoints en mauvaise santé, à savoir les conjoints souffrant d'affectations de longue durée (ALD). Dans ce document, nous comblons cette lacune dans la littérature et étudions l'incidence de la retraite d'une personne sur l'état de santé de son partenaire lorsque celui-ci souffre d'ALD. Compte tenu des difficultés d'identification inhérentes liées au départ à la retraite, nous utilisons l'âge d'admission à la retraite en Australie comme instrument. Sur la base des données de l'enquête sur les ménages, le revenu et les dynamiques professionnelles en Australie (Household Income and Labour Dynamics in Australia), nous constatons que la retraite du mari a une incidence positive sur les années de vie ajustées sur la qualité (QALY, acronyme anglais de « Quality-adjusted Life Years ») de la femme et sur d'autres aspects de la santé physique et mentale. Nous considérons également la redistribution de la charge du travail domestique comme un mécanisme clé de transmission des retombées pour les conjoints. Les femmes souffrant d'ALD ne verront leurs QALY et leur santé s'améliorer que si leur mari consacre davantage de temps aux tâches domestiques après leur départ à la retraite.

► **Effets sur la consommation de soins d'un report de l'âge de départ à la retraite annoncé en fin de carrière**

CAROLI E., POLLAK C. ET ROGER M.  
2023

**Economie Et Statistique(538): 49-67.**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7615292?sommaire=7615394>

En nous appuyant sur le report différencié selon les

génération des âges cibles du système de retraite français introduit par la réforme de 2010, nous estimons les effets d'une augmentation de quatre mois des âges d'ouverture des droits et d'annulation de la décote sur la consommation de soins. Nous nous concentrons sur les personnes qui étaient proches de la retraite, mais qui n'avaient pas encore atteint l'âge légal au moment de l'adoption de la réforme. À l'aide de données administratives sur les dépenses de santé non hospitalières et sur les arrêts maladie, nous montrons que la probabilité d'avoir au moins un arrêt maladie augmente pour tous les groupes traités, tandis que le nombre total de jours d'arrêt reste le même conditionnellement à avoir bénéficié d'un arrêt maladie. Le report des âges d'ouverture des droits et d'annulation de la décote n'augmente pas la probabilité de consulter un médecin généraliste, sauf pour les hommes des générations les plus jeunes. En revanche, il augmente la probabilité de consulter un médecin spécialiste pour tous, à l'exception des hommes des générations les plus âgées. Le report d'âge augmente également la probabilité de consulter un kinésithérapeute pour les femmes des générations plus âgées. Globalement, il augmente les dépenses de santé, en particulier dans la partie inférieure de leur distribution.

► **Le recours aux établissements pour personnes âgées en France (2008-2015) : le rôle de l'entourage familial**

CARRERE A., CAMBOIS E. ET FONTAINE R.

2023

**Economie Et Statistique(538): 31-48**

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6677559?sommaire=7615394>

La progression notable de la part de personnes très âgées dans la population ne s'est pas traduite en France par une forte augmentation du recours aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Dans cet article, nous proposons d'analyser la contribution à cette évolution des facteurs individuels de recours : l'âge, le niveau d'éducation, le sexe, le type d'incapacité et l'entourage familial. À partir des données des enquêtes Handicap-Santé (2008-2009) et Capacités et Aides et Ressources des seniors (2015-2016), nous estimons la probabilité de vivre en EHPA chez les individus de 75 ans et plus comme une fonction de ces différents facteurs. Une décomposition permet de montrer que la progression de la part des très âgés et des incapacités sévères accroît le recours global, mais que cet accroissement est contrebalancé

par l'augmentation des ressources familiales. Le niveau de recours associé aux différents facteurs est stable. La prise en charge à domicile semble positivement influencée par des effets de composition, liés à un entourage familial plus étoffé; en revanche elle ne semble pas liée, à situation donnée, à une diminution du recours aux EHPA.

► **Willingness to Provide Informal Care to Older Adults in Germany: A Discrete Choice Experiment**

DE JONG L., SCHMIDT T., STAHEMEYER J. T., *et al.*

2023

**The European Journal of Health Economics 24(3): 425-436.**

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01483-5>

As the German population is continually aging and the majority of older adults still wish to 'age in place', the need for informal care provided by family and friends will correspondingly continue to increase. In addition, while the need for formal (professional) care services is also likely to increase, the supply already does not meet the demand in Germany today. The aim of our study is the elicitation of people's willingness to provide informal care by means of a discrete choice experiment. The self-complete postal survey was disseminated to a random sample of the German general population in Lower Saxony. Data cleansing resulted in a final sample size of 280 participants. A conditional logit and a latent class model were estimated. All attributes were judged as highly relevant by the respondents. The results revealed that an increase in the care hours per day had the greatest negative impact overall on the willingness to provide informal care in our sample. The marginal willingness-to-accept for 1 h of informal care was €14.54 when having to provide informal care for 8 h in reference to 2 h per day. This value is considerably higher than the national minimum wage of €9.82. A three-class latent class model revealed preference heterogeneity. While a monetary compensation is often discussed to increase the willingness and availability of informal care in a country, our results show that this statement could not be generalized within our entire sample.

► **Variation in End-Of-Life Trajectories in Persons Aged 70 Years and Older, Sweden, 2018-2020**

EBELING M., MEYER A. C. ET MODIG K.

2023

**American Journal of Public Health 113(7): 786-794.**

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307281>

The aim of this study is to analyze variation in end-of-life trajectories with regard to elder care and medical care and how they relate to age, gender, and causes of death. Methods. We analyzed all deaths of persons at age 70 years and older between the years 2018 and 2020 in Sweden, using a linkage of population registers. We applied latent class analysis to identify distinct types of end-of-life trajectories. Results. We identified 6 different types of end-of-life trajectories. The types differed substantially in the amount of utilized elder care and medical care before death. Deaths characterized by high levels of elder care and medical care utilization become more common with age. The trajectory types show distinct cause-of-death profiles. Conclusions. Most deaths today do not comply with what is often referred to as a 'good' death (e.g., retaining control or requiring low levels of elder care). The results suggest that longer lifespans partly result from a prolonged dying process. Public Health Implications. The current modes of dying call for a discussion about how we want to die in an era of increasing lifespans and aging societies. (Am J Public Health. 2023;113(7):786-794. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307281>)

► **Les dispositifs d'aides aux aidantes et aux aidants**

GRELLEY P. ET MINONZIO J.

2022

**Informations sociales 208(4): 93-98.**

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-93.htm>

La fonction d'aidant familial nécessite souvent une implication totale dans la mesure où elle exige de la part de ceux qui l'exercent une multiplicité de compétences et de savoir-faire, de la disponibilité et un engagement émotionnel et en temps, autant d'éléments qui ne sont pas aisément quantifiables. Ce n'est donc non seulement en termes de rétribution mais aussi de soutien comme de compensation qu'a été pensé le dispositif public d'aide à celles et ceux qui exercent la fonction d'aidant (Corcuff, 2019). La Stratégie nationale de mobilisation et

de soutien « Agir pour les aidants 2020-2022 » s'attache ainsi à répondre dans leur diversité et leur complexité aux difficultés que rencontrent ces accompagnants. Au fur et à mesure de sa mise en place, le statut d'aidant a intégré des éléments qui font écho à un grand nombre de problèmes de ceux qui en bénéficient. Administrations et entreprises se mobilisent auprès de leurs agents et salariés aidants pour leur apporter une aide concrète. En témoigne le Guide ministériel du proche aidant diffusé par le ministère de l'Économie (2021) à ses agents mais dont l'utilité va bien au-delà. Ce document liste de façon complète les dispositifs d'aides matérielles accessibles via les organismes publics ou privés ouverts tant aux personnes vulnérables elles-mêmes qu'à celles qui font le choix de les aider.

► **The Effectiveness of Interventions to Prevent Loneliness and Social Isolation in the Community-Dwelling and Old Population: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analysis**

GRILLICH L., TITSCHER V., KLINGENSTEIN P., *et al.*

2023

**European Journal of Public Health 33(2): 235-241.**

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad006>

Loneliness and social isolation have comparable health effects to widely acknowledged and established risk factors. Although old people are particularly affected, the effectiveness of interventions to prevent and/or mitigate social isolation and loneliness in the community-dwelling older adults is unclear. The aim of this review of reviews was to pool the findings of systematic reviews (SRs) addressing the question of effectiveness. Ovid MEDLINE®, Health Evidence, Epistemonikos and Global Health (EBSCO) were searched from January 2017 to November 2021. Two reviewers independently assessed each SR in two consecutive steps based on previously defined eligibility criteria and appraised the methodological quality using a measurement tool to assess SRs 2, AMSTAR 2. One author extracted data from both SRs and eligible studies; another checked this. We conducted meta-analyses to pool the study results. We report the results of the random-effects and common-effect models. We identified five SRs containing a total of 30 eligible studies, 16 with a low or moderate risk of bias. Our random-effects meta-analysis indicates an overall SMD effect of 0.63 [95% confidence interval (CI): -0.10 to 1.36] for loneliness and was unable to detect an overall effect of the interventions



on social support [SMD: 0.00; 95% CI: -0.11 to 0.12]. The results show interventions can potentially reduce loneliness in the non-institutionalized, community-dwelling and older population living at home. As confidence in the evidence is low, rigorous evaluation is recommended. International Prospective Register of SRs (PROSPERO): Registration number: CRD42021255625

► **L'aide aux aidants, maillon essentiel des politiques de l'autonomie**

GRIVEL N.

2022

**Informations sociales 208(4): 3-3.**

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-3.htm>

La prise en compte explicite par l'action publique du rôle des aidantes et aidants dans l'accompagnement des personnes vulnérables est relativement récente. Pendant des décennies, les politiques ont ignoré cet apport essentiel alors même que les dispositifs publics ou organisés restaient balbutiants. Les fondateurs du système français de sécurité sociale estimaient même que celle-ci avait vocation à se substituer à la « solidarité familiale » qui devait nécessairement se diluer dans la modernité individualiste des Trente glorieuses. Aujourd'hui, la place de l'entraide familiale dans l'action publique a été repensée. L'évolution des politiques de l'autonomie en France et en Europe, depuis le milieu des années 1990 a fait du maintien à domicile un objectif d'action publique prioritaire. Il ne pourra être mis en œuvre sans la contribution décisive des aidantes et aidants, cohabitants ou non. Les proches constituent ainsi un point d'appui essentiel et leur soutien est plus varié, plus souple et souvent plus régulier que celui des prestataires privés ou publics. Ils jouent en outre un rôle incontournable de coordination des différents intervenants nécessaires pour qu'une personne fragile vive chez elle.

► **Outcome Measures From International Older Adult Care Home Intervention Research: A Scoping Review**

KELLY S., COWAN A., AKDUR G., *et al.*

2023

**Age and Ageing 52(5).**

<https://doi.org/10.1093/ageing/afad069>

Care homes are increasingly important settings for intervention research to enhance evidence-informed

care. For such research to demonstrate effectiveness, it is essential that measures are appropriate for the population, setting and practice contexts. To identify care home intervention studies and describe the resident outcome measures used. Scoping review. We reviewed international care home research published from 2015 to August 2022. We searched MEDLINE, EMBASE, CINAHL and ASSIA. We included any intervention study conducted in a care home, reporting resident outcomes. We extracted resident outcome measures, organised these using the domains of an adapted framework and described their use. From 7,330 records screened, we included 396 datasets reported in 436 publications. These included 12,167 care homes and 836,842 residents, with an average of 80 residents per study. The studies evaluated 859 unique resident outcomes 2,030 times using 732 outcome measures. Outcomes were evaluated between 1 and 112 times, with 75.1% of outcomes evaluated only once. Outcome measures were used 1–120 times, with 68.4% of measures used only once. Only 14 measures were used  $\geq 20$  times. Functional status, mood, behaviour and medications were the commonest outcome domains assessed. More than half of outcomes were assessed using scales, with a fifth using existing records or administrative data. There is significant heterogeneity in the choice and assessment of outcomes for intervention research in care homes. There is an urgent need to develop a consensus on useful and sensitive tools for care homes, working with residents, families and friends and staff.

► **Place des proches aidants dans les systèmes de protection sociale : le cas français au regard des autres pays européens**

LE BIHAN B.

2022

**Informations sociales 208(4): 82-92.**

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-82.htm>

Longtemps considéré comme une affaire strictement familiale relevant de la sphère privée, l'investissement des proches auprès des personnes âgées ou en situation de handicap est aujourd'hui une priorité de l'agenda politique. Dans un contexte budgétaire contraint, on constate en effet, en France comme dans l'ensemble des pays européens, une (re)mobilisation des familles dans les politiques sociales et le développement de politiques dites « d'aide aux aidantes et aux aidants »

qui s'adressent directement aux proches qui accompagnent leur(s) parent(s) ou enfant(s) vulnérable(s). Ces politiques s'organisent autour de trois types de mesures – mesures de compensation, de conciliation et d'accompagnement au rôle d'aidant – dont la combinaison spécifique et l'inscription dans un contexte politique préexistant nourrissent les formes du familialisme dans le pays concerné. Comment situer la France dans le contexte européen de ce point de vue ?

► **Le statut juridique des aidantes et des aidants. La situation française au regard du droit européen**

MARTIN P.

2022

**Informations sociales 208(4): 62-69.**

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-62.htm>

Le rôle assumé par les aidantes et aidants auprès des personnes handicapées ou des personnes âgées fait l'objet de l'attention du législateur, tant au plan national qu'euro-péen. Un statut des aidants se cherche, autour de plusieurs questions : reconnaissance du travail de l'aidant et ouverture de droits sociaux; conciliation de l'aide avec une activité professionnelle salariée; santé de l'aidant. Le droit européen appréhende cette problématique selon un prisme particulier, qui tient au fait que l'Union européenne n'est pas juridiquement outillée pour imposer un cadre commun aux politiques sociales nationales. Le droit français s'est dès lors construit de manière relativement autonome par rapport au droit européen. Pour l'heure, le « statut » des aidants demeure fragmenté et peu lisible en France, en raison essentiellement de la prégnance d'une logique sectorielle qui distingue handicap et dépendance et cloisonne les catégories juridiques.

► **Managing Comorbid Cognitive Impairment and Hearing Loss in Older Adults: A UK Survey of Audiology and Memory Services**

OMAR R., KUO L., COSTAFREDA S. G., *et al.*

2023

**Age and Ageing 52(5).**

<https://doi.org/10.1093/ageing/afad080>

Midlife hearing loss is a potentially modifiable risk factor for dementia. Addressing comorbid hearing loss and cognitive impairment in services for older adults may

offer opportunities to reduce dementia risk. To explore current practice and views amongst UK professionals regarding hearing assessment and care in memory clinics and cognitive assessment and care in hearing aid clinics. National survey study. Between July 2021 and March 2022, we distributed the online survey link via email and via QR codes at conferences to professionals working in National Health Service (NHS) memory services and audiologists working in NHS and private adult audiology services. We present descriptive statistics. 135 professionals working in NHS memory services and 156 audiologists (68% NHS, 32% private sector) responded. Of those working in memory services, 79% estimate that >25% of their patients have significant hearing difficulties; 98% think it useful to ask about hearing difficulties and 91% do so; 56% think it useful to perform a hearing test in clinic but only 4% do so. Of audiologists, 36% estimate that >25% of their older adult patients have significant memory problems; 90% think it useful to perform cognitive assessments, but only 4% do so. Main barriers cited are lack of training, time and resources. Although professionals working in memory and audiology services felt addressing this comorbidity would be useful, current practice varies and does not generally address it. These results inform future research into operational solutions to integrating memory and audiology services.

► **Vieillir demain. Comment s'organiser pour faire bon ménage avec les futures populations âgées**

PARANT A.

2023

**Futuribles 454(3): 43-58.**

<https://www.cairn.info/revue-futuribles-2023-3-page-43.htm>

Le projet de réforme des retraites présenté par le gouvernement français suscite, depuis fin 2022, de vifs débats sur le report de l'âge de la retraite. Mais le vieillissement démographique appréhendé à l'aune de la proportion croissante du nombre de personnes âgées — phénomène commun à tous les pays mais singulièrement plus marqué dans les pays industrialisés — entraîne bien d'autres questions que celle de l'équilibre financier du système de retraite par répartition. Elles ont d'ailleurs donné lieu depuis longtemps à plusieurs rapports en France, notamment : Politique de la vieillesse, en 1962, rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque; puis Vieillir demain, en 1980, fruit des travaux du groupe Prospective personnes âgées, présidé par

Robert Lion, dans le cadre de la préparation du VIII<sup>e</sup> Plan (1981-1985). Notre rubrique « Futurs d'antan » a vocation à reprendre des extraits de textes anciens qui, après un certain temps, s'avèrent particulièrement prémonitoires. En l'occurrence, Alain Parant rend compte du rapport Vieillir demain pour montrer, 40 ans plus tard, la pertinence de nombre de ses recommandations concernant « l'adaptation de notre société au vieillissement » et dresser un bilan sans concessions des actions qui l'ont suivi. Ce bilan est assez révélateur du piètre usage que les pouvoirs publics font des travaux de prospective, en tout cas en France, et de leur propension à l'inaction s'agissant des adaptations qu'exigent des problèmes de fond.

► **Aidantes et aidants rémunérés, entre trajectoire de vie et parcours professionnel**

PETIAU A. ET RIST B.  
2022

**Informations sociales 208(4): 52-61.**

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-52.htm>

L'aide à une personne proche dépendante est une activité qui survient dans les parcours de vie et dans les trajectoires professionnelles des individus. Cette activité, notamment lorsqu'elle est monétarisée, recompose les équilibres entre les différentes sphères d'engagement des personnes aidantes : familiale, sociale et professionnelle. À partir d'une enquête auprès d'une soixantaine de personnes proches aidantes, cette contribution identifie trois grands types d'arrangement entre ces différentes dimensions de la vie.

► **Comprendre les besoins des proches aidants pour mieux agir : une problématisation au prisme du non-recours**

REVIL H. ET GAND S.  
2022

**Informations sociales 208(4): 120-127.**

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-120.htm>

À présent reconnus politiquement et médiatiquement, beaucoup de proches aidants de personnes en perte d'autonomie n'ont pas recours aux droits, services, aides et/ou prestations auxquels ils pourraient prétendre. Cet article propose de s'interroger sur l'effec-

tivité de l'offre destinée aux proches aidants et sur les formes que prend ce non-recours. La difficulté à appréhender les besoins propres des proches aidants ainsi que le caractère hétérogène de l'offre qui leur est destinée au niveau des territoires contribuent à expliquer la rencontre en partie manquée entre l'offre et la demande. Il est également utile de s'intéresser aux logiques de recours différenciées des proches aidants ainsi qu'aux représentations qu'ont les professionnels du social et de la santé des offres et de ce que peut être leur propre rôle vis-à-vis des proches aidants.

► **The General Practitioner in Nursing Homes : An Incongruous Actor ? Study in Nursing Homes in a Deprived Area**

RUELLE Y., BESSAH N. ET HAMI L.  
2023

**Rev Epidemiol Sante Publique 71(3): 101423.**

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101423>

CONTEXT: Residential facilities for dependent elderly people have difficulties ensuring medical follow-up of their residents by general practitioners. The barriers to medical visits are well-known. Seine-Saint-Denis is particularly affected by the medical demography crisis. OBJECTIVES: To describe the organization of visits by general practitioners in residential facilities for dependent elderly people in Seine-Saint-Denis. To assess the influence of the institutions' status on this organization. METHOD: Quantitative descriptive cross-sectional study of 65 facilities in Seine Saint-Denis. A questionnaire drawn from the literature on known barriers to medical visits was used. RESULTS: Fifty institutions (76.9%) contributed. Most visits (88.0%) took place in patients' rooms. When the practitioner arrived, the patient was present at the site in 80.0% of the facilities, especially when they were private and associative ( $p = 0.01$ ). The doctor was accompanied by a staff member in 30.0% of the facilities, especially when they were for-profit ( $p = 0.02$ ). Exchanges between general practitioners and the staff were sporadic and unorganized. All in all, the public facilities seemed to be less well-organized to receive general practitioners. DISCUSSION: Residential facilities for the elderly do not seem to have implemented specific organization for visits by general practitioners, who are not integrated in the staff. CONCLUSION: Experiments with doctors gainfully employed in institutions could be carried out, following the example of several foreign countries.

► **Combining Remaining Life Expectancy and Time to Death As a Measure of Old-Age Dependency Related to Health Care Needs**

SPIJKER J. J. A.

2023

[Int J Health Econ Manag 23\(2\): 173-187.](#)

<https://doi.org/10.1007/s10754-022-09328-7>

Public concern about the rising number of older dependent citizens is still based mainly on standard population aging indicators. This includes the old-age dependency ratio (OADR), which divides the state pension age population by the working age population. However, the OADR counts neither the dependent elderly nor those who provide for them. This paper builds on previous research to propose several alternative indicators, including the health care (HC) need-adjusted real elderly dependency ratio and the HC need-adjusted dependent population-to-tax rate. These indicators consider improvements in old-age survival and time to death in order to better define the health care needs of the dependent old-age population and to better approximate their financial burden. We define the old-age population dependent on health care as those above the age at which remaining life expectancy is 15 years or less and are expected to die within 5 years. We use data from the US to illustrate differences between the proposed new and standard measures. Results show that, as a share of the total population, the old-age population dependent on health care has virtually not changed since 1950. Moreover, increases in GDP and state tax revenue have outstripped population aging almost continuously since 1970, irrespective of the indicator used, and they are expected to continue to do so during the coming decade. The demand for health care services is therefore not being fueled by population aging but instead by other factors such as progress in medical knowledge and technology, costs of hospitalization, and the increasing use of long-term care facilities.

► **Aider un proche aujourd'hui : état des lieux et perspectives**

TRABUT L.

2022

[Informations sociales 208\(4\): 14-23.](#)

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-14.htm>

Cet article propose de faire le point sur la situation des aidantes et aidants de personnes âgées dépendantes en France, en fonction du type et de la durée de leur investissement dans l'aide ainsi que de leur position sur le marché du travail. Il s'intéresse également aux effets de l'aide apportée sur leur santé. Il présente enfin des aspects prospectifs, bien sûr selon les scénarii de l'évolution démographique, annonçant une augmentation continue du besoin d'aide, mais aussi en fonction des transformations des formes familiales ou encore des nouvelles tâches assignées aux aidantes et aidants.

► **Concilier vie professionnelle et aide à un proche dépendant : les dispositifs publics et conventionnels de soutien aux aidants en emploi**

TRENTA A.

2022

[Informations sociales 208\(4\): 70-78.](#)

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-70.htm>

Si des congés et d'autres mesures favorisant la conciliation entre vie professionnelle et aide font partie de l'éventail des mesures publiques pour soutenir les proches aidants, ces dernières sont souvent considérées comme relativement embryonnaires. Les régulations conventionnelles (accords de branche ou d'entreprise) ont, dans certains cas, prévu des accords plus ambitieux permettant l'extension des droits communs et la mise en place de dispositifs innovants. Après avoir souligné les contraintes et les besoins qui pèsent sur les aidants en activité professionnelle, cet article rappelle les dispositifs légaux du droit du travail et rend compte des grandes tendances en matière de régulation conventionnelle en lien avec les régulations légales. Les innovations réelles mais isolées mettent en évidence l'évolution des besoins et des termes du débat, et la capacité des parties prenantes à formuler des accords.

► **Multimorbidity Increases the Risk of Dementia: A 15 Year Follow-Up of the SHARE Study**

VERONESE N., KOYANAGI A., DOMINGUEZ L. J., *et al.*  
2023

[Age and Ageing 52\(4\).](#)

<https://doi.org/10.1093/ageing/afad052>

the literature regarding the association between multimorbidity and dementia is still unclear. Therefore, we aimed to explore the potential association between multimorbidity at the baseline and the risk of future dementia in the SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) study, a large European research survey, with a follow-up of 15 years. In this longitudinal study, multimorbidity was defined as the presence of two or more chronic medical conditions, among 14 self-reported at the baseline evaluation. Incident dementia was ascertained using self-reported information. Cox regression analysis, adjusted for potential confounders, was run and hazard ratios (HRs), with their 95% confidence intervals (CIs), that were estimated in the whole sample and by 5 year groups. Among 30,419 participants initially considered in wave 1, the 23,196 included participants had a mean age of 64.3 years. The prevalence of multimorbidity at baseline was 36.1%. Multimorbidity at baseline significantly increased the risk of dementia in the overall sample (HR = 1.14; 95% CI: 1.03–1.27) and in participants younger than 55 years (HR = 2.06; 95% CI: 1.12–3.79), in those between 60 and 65 years (HR = 1.66; 95% CI: 1.16–2.37) and in those between 65 and 70 years (HR = 1.54; 95% CI: 1.19–2.00). In the overall sample, high cholesterol levels, stroke, diabetes and osteoporosis increased the risk of dementia, particularly if present among participants between 60 and 70 years of age. Multimorbidity significantly increases the risk of dementia, particularly in younger people, indicating the need for early detection of multimorbidity for preventing cognitive worsening.

► **Frailty Transitions and Prevalence in an Ageing Population: Longitudinal Analysis of Primary Care Data From an Open Cohort of Adults Aged 50 and over in England, 2006–2017**

WALSH B., FOGG C., HARRIS S., *et al.*  
2023

[Age and Ageing 52\(5\).](#)

<https://doi.org/10.1093/ageing/afad058>

frailty is common in older adults and is associated with increased health and social care use. Longitudinal information is needed on population-level incidence, prevalence and frailty progression to plan services to meet future population needs. Retrospective open cohort study using electronic health records of adults aged  $\geq 50$  from primary care in England, 2006–2017. Frailty was calculated annually using the electronic Frailty Index (eFI). Multistate models estimated transition rates between each frailty category, adjusting for sociodemographic characteristics. Prevalence overall for each eFI category (fit, mild, moderate and severe) was calculated. The cohort included 2,171,497 patients and 15,514,734 person-years. Frailty prevalence increased from 26.5 (2006) to 38.9% (2017). The average age of frailty onset was 69; however, 10.8% of people aged 50–64 were already frail in 2006. Estimated transitions from fit to any level of frailty were 48/1,000 person-years aged 50–64, 130/1,000 person-years aged 65–74, 214/1,000 person-years aged 75–84 and 380/1,000 person-years aged  $\geq 85$ . Transitions were independently associated with older age, higher deprivation, female sex, Asian ethnicity and urban dwelling. Mean time spent in each frailty category decreased with age, with the longest period spent in severe frailty at all ages. Frailty is prevalent in adults aged  $\geq 50$  and time spent in successive frailty states is longer as frailty progresses, resulting in extended healthcare burden. Larger population numbers and fewer transitions in adults aged 50–64 present an opportunity for earlier identification and intervention. A large increase in frailty over 12 years highlights the urgency of informed service planning in ageing populations.



## Index des auteurs Author index

### A

Aase-Kvåle I.....	58
Abushanab D.....	15
Afrite A.....	53
Akdur G.....	65
Alary A.....	46
Alcusky M.....	54
Alloun E.....	35
Amaya-Lara J. L.....	18
Amin R.....	46
Anselmi L.....	15
Asvazadourian R.....	14
Aubin-Auger I.....	54
Aubriot B.....	48
Aubry J. D.....	39
Aujla N.....	61
Avdic D.....	51
Ayoo S.....	50

### B

Badji S.....	28
Baillargeon C.....	47
Bandeira A.....	40
Banens M.....	62
Barrett A.....	43
Basson J.-C.....	52
Basu A.....	31
Becchetti L.....	15
Beltran G.....	32
Ben Jelloul M.....	62
Bergoignan-Esper C.....	52
Bertrand D.....	52, 59
Bessah N.....	67
Bhatia B.....	33
Bhimani N.....	16
Bidmon S.....	14
Björkenstam E.....	46
Bonfrer I.....	19
Boogaard L. H.....	32
Boone J.....	13
Bos I.....	29
Boulaghaf L.....	32
Bousser M.-G.....	52

Bozio A.....	62
Breeze P. R.....	45
Bridge G.....	18
Brosig-Koch J.....	16
Byrne D.....	62

### C

Cabannes P.-Y.....	36
Cailhol J.....	59
Cailler S.....	59
Calnan S.....	38
Cambois E.....	63
Cardoso T.....	34
Caroli E.....	62
Carrere A.....	63
Carroll M.....	27
Cartailler J.....	59
Casassus E.....	43
Catanas M.....	52
Cavé A.....	32
Cazenave-Lacrouz A.....	31
Cedeño-Ocampo G.....	18
Chakrabarty D.....	33
Chapireau F.....	47
Chattopadhyay R.....	24
Chaumeron S.....	25
Chen J.....	29
Chen P.-C.....	20
Chen Y. I.....	17
Chevillard G.....	25
Chouinard M.-C.....	54
Coldefy M.....	49
Colley M.....	34
Communal D.....	44
Conzo G.....	15
Costafreda S. G.....	66
Cowan A.....	65
Cremers H.-P.....	17
Currie J.....	53
Czernichow P.....	50

## D

Darin-Mattsson A. ....	30
Dasinieres L. ....	13
Dauner K. N. ....	17
Davies S. E. ....	42
De Bary L. ....	54
Defèvre J. ....	55
Degry J. ....	49
De Jong L. ....	63
Deml M. J. ....	51
Denis F. ....	33, 43
DePriest K. ....	57
de Vries L. ....	18
Dominguez L. J. ....	69
Donnet B. ....	55
Douven R. ....	13
Dros J. T. ....	29
Duchaine F. ....	25
Dumont-Samson O. ....	54
Duprat L. ....	35
Durrieux W. ....	44
Duvoux N. ....	33

## E

Ebeling M. ....	64
Eggleston K. ....	17
Elghazaly H. ....	24
Eloy P. ....	34
Ennis K. ....	45
Ernout E. ....	24
Estecahandy P. ....	34

## F

Faes C. ....	26
Falissard B. ....	23
Falkenbach M. ....	38, 39
Felder M. ....	60
Fichera E. ....	15
Fielding A. ....	22
Fogg C. ....	69
Fontaine R. ....	63
Foo C. D. ....	41
Fournier A. ....	30
Frajerman A. ....	23
Fratiglioni L. ....	30
Frost H. ....	61

## G

Gand S. ....	67
Gauci J.-L. ....	14
Gauna F. ....	51
Gerain-Breuzard M.-N. ....	30
Gibbons J. B. ....	55
Gilles de la Londe J. ....	53
Ginot L. ....	26
Glenngård A. H. ....	53
Gorza M. ....	34
Greer S. L. ....	38, 39
Grelley P. ....	64
Grenouilleau-Albertini A.-S. ....	36
Grillich L. ....	64
Grimm S. E. ....	45
Grivel N. ....	65
Gueri C. ....	45
Guernut M. ....	43
Guetz B. ....	14
Guidi C. F. ....	37
Guignard R. ....	43
Gusmano M. K. ....	59
Guthrie B. ....	61

## H

Hall M. ....	18
Hami L. ....	67
Hamila A. ....	47
Han S. ....	16
Harber-Aschan L. ....	30
Harris S. ....	69
Hascoët J. M. ....	41
Hautvast J. L. A. ....	32
Hehenkamp B. ....	16
He L. ....	14
Henry K. A. ....	26
Hervé B. ....	28
Hind M. ....	28
Honda A. ....	59
Hsieh T.-C. ....	19
Huang K.-H. ....	20
Hudon C. ....	54
Huynh E. ....	39



## I

Ingleby D. ....	37
Iosua E. ....	26
Iresp.....	47
Ivets M. ....	51

## J

Jackson H. ....	17
Jacobs P. D. ....	13
Jamakandi S. ....	54
Jayasinghe M. ....	33
Jinks L. ....	61
Jutant S. ....	50

## K

Karpova A. ....	53
Kavanagh A. ....	28
Keisler-Starkey K. ....	17
Kelly S. ....	65
Klein S. ....	30
Klingenstein P. ....	64
Kokot J. ....	16
Koyanagi A. ....	69
Kuo L. ....	66
Kvamme I. ....	18
Kwak D. W. ....	62

## L

Lagerqvist B. ....	51
Lambert A. ....	36
Lamongie L. ....	50
Lancsar E. ....	39
Leao D. L. L. ....	17
Le Bihan B. ....	65
Lecroart A. ....	25
Lee M.-C. ....	19
Le Faou A.L. ....	43
Legrand J. ....	54
Lellouch T. ....	36
Le Tallandier-Degabory J. B. ....	44
Leveque F. ....	42
Lièvre M. ....	34
Li L. ....	13

Liu J. ....	13
Li Y. ....	13
Loblay V. ....	56
Loomer L. ....	17
Luce-Garnier V. ....	45
Lu J. ....	17

## M

Mancini J. ....	40
Marie R. ....	44
Marquina C. ....	15
Marrauld L. ....	21
Marsh L. ....	26
Martinerie L. ....	50
Martin M.-J. ....	55
Martin P. ....	66
Masquelier B. ....	26
McClellan S. R. ....	57
McGale P. ....	23
McGee-Avila J. K. ....	26
McVey L. ....	57
Meddings J. ....	55
Melihan Chenin P. ....	39
Mercier G. ....	59
Mereuze D. ....	44
Merner B. ....	40
Meyer A. C. ....	64
Millar S. R. ....	38
Minatto G. ....	40
Minonzio J. ....	64
Mittendorfer-Rutz E. ....	46
Modig K. ....	64
Mokri H. ....	18
Molloy C. ....	16
Mongan D. ....	38
Moriya A. S. ....	13
Morton J. I. ....	15
Mousquès J. ....	25 , 53

## N

Nguyen T. M. ....	18
Niraula A. ....	34

## O

OFDT .....	22
Ohrnberger J. ....	15
Omar R. ....	66
Otavova M. ....	26
Otten T. M. ....	45
Ouafik M. ....	37
Ourabah R. ....	27

## P

Panjo H. ....	56
Parant A. ....	66
Parizot S. ....	48
Parkinson L. ....	26
Parrish C. ....	31
Pasquereau A. ....	43
Pauletzki J. ....	30
Pavli A. ....	56
Perdrix A. ....	62
Perozziello A. ....	48
Perrin C. ....	44
Pestana J. ....	20
Petiau A. ....	67
Petrie D. ....	28
Pinilla-Roncancio M. ....	18
Plemmons A. ....	49
Pluen S. ....	50
Pointis V. ....	56
Pollak C. ....	62
Probert J. ....	23
Proshin A. ....	31
Prowse J. ....	57
Pu C. ....	19
Puill C. ....	57

## Q

Queneau P. ....	27
Quinet E. ....	42
Quinn G. P. ....	38

## R

Ramaekers B. ....	45
Ratti N. ....	34

Rauh J. ....	30
Reale B. K. ....	55
Remmerswaal M. ....	13
Renaud J. ....	57
Revil H. ....	67
Revue Prescrire .....	61
Richard I. ....	30
Richmond J. ....	26
Rist B. ....	67
Ristevski E. ....	27
Rivest L. -P. ....	22
Rochaix L. ....	31
Rodriguez S. ....	52
Roger M. ....	62
Rolland F. ....	23
Romby A. ....	57
Rong T. ....	27
Roy Choudhury A. ....	49
Rozenblum S. ....	39
Rudigoz R. C. ....	41
Ruelle Y. ....	67
Rusch E. ....	33
Rush E. ....	39
Rychetnik L. ....	56

## S

Sachs A. ....	36
Saetta S. ....	49
Sambodo N. P. ....	19
San Martino L. ....	31
Santos-Martin F. ....	20
Saout C. ....	36
Schmidt T. ....	63
Schonfeld L. ....	40
Schott A. M. ....	56
Schultz É. ....	40
Schultz J. ....	17
Sepehri A. ....	21
Serova N. ....	35
Siciliani L. ....	38
Silva K. S. ....	40
Slama R. ....	21
Sohn H. ....	16
Soto S. ....	28
Sousa D. ....	48
Sparrow R. ....	19
Spijker J. J. A. ....	68
Squires H. ....	45
Stahmeyer J. T. ....	63

Stasenko M. ....	38
Suarez T. ....	36
Sutton C. ....	57
Swait J. ....	39

## T

Tang K. K. ....	62
Tan S. Y. ....	41
Tapley A. ....	22
Taylor C. ....	23
Terrisse M. ....	54
Thibaut C. ....	28
Tiberrti N. ....	52
Tillement J. P. ....	59
Timen A. ....	32
Titscher V. ....	64
Trabut L. ....	68
Tran L. T. T. ....	21
Trenta A. ....	68
Trillet-Lenoir V. ....	41
Trovato G. ....	15
Tsai W.-C. ....	20
Tsampasian V. ....	24
Tugaye A. ....	24

## V

van der Scheer W. K. ....	60
Van Dijk C. E. ....	29
van Dijk T. S. ....	60
Van Veghel D. ....	17
Vasco Santos J. ....	20
Verdier A. ....	26
Verma M. ....	41
Veronese N. ....	69
Vignerot E. ....	58
Ville Y. ....	41
Virgona A. ....	40
Vitu V. ....	24
Voléry I. ....	50
Vuillemin A. ....	44
Vu P. H. ....	21

## W

Walsh B. ....	69
Wang C. ....	29

Ward J. K. ....	40 , 51
Weisz D. ....	59
Wenham C. ....	42
Wild K. ....	22
Wong G. Y. M. ....	16
Woolf S. H. ....	24
Wright B. ....	31

## Y

Yashadhana A. ....	35
Yven R. ....	21

## Z

Zeltzer D. ....	53
Zimmermann L. ....	50
Zoldan Y. ....	47

