

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Avril 2021 / April 2021

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospital</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>Prévision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie

Health Insurance

- 11 **Voluntary Private Health Insurance, Health-Related Behaviours And Health Outcomes: Evidence From Russia**
Aistov A., Aleksandrova E. et Gerry C. J.
- 11 **The Affordable Care Act Reduced Income Inequality In The US**
Buettgens M., Blavin F. et Pan C.
- 11 **Very High And Low Residual Spenders In Private Health Insurance Markets: Germany, The Netherlands And The U.S. Marketplaces**
McGuire T. G., Schillo S. et van Kleef R. C.
- 12 **Gaps In Coverage And Access In The European Union**
Palm W., Webb E., Hernández-Quevedo C., et al.
- 12 **Inequality In Health Insurance Coverage Before And After The Affordable Care Act**
Renna F., Kosteas V. D. et Dinkar K.
- 12 **Multi-Layer Health Insurance Coverage, Medical Services Use And Health In A Universal National Health System, The Case Of Portugal**
Tavares A. I. et Marques I.
- 13 **Highly Vulnerable Communities And The Affordable Care Act: Health Insurance Coverage Effects, 2010–2018**
Ye W. et Rodriguez J. M.

Démographie

Demography

- 13 **Bilan démographique 2020. La fécondité se stabilise en France : Avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages**
Papon S. et Beaumel C.
- 14 **Les enfants à l'épreuve du premier confinement**
Thierry X., Geay B., Pailhe A., et al.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical technologies

- 14 **Télésanté en France en 2020 : un point d'étape**

Économie de la santé

Health Economics

- 14 **Annual Out-Of-Pocket Spending Clusters Within Short Time Intervals: Implications For Health Care Affordability**
Chen S., Shafer P. R., Dusetzina S. B., et al.
- 15 **Effect Of Referral Systems On Costs And Outcomes After Hip Fracture Surgery In Taiwan**
Chiou B.-L., Chen Y.-F., Chen H.-Y., et al.
- 15 **The Best Of Both Worlds? The Economic Effects Of A Hybrid Fee-For-Service And Prospective Payment Reimbursement System**
Fu R., Shen Y. et Noguchi H.
- 15 **Pricing Universal Health Care: How Much Would The Use Of Medical Care Rise?**
Gaffney A., Himmelstein D. U., Woolhandler S., et al.
- 16 **Rémunération à la qualité. Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient**
Minvielle É. et Kimberly J.
- 16 **La Rémunération à la qualité. Praticiens, chercheurs en économie et en gestion. Regards croisés sur l'incitation financière à la qualité**
Minvielle É. et Rochaix L.
- 16 **The Impact Of Cash-For-Care Schemes On The Uptake Of Community-Based And Residential Care: A Systematic Review**
Pattyn E., Werbrouck A., Gemmel P., et al.
- 17 **Private Choices, Public Costs: Evaluating Cost-Shifting Between Private And Public Health Sectors In New Zealand**
Penno E., Sullivan T., Barson D., et al.

17 **Lifetime Costs And Lifetime Net Public Expenditures Of Smoking**

Rasmussen S. R., Søgaard J. et Kjellberg J.

État de santé Health Status

18 **La santé des enfants en France : un enjeu négligé ?**

Lang T., Saurel-Cubizolles M.-J., de Villemeur A. B., et al.

18 **Association Between Density And Proximity Of Tobacco Retail Outlets With Smoking: A Systematic Review Of Youth Studies**

Marsh L., Vaneckova P., Robertson L., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

19 **Medical Brain Drain: How Many, Where And Why?**

Adovor E., Czaika M., Docquier F., et al.

19 **How The Organisation Of Medical Work Shapes The Everyday Work Experiences Underpinning Doctor Migration Trends: The Case Of Irish-Trained Emigrant Doctors In Australia**

Byrne J.-P., Conway E., McDermott A. M., et al.

20 **Integrated Care Pathway For Breast Cancer: A Relational And Geographical Approach**

Mériade L. et Rochette C.

20 **How To Address Medicines Shortages: Findings From A Cross-Sectional Study Of 24 Countries**

Vogler S. et Fischer S.

Handicap Disability

21 **« Ça fait des années qu'on est confinés ». La crise sanitaire du Covid-19 révélatrice de la condition des proches aidant·e·s de personnes en situation de dépendance**

Giraud O., Petiau A., Rist B., et al.

21 **Disability Pension Among Persons With Chronic Disease: Differential Impact Of A Danish Policy Reform**

Mathisen J., Jensen N. K., Bjorner J. B., et al.

22 **What Happens When You Wait? Effects Of Social Security Disability Insurance Wait Time On Health And Financial Well-Being**

Prenovitz S.

Hôpital Hospital

22 **Socioeconomic Position And Risk Of Unplanned Hospitalization Among Nursing Home Residents: A Nationwide Cohort Study**

Allers K., Calderón-Larrañaga A., Fors S., et al.

22 **How Do Hospitals Respond To Cross Price Incentives Inherent In Diagnosis-Related Groups Systems? The Importance Of Substitution In The Market For Sepsis Conditions**

Bäuml M.

23 **Hospital Responses To The Refinement Of Reimbursements By Treatment Intensity In DRG Systems**

Bäuml M. et Kümpel C.

23 **Changes In Compensation Claim Contents Following Reorganization Of Emergency Hospital Care**

Birkeland S., Brabrand M., Mikkelsen K. L., et al.

23 **N° 600... vers 2030**

Budet J. M., Leglise J., De Montalambert P. et al.

24 **Senior Clinical And Business Managers' Perspectives On The Influence Of Different Funding Mechanisms, And Barriers And Enablers To Implementing Models Of Employing General Practitioners In Or Alongside Emergency Departments: Qualitative Study**

Choudhry M., Edwards M., Cooper A., et al.

24 **Quels sont le fonctionnement, les caractéristiques, les effets et les modalités d'implantation des équipes d'intervention rapide ? Une revue de la littérature**

Dauwe V., Poitras M.-È. et Roberge V.

- 25 **The Impact Of Nurse Delegation Regulations On The Provision Of Home Care Services: A Four-State Case Study**
Dudley N., Miller J., Breslin M. L., et al.
- 25 **Socioeconomic Inequality In Telephone Triage On Triage Response, Hospitalization And 30-Day Mortality**
Gamst-Jensen H., Jensen A. N., Christensen E. F., et al.
- 25 **Triage et Covid-19 : qu'est-ce qui ne va pas avec l'approche utilitariste ?**
Gzil F.
- 25 **Trier face à l'afflux des malades : critères de priorisation ou choix des sacrifiés ? La soudaine visibilité du « tri » dans le débat public et ses effets**
Leichter-Flack F.
- 26 **La diffusion de l'information sur la qualité des hôpitaux en France**
Lescher Cluzel M.
- 26 **Cancer Care At Home Or In Local Health Centres Versus In Hospital: Public Policy Goals And Patients' Preferences In The Rhône-Alps Region In France**
Margier J., Gafni A. et Moumjid N.
- 26 **Intervenir sur un autre territoire professionnel Équipes mobiles et services « sédentaires » à l'hôpital**
Michel C. et Ivan S.
- 27 **Régulation et gestion de la qualité des soins dans les établissements de santé. Une comparaison avec le secteur nucléaire**
Moison J.-C.
- 27 **Les équipes mobiles : des entrepreneurs institutionnels en faveur des « territoires » du care et du parcours**
Philippe M. et Corinne G.
- 27 **Hospital-Based Health Systems 20 Years Later: A Taxonomy For Policy Research And Analysis**
Shortell S. M., Gottlieb D. J., Martinez Cambor P., et al.
- 28 **L'hôpital au rapport 2020 : dossier**
Spirnirny F., De Montalambert P., Got C. et et al.
- 28 **Trajectoires de personnes âgées hospitalisées de façon non pertinente**
Trimaille H., Mathieu-Nicot F., Cornet C., et al.
- 28 **Importance Of Previous Hospital Stays On The Risk Of Hospital Re-Admission In Older Adults: A Real-Life Analysis Of The PAERPA Study Population**
Visade F., Babykina G., Lamer A., et al.
- 29 **Does Socioeconomic Status Affect Hospital Utilization And Health Outcomes Of Chronic Disease Patients?**
Yong J. et Yang O.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 29 **Does Increasing Health Care Access Reduce Disability Insurance Caseloads? Evidence From The Rural United States**
Anstreicher G.
- 29 **The Link Between Health And Economic Preferences: Evidence From 22 OECD Countries**
Cen X., Johnston D. W., Kung C. S. J., et al.
- 30 **Sans domicile fixe (SDF) et sans-abri. Qui sont-ils ? Combien sont-ils ?**
Damon J.
- 30 **COVID-19 And The Role Of Inequality In French Regional Departments**
Ginsburgh V., Magerman G. et Natali I.
- 30 **Economic And Social Context Needs To Be Taken Into Account**
Kalediene R.
- 31 **Is Lack Of Causal Evidence Linking Socioeconomic Position With Health An 'Inconvenient Truth'?**
Lundberg O.
- 31 **Re-Thinking Health Inequalities**
Mackenbach J. P.
- 31 **Re-Thinking Health Inequalities Is Necessary**
Mackenbach J. P.
- 31 **Accès à la santé des immigrés : le rôle des centres de santé**
May E.
- 32 **« Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action ». Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore)**
Revil H., Warin P., Richard F., et al.

- 32 **Health Assessment For Migrants And Asylum Seekers Upon Arrival And While Hosted In Reception Centres: Italian Guidelines**
Tosti M. E., Marceca M., Eugeni E., et al.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 33 **Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2020**
Revue Prescrire

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

- 33 **Données massives, big data et santé publique**
Bernélin M., Desmoulin S., Lefevre T., et al.
- 33 **Qu'est-ce-qu'une donnée ? Impact des données externes sur la statistique publique**
Riviere P.
- 33 **Données de santé françaises : une alerte. France et Europe face aux géants américains et chinois**
Soupizet J.-F.

Politique de santé

Health Policy

- 34 **Health, Federalism And The European Union: Lessons From Comparative Federalism About The European Union**
Greer S. L.
- 34 **Linkage Of National Health And Social Care Data: A Cross-Sectional Study Of Multimorbidity And Social Care Use In People Aged Over 65 Years In Scotland**
Henderson D. A. G., Atherton I., McCowan C., et al.
- 35 **Comment construire une expertise interassociative en santé ?**
Lenoir-Nanci S. et Roux T.
- 35 **Chaque pays, en fonction de son système de soins, choisit ses morts !**
Morel S.

- 35 **Risk Evaluation Of The Use Of Complementary And Alternative Medicines In Cancer**
Renet S., de Chevigny A., Hoacoglu S., et al.

- 36 **Développer une science des solutions pour les interventions en santé en France : les RISP, un espace intermédiaire de pluralisation des expertises**
Terral P.

Politique publique

Public Policy

- 36 **Malades étrangers en France : recul du droit de séjour après la loi de 2016**
Revue Prescrire
- 36 **L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains**
Fillol A., Kadio K. et Gautier L.
- 37 **Des difficultés à construire des domaines d'expertise sur la base d'une expérience vécue des politiques publiques**
Grass É.

Prévention

Prevention

- 37 **Comment améliorer la couverture vaccinale en France ? Étude qualitative auprès de professionnels de santé**
Berrada S., Caroff N., Navas D., et al.
- 38 **[How Health Care Professionals Perceive Chronic Disease: Changes In Therapeutic Patient Education (TPE) Assessment From 2011 To 2017 In A French University Hospital]**
Cherillat M. S., Berland P., Odoul J., et al.
- 38 **The Effects Of Medicaid On Access To Care And Adherence To Recommended Preventive Services**
Hill S. C. et Abdus S.
- 39 **Éducation du patient et « rapport à soi » après un cancer du sein**
Mino J.-C.

- 39 **Rapport 19-07. Rapport sur l'évolution des programmes de dépistage « organisé » des cancers du sein, du côlon et du rectum, et du col utérin, en France**
Sancho-Garnier H., Triboulet J. P., Villet R., et al.

Prévision – Evaluation

Prévision - Evaluation

- 40 **Economic Evaluations Of Public Health Interventions For Physical Activity And Healthy Diet: A Systematic Review**
Gebreslassie M., Sampaio F., Nystrand C., et al.
- 40 **L'évaluation des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé : pourquoi privilégier une approche pragmatiste ?**
Gross O., Gagnayre R. et Lombrail P.
- 41 **On Time Horizons In Health Economic Evaluations**
Haacker M., Hallett T. B. et Atun R.
- 41 **Systematic Review And Critique Of Methods For Economic Evaluation Of Digital Mental Health Interventions**
Jankovic D., Bojke L., Marshall D., et al.
- 41 **A Systematic Review Of Economic Evaluations Of Public Health Interventions Targeting Alcohol, Tobacco, Illicit Drug Use And Problematic Gambling: Using A Case Study To Assess Transferability**
Nystrand C., Gebreslassie M., Ssegonja R., et al.

Psychiatrie

Psychiatry

- 42 **Isolement et contention : éléments pour un état des lieux**
Alain M.
- 42 **Professionnalisation des pairs aidants : une impasse ?**
Bonnet C.
- 43 **Should I Care For My Mum Or For My Kid? Sandwich Generation And Depression Burden In Italy**
Brenna E.

- 43 **Prices And Market Power In Mental Health Care: Evidence From A Major Policy Change In The Netherlands**
Brouns C., Douven R. et Kemp R.

- 43 **La désinstitutionnalisation psychiatrique : définitions, usages de la notion, et questions de méthode**
Chapireau F.

- 43 **La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre**
Demaillly L.

- 44 **Les origines de la pair-aidance**
Durand B.

- 44 **EU Mental Health Governance And Citizen Participation: A Global Governmentality Perspective**
Edquist K.

- 44 **Dispositif innovant et pair-aidance : Entretien, le maillon manquant...**
Ferroud G.

- 45 **Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair**
Flora L. et Brun P.

- 45 **La désinstitutionnalisation psychiatrique : définitions, usages de la notion, et questions de méthode**
François C.

- 45 **L'efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse : une revue systématique de la littérature scientifique récente**
Gonon F. et Keller P. H.

- 46 **Observations From A Small Country: Mental Health Policy, Services And Nursing In Wales**
Hannigan B.

- 46 **L'« esprit » du secteur psychiatrique, entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté**
Héloïse H.

- 46 **Regular Employment For People With Mental Illness – An Evaluation Of The Individual Placement And Support Programme**
Holmås T. H., Monstad K. et Reme S. E.

- 47 **De qui suis-je le pair ?**
Launat D.

- 47 **La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre**
Lise D.
- 47 **Les différentes modalités qui déterminent l'accompagnement par les pairs**
Maugiron P.
- 47 **Isolement et contention : éléments pour un état des lieux. Résultats d'une enquête des CDSP**
Monnier A.
- 48 **Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France. Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ?**
Niard C. et Franck N.
- 48 **La fabrication du consentement en santé mentale**
Olivier L.
- 48 **Une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité contre la discrimination dans l'accès aux soins ?**
Poitou M., Nau J., Chiroussel J., et al.
- 48 **Do Discontinuities In Marginal Reimbursement Affect Inpatient Psychiatric Care In Germany?**
Pott C., Stargardt T., Schneider U., et al.
- 49 **Physician Remuneration Schemes, Psychiatric Hospitalizations And Follow-Up Care: Evidence From Blended Fee-For-Service And Capitation Models**
Vu T., Anderson K. K., Devlin R. A., et al.
- 50 **Organisation et résultats de cohorte d'un centre de consultations ambulatoires dédié COVID-19**
Boussarsar E., Robert S., Villebrun F., et al.
- 50 **Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient**
Cogordan C., Quatremère G., Andler R., et al.
- 51 **Income-Related Inequality In Affordability And Access To Primary Care In Eleven High-Income Countries**
Doty M. M., Tikkanen R. S., FitzGerald M., et al.
- 51 **The 2017 Primary Health Care (PHC) Reform In Greece: Improving Access Despite Economic And Professional Constraints?**
Emmanouilidou M.
- 52 **The Role Of The State In Financing And Regulating Primary Care In Europe: A Taxonomy**
Espinosa-González A. B., Delaney B. C., Marti J., et al.
- 52 **The Evolving Role Of Medical Assistants In Primary Care Practice: Divergent And Concordant Perspectives From MAs And Family Physicians**
Fraher E. P., Cummings A. et Neutze D.
- 52 **Challenges Facing Primary Health Care In Federated Government Systems: Implementation Of Primary Health Networks In Australian States And Territories**
Freeman T., Baum F., Javanparast S., et al.
- 53 **Conditions For Successful Interprofessional Collaboration In Integrated Care – Lessons From A Primary Care Setting In Denmark**
Hald A. N., Bech M. et Burau V.
- 53 **Coconstruction d'une intervention infirmière centrée sur la personne pour soutenir l'autogestion des individus vivant avec le diabète de type 2**
Lafontaine S., Bourgault P. et Ellefsen É.
- 54 **Le ressenti de médecins généralistes face au refus de soins des patients : une étude qualitative**
Lelievre C., Lasserre C., Jarde O., et al.

Soins de santé primaires Primary Health Care

- 49 **Perception du respect de la confidentialité par les médecins généralistes au sein de leur cabinet**
Bec J. et Lajzerowicz C.
- 49 **Community Social Determinants And Health Outcomes Drive Availability Of Patient-Centered Medical Homes**
Bell N., Wilkerson R., Mayfield-Smith K., et al.
- 50 **Le social à l'épreuve, l'épreuve du social. Ou l'art d'accommoder la position sociale des patients dans le travail préventif en médecine générale**
Bloy G., Richerand N. et Rigal L.

- 54 **Community Participation And Empowerment In Primary Health Care In Emilia-Romagna: A Document Analysis Study**
Luisi D. et Hämel K.
- 54 **Factors That Influence Specialist Physician Preferences For Fee-For-Service And Salary-Based Payment Models: A Qualitative Study**
Ogundeji Y. K., Quinn A., Lunney M., et al.
- 55 **Do Access, Quality And Cost Of General Practice Affect Emergency Department Use?**
Pak A. et Gannon B.
- 55 **Impact Of Interprofessional Collaboration On Chronic Disease Management: Findings From A Systematic Review Of Clinical Trial And Meta-Analysis**
Pascucci D., Sassano M., Nurchis M. C., et al.
- 55 **Assessing Primary Care Organization And Performance: Literature Synthesis And Proposition Of A Consolidated Framework**
Senn N., Breton M., Ebert S. T., et al.
- 56 **The Effect Of Electronic Audits And Feedback In Primary Care And Factors That Contribute To Their Effectiveness: A Systematic Review**
Van Den Bulck S., Spitaels D., Vaes B., et al.

Systemes de santé

Health Systems

- 57 **From Quality Measurement To Practice Improvement: The Necessary Steps**
Fourcade N., Pincus H. A. et Spaeth-Rublee B.
- 57 **Compaqh. Un projet de recherche en soutien des pouvoirs publics sur les indicateurs qualité et IFAQ**
Minvielle É.
- 58 **De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé**
Rochaix L., Grenier C. et May-Michelangeli L.
- 58 **Vers la co-construction d'indicateurs de qualité pour le financement**
Sanchez M.-A., Clément M.-C., Elegbede C.-F., et al.
- 58 **Le tri médical, une réalité quotidienne**
Venier F.

Travail et santé

Occupational Health

- 59 **Employment Vulnerability Of People With Severe Mental Illness**
Diby A. S., Lengagne P. et Regaert C.
- 59 **Strategy For Finding Occupational Health Survey Participants At Risk Of Long-Term Sickness Absence**
Roelen C. A. M., Van Hoffen M. F. A., Twisk J. W. R., et al.

Vieillesse

Ageing

- 60 **Inégalités socio-économiques et conceptions subjectives du bien-vieillir. Résultats d'une enquête quantitative**
Apouey B.
- 60 **Fragilité du sujet âgé et prévention : que retenir des avancées de la recherche ?**
Arbuz G. et Gonthier R.
- 60 **Health Promotion Policies For Elderly—Some Comparisons Across Germany, Italy, The Netherlands And Poland**
Arsenijevic J. et Groot W.
- 61 **Fin de vie et vieillesse : double peine ou double chance ? Pour une véritable politique d'accompagnement du vieillissement et de la fin de vie**
Aubry R.
- 61 **Is The Grass Greener On The Other Side? The Health Impact Of Providing Informal Care In The UK And The Netherlands**
Bom J. et Stöckel J.
- 61 **Après la loi de 2016 : les pratiques sédatives dans un contexte gérontologique**
Broucke M. et Devalois B.
- 62 **A Longitudinal Study On Public Policy And The Health Of In-House Caregivers In Europe**
Calvo-Perxas L., Vilalta-Franch J., Litwin H., et al.
- 62 **L'amélioration de la qualité du management comme facteur d'implication et de fidélisation du personnel des Ehpad en milieu rural. Cas de 3 recherche-interventions**
Combaudon C. et Fouré-Joopen H.

62 Actualizing Better Health And Health Care For Older Adults

Fulmer T., Reuben D. B., Auerbach J., *et al.*

63 Integration Of Health Services For The Elderly In Asia: A Scoping Review Of Hong Kong, Singapore, Malaysia, Indonesia

He A. J. et Tang V. F. Y.

63 Social Isolation And Loneliness As Related To Progression And Reversion Of Frailty In The Survey Of Health Aging Retirement In Europe (SHARE)

Jarach C. M., Tettamanti M., Nobili A., *et al.*

63 Prevalence Of Frailty In 62 Countries Across The World: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Population-Level Studies

O'Caomh R., Sezgin D., O'Donovan M. R., *et al.*

64 « Sédation » ou « pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie » ? Une étude linguistique des recommandations francophones en matière de sédation en soins palliatifs chez l'adulte

Tomczyk M., Viillard M.-L. et Beloucif S.

Health Insurance**► Voluntary Private Health Insurance, Health-Related Behaviours And Health Outcomes: Evidence From Russia**

AISTOV A., ALEKSANDROVA E. ET GERRY C. J.
2021

The European Journal of Health Economics 22(2): 281-309.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01252-2>

This paper contributes to the discussion around ex-post (increased utilisation of health care) and ex-ante (changes in health behaviours) moral hazard in supplemental private health insurance. Applying a range of methodologies to data from the Russian Longitudinal Monitoring Survey—Higher School of Economics we exploit a selection mechanism in the data to compare the impact of workplace provided and individually purchased supplemental health insurance on the utilisation of health care, on a range of health behaviours and on self-assessed health. We find compelling policy-relevant evidence of ex-post moral hazard that confirms a theoretical prediction and empirical regularity found in other settings. In contrast to other empirical findings though, our data reveals evidence of ex-ante moral hazard demonstrated by clear behavioural differences between those with self-funded supplemental health insurance and those for whom the workplace finances the additional insurance. We find no evidence that either form of insurance is related to improved self-assessed health.

► The Affordable Care Act Reduced Income Inequality In The US

BUETTGENS M., BLAVIN F. ET PAN C.
2021

Health Affairs 40(1): 121-129.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00931>

Income inequality estimates based on traditional poverty measures do not capture the effects of health care spending and health insurance. To explore the distributional effects of the Affordable Care Act's (ACA's) expansion of health benefits and the resulting income inequality, this study used alternative income measures that incorporate the value of the ACA's health insurance changes under the law. The study simulated

the impact of the ACA on income inequality in 2019 compared with a scenario without the ACA. We found that the ACA reduced income inequality and that the decrease was much larger in states that expanded Medicaid than in states that did not. We also decomposed the effect of the ACA on inequality by race/ethnicity, age, and family educational attainment. The ACA reduced inequality both across groups and within these groups. With efforts to repeal the ACA -specifically, California v. Texas- having shifted from Congress to the courts, it remains important to consider the consequences of fully repealing the ACA, which would likely reverse reduced inequality observed under the law.

► Very High And Low Residual Spenders In Private Health Insurance Markets: Germany, The Netherlands And The U.S. Marketplaces

MCGUIRE T. G., SCHILLO S. ET VAN KLEEF R. C.
2021

The European Journal of Health Economics 22(1): 35-50.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01227-3>

We study the extremely high and low residual spenders in individual health insurance markets in three countries. A high (low) residual spender is someone for whom the residual—spending less payment (from premiums and risk adjustment)—is high (low), indicating that the person is highly underpaid (overpaid). We begin with descriptive analysis of the top and bottom 1% and 0.1% of residuals building to address the question of the degree of persistence in membership at the extremes. Common findings emerge among the countries. First, the diseases found among those with the highest residual spending are also disproportionately found among those with the lowest residual spending. Second, those at the top of the residual spending distribution (where spending exceeds payments the most) account for a massively high share of the unexplained variance in the predictions from the risk adjustment model. Third, in terms of persistence, we find that membership in the extremes of the residual spending distribution is highly persistent, raising concerns about selection-related incentives targeting these individuals. As our results show, the one-in-a-

thousand people (on both sides of the residual distribution) play an outsized role in creating adverse incentives associated with health plan payment systems. In response to the observed importance of the extremes of the residual spending distribution, we propose an innovative combination of risk-pooling and reinsurance targeting the predictively undercompensated group. In all three countries, this form of risk sharing substantially improves the overall fit of payments to spending. Perhaps surprisingly, by reducing the burden on diagnostic indicators to predict high payments, our proposed risk sharing policy reduces the gap between payments and spending not only for the most undercompensated individuals but also for the most overcompensated people.

► **Gaps In Coverage And Access In The European Union**

PALM W., WEBB E., HERNÁNDEZ-QUEVEDO C., *et al.*
2021

Health Policy : 125(3):341-350.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.011>

This study identifies gaps in universal health coverage in the European Union, using a questionnaire sent to the Health Systems and Policy Monitor network of the European Observatory on Health Systems and Policies. The questionnaire was based on a conceptual framework with four access dimensions: population coverage, service coverage, cost coverage, and service access. With respect to population coverage, groups often excluded from statutory coverage include asylum seekers and irregular residents. Some countries exclude certain social-professional groups (e.g. civil servants) from statutory coverage but cover these groups under alternative schemes. In terms of service coverage, excluded or restricted services include optical treatments, dental care, physiotherapy, reproductive health services, and psychotherapy. Early access to new and expensive pharmaceuticals is a concern, especially for rare diseases and cancers. As to cost coverage, some countries introduced protective measures for vulnerable patients in the form of exemptions or ceilings from user chargers, especially for deprived groups or patients with accumulation of out-of-pocket spending. For service access, common issues are low perceived quality and long waiting times, which are exacerbated for rural residents who also face barriers from physical distance. Some groups may lack physical or mental ability to properly formulate their request for care. Currently, available indicators fail to capture the underlying causes of gaps in coverage and access.

► **Inequality In Health Insurance Coverage Before And After The Affordable Care Act**

RENNA F., KOSTEAS V. D. ET DINKAR K.
2021

Health Economics 30(2): 384-402.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4195>

This study examines how the Affordable Care Act (ACA) affected income related inequality in health insurance coverage in the United States. Analyzing data from the American Community Survey (ACS) from 2010 through 2018, we apply difference-in-differences, and triple-differences estimation to the Recentered Influence Function OLS estimation. We find that the ACA reduced inequality in health insurance coverage in the United States. Most of this reduction was a result of the Medicaid expansion. Additional decomposition analysis shows there was little change in inequality of coverage through an employer plan, and a decrease in inequality for coverage through direct purchase of health insurance. These results indicate that the insurance exchanges also contributed to declining inequality in health insurance coverage.

► **Multi-Layer Health Insurance Coverage, Medical Services Use And Health In A Universal National Health System, The Case Of Portugal**

TAVARES A. I. ET MARQUES I.
2021

**The European Journal of Health Economics 22(1):
141-153.**

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01242-4>

The Portuguese health system has the peculiar characteristic of being a Beveridge–Bismarck type aiming at universal coverage. On top of the national health system coverage, there is a second coverage provided to some professionals, plus a third layer of coverage that can be acquired by taking out voluntary private health insurance. The aim of this work is to ascertain whether people benefiting from supplemental multi-layer health coverage (on top of the existing National Health System) have more consultations, either with general practitioners or with specialists, and enjoy better health status. We used data from the National Health Survey from 2014 to estimate a recursive system of ordered probits. The main results confirm that multi-layer health coverage is correlated with the use of more specialist consultations, but not

with more GP consultations. It is also correlated with better health status. These results may indicate the existence of moral hazard, induced demand and/or 'access effect'. Regarding policy matters, the measures aimed to reduce waiting times, improve patient choice, and increase access could counteract such results and mitigate the potential inequity of access and health status, and also excessive use of medical services that can happen under double health coverage.

► **Highly Vulnerable Communities And The Affordable Care Act: Health Insurance Coverage Effects, 2010–2018**

YE W. ET RODRIGUEZ J. M.

2021

Social Science & Medicine 270: 113670.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113670>

Initially implemented in 2014 in some U.S. states, the Medicaid expansions under the Affordable Care Act (ACA) aimed to make health insurance coverage more accessible to the low-income population. This paper aims to quantify the impact of the ACA

Medicaid expansions on insurance coverage among racial/ethnic minorities, immigrants, single mothers, veterans, and low-education whites—i.e., the sectors of the population identified with some of the highest healthcare needs. We focus on individuals 18–64 years of age earning 138% or less of the federal poverty level from the American Community Survey, 2010–2018 (n = 2,927,402). We use difference-in-differences (DD) and difference-in-difference-in-differences (DDD) approaches with propensity scores matched comparison groups to estimate pre-post ACA insurance coverage differences between individuals living in states that participated in the ACA Medicaid expansions and those living in non-participating states, and to estimate if such differences vary across subgroups. We find that insurance coverage rates increased for all subgroups; yet, the ACA benefits have not been evenly distributed across them. Low-education whites, non-Hispanic whites, females, and non-Hispanic Native Americans exhibited the highest improvements in insurance coverage. Our results contribute to the understanding of recent trends in racial and socioeconomic disparities in healthcare and the appropriate policy prescriptions to ameliorate them.

Démographie

Demography

► **Bilan démographique 2020. La fécondité se stabilise en France : Avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages**

PAPON S. ET BEAUMEL C.

2021

Insee Première(1834)

https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724?pk_campaign=avis-parution

Au 1^{er} janvier 2021, la France compte 67,4 millions d'habitants. Au cours de l'année 2020, la population a augmenté de 0,3 %. Cette progression est due pour moitié au solde naturel (+ 82 000 personnes), différence entre les nombres de naissances et de décès. Il a fortement baissé du fait de la forte hausse des décès liée à la pandémie de Covid-19. En 2020, 740 000 bébés sont nés en France. En recul depuis 2015, l'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,84 enfant par

femme en 2020. La France reste, en 2018, le pays le plus fécond de l'Union européenne. En 2020, 658 000 personnes sont décédées en France, soit 7,3 % de plus qu'en 2019. La pandémie de Covid-19 a particulièrement affecté les décès au printemps et en fin d'année. L'espérance de vie à la naissance s'établit à 85,2 ans pour les femmes et à 79,2 ans pour les hommes. Elle diminue nettement par rapport à 2019 (– 0,4 an pour les femmes et – 0,5 an pour les hommes). La baisse est bien plus forte qu'en 2015, année marquée par une forte grippe hivernale (– 0,3 an et – 0,2 an). En 2020, 148 000 mariages ont été célébrés, en recul de 34 % par rapport à 2019, la pandémie ayant empêché la tenue des célébrations ou incité à les repousser en raison de la limitation du nombre d'invités.



► **Les enfants à l'épreuve du premier confinement**

THIERRY X., GEAY B., PAILHE A., *et al.*
2021

Population Et Sociétés(585)

<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/enfants-a-epreuve-du-premier-confinement/>

Comment les enfants ont-ils vécu le 1^{er} confinement lié à la Covid-19 au printemps 2020 en France ? Ils étaient alors confinés à la maison et n'allaient pas à l'école. S'appuyant sur l'enquête Sapis, Xavier Thierry et ses collègues examinent le quotidien des enfants de 8-9 ans pendant cette période. Ont-ils passé leur temps devant des écrans ? A des tâches domestiques pour aider leurs parents ? L'anxiété et les troubles du sommeil ont-ils augmenté chez eux ?

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical technologies

► **Télésanté en France en 2020 : un point d'étape**

2020

Revue Prescrire 40(446): 945-948.

En France, différents actes de télésanté sont définis par la loi. En 2020, entre autres, des actes de téléconsultation, téléexpertise, télésoin sont pris en charge par

l'assurance maladie. L'épidémie de Covid-19 a motivé une adaptation rapide de la réglementation afin de déployer la télésanté en permettant de nombreuses exceptions. Le développement de la télésanté soulève des questions concernant, en autres, la transformation des relations avec les patients, les répercussions sur les organisations de travail, la vulnérabilité des données de santé.

Économie de la santé

Health Economics

► **Annual Out-Of-Pocket Spending Clusters Within Short Time Intervals: Implications For Health Care Affordability**

CHEN S., SHAFER P. R., Dusetzina S. B., *et al.*
2021

Health Affairs 40(2): 274-280.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00714>

The distribution of out-of-pocket spending throughout the year is an important determinant of health care affordability that has received little attention. We used 2017 data from a large database of US commercial insurance claims to study the distribution of patient-level out-of-pocket spending throughout the year, highlighting potential hardship due to temporal clustering of spending. We found that although most

commercially insured people had several health care encounters throughout the year, their out-of-pocket spending was mostly concentrated within short time intervals. Nearly one-third of people with above-the-median total annual health care spending (plan plus out-of-pocket spending) incurred half of their annual out-of-pocket spending in just one day. Policy makers working to improve the affordability of care should focus on innovative approaches to cost sharing that prevent dramatic financial shocks to household budgets due to medical bills.

► **Effect Of Referral Systems On Costs And Outcomes After Hip Fracture Surgery In Taiwan**

CHIOU B.-L., CHEN Y.-F., CHEN H.-Y., *et al.*

2020

International Journal for Quality in Health Care
32(10): 649-657.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa115>

The aim of this study is to explore the economic burdens of hip fracture surgery in patients referred to lower-level medical institutions and to evaluate how referral systems affect costs and outcomes of hip fracture surgery. A nationwide population-based retrospective cohort study. All hospitals in Taiwan. A total of 7500 patients who had received hip fracture surgery (International Classification of Disease, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) diagnostic codes 820.0–820.9 and procedure codes 79.15, 79.35, 81.52, 81.53) performed in 1997 to 2013. Total costs including outpatient costs, inpatient costs and total medical costs and medical outcomes including 30-day readmission, 90-day readmission, infection, dislocation, revision and mortality. The patients were referred to a lower medical institution after hip fracture surgery (downward referral group) and 3034 patients continued treatment at the same medical institution (non-referral group). Demographic characteristics, clinical characteristics and institutional characteristics were significantly associated with postoperative costs and outcomes (< 0.05). On average, the annual healthcare cost was New Taiwan Dollars (NT\$)2262 per patient lower in the downward referral group compared with the non-referral group. The annual economic burdens of the downward referral group approximated NT\$241 million (2019 exchange rate, NT\$30.5 = US\$1). Postoperative costs and outcomes of hip fracture surgery are related not only to demographic and clinical characteristics, but also to institutional characteristics. The advantages of downward referral after hip fracture surgery can save huge medical costs and provide a useful reference for healthcare authorities when drafting policies for the referral system.

► **The Best Of Both Worlds? The Economic Effects Of A Hybrid Fee-For-Service And Prospective Payment Reimbursement System**

FU R., SHEN Y. ET NOGUCHI H.

2020

Health Economics 30 (3) : 505-524 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4205>

Countries seeking to move away from a purely fee-for-service (FFS) system may consider a hybrid approach whereby only some procedures are paid by FFS while others are paid prospectively. Yet little evidence exists whether such a hybrid payment system contains overall costs without adverse influences on health outcomes. In 2003, Japan experienced a reform from FFS to a hybrid payment system in which only some inpatient procedures were paid prospectively. We exploit this reform to test how such a hybrid system affects overall costs and health outcomes. Briefly, we find that healthcare providers responded opportunistically to the reform, moving some procedures out of the bundled inpatient setting to FFS services, leading to no reduction in cost. There was some evidence of a moderate deterioration in health outcomes, in terms of a decline in the probability of symptoms being cured at discharge. In sum, our results suggest that in some cases, a hybrid payment system can be non-superior to either FFS or prospective payment system.

► **Pricing Universal Health Care: How Much Would The Use Of Medical Care Rise?**

GAFFNEY A., HIMMELSTEIN D. U., WOOLHANDLER S., *et al.*

2021

Health Affairs 40(1): 105-112.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01715>

The return of a Democratic administration to the White House, coupled with coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic induced contractions of job-based insurance, may reignite debate over public coverage expansion and its costs. Decades of research demonstrate that uninsured people and people with copays and deductibles use less care than people with first-dollar coverage. Hence, most economic analyses of Medicare for All proposals and other coverage expansions project increased utilization and associated costs. We review the utilization surges that such analyses have predicted and contrast them with the more modest

utilization increments observed after past coverage expansions in the US and other affluent nations. The discrepancy between predicted and observed utilization changes suggests that analysts underestimate the role of supply-side constraints for example, the finite number of physicians and hospital beds. Our review of the utilization effects of past coverage expansions suggests that a first-dollar universal coverage expansion would increase ambulatory visits by 7-10 percent and hospital use by 0-3 percent. Modest administrative savings could offset the costs of such increases.

► **Rémunération à la qualité. Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient**

MINVIELLE É. ET KIMBERLY J.

2020

[Journal de gestion et d'économie de la santé 4\(4\): 242-252.](#)

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-242.htm>

Les initiatives de rémunération à la qualité menées à travers le monde peinent à donner des résultats positifs. En même temps, une revendication actuelle est d'orienter ces rémunérations sur la « valeur » étant définie comme les résultats obtenus par rapport aux coûts. La thèse développée dans cet article est différente : plus qu'une incitation financière au résultat, c'est une incitation des efforts organisationnels qui apparaît devoir être privilégiée pour améliorer les démarches du P4P; la qualité du résultat doit pour sa part se raisonner au niveau individuel de chaque patient sans recourir à une incitation financière. Pour étayer cette thèse, nous proposons d'analyser les sujets attenants au P4P sous un angle managérial.

► **La Rémunération à la qualité. Praticiens, chercheurs en économie et en gestion. Regards croisés sur l'incitation financière à la qualité**

MINVIELLE É. ET ROCHAIX L.

2020

[Journal de gestion et d'économie de la santé 4\(4\): 217-220.](#)

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-217.htm>

Les thèmes abordés dans ce numéro spécial sont relatifs aux incitations financières à la qualité au moment

même où les pouvoirs publics s'interrogent, dans la lignée du rapport de la Task Force sur les modes de tarification de Janvier 2019 puis du 'Séjour de la santé', sur la pertinence d'y recourir de manière plus marquée. Les questions traitées sont d'actualité dans le contexte de la crise du Covid-19 : le positionnement de ce mode de paiement par rapport à d'autres et sa pertinence; le choix des indicateurs qualité; l'adhésion des professionnels; et des questions plus méthodologiques sur la collecte des données, la taille de l'incitation, parmi d'autres. Six articles composent ce numéro. Ce sont des articles de point de vue, abordés sous différents angles, avec un référencement aux connaissances du domaine. En complément, il est proposé un bref rappel du projet Compaqh qui a accompagné les pouvoirs publics de 2003 à 2016 sur ces sujets de développement d'indicateurs et d'incitations financières à la qualité.

► **The Impact Of Cash-For-Care Schemes On The Uptake Of Community-Based And Residential Care: A Systematic Review**

PATTYN E., WERBROUCK A., GEMMEL P., *et al.*

2021

[Health Policy 125\(3\) : 363-374](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.002>

Internationally, deinstitutionalization and the provision of community-based care are growing policy aims. Several developed countries have thus introduced cash-for-care schemes, which turn the traditional funding stream from the perspective of the care provider around, giving purchasing power to care users. This review explores whether cash-for-care schemes encourage the shift towards deinstitutionalization. Methods Ten databases covering medical, nursing and social science journals were systematically screened up to July 10, 2020. Only peer-reviewed articles written in English or French and containing empirical evidence on the uptake of care services in a cash-for-care scheme were included. Results The search resulted in 6,865 hits of which 27 articles were retained. Most studies took place in the United Kingdom or the United States. Overall, the search showed mixed results concerning the uptake of the different types of community-based care. Conclusion Evidence demonstrating a higher uptake of informal, respite or home care individually, is scarce and inconclusive. A reduction in residential care and an uptake of services in the community can, with caution, be noted. However, contextual and individual factors can affect the way

deinstitutionalization takes place and which community-based services are chosen. Future research should therefore focus on the underlying processes and influencing factors, in order to obtain a clear view of the shift towards deinstitutionalization.

► **Private Choices, Public Costs: Evaluating Cost-Shifting Between Private And Public Health Sectors In New Zealand**

PENNO E., SULLIVAN T., BARSON D., *et al.*
2021

Health Policy 125(3) : 406-414
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.008>

New Zealand's dual public-private health system allows individuals to purchase health services from the private sector rather than relying solely upon publicly-funded services. However, financial boundaries between the public and private sectors are not well defined and patients receiving privately-funded care may subsequently seek follow-up care within the public health system, in effect shifting costs to the public sector. This study evaluates this phenomenon, examining whether cost-shifting between the private and public hospital systems is a significant issue in New Zealand. We used inpatient discharge data from 2013/14 to identify private events with a subsequent admission to a public hospital within seven days of discharge. We examined the frequency of subsequent public admissions, the demographic and clinical characteristics of the patients and estimated the direct costs of inpatient care incurred by the public health system. Approximately 2% of private inpatient events had a subsequent admission to a public hospital. Overall, the costs to the public system amounted to NZ\$11.5 million, with a median cost of NZ\$2800. At least a third of subsequent admissions were related to complications of a medical procedure. Although only a small proportion of private events had a subsequent public admission, the public health system incurred significant costs, highlighting the need for greater understanding and discussion around the interface between the public and private health systems.

► **Lifetime Costs And Lifetime Net Public Expenditures Of Smoking**

RASMUSSEN S. R., SØGAARD J. ET KJELLBERG J.
2021

European Journal of Public Health :ckaa209
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa209>

Current estimates of lifetime costs of smoking are largely based on model analyses using etiologic fractions for a variety of diseases or Markov chain models. Direct estimation studies based on individual data for health costs by smoking status over a lifetime are non-existent. We estimated lifetime costs in a societal perspective of 18-year-old daily-smokers (continuing smoking throughout adult life) and never-smokers in Denmark, as well as lifetime public expenditures in the two groups. Main outcomes were lifetime net public expenditures and lifetime health costs according to OECD definitions and lifetime earned incomes. Estimates of these outcomes were based on registries containing individual-level data. Confounder-adjusted differences between daily-smokers and never-smokers were interpreted as smoking-attributable lifetime public expenditures and costs. The net lifetime public expenditure is, on average, €20 520 higher for male 18-year-old daily-smokers than for never-smokers, but €9771 lower, for female daily-smokers compared with never-smokers. In male 18-year-old daily-smokers, average lifetime health costs are €9921 higher and average lifetime earned incomes are €91 159 lower than for never-smokers. The corresponding figures are €5849 higher and €23 928 lower, respectively, for women. 18-year-old male daily-smokers are net public spenders over their lifetime compared with never-smokers, while the opposite applies for women. In Denmark, smoking is associated with higher lifetime health costs for society and losses in earned incomes—both for men and women.

Health Status

► **La santé des enfants en France : un enjeu négligé ?**

LANG T., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., DE VILLEMEUR A. B., *et al.*

2020

Santé Publique 32(4): 329-338.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-4-page-329.htm>

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été chargé de conduire une réflexion sur une « politique de santé globale et concertée de l'enfant ». Conduire des politiques suppose notamment de disposer de connaissances pertinentes et de repères statistiques. Le dispositif statistique français et les thèmes de recherche actifs ont donc été examinés. De ce bilan est attendu un portrait actuel des priorités et des choix implicites de santé et des aspects insuffisamment explorés de la santé et du développement des enfants. Méthode : L'état des lieux de ce dispositif a été réalisé sur la base de plusieurs méthodes, auditions, travail de deux documentalistes, analyse de la littérature publiée et grise. Résultats : Le dispositif actuel privilégie les pathologies, une prévention médicalisée et des comportements conçus avant tout comme individuels. L'idée que derrière cette bonne santé apparente se construit la santé des adultes de demain avec son cortège d'inégalités n'apparaît que de façon marginale. Le développement affectif, cognitif ou relationnel n'est pas suffisamment analysé. Les conditions de vie, notamment la pauvreté et la violence ne sont pas suffisamment considérées comme enjeux de santé. La recherche se développe aujourd'hui avec une vision hospitalo-centrée, sans véritable stratégie de recherche sur la santé des enfants. Discussion : Devant la dispersion des données, éditer un bilan de synthèse sur la santé des enfants de façon régulière est essentiel, comme enrichir le dispositif par des données sur l'environnement, la pauvreté et le développement psychomoteur, psychosocial et cognitif. Il est urgent de développer la recherche sur la santé des enfants et de définir une stratégie de recherche.

► **Association Between Density And Proximity Of Tobacco Retail Outlets With Smoking: A Systematic Review Of Youth Studies**

MARSH L., VANECKOVA P., ROBERTSON L., *et al.*

2021

Health & Place 67: 102275.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102275>

Reducing the retail availability of tobacco has been proposed as a component of tobacco endgame, yet it is not known whether retail availability has a direct impact on smoking behaviours. A narrative review and a meta-analysis have been undertaken to examine the density and proximity of tobacco retail outlets, but were limited in scope, exposure and outcome variables. The aim of this current study was to undertake a systematic review of the international literature on the density and proximity of tobacco retail outlets to homes, schools and communities and their association with smoking behaviours among youth. Methods We reviewed and critically appraised the evidence documenting the association between density or proximity of tobacco retail outlets and smoking behaviours among school-age youth (18 and under), between 1 January 1990 and 21 October 2019. We reviewed original quantitative research that examined the associations of tobacco retail outlet density and proximity with individual smoking status or population-level smoking prevalence; initiation of smoking; frequency of tobacco use; sales to minors; purchasing by minors; susceptibility to smoking among non-smokers; perceived prevalence of smoking, and quitting behaviours. Findings Thirty-five peer-reviewed papers met the inclusion criteria. This review provided evidence of a relationship between density of tobacco retail outlets and smoking behaviours, particularly for the density near youths' home. A study using activity spaces also found a significant positive association between exposure to tobacco retail outlets and daily tobacco use. The review did not provide evidence of an association between the proximity of tobacco retail outlets to homes or schools and smoking behaviours among youth. Conclusions: The existing evidence supports a positive association between tobacco retail outlet density and smoking behaviours among youth, particularly for the density near youths' home. This review provides

evidence for the development and implementation of policies to reduce the density of tobacco retail outlets to reduce smoking prevalence among youth.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Medical Brain Drain: How Many, Where And Why?**

ADOVOR E., CZAİKA M., DOCQUIER F., *et al.*
2020

[J Health Econ 76: 102409.](#)

We build a new database documenting the evolution of physician migration over a period of 25 years (1990-2014), and use it to empirically shed light on its determinants. In relative terms, the highest emigration rates are observed in small island nations and low-income countries, where needs-based deficits of healthcare workers are often estimated to be most severe. Over time, we identify rising trends in Caribbean islands, Central Asia and Eastern Europe. On the contrary, despite increasing migration flows to Western Europe, physician migration rates from sub-Saharan Africa have been stable or even decreasing. Our empirical analysis reveals that physician migration is a complex phenomenon that results from a myriad of push, pull, and dyadic factors. It is strongly affected by the economic characteristics of origin and destination countries. The sensitivity to these push and pull factors is governed by linguistic and geographic ties between countries. Interestingly, we find that the evolution of medical brain drain is affected by immigration policies aimed at attracting high-skilled workers. In particular, physician migration is sensitive to visa restrictions, diploma recognition, points-based system, tax breaks towards migrants, and the option of obtaining a permanent resident status.

► **How The Organisation Of Medical Work Shapes The Everyday Work Experiences Underpinning Doctor Migration Trends: The Case Of Irish-Trained Emigrant Doctors In Australia**

BYRNE J.-P., CONWAY E., MCDERMOTT A. M., *et al.*
2021

[Health Policy \[Ahead of Print\]](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.002>

Medical migration is a global phenomenon. In Ireland, hospital doctor emigration has increased significantly in recent years, with Australia a destination of choice. With work and employment conditions cited as a driver of these trends, this article explores how health system differences in the organisation of medical work shape the everyday experiences of hospital doctors which underpin migration decisions. Drawing on 51 semi-structured interviews conducted in July-August 2018 with Irish-trained hospital doctors who had emigrated to work in Australia, the findings highlight doctors' contrasting experiences of medical work in the Irish and Australian health systems. Key system differences in the organisation of medical work manifested at hospital level and related to medical hierarchy; staffing, support and supervision; and governance and task coordination. Findings indicate that retention of hospital doctors is as much about the quality of the work experience, as it is about the quantity and composition of the workforce. At a time of international competition for medical staff, effective policy for the retention of hospital doctors requires an understanding of the organisation of work within health systems. Crucially, this can create working contexts in which doctors flourish or from which they seek an escape.

► **Integrated Care Pathway For Breast Cancer: A Relational And Geographical Approach**

MÉRIADE L. ET ROCHETTE C.

2021

[Social Science & Medicine 270: 113658.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113658>

This paper examines how to apply a spatial approach (relational and geographical) to care pathways for their better integration within their territories. Based on the case study of a senology department of a French Cancer Diagnosis, Treatment and Research Centre, we apply a mixed research methodology using qualitative data (synthesis documents, meeting minutes, in-depth interviews) and quantitative data relating to the mobility and geographical location of a cohort of 1798 patients treated in this centre. Our results show the inseparable nature of the relational dimension and the geographical approach to move towards greater integration of breast cancer care pathways. This inseparability is constructed from the proposal of a method for mapping the integrated care pathways in their territories. This method, applied to our case study, allows us to identify four main categories of pathways for the cohort of patients studied.

► **How To Address Medicines Shortages: Findings From A Cross-Sectional Study Of 24 Countries**

VOGLER S. ET FISCHER S.

2020

[Health Policy 124\(12\): 1287-1296.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.001>

Shortages of medicines have become a major public health challenge. The aim of this study was to survey national measures to manage and combat these shortages. A questionnaire survey was conducted with public authorities involved in the Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) network. Responses relating to measures as of March / April 2020 were received from 24 countries (22 European countries, Canada and Israel). In 20 countries, manufacturers are requested to notify – usually on an obligatory basis – upcoming and existing shortages, which are recorded in a register. Further measures include a regular dialogue with relevant stakeholders (18 countries), financial sanctions for manufacturers in cases of non-supply and/or non-compliance with reporting or stocking requirements (15 countries) and simplified regulatory procedures (20 countries). For defined medicines, supply reserves have been established (14 countries), and legal provisions allow the issuing of export bans (10 countries). Some measures have been introduced since the end of 2019 and countries are planning and discussing further action. While governments reacted by taking national measures, the COVID-19 crisis might serve as an opportunity to join forces in cross-country collaboration and develop joint (e.g. European) solutions to address the shortage issue in a sustainable manner. A practical first step could be to work on a harmonisation of the national registers.

Disability

► **« Ça fait des années qu'on est confinés ». La crise sanitaire du Covid-19 révélatrice de la condition des proches aidant-e-s de personnes en situation de dépendance**

GIRAUD O., PETIAU A., RIST B., *et al.*

2020

Revue française des affaires sociales(4): 243-260.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-243.htm>

L'épidémie de Covid-19 a mis sous tension l'ensemble des institutions sanitaires et bouleversé la vie quotidienne de tout un chacun. Particulièrement fragiles face à ce risque sanitaire, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ont traversé durant cette période des moments difficiles, illustrés notamment par le strict confinement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les vagues de décès qui y ont malgré tout sévi. Les expériences vécues au domicile des personnes vulnérables n'ont pas la même visibilité, bien que l'on puisse redouter un renforcement des situations d'isolement social et une intensification de l'aide apportée par les proches face à la fermeture de nombreux établissements et services d'accueil de jour, au retour à domicile de certaines personnes hospitalisées ou internalisées et à la discontinuité des services d'aide à domicile (difficultés de déplacement, manque de matériel de protection, arrêts de travail, maladie, etc.). L'aide et les soins à domicile pour les personnes en situation de dépendance reposent en grande partie sur les proches aidantes et aidants. Durant la crise sanitaire, ce sont ces parents – mères et pères, filles, fils, conjointes et conjoints ou autres petits enfants ou amis proches – qui ont dû faire face et réorganiser, parfois dans l'urgence, parfois de façon plus progressive, les systèmes de soins qu'ils avaient stabilisés au fil du temps. Pour comprendre les modalités de ce réagencement de l'aide aux personnes vulnérables et l'expérience vécue des proches aidantes et aidants, nous avons entrepris une postenquête auprès d'une douzaine de personnes parmi un échantillon de 60 aidantes et aidants interviewés dans le cours d'une recherche conduite entre 2016 et 2019. Cet article restitue les résultats de cette enquête.

► **Disability Pension Among Persons With Chronic Disease: Differential Impact Of A Danish Policy Reform**

MATHISEN J., JENSEN N. K., BJORNER J. B., *et al.*

2021

European Journal of Public Health 31(1): 186-192.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa228>

In 2013, Denmark implemented a reform that tightened the criteria for disability pension, expanded a subsidized job scheme ('flexi-job') and introduced a new vocational rehabilitation scheme. The overall aim of the reform was to keep more persons attached to the labour market. This study investigates the impact of the reform among persons with chronic disease and whether this impact differed across groups defined by labour market affiliation and chronic disease type. The study was conducted as a register-based, nationwide cohort study. The study population included 480 809 persons between 40 and 64 years of age, who suffered from at least one of six chronic diseases. Hazard ratios (HR) and 95% confidence intervals (CI) of being awarded disability pension or flexi-job in the 5 years after vs. the 5 years prior to the reform were estimated. Overall, the probability of being awarded disability pension was halved after the reform (HR = 0.49, CI: 0.47–0.50). The impact was largest for persons receiving sickness absence benefits (HR = 0.31, CI: 0.24–0.39) and for persons with functional disorders (HR = 0.38, CI: 0.32–0.44). Also, the impact was larger for persons working in manual jobs than for persons working in non-manual jobs. The probability of being awarded a flexi-job was decreased by one-fourth (HR = 0.76, CI: 0.74–0.79) with the largest impact for high-skilled persons working in non-manual jobs. Access to disability pension and flexi-job decreased after the reform. This impact varied according to labour market affiliation and chronic disease type.

► **What Happens When You Wait? Effects Of Social Security Disability Insurance Wait Time On Health And Financial Well-Being**

PRENOVITZ S.

2021

Health Economics 30(3) :491-504

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4203>

While waiting for a decision, individuals who apply for Social Security Disability Insurance face strong incentives to remain out of the labor force and receive no support from the program. An extended period with low income, high uncertainty, and lowered access to health insurance has the potential to harm appli-

cants' well-being along many dimensions. In this study, I estimate the effect of initial wait time on health, healthcare access, and financial well-being, using the prevailing wait at the time an applicant applied as an instrument for their own initial wait. I find that a longer wait decreases the likelihood that an applicant has benefits terminated at the time of survey and increases the likelihood that they are currently receiving benefits, consistent with prior findings that longer waits decrease future work and earnings. Wait time also increases the number of conditions causing activity limitations. This suggests that new or worsening medical conditions contribute to the effect of wait time on employment and earnings, and that wait time has effects that extend beyond labor force outcomes.

Hôpital

Hospital

► **Socioeconomic Position And Risk Of Unplanned Hospitalization Among Nursing Home Residents: A Nationwide Cohort Study**

ALLERS K., CALDERÓN-LARRAÑAGA A., FORS S., *et al.*

2021

European Journal of Public Health : ckaa207

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa207>

Socioeconomic inequalities in health and healthcare use in old age have been on the rise during the past two decades. So far, it is unknown whether these inequalities have permeated the nursing home setting. This study aimed to assess whether the socioeconomic position of newly admitted nursing home residents had an influence on their risk of unplanned hospitalization. We identified older persons (≥ 75 years) who were newly admitted to a nursing home between March 2013 and December 2014 using a set of linked routinely collected administrative and healthcare data in Sweden. The number of unplanned hospitalizations for any cause and the cumulative length of stay were defined as primary outcomes. Unplanned hospitalizations for potentially avoidable causes (i.e. fall-related injuries, urinary tract infections, pneumonia and decubitus ulcers) were considered as our secondary outcome. Among 40 545 newly admitted nursing home residents (mean age 86.8 years), the incidence rate of

unplanned hospitalization ranged from 53.9 per 100 person-years among residents with tertiary education up to 55.1 among those with primary education. After adjusting for relevant confounders, we observed no meaningful difference in the risk of unplanned hospitalization according to the education level of nursing home residents (IRR for tertiary vs. primary education: 0.96, 95% CI 0.92–1.00) or to their level of income (IRR for highest vs. lowest quartile of income: 0.98, 0.95–1.02). There were also no differences in the cumulative length of hospital stays or in the risk of experiencing unplanned hospitalizations for potentially avoidable causes. In sum, in this large cohort of newly admitted nursing home residents, we found no evidence of socioeconomic inequalities in the risk of unplanned hospitalization.

► **How Do Hospitals Respond To Cross Price Incentives Inherent In Diagnosis-Related Groups Systems? The Importance Of Substitution In The Market For Sepsis Conditions**

BÄUML M.

2020

Health Economics : [Ahead of Print]

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4215>

This study addresses the question of how hospitals respond to the cross price incentives inherent in reimbursements based on diagnosis-related groups (DRG). Unique market-wide administrative data allow to exploit a natural experiment in Germany in which the relative attractiveness of greatly divergent reimbursements for clinically similar patients changes in the market for sepsis conditions on January 1, 2010. This natural experiment provides—unintentionally—extra reimbursements in cases in which hospitals reorganize transfers for deceasing patients to other facilities, alter the time of death, the choice of the condition being chiefly responsible for the hospital admission (primary diagnosis), or the intensity of mechanical ventilation. The differences-in-differences results demonstrate that hospitals primarily alter the primary diagnosis. As the choice of the primary diagnosis is the backbone of the design of modern DRG systems, the findings suggest that payment contracts between hospitals and payers based on modern DRG algorithms may not necessarily improve patient welfare.

► **Hospital Responses To The Refinement Of Reimbursements By Treatment Intensity In DRG Systems**

BÄUML M. ET KÜMPEL C.

2020

Health Economics 30(3) : 585-602

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4204>

Many OECD countries have replaced per-diem hospital reimbursement with lump sum payments by diagnosis-related groups. This study analyzes hospital responses to a large-scale refinement of reimbursement practices in Germany on January 1, 2006, in which regulating authorities introduce reimbursements by treatment intensity in the market for stroke disorder. We find that the share of admissions receiving high-intensity treatments jumps by approximately 7 percentage points around the turn of the year. At the same time, a decrease in the average clinical severity of patients receiving these high-intensity treatments reveals that the marginal high-intensity treated patient in 2006 might be less appropriate for high-intensity treatments compared to 2005. We do not find accompanying (short-term) changes in the quality of care, such as decreases in in-hospital mortality.

► **Changes In Compensation Claim Contents Following Reorganization Of Emergency Hospital Care**

BIRKELAND S., BRABRAND M., MIKKELSEN K. L., *et al.*
2020

International Journal for Quality in Health Care 32(10): 685-693

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa131>

To study the effects of the reorganization on patient compensation claim contents relating to health care quality and patient safety. Danish emergency care has developed considerably over the past decades, including a major reorganization to improve health care quality and patient safety through ensuring easier access to specialist treatment. Analysis of compensation claim patterns is used to evaluate the effects of such health care system changes. A sample of 1613 compensation claims to the Danish Patient Assurance organization was reviewed using a standardized taxonomy (the Healthcare Complaints Analysis Tool [HCAT]). Using trend analysis, we compared the proportions of claims categorized under HCAT domains, problem categories and sub-categories before and after the reorganization, with particular emphasis on the 'Clinical problems' domain covering health care quality and patient safety issues. We observed a baseline increase in claims relating to clinical problems (<0.01), but this increase was less pronounced following the reorganization. This appeared to be driven mainly by a decrease in claims about clinician skills (P = 0.03) and health care neglects (P = 0.01). However, claims about diagnostic errors and patient outcomes showed a tendency (insignificant) to increase. Emergency care reorganization apparently has been followed by a shift in claim contents towards fewer claims about health care neglect and staff competencies, although claims about other matters may have become more common. Present analyses of compensation claim trends should be supplemented by effect studies using traditional outcome measures such as mortality and readmission rates.

► **N° 600... vers 2030**

BUDET J. M., LEGLISE J., DE MONTALAMBERT P. *et al.*
2020

Gestions Hospitalières(600): 544-572.

Ce dossier fait le point sur dix ans de politique hospitalière avec une prospective vers 2030.

► **Senior Clinical And Business Managers' Perspectives On The Influence Of Different Funding Mechanisms, And Barriers And Enablers To Implementing Models Of Employing General Practitioners In Or Alongside Emergency Departments: Qualitative Study**

CHOUDHRY M., EDWARDS M., COOPER A., *et al.*
2021

[Health Policy \[Ahead of Print\]](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.016>

Purpose Health policy in England has advocated the use of primary care clinicians at emergency departments to address pressures from rising attendances. This study explored senior managers' perspective on funding mechanisms used to implement the policy and experiences of success or challenges in introducing GPs in or alongside emergency departments. Methods The perspectives of senior clinical, business and finance managers with responsibility for emergency department services and on-site primary care service implementation were investigated in semi-structured interviews with 31 managers at 12 type-1 emergency departments in England and Wales (February 2018 - September 2019). Emergency departments operated one of three GP models or had prior experience of implementing a GP model. Interviews were thematically analysed. Results Perceived successful GPs models in emergency departments were reliant on well-organised and unified funding mechanisms, appropriate staffing and governance, and consideration of population demands and needs. Funding mechanisms and the flow of funds were reported as complex, especially in inside-parallel GP models. The most efficient mechanisms were described at departments where funding was unified, in collaboration with health and community care services. Staffing with local, experienced GPs was important. There were cautions from experiences with private locum providers. Conclusion Our findings contribute to debates about implementing policy on how primary care clinicians are effectively and safely deployed in emergency departments and how local context should be considered.

► **Quels sont le fonctionnement, les caractéristiques, les effets et les modalités d'implantation des équipes d'intervention rapide ? Une revue de la littérature**

DAUWE V., POITRAS M.-È. ET ROBERGE V.
2020

[Recherche en soins infirmiers 143\(4\): 62-75.](#)

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-4-page-62.htm>

Les patients hospitalisés sont à risque d'événements indésirables suite à une non-reconnaissance de la détérioration clinique de leur état de santé. Contexte : les équipes d'intervention rapide (ÉIR) ont été mises en place à travers le monde pour améliorer la sécurité des patients hospitalisés. Objectif : explorer le fonctionnement, les caractéristiques, les effets et les modalités d'implantation des ÉIR. Devis : revue de la littérature. Méthode : consultation des banques de données CINAHL, MEDLINE, PUBMED, COCHRANE library, SCOPUS et PROQUEST dissertation and theses. Mots-clés : health care team et rapid response team. Résultats : 121 articles ont été retenus. Les données explorées ont été divisées en cinq volets : 1) la composition et le fonctionnement des ÉIR; 2) les bénéfices et les lacunes des ÉIR; 3) les effets perçus des ÉIR par les équipes de soins, les organisations et les patients; 4) les stratégies d'implantation; 5) les facilitateurs et les obstacles à l'implantation. Discussion : bien que les articles en lien avec les ÉIR soient nombreux, nous avons constaté que : 1) il y a peu d'études qui s'intéressent à la variabilité des résultats chez les patients hospitalisés en fonction de la composition de l'ÉIR; 2) il y a peu d'études qui décrivent de façon détaillée le fonctionnement idéal d'une ÉIR; 3) il est nécessaire de mener davantage d'études sur les retombées de l'ÉIR chez les patients hospitalisés; 4) les effets perçus des ÉIR par les organisations et les patients sont peu étudiés; 5) il y a un manque d'études sur les modalités d'implantation d'une ÉIR. Conclusion : les résultats obtenus font ressortir le manque d'études en lien avec les retombées des ÉIR selon leur composition, le fonctionnement des ÉIR, les résultats des ÉIR chez les patients hospitalisés, la perspective des organisations et des patients par rapport aux ÉIR et les facteurs liés au succès ou à l'échec de l'implantation d'une ÉIR.

► **The Impact Of Nurse Delegation Regulations On The Provision Of Home Care Services: A Four-State Case Study**

DUDLEY N., MILLER J., BRESLIN M. L., *et al.*
2021

Medical Care Research and Review 78(1_suppl): 47S-56S.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720960902>

The objective of this study was to explore how home care workers and the agencies that employ them interact with their state's nurse practice act in the provision of care. Using a qualitative case study approach, we selected four states with varying levels of restrictiveness in their nurse delegation regulations. We conducted interviews (N=45) with state leaders, agency leaders, and home care workers to learn how these policies affect the home care workforce's ability to perform care tasks for their clients in order to allow clients to remain in their own homes. We found that increased training and input from registered nurses is needed to identify appropriate health maintenance tasks to delegate to home care workers and support development of training strategies. The federal government could support the development of evidence-based guidelines for training and competency testing as well as for appropriate delegation of health maintenance tasks.

► **Socioeconomic Inequality In Telephone Triage On Triage Response, Hospitalization And 30-Day Mortality**

GAMST-JENSEN H., JENSEN A. N., CHRISTENSEN E. F., *et al.*
2021

European Journal of Public Health : ckaa242

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa242>

We investigated socioeconomic inequality (measured by the indicators highest attained education level and household income) in telephone triage on triage response (face-to-face contact), hospitalization and 30-day mortality among Danish citizens calling the medical helpline 1813 between 23 January and 9 February 2017. The analysis included 6869 adult callers from a larger prospective cohort study and showed that callers with low socioeconomic status (SES) were less often triaged to a face-to-face contact and had higher 30-day mortality than callers with high SES.

► **Triage et Covid-19 : qu'est-ce qui ne va pas avec l'approche utilitariste ?**

GZIL F.
2020

Revue française d'éthique appliquée 10(2): 19-22.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2020-2-page-19.htm>

Les développements récents de la génomique nous promettent de révéler nos prédispositions à développer une pathologie. La modélisation informatique de systèmes complexes nous permet de prévoir l'évolution du climat dans cent ans. Les études démographiques nous incitent à anticiper sur le vieillissement de la population à l'horizon 2050. C'est ce nouveau rapport au temps que nous questionnons dans ce numéro, car il pose, de manière aiguë, la question de notre avenir, de sa désirabilité et de ses conditions de possibilité. Pour dépasser le célèbre « There is no alternative », pour que l'avenir demeure ouvert, encore faut-il déterminer les contours de ce que nous voudrions préserver ou restaurer. C'est en cela qu'il faudrait d'abord questionner l'idée même d'un « avenir ouvert ». Les contributeurs interrogent ici la pertinence de cette notion, sa définition et ses implications pour faire entrer la notion d'avenir ouvert de manière plus large et argumentée dans les débats contemporains.

► **Trier face à l'afflux des malades : critères de priorisation ou choix des sacrifiés ? La soudaine visibilité du « tri » dans le débat public et ses effets**

LEICHTER-FLACK F.
2020

Revue française d'éthique appliquée 10(2): 16-18.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2020-2-page-16.htm>

À la faveur du bref répit épidémique postconfinement, deux accusations contraires se sont fait entendre. Les tenants de la première pointaient les refus fréquents d'admission en réanimation, voire d'hospitalisation, des personnes âgées covid+, dans lesquels ils dénonçaient une perte de chance discriminatoire. Les tenants de la seconde, avançant les dégâts considérables causés par le confinement en matière d'éducation, d'économie, ou de santé mentale, soutenaient qu'on avait sacrifié les perspectives des jeunes pour préserver aux aînés quelques années de vie supplémentaires. Dans l'un et l'autre discours, il se serait agi, en somme, de « choisir les sacrifiés ». Or, la relecture de notre contrat social au

prisme du choix tragique n'est pas sans risques. C'est en effet en de tels termes — choisir qui sacrifier, ou plus exactement, qui sauver et qui laisser mourir — que le choc face à l'afflux de malades en détresse respiratoire aux portes de l'hôpital s'est exprimé au moment de la première vague. Sans préparation, le « tri » issu de la médecine de guerre a fait irruption dans le vocabulaire des médias grand public.

► **La diffusion de l'information sur la qualité des hôpitaux en France**

LESCHER CLUZEL M.

2020

Journal de gestion et d'économie de la santé 4(4): 253-274.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-253.htm>

En France, la politique publique du marché des soins ambitionne de transformer le système actuel en un système optimisant la qualité à coûts constants. Parmi les différentes mesures mises en place afin d'améliorer la qualité globale sur le marché des soins, la principale concerne la diffusion de l'information sur la qualité qui devrait favoriser la mise en concurrence des hôpitaux. La relation patient-hôpital est replacée dans le cadre de la théorie de l'agence afin d'analyser les canaux de l'offre et de la demande par lesquels doit s'opérer cette amélioration de la qualité des soins. L'objectif de ce travail est d'analyser les récentes politiques publiques à travers leurs effets théoriques et empiriques potentiels. L'efficacité de la diffusion dépend avant tout de l'utilisation par les patients des indicateurs mis à leur disposition. La littérature montre des effets contrastés : si les patients ne sont pas de véritables aiguillons du système, la pression de la demande pourrait cependant au moins s'exercer par le canal de la réputation et ainsi induire une évolution de la qualité des soins des hôpitaux de moins bonne qualité, tandis que les meilleurs d'entre eux pourraient être incités à favoriser leur « effet d'image » seulement. Afin d'inciter les hôpitaux à améliorer la qualité des soins, l'incitation financière à la qualité (IFAQ) a donc été introduite par les autorités françaises, comme support de la précédente réforme et pourrait, selon la littérature, avoir un impact positif sur l'amélioration de la qualité.

► **Cancer Care At Home Or In Local Health Centres Versus In Hospital: Public Policy Goals And Patients' Preferences In The Rhône-Alps Region In France**

MARGIER J., GAFNI A. ET MOUMJID N.

2021

Health Policy 125(2): 213-220.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.011>

In France, cancer treatments are mainly provided in hospitals, which are expensive and crowded. Health decision-makers therefore want to develop alternative structures such as home care and local health centres. Objectives To elicit cancer patients' preferences for home, local health centre, or hospital, and analyze factors affecting these choices: patients' characteristics, experiences of care, expectations and perceptions of cancer management. Methods We developed a decision aid composed of 1) information on the 3 options 2) a questionnaire to measure preferences; 3) a questionnaire on sociodemographics and experiences of care, 386 patients participated in the survey. Results hospital was the preferred option for 71% of the participants, especially for complicated care, followed by home care (24%) and local health centres (5%). Main reasons for preferring hospital were the wish to separate home life and place of care, wanting to avoid being a burden on their relatives. Reasons influencing a preference for home care were wanting to avoid trips, maintain their lifestyle, and finding hospitals frightening. Neither socio-demographics nor even experience of care seemed to explain preferences. Conclusion A quarter of patients preferred home care, which is highly disproportionate to the home care currently available. This suggests that hindrances to developing alternatives to hospital do not come from patients' reluctance to make use of them, but rather from healthcare providers' objections.

► **Intervenir sur un autre territoire professionnel Équipes mobiles et services « sédentaires » à l'hôpital**

MICHEL C. ET IVAN S.

2020

Sciences sociales et santé 38(4): 47-74.

L'expérience des équipes mobiles intra-hospitalières en gériatrie et soins palliatifs est l'occasion d'interroger les conditions de possibilité d'une organisation prônant la collaboration entre professions, services et disciplines. Les équipes mobiles étudiées ont des

atouts dans cette entreprise : issues de pratiques pluridisciplinaires, elles drainent des volontaires armés de fortes convictions éthiques et reposent sur un fonctionnement collectif. Néanmoins, elles se heurtent à une organisation hospitalière aux frontières plus rigides, reposant sur une médecine spécialisée soucieuse de ses prérogatives, notamment dans le cadre du CHU où les équipes mobiles peinent davantage à se faire accepter. Leur mission de confort du patient âgé ou en fin de vie est plus légitime que leur positionnement disciplinaire dans le champ médical. Elles sont ainsi conduites à user de diverses tactiques pour se faire accepter, au prix d'une insatisfaction professionnelle, voire d'une usure morale, notamment pour les médecins mobiles qui vivent mal leur manque de maîtrise de la prise en charge des patients suivis par les collègues des services sédentaires. Elles trouvent des appuis inégaux dans les services et s'en remettent à leurs réseaux informels. Elles comptent un allié potentiel parmi les infirmières des services, sensibilisées à la question du confort du patient âgé ou en phase palliative, mais n'ont pas la possibilité institutionnelle de passer par elles du fait du contrôle médical du patient.

► **Régulation et gestion de la qualité des soins dans les établissements de santé. Une comparaison avec le secteur nucléaire**

MOISDON J.-C.
2020

Journal de gestion et d'économie de la santé 4(4): 275-287.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-275.htm>

En France les incitations à l'amélioration de la qualité des soins dans les organisations de santé s'appuient majoritairement sur les écarts aux processus attendus, malgré de nombreuses critiques. Le modèle de gestion instrumental utilisé peut en effet être trop éloigné des pratiques concrètes des unités de soins. Un modèle alternatif, le modèle culturel de la sécurité, mettant davantage l'accent sur les dimensions informelles et relationnelles, s'est développé notamment à partir de recherches sur les HROs (High Reliability Organizations) et est maintenant fortement promu par beaucoup de responsables du système de santé, mais reste peu appliqué dans les faits. Une comparaison avec le secteur nucléaire montre qu'il en est de même dans ce dernier, ce qui peut paraître paradoxal, car les installations nucléaires sont considérées comme des HROs. En fait, dans un cas comme dans l'autre la

validité et l'usage du modèle culturel posent problème. L'article plaide pour la mise en place de dispositifs d'apprentissage plus modestes et plus réalistes sur la gestion locale de la qualité des soins.

► **Les équipes mobiles : des entrepreneurs institutionnels en faveur des « territoires » du care et du parcours**

PHILIPPE M. ET CORINNE G.
2020

Sciences sociales et santé 38(4): 75-84.

https://www.jle.com/fr/revues/sss/e-docs/les-equipes-mobiles-des-entrepreneurs-institutionnels-en-faveur-des-territoires-du-care-et-du-parcours__319214/article.phtml

Le constat est largement partagé selon lequel le défaut majeur du système de soins français est son extrême cloisonnement, la multiplicité de ses frontières intérieures et des espaces professionnels, véritables chasses gardées. Si ce constat a été établi de longue date par les chercheurs en sciences sociales et par les acteurs de la santé eux-mêmes, il est désormais central dans les attendus des réformes en cours ou projetées (cf. Ma Santé en 2022).

► **Hospital-Based Health Systems 20 Years Later: A Taxonomy For Policy Research And Analysis**

SHORTELL S. M., GOTTLIEB D. J., MARTINEZ CAMBLOR P., *et al.*
2021

Health Services Research : [Ahead of print]

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13621>

Building on the original taxonomy of hospital-based health systems from 20 years ago, we develop a new taxonomy to inform emerging public policy and practice developments. Data Sources The 2016 American Hospital Association's (AHA) Annual Survey; the 2016 IQVIA Healthcare Organizations and Systems (HCOS) database; and the 2017-2018 National Survey of Healthcare Organizations and Systems (NSHOS). Study Design Cluster analysis of the 2016 AHA Annual Survey data to derive measures of differentiation, centralization, and integration to create categories or types of hospital-based health systems. Data Collection Principal components factor analysis with varimax rotation generating the factors used in the cluster

algorithms. Principal Findings Among the four cluster types, 54% (N = 202) of systems are decentralized (-0.35) and relatively less differentiated (-0.37); 23% of systems (N = 85) are highly differentiated (1.28) but relatively decentralized (-0.29); 15% (N = 57) are highly centralized (2.04) and highly differentiated (0.65); and approximately 9 percent (N = 33) are least differentiated (-1.35) and most decentralized (-0.64). Despite differences in calculation, the Highly Centralized, Highly Differentiated System Cluster and the Undifferentiated, Decentralized System Cluster were similar to those identified 20 years ago. The other two system clusters contained similarities as well as differences from those 20 years ago. Overall, 82 percent of the systems remain relatively decentralized suggesting they operate largely as holding companies allowing autonomy to individual hospitals operating within the system. Conclusions The new taxonomy of hospital-based health systems bears similarities as well as differences from 20 years ago. Important applications of the taxonomy for addressing current challenges facing the healthcare system, such as the transition to value-based payment models, continued consolidation, and the growing importance of the social determinants of health, are highlighted.

► **L'hôpital au rapport 2020 : dossier**

SPIRNHIRNY F., DE MONTALAMBERT P., GOT C. ET
et al.
2020

Gestions Hospitalières(601): 619-647.

Ce dossier est dédié à certains rapports publiés en 2020 et consacrés à l'hôpital en France.

► **Trajectoires de personnes âgées hospitalisées de façon non pertinente**

TRIMAILLE H., MATHIEU-NICOT F., CORNET C., *et al.*
2020

Gérontologie et société 42 / 163(3): 47-62.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-3-page-47.htm>

Certaines hospitalisations de personnes âgées sont qualifiées de « non pertinentes » parce qu'elles y reçoivent une prise en charge médicale, paramédicale et sociale qui pourrait être rendue à domicile ou dans des structures plus efficaces et mieux adaptées à leurs besoins ou à leurs situations. L'étude PAGE a pour objectif de comprendre les raisons des hospitalisations non perti-

nentes des personnes âgées ayant des troubles cognitifs légers à modérés et de décrire les conséquences sur la fin de leur vie. Comment penser, anticiper et adapter leurs besoins en aide et en soins relatifs à cette période de vie selon leurs souhaits? 17 entretiens individuels semi-directifs ont été effectués auprès de personnes âgées, leur entourage personnel (n = 8) et professionnel (n = 14). Pour explorer leurs trajectoires, les entretiens ont été réalisés à leur entrée à l'hôpital puis renouvelés à chaque étape de leur parcours durant 6 mois. Les hospitalisations non pertinentes cristallisent la dénégaration de la perte d'autonomie fonctionnelle. Alors que les personnes vivent des pertes, les discussions et prises de décisions pérennes quant à leur choix de fin de leur vie sont repoussées. Les hospitalisations non pertinentes surviennent lorsque ce quotidien n'est plus adapté et obligent l'entourage ou la personne âgée à prendre des décisions urgentes et contraires à leurs souhaits et besoins.

► **Importance Of Previous Hospital Stays On The Risk Of Hospital Re-Admission In Older Adults: A Real-Life Analysis Of The PAERPA Study Population**

VISADE F., BABYKINA G., LAMER A., *et al.*
2020

Age and Ageing 50(1): 141-146.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa139>

Consideration of the first hospital re-admission only and failure to take account of previous hospital stays, which are the two significant limitations when studying risk factors for hospital re-admission. The objective of the study was to use appropriate statistical models to analyse the impact of previous hospital stays on the risk of hospital re-admission among older patients an exhaustive analysis of hospital discharge and health insurance data for a cohort of patients participating in the PAERPA ('Care Pathways for Elderly People at Risk of Loss of Personal Independence') project in the Hauts de France region of France. All patients aged 75 or over were included. All data on hospital re-admissions via the emergency department were extracted. The risk of unplanned hospital re-admission was estimated by applying a semiparametric frailty model, the risk of death by applying a time-dependent semiparametric Cox regression model. a total of 24,500 patients (median [interquartile range] age: 81 [77-85]) were included between 1 January 2015 and 31 December 2017. In a multivariate analysis, the relative risk (95% confidence interval [CI]) of hospital re-admission rose

progressively from 1.8 (1.7–1.9) after one previous hospital stay to 3.0 (2.6–3.5) after five previous hospital stays. The relative risk [95%CI] of death rose slowly from 1.1 (1.07–1.11) after one previous hospital stay to 1.3 (1.1–1.5) after five previous hospital stays. analyses of the risk of hospital re-admission in older adults must take account of the number of previous hospital stays. The risk of death should also be analysed.

► **Does Socioeconomic Status Affect Hospital Utilization And Health Outcomes Of Chronic Disease Patients?**

YONG J. ET YANG O.
2021

[The European Journal of Health Economics 22\(2\): 329-339.](#)

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01255-z>

This study quantifies the extent socioeconomic status

(SES) affects hospital utilization and adverse hospital events of chronic disease patients. After identifying the initial first-year spell of the disease, we examine six outcomes that include measures of utilization and incidence of adverse in-hospital events. Three years of hospital administrative data from the state of Victoria, Australia, are used to extract a sample of 237,743 patients with chronic disease spells. SES is measured using the utilization records of specific health and human services. The study finds that, compared to patients with no disadvantage, SES disadvantaged patients tend to incur higher hospital costs and longer utilization by about 20% and greater incidence of in-hospital adverse outcomes by up to 80% than non-disadvantaged patients. Further analysis shows that hospital adverse outcomes indirectly contribute to about a quarter of the observed difference in hospital costs between SES disadvantaged and non-disadvantaged patients.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Does Increasing Health Care Access Reduce Disability Insurance Caseloads? Evidence From The Rural United States**

ANSTREICHER G.
2020

[Health Economics : \[Ahead of print\]](#)

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4220>

This paper leverages the expansion of the United States' Community Health Center program over the 21st century to investigate whether improved access to health care reduces disability insurance (DI) participation at the county level. I find that the introduction of a health center that specializes in mental health and substance abuse services is associated with a 0.09 to 0.40 percentage point reduction in working-age DI enrollment in rural counties. A cost-benefit analysis indicates that the money saved from reduced program participation can account for more than a third of the cost the federal government faces in funding well-targeted health care access initiatives.

► **The Link Between Health And Economic Preferences: Evidence From 22 OECD Countries**

CEN X., JOHNSTON D. W., KUNG C. S. J., *et al.*
2020

[Health Economics \[Ahead of print\]](#)

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4225>

We study the link between health status and economic preferences using survey data from 22 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries. We hypothesize that there is a relationship between poor health and the preferences that people hold, and therefore their choices and decisions. We find that individuals with a limiting health condition are more risk averse and less patient, and that this is true for physical and mental health conditions. The magnitudes of the health gap are approximately 60% and 70% of the gender gap in risk and time preferences, respectively. Importantly, the health gaps are large for males, females, young, old, school dropouts, degree holders, employed, nonemployed, rich, and poor. They also hold for countries with different levels of gross domestic product (GDP), inequality, social expenditure, and disease burden.

► **Sans domicile fixe (SDF) et sans-abri. Qui sont-ils ? Combien sont-ils ?**

DAMON J.
2021

[Population & Avenir 751\(1\): 17-19.](#)

<https://www.cairn.info/revue-population-et-avenir-2021-1-page-17.htm>

Trouver une aiguille dans une meule de foin est compliqué. Il y a plus compliqué : prouver, après l'avoir trouvée, qu'il n'y a plus d'aiguille dans la meule ! Le problème s'avère similaire lorsqu'il s'agit de compter les sans domicile fixe (SDF), une population hétérogène et fluctuante. Des sans-abri, parfois cachés pour se protéger, échappent aux enquêtes traditionnelles, construites sur la notion de ménages logés. Les chiffres en France des évaluations associatives se sont longtemps situés dans une large fourchette de 100 à 800 000 personnes. Ces estimations discutables (de qui parle-t-on ? Dans quel espace ? Sur quelle durée ?) mélangeaient généralement les personnes qui restent sans-abri toute l'année et d'autres qui le sont ponctuellement. Mais des techniques plus assurées ont depuis été utilisées en France et dans diverses villes européennes. Quels sont les résultats ? À l'échelle de la France, l'Insee a réalisé par deux fois, en 2001 et en 2012, une enquête approfondie auprès des « sans domicile », soit des personnes se trouvant à la rue ou dans des hébergements pour individus et ménages qui, sinon, seraient à la rue. Ces deux investigations ne visaient pas leur dénombrement, mais l'étude des caractéristiques et trajectoires des sans domicile. Des chiffres en sont sortis. Près de 90 000 personnes en 2001, plus de 140 000 en 2012. Parmi elles, seulement quelques milliers d'individus à la rue. L'Insee les appelle « sans-abri ». Les autres se trouvent dans une palette de services qui vont de l'hébergement d'urgence pour une nuit à des logements gérés par des associations, en passant par des centres pour demandeurs d'asile ou des centres d'insertion où il est possible de résider plusieurs mois.

► **COVID-19 And The Role Of Inequality In French Regional Departments**

GINSBURGH V., MAGERMAN G. ET NATALI I.
2021

[The European Journal of Health Economics 22\(2\): 311-327.](#)

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01254-0>

In this paper, we examine the variation in the out-

break of COVID-19 across departments in continental France. We use information on the cumulated number of deaths, discharged patients and infections from COVID-19 at the department level, and study how these relate to income inequality, controlling for other factors. We find that unfortunately, inequality kills: departments with higher income inequality face more deaths, more discharged (gravely ill) patients and more infections. While other papers have studied the impact of the level of income on the severity of COVID-19, we find that it is in fact the dispersion across incomes within the same department that drives the results. Our results suggest that individuals in relatively more precarious conditions deserve dedicated policies, to avoid that temporary shocks such as COVID-19 lead to permanent increases in inequality.

► **Economic And Social Context Needs To Be Taken Into Account**

KALEDIENE R.
2020

[European Journal of Public Health 30\(4\): 621-621.](#)

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa005>

Countries, undergoing intense social and economic transition, usually experience growing inequalities in mortality, which are caused by different health improvement trends. In some countries, these trends can be even diverging. 1 Higher socioeconomic groups benefit more from improving general economic situation and prosperity. During such periods of transition, health inequalities are mainly determined by unequal access to health care resources, as well as different distribution of behavioral risk factors, related to social and economic stratification. 2 Social disadvantage has cumulative effects on health disadvantages over time. 3 Nevertheless, the nature of inequalities in health differs in various countries and is changing throughout time: when societies enter more stable period of development, other, 'non-causal' and 'non-material' factors start playing more important role. Social selection on the basis of health also contributes to health inequalities. 4 This might be more obvious in the countries with universal and generous welfare arrangements, as well as sustainable development. Concerning measurement of health inequalities, absolute inequalities gradually gain more importance, reflecting the 'real' situation in more optimistic way; however, measuring relative inequalities should also be taken into account. Therefore, I suggest that while measuring and explaining causes of health inequalities, country economic and social context should be taken into consideration.

► **Is Lack Of Causal Evidence Linking Socioeconomic Position With Health An ‘Inconvenient Truth’?**

LUNDBERG O.
2020

[European Journal of Public Health 30\(4\): 619-619.](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa004)
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa004>

Mackenbach provides a balance sheet for health inequalities research during the past decades, and suggests that our figures are in the red. Health inequalities are still present, and even growing, and even the most ambitious attempts to reduce inequalities appear to have given modest results. This development is not only due to counteracting factors in our societies, Mackenbach argues, but also attributable to the way in which mainstream thinking in the field have avoided to address and handle a set of ‘inconvenient truths’. I find this a very important discussion, and have elsewhere discussed a number of other issues that I think need reconsideration, but here I will focus on the alleged lack of evidence for a causal link between socioeconomic position (SEP) and health.

► **Re-Thinking Health Inequalities**

MACKENBACH J. P.
2020

[European Journal of Public Health 30\(4\): 615-615.](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa001)
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa001>

The world we live in is hugely unequal, not only in terms of income and wealth, but also in terms of life-span and health. What makes it worse is that the two are correlated: people who have less material resources also tend to die younger and to have more health problems within their shorter lives. Wide-spread concern with these health inequalities has over the past decades led to an impressive stream of increasingly sophisticated research to find explanations. The growth in scientific understanding has also inspired confidence that we can reduce health inequalities. Many policy proposals have been made, both nationally and internationally, culminating in the World Health Organization’s report ‘Closing the gap in a generation’. Yet, progress in reducing health inequalities has been disappointing, and on some measures health inequalities have even widened over time. So the question is: what went wrong?

► **Re-Thinking Health Inequalities Is Necessary**

MACKENBACH J. P.
2020

[European Journal of Public Health 30\(4\): 622-622.](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa002)
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa002>

These thoughtful comments by Ramune Kalediene, Alastair Leyland, Olle Lundberg and Johannes Siegrist illustrate how necessary a re-think of the conventional wisdom on health inequalities is. Kalediene seems to mostly agree with me, and there is little in the others’ responses to my—somewhat provocative—editorial that suggests that we can do without such a fundamental re-think. Take Leyland’s statement ‘If it is possible to reduce mortality by x% among an advantaged population then the inability to reduce mortality by at least this amount in a disadvantaged population—despite this being the focus of our greatest efforts—must be seen as a failure’. Has anyone ever seriously considered what it would mean to reduce mortality (or any other adverse health outcome) by at least the same percentage in a disadvantaged population? Everything, from higher rates of comorbidity to less compliance with drug prescriptions, and from higher levels of psychosocial stress to lower health literacy, conspires against such equality of outcomes. ‘Proportionate universalism’, the currently popular idea that we must allocate remedial efforts according to need, will certainly not be sufficient. In order to achieve equal percentage declines we would need to allocate far more resources per unit of need to disadvantaged populations, which would require a complete re-think of how we run our health and social systems.

► **Accès à la santé des immigrés : le rôle des centres de santé**

MAY E.
2020

[Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale \(Les\)\(35\): 4.](https://cahiersdesante.fr/editions/novembre-2020/acces-a-la-sante-des-immigres-le-role-des-centres-de-sante/)
<https://cahiersdesante.fr/editions/novembre-2020/acces-a-la-sante-des-immigres-le-role-des-centres-de-sante/>

La question de l’accès à la santé des immigrés, et plus précisément, celle de leur accès au système de soins et de protection sociale réapparaissent régulièrement dans le débat public en France. Elles sont portées idéologiquement de façon accusatrice par le camp des droites les plus extrêmes mais aussi par les femmes et

hommes politiques qui ont besoin d'occuper le terrain médiatique et qui pensent flatter – et séduire – une partie de l'électorat : la droite dénonce ainsi depuis longtemps son coût et l'appel d'air que constituerait le modèle social et sanitaire français trop généreux. Les débats fumeux s'appuient souvent sur des données fausses, mal expliquées et en fait ignorent tout simplement la réalité, le vécu des personnes immigrées et de leurs soignants.

► **« Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action ». Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore)**

REVIL H., WARIN P., RICHARD F., *et al.*
2020

Revue française des affaires sociales(4): 261-297.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-261.htm>

La collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) sur le non-recours aux droits, le renoncement et l'accès aux soins a vu le jour il y a plusieurs années, sous l'impulsion de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard. C'est dans ce département qu'est né le Baromètre du renoncement aux soins (BRS) couplant deux volets : une enquête par questionnaire et une par entretiens qualitatifs. L'enquête qualitative a été mise en œuvre en 2014 dans le Gard et, en 2015, dans les autres départements du Languedoc-Roussillon, permettant de construire un corpus d'environ 400 entretiens. Le volet quantitatif a, pour sa part, été déployé dans tous les départements de France métropolitaine via les caisses primaires entre 2014 et 2018. Au final, 158 399 questionnaires ont été passés auprès de personnes affiliées au régime général de l'Assurance maladie obligatoire qui se sont rendues dans une CPAM ou dans des structures partenaires de la démarche du BRS durant les périodes d'enquête. Les principaux objectifs du volet quantitatif du BRS sont les suivants : estimer des taux de renoncement ou report de soins pour les personnes assurées au régime général de l'Assurance maladie française interrogées dans l'enquête ; caractériser les situations selon leur durée et leur intensité ; caractériser les personnes concernées par au moins un renoncement ou report de soins dans les douze mois précédant l'enquête ; déterminer, le cas échéant, le type de soins concernés, les raisons des renoncements ou reports, et leurs conséquences pour les personnes.

► **Health Assessment For Migrants And Asylum Seekers Upon Arrival And While Hosted In Reception Centres: Italian Guidelines**

TOSTI M. E., MARCECA M., EUGENI E., *et al.*
2020

Health Policy 125(3) : 393-405

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.010>

During 2016–17, national guidelines were developed in order to provide evidence-based recommendations on health assessments for migrants and asylum seekers upon their arrival in Italy. Methods Scientific literature published between 2005 and 2016 was searched in different databases. A free search was also performed on international organizations' websites in order to identify additional relevant documents. A multidisciplinary panel discussed the resulting evidence and formulated recommendations. Results Evidence-based recommendations were formulated: signs and symptoms of specific diseases should to be actively searched for active TB, malaria, STI, intestinal parasites, diabetes, anaemia. In case of other health conditions (latent TB, HIV, HBV, HCV, STI, strongyloides, schistosoma, diabetes), testing should be offered to asymptomatic subjects coming from endemic areas or exposed to risk factors. Mass screening is recommended for anaemia and hypertension; a pregnancy test should be considered, while inclusion in cervical cancer screening and vaccination programs is recommended. A modulated, progressive approach was developed, covering an initial evaluation during rescue operations, a full medical examination at first line reception stage and the referral to national health services during second line reception. Conclusions It is important to produce and periodically update guidelines on these issues and local peculiarities should be taken into account in their design and implementation. Guidelines can not only support economic sustainability, but also counteract stigmatization dynamics.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2020**

REVUE PRESCRIRE

2020

[Revue Prescrire 40\(446\): 929-941.](#)

Pour aider à choisir des soins de qualité, cet article met à jour pour début 2020 un bilan des médicaments que Prescrire conseille d'écarter pour mieux soigner.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

► **Données massives, big data et santé publique**

BERNELIN M., DESMOULIN S., LEFEVRE T., *et al.*

2020

[Actualité Et Dossier En Santé Publique\(112\): 13-58.](#)

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1173>

La quantité de données de santé concernant les personnes (poids, remboursements de soins, habitudes de vie, etc.) s'est accrue avec leur recueil systématique et à grande échelle. Parallèlement, il est devenu possible de traiter ces données massives et de livrer rapidement des informations autrefois difficiles d'accès, d'opérer des rapprochements inattendus et d'offrir des modèles prédictifs inédits. Cela sera-t-il révolutionnaire ou non pour la santé publique ?

► **Qu'est-ce-qu'une donnée ? Impact des données externes sur la statistique publique**

RIVIERE P.

2020

[Courrier Des Statistiques\(5\)](#)

<https://www.insee.fr/fr/information/5008710>

Le statisticien public utilise une matière première originale : les données. Mais outre celles qui sont issues d'enquêtes ou de déclarations administratives, il est

amené à mobiliser des données d'autres natures, qui ne résultent pas toujours d'un processus d'observation. Comprendre ce matériau « data », c'est en explorer les principales dimensions, en s'appuyant sur le triplet <concept, domaine, valeur>.

► **Données de santé françaises : une alerte. France et Europe face aux géants américains et chinois**

SOUPIZET J.-F.

2021

[Futuribles 440\(1\): 81-88.](#)

<https://www.cairn.info/revue-futuribles-2021-1-page-81.htm>

En 2019 a été créé, en France, le Health Data Hub (HDH), chargé de regrouper toutes les données de santé françaises. L'hébergement de ces données a été confié six mois plus tard à Microsoft, une multinationale soumise à une législation américaine peu compatible avec les règles européennes visant à leur sauvegarde et à l'indépendance de l'Union européenne. Jean-François Soupizet, prenant appui sur cette décision et ses conséquences potentielles, montre en quoi elle constitue un précédent problématique, en raison du défi plus large que constitue la maîtrise des données européennes dans un contexte dominé par les États-Unis et par la Chine. Ainsi nous alerte-t-il sur

un défi majeur face auquel l'Union européenne et ses États membres ont pris un retard important par rapport à leurs concurrents, et sur les dangers qui peuvent en résulter au regard de la protection des libertés et de l'indépendance des Européens.

Politique de santé

Health Policy

► **Health, Federalism And The European Union: Lessons From Comparative Federalism About The European Union**

GREER S. L.

2020

Health Economics, Policy and Law 16(1): 90-103.

<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/health-federalism-and-the-european-union-lessons-from-comparative-federalism-about-the-european-union/0551F4DE0F092FE4B1403A423BD8AFFA>

Bringing together the results of a large-scale review of European Union (EU) policies affecting health and a large-scale analysis of social policy and federalism, this paper uses comparative federalism to identify the scope and tensions of EU health policy at the end of the Juncker Commission. Viewing health care and public health policy through the lens of comparative federalism highlights some serious structural flaws in EU health policy. The regulatory state form in which the EU has evolved makes it difficult for the EU to formulate a health policy that actually focuses on health. Of the three faces of EU health policy, which are health policy, internal market policy and fiscal governance, health policy is legally, politically and financially the weakest. A comparison of the EU to other federations suggests that this creates basic weaknesses in the EU's design: its key powers are regulatory and its redistribution minimal. No federal welfare state so clearly pools risks at a low level while making markets so forcefully or creating rights whose costs are born by other levels of government. This structure, understandable in light of the EU's history and development, limits its health and social policy initiatives and might not be stable over the long term.

► **Linkage Of National Health And Social Care Data: A Cross-Sectional Study Of Multimorbidity And Social Care Use In People Aged Over 65 Years In Scotland**

HENDERSON D. A. G., ATHERTON I., MCCOWAN C., *et al.*

2020

Age and Ageing 50(1): 176-182.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa134>

Little is known about the relationship between multimorbidity and social care use (also known as long-term care). The aim of this study was to assess the relationship between receipt of formal social care services and multimorbidity. This retrospective data linkage, observational study included all individuals over the age of 65 in the population of Scotland in financial years 2014–15 and 2015–16 ($n = 975,265$). The main outcome was receipt of social care measured by presence in the Scottish Social Care Survey. Logistic regression models were used to assess the influence of multimorbidity, age, sex and socioeconomic position on the outcome reporting average marginal effects (AME). 93.3% of those receiving social care had multimorbidity, 16.2% of those with multimorbidity received social care compared with 3.7% of those without. The strongest magnitudes of AME for receiving social care were seen for age and multimorbidity (respectively, 50 and 18% increased probability comparing oldest to youngest and most severe multimorbidity to none). A 5.5% increased probability of receiving social care was observed for the most-deprived compared with the least-deprived. Higher levels of social care receipt are observed in those with increasing age, severe multimorbidity and living in more deprived areas. Multimorbidity does not fully moderate the relationship between social care receipt and either age or deprivation.

► **Comment construire une expertise interassociative en santé ?**

LENOIR-NANCI S. ET ROUX T.
2020

[Revue française des affaires sociales\(4\): 179-191.](https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-179.htm)
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-179.htm>

Dans cet article, deux salariés de France Assos Santé, l'un ayant une formation de juriste complétée par une formation de management, l'autre une formation en « Action publique territorialisée » font part de leur expérience sur la manière de construire une expertise interassociative en santé.

► **Chaque pays, en fonction de son système de soins, choisit ses morts !**

MOREL S.
2020

[Revue française d'éthique appliquée 10\(2\): 8-11.](https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2020-2-page-8.htm)
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2020-2-page-8.htm>

Les développements récents de la génomique nous promettent de révéler nos prédispositions à développer une pathologie. La modélisation informatique de systèmes complexes nous permet de prévoir l'évolution du climat dans cent ans. Les études démographiques nous incitent à anticiper sur le vieillissement de la population à l'horizon 2050. C'est ce nouveau rapport au temps que nous questionnons dans ce numéro, car il pose, de manière aiguë, la question de notre avenir, de sa désirabilité et de ses conditions de possibilité. Pour dépasser le célèbre « There is no alternative », pour que l'avenir demeure ouvert, encore faut-il déterminer les contours de ce que nous voudrions préserver ou restaurer. C'est en cela qu'il faudrait d'abord questionner l'idée même d'un « avenir ouvert ». Les contributeurs interrogent ici la pertinence de cette notion, sa définition et ses implications pour faire entrer la notion d'avenir ouvert de manière plus large et argumentée dans les débats contemporains.

► **Risk Evaluation Of The Use Of Complementary And Alternative Medicines In Cancer**

RENET S., DE CHEVIGNY A., HOACOGLU S., *et al.*
2021

[Annales Pharmaceutiques Françaises 79\(1\): 44-52.](https://doi.org/10.1016/j.pharma.2020.05.001)
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2020.05.001>

Les patients atteints de cancer utilisent des médecines alternatives et complémentaires (MAC) pour améliorer leur bien-être. Or, les risques sont peu connus. Objectif Évaluer 3 axes : 1/perceptions des patients vis-à-vis des MAC; 2/informations liées aux MAC reçues par les patients; 3/toxicités documentées des MAC (toxicité directe, interactions MAC- cancer et MAC- chimiothérapie/hormonothérapie). Méthode Diffusion d'un questionnaire aux patients atteints de cancer (2 mois). Analyse de la toxicité pour les patients documentant leurs anticancéreux et MAC. Résultats Quatre-vingt-cinq patients ont répondu. Au total, 72/85 patients utilisaient ≥1 MAC (95 % satisfaits). Cent dix-sept MAC différentes répertoriées (63 herbes médicinales, 24 huiles essentielles, 28 compléments alimentaires, 2 spécialités homéopathiques). Après le diagnostic du cancer, leur utilisation augmentait. Pour 30/85, les MAC pouvaient interagir avec les anticancéreux. Aucun autre risque n'était perçu. Sources d'information : 43/85 internet, 38/85 médecins traitant, 38/85 pharmaciens d'officine, 32/85 entourages, 25/85 autres patients, 22/85 oncologues. Au total, 81,3 % avaient parlé des MAC à un professionnel de santé. Douze patients avaient remarqué que ces professionnels avaient peu connaissance des MAC. Le risque de toxicité a été analysé pour 24 patients (1-24 MAC consommés/patient). Cent trente-trois MAC ont été rapportées (87 MAC différentes). Pour 43 MAC/87, des études ont été retrouvées. Les 24 patients présentaient ≥1 risque : 21 à risque de toxicité directe, 14 d'interactions MAC- cancer, 15 d'interactions MAC- chimiothérapie/hormonothérapie. Conclusion De nombreuses MAC sont utilisées. Le diagnostic du cancer favorise leur recours. Les risques sont multiples : faible perception du risque potentiellement induit par les MAC, sources d'information diverses et peu sécurisées, enfin de nombreuses toxicités potentielles.

► **Développer une science des solutions pour les interventions en santé en France : les RISP, un espace intermédiaire de pluralisation des expertises**

TERRAL P.

2020

Revue française des affaires sociales(4): 53-72.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-53.htm>

En prenant pour terrain d'enquête les recherches interventionnelles en santé des populations (RISP), un domaine de recherche émergeant dans le secteur de la santé en France, cette contribution se propose de considérer divers jeux d'acteurs et d'arguments, de pouvoir et de savoir qui accompagnent son développement. Nous montrons que ce nouvel espace intermédiaire, entre l'expérimentalisme et les sciences

humaines et sociales, œuvre à une pluralisation des expertises en santé pour une meilleure prise en compte de la singularité des contextes des interventions, de la transférabilité des connaissances. Il met également en avant la volonté de renforcer les collaborations entre chercheurs et « acteurs de terrain ». Nous soulignons toutefois combien ces deux grands principes donnent lieu à des appréhensions et à des positionnements différents rendant compte d'approches différenciées des recherches interventionnelles en France. L'enquête se base sur trois grands types de données : des observations ethnographiques de RISP ainsi que des congrès et réunions de groupes d'experts produisant des réflexions sur ce type de recherches, des analyses d'écrits (articles, rapports, lettres d'information...) sur les RISP et des entretiens (14) avec les principaux experts du domaine.

Politique publique

Public Policy

► **Malades étrangers en France : recul du droit de séjour après la loi de 2016**

REVUE PRESCRIRE

2021

Revue Prescrire 41(447): 60-64.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en France, les médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration sont chargés de l'évaluation médicale des demandes de « titres de séjour pour raisons médicales. Cette évaluation était assurée jusqu'alors par les médecins des agences régionales de santé (ARS). Et cet article analyse les multiples raisons qui ont entraîné une baisse des titres de séjour pour raisons médicales.

► **L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains**

FILLOL A., KADIO K. ET GAUTIER L.

2020

Revue française des affaires sociales(4): 103-127.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-103.htm>

Le fait d'utiliser des connaissances explicites pour informer les décisions politiques est de plus en plus encouragé au niveau international, notamment par le mouvement d'information des politiques par les données probantes (evidence-informed policy making). Si la valeur sous-jacente à ce mouvement est de rationaliser le processus politique, les recherches en sciences sociales ont depuis longtemps permis d'observer que les connaissances sont des objets sociaux, dépendants des contextes politiques et économiques. L'objectif de notre analyse est de décrire à partir de trois études de cas (les politiques de protection sociale au Burkina Faso, une stratégie de transfert de connaissances sur les politiques de gratuité au Niger et la diffusion du

financement basé sur la performance au Mali), comment ces connaissances, peuvent orienter la formulation des politiques publiques. Ces trois études de cas nous permettent d'observer que nous sommes loin des connaissances explicites comme vectrices de neutralité, de transparence et de reddition des comptes. Alors que la santé et la protection sociale sont des sujets prenant de plus en plus d'importance sur la scène globale, nous observons que l'utilisation des connaissances scientifiques ou de l'expertise est sensible aux intérêts, orientée par les institutions, et influencée par la mondialisation.

► **Des difficultés à construire des domaines d'expertise sur la base d'une expérience vécue des politiques publiques**

GRASS É.

2020

Revue française des affaires sociales(4): 79-88.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-4-page-79.htm>

Étienne Grass est un essayiste, haut fonctionnaire français et cadre dirigeant (Capgemini Invent). Spécialiste des questions de santé et de la transformation digitale des administrations publiques, il enseigne à l'Institut d'études politiques de Paris, où il assure la direction du Master « Digital et transformations publiques ». Ancien élève de l'École nationale d'administration et membre de l'Inspection générale des affaires sociales, il a exercé dans plusieurs cabinets ministériels, comme directeur adjoint (Haut Commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté de 2007 à 2009) et directeur de cabinet (ministère des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, de 2012 à 2014). Dans cet article, il explique la difficulté à construire des domaines d'expertise sur la base d'une expérience vécue des politiques publiques.

Prévention

Prevention

► **Comment améliorer la couverture vaccinale en France ? Étude qualitative auprès de professionnels de santé**

BERRADA S., CAROFF N., NAVAS D., *et al.*

2021

Annales Pharmaceutiques Françaises 79(1): 77-85.

<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2020.09.004>

Si le rapport bénéfice risque clairement favorable de la vaccination est depuis longtemps démontré, la méfiance de la population à l'égard des vaccins, elle, est croissante et la couverture vaccinale perfectible. La question se pose alors de rechercher des moyens concrets pour l'améliorer. Nous avons interviewé des professionnels de santé pour recueillir leurs témoignages sur ce sujet de l'hésitation vaccinale. Méthodes Une approche qualitative par entretiens semi-dirigés en face-à-face a été adoptée. Les entretiens ont été

menés auprès de médecins et pharmaciens par un seul enquêteur à partir d'un guide d'entretien élaboré par une équipe pluri-professionnelle, puis les entretiens ont été retranscrits en verbatim, qui ont servi de base à l'analyse et la synthèse des propositions formulées par les acteurs de santé interviewés. Résultats Une saturation des données a été obtenue après 10 entretiens. L'analyse des verbatim a permis de classer les pistes proposées par les professionnels dans 3 grandes thématiques : l'amélioration de la transparence et la restauration de la confiance dans la politique vaccinale, une formation initiale et continue plus efficace et mieux coordonnée, et une meilleure communication auprès des populations sur la vaccination. Conclusion Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a permis de faire émerger des pistes concrètes pour améliorer la couverture vaccinale. Si certaines nécessitent une réflexion approfondie, d'autres pourraient

être rapidement appliquées afin d'améliorer l'adhésion d'une partie de la population hésitante à la vaccination, et par là-même d'augmenter la couverture vaccinale.

► **[How Health Care Professionals Perceive Chronic Disease: Changes In Therapeutic Patient Education (TPE) Assessment From 2011 To 2017 In A French University Hospital]**

CHERRILLAT M. S., BERLAND P., ODOUL J., *et al.*

2021

Rev Epidemiol Sante Publique 69(1): 13-21

Since 2010, in France, Therapeutic Patient Education (TPE) programs have applied to the Regional Health Agency (RHA) for authorization. Every four years, these programs are mandatorily re-evaluated, and the assessment allows for change in the program management criteria. In our hospital, we studied the evolution of the Therapeutic Patient Education (TPE) appraisal benchmarks, otherwise known as «indicators», in the 17 programs having been authorized and renewed at least once by the RHA. **METHOD:** The TPE program appraisal benchmarks are classified in terms of structure, process and outcomes; program activity itself as well as pedagogic, psychosocial and bioclinical indicators are taken into consideration. We wished to determine the extent to which these indicators were addressed, applied and renewed or created during renewal of the TPE programs. Statistical tests were carried out in order to compare changes in the number of benchmarks in each category before and after the renewal process. **RESULTS:** During the first authorization, there existed 533 appraisal benchmarks, while they numbered 550 for the second. As for «before-and-after» changes, they consisted in a reduced number of outcome indicators (43.7% to 35.1%), whereas process indicators increased (36.8% to 43.1%) ($P=0.0141$). In comparison to the category pertaining to pedagogic, psychosocial and bioclinical indicators, the most widely registered indicator category (55.5%) and the most frequently collected indicator category involved the program activity itself (54.7%) ($P<0.0001$), which increased pronouncedly during renewal periods (67.6%) ($P=0.0002$). Conversely, the pedagogic and psychosocial indicators were little if at all collected. As regards the latter, there was nevertheless a considerable increase in indicators related to skills and changes favoring health-promoting behaviours. Strictly bioclinical indicators have been largely supplanted by those having to do with

the disease evolution, its impact and risk management. **CONCLUSION:** The major role assigned to process and structure indicators reflects the fact that they are predominantly structured by RHA requests. Even if this initial study necessitates further research, it highlights a change in the design of educational and psychosocial assessments among caregivers, a change likely to reflect their interest in how patients go about managing their illnesses, (more or less healthy) lifestyles and daily lives.

► **The Effects Of Medicaid On Access To Care And Adherence To Recommended Preventive Services**

HILL S. C. ET ABDUS S.

2020

Health Services Research : 56(1) : 84-94

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13603>

The objective of this study is to quantify the impact of Medicaid enrollment on access to care and adherence to recommended preventive services. Data Source 2005-2015 Medical Expenditure Panel Survey Household Component. Study Design We examined several access measures and utilization of several preventive services within the past year and within the time frame recommended by the United States Preventive Services Task Force, if more than a year. We estimated local average treatment effects of Medicaid enrollment using a new, two-stage regression model developed by Nguimkeu, Denteh, and Tchernis. This model accounts for both endogenous and underreported Medicaid enrollment by using a partial observability bivariate probit regression as the first stage. We identify the model with an exogenous measure of Medicaid eligibility, the simulated Medicaid eligibility rate by state, year, and parents vs childless adults. A wide range of changes in Medicaid eligibility occurred during the time period studied. Data Collection/Extraction methods Sample of low-income, nonelderly adults not receiving disability benefits. Principal Findings Medicaid enrollment decreased the probability of having unmet needs for medical care by 7.5 percentage points and the probability of experiencing delays getting prescription drugs by 7.7 percentage points. Medicaid enrollment increased the probability of having a usual source of care by 16.5 percentage points, the probability of having a routine checkup by 17.1 percentage points, and the probability of having a flu shot in past year by 12.6

percentage points. Conclusion Medicaid enrollment increased access to care and use of some preventive services. Additional research is needed on impacts for subgroups, such as parents, childless adults, and the smaller and generally older populations for whom screening tests are recommended.

► **Éducation du patient et « rapport à soi » après un cancer du sein**

MINO J.-C.

2020

Santé Publique 32(4): 291-300.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-4-page-291.htm>

Après un cancer, les programmes de prévention recommandent une activité physique régulière et une alimentation équilibrée. Issu d'une recherche qualitative selon une approche de philosophie du soin, cet article vise à mieux comprendre l'expérience des personnes après un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP). À la fin du traitement d'un cancer du sein localisé, des entretiens ont permis d'analyser l'expérience de 23 femmes âgées de 30 à 84 ans dont la moitié avait suivi un tel programme. Résultats : Les récits des femmes diffèrent selon leur participation au programme. Celles qui ne l'ont pas suivi n'ont pas de pratique spécifique d'activité physique ou d'alimentation ni de « rapport à soi » modifié par la connaissance des recommandations et du lien entre mode de vie et cancer. À l'inverse, les femmes qui ont suivi le programme connaissent ceux-ci. Deux groupes se distinguent. Le premier groupe croit en l'existence d'un lien entre mode de vie et cancer. Parmi ces femmes, un premier sous-groupe a pu changer de mode de vie facilement et présente un rapport à soi caractérisé par la « performance ». Dans l'autre sous-groupe, la pratique est difficile et le rapport à soi est marqué par la « responsabilisation » voire la culpabilité. Le second groupe ne croit pas au lien. Les pratiques suivent ou non les recommandations selon l'appétence des personnes. Le rapport à soi est ici de l'ordre de « l'expression de soi ». Conclusion : L'éducation du patient après un cancer peut induire des expériences positives et négatives, dont il serait nécessaire d'analyser les rapports avec les caractéristiques des programmes mis en place.

► **Rapport 19-07. Rapport sur l'évolution des programmes de dépistage « organisé » des cancers du sein, du côlon et du rectum, et du col utérin, en France**

SANCHO-GARNIER H., TRIBOULET J. P., VILLET R., *et al.*

2019

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 203(8): 641-652.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.10.005>

Le dépistage des cancers est une démarche de santé publique pour réduire la mortalité d'un cancer donné. L'intervention identifie les porteurs probables de ce cancer par un « test » proposé à une population asymptomatique dont la majorité des individus ne sont pas porteurs de ce cancer. Le bénéfice du dépistage s'objective par la baisse de la mortalité due au cancer ciblé dans la population testée. Les effets indésirables (faux positifs, examens et traitements inutiles, faux négatifs...) doivent aussi être mesurés afin de s'assurer que les bénéfices sont supérieurs aux effets négatifs. Ces données ne sont connues et gérables que dans le cadre d'un programme organisé. À l'heure actuelle, seuls les cancers du sein, du colon-rectum et du col de l'utérus satisfont à ces principes et font l'objet d'un dépistage organisé en France. Cette balance bénéfique/risque doit être estimée régulièrement, car elle se modifie avec le temps en raison des acquis médicaux (nouveaux tests...) ou de modifications épidémiologiques (nouvelles populations atteintes...). En conséquence, cette évaluation doit entraîner une interrogation régulière sur les programmes en cours et une mise en place rapide des ajustements nécessaires. Dans l'état actuel des évaluations, en ce qui concerne les cancers du sein, seul le dépistage organisé (DO) est préconisé en France de 50 à 74 ans; le taux actuel de participation (50 %) devrait être stimulé pour atteindre 70 %. La détection individuelle (hors DO), avant ou après 50 ans, non justifiée par un risque familial ou un symptôme doit être clairement déconseillée. Les travaux de recherche pour un meilleur ciblage de la population soumise au dépistage doivent être soutenus. En ce qui concerne les cancers colorectaux, le dépistage doit avant tout être mieux ciblé sur une tranche d'âge plus efficiente soit : 55-75 chez les hommes et 60-80 chez les femmes. Sous peine de rester inefficace, le taux de participation doit être au moins doublé par diverses mesures d'organisation dont la prise en charge totale du reste à payer. La possibilité d'utiliser d'autres tests doit être également évaluée. Enfin pour les cancers du col de l'utérus où le dépistage par frottis cervical a large-

ment démontré son efficacité, il reste à convaincre les 40 % de femmes non participantes. Dans ce but il faut mettre en place des mesures adaptées : élargissement des habilitations à prélever (infirmières...), utilisation des tests HPV, remboursement du reste à charge... Par ailleurs grâce à l'existence d'un vaccin efficace ce cancer pourrait être éradiqué. Malheureusement actuelle-

ment plus de 70 % des jeunes filles françaises ne sont pas vaccinées; il est capital d'augmenter la couverture vaccinale en luttant contre les lobbies anti-vaccin, en vaccinant les garçons (évacuation de porteurs de virus et prévention des cancers buccaux et oropharyngés), et en intégrant l'information sur les virus HPV dans le programme d'éducation sanitaire à l'école.

Prévission – Evaluation

Prévission - Evaluation

► **Economic Evaluations Of Public Health Interventions For Physical Activity And Healthy Diet: A Systematic Review**

GEBRESLASSIE M., SAMPAIO F., NYSTRAND C., *et al.*
2020

Preventive Medicine 136: 106100.

<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106100>

Physical inactivity and unhealthy dietary habits are associated with an increased disease and economic burden. The aim of this systematic review was to identify economic evaluations of public health interventions targeting physical activity and healthy diet, and assess the quality and transferability of the findings to the Swedish context. A search of published economic evaluations was conducted through electronic databases including PubMed, Web of Science, PsycINFO, National Health Service Economic Evaluation Databases (NHS EED) and the Health Technology Assessment Database (HTA). An additional search was done using references of relevant systematic reviews and websites of relevant organizations were checked to find grey literature. Quality and transferability of the economic evaluations were appraised using a quality assessment tool developed by the Swedish Agency for Health Technology Assessment. Thirty-two economic evaluations, rated as moderate or high quality, of 178 interventions were included; thirteen studies targeting physical activity, thirteen targeting healthy diet and six targeting both. The interventions varied in terms of their content, setting, mode of delivery and target populations. A majority of the economic evaluations reported that the interventions were likely to be cost-effective; however, considerable variations in the methodological and reporting qualities were observed. Only half of the economic evaluations were rated to

have a high probability of transferring to the Swedish context. Public health interventions targeting physical activity and dietary habits have a high potential to be cost-effective. However, decision makers should consider the variation in quality and transferability of the available evidence.

► **L'évaluation des projets d'accompagnement à l'autonomie en santé : pourquoi privilégier une approche pragmatiste ?**

GROSS O., GAGNAYRE R. ET LOMBRIL P.
2020

Santé Publique 32(4): 301-313.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-4-page-301.htm>

En lien avec l'article 92 de la dernière loi de santé, 28 projets font l'objet d'une expérimentation nationale dont le but est d'apporter la démonstration de l'intérêt de l'accompagnement à l'autonomie en santé. Ces projets seront évalués au cas par cas en fonction de leurs situations spécifiques; mais en vue de la généralisation éventuelle de ce type de dispositifs, il était nécessaire également de les évaluer à l'aune du même référentiel. Méthode : Pour cela, une démarche participative a été conduite avec leurs coordonnateurs pour identifier un cadre évaluatif unique, alors même que ces projets étaient très hétérogènes. Résultats : Ce processus d'élaboration a abouti à l'identification d'une logique d'intervention commune qui a permis a posteriori de définir l'accompagnement à l'autonomie en santé, soit d'énoncer les conditions pour qu'une intervention en santé s'en réclame. Une vision pragmatiste a guidé la production du cadre évaluatif qui articule quatre

dimensions (empowerment individuel, environnement capacitant, empowerment collectif, empowerment organisationnel) composées de 21 critères et présentées comme indissociables. Discussion : Il est énoncé une continuité entre fins et moyens et entre faits et valeurs. Ainsi, selon la logique d'intervention retenue, le processus d'autonomisation des individus, en tant qu'objectif des interventions, ne peut être poursuivi s'il n'est pas enchâssé dans des pratiques conformes aux valeurs inhérentes à l'intention initiale. Et cela invite à accorder autant d'importance aux effets sur l'autonomisation des personnes accompagnées qu'aux processus des interventions et qu'aux processus d'apprentissage des personnes et des organisations.

► **On Time Horizons In Health Economic Evaluations**

HAACKER M., HALLETT T. B. ET ATUN R.
2020

Health Policy and Planning 35(9): 1237-1243.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czaa073>

The issue of time horizons has received scant attention in discussions pertaining to health economic evaluations unlike discounting or translation of health outcomes into life-cycle measures (e.g. quality-adjusted life years or disability-adjusted life years). The available guidelines do not offer clear and consistent guidance for many problems addressed in health economic evaluations. In practice, variation of time horizons between studies for the same diseases is a matter of concern, as results on cost-effectiveness depend on the time horizon. Our paper contributes to establishing a consistent approach to setting time horizons across common types of health economic evaluations and mitigating potential bias where the choice of a time horizon may affect results of the evaluation. We find that available guidance is clear only for patient-focused interventions, but not in the presence of population-level effects owing to transmission of infections or other linkages. We distinguish between a policy period—over which an intervention is delivered or initiated—and an evaluation period over which the effects are measured. One important challenge in establishing a time horizon for evaluation is that, at least for infectious diseases, the state of the epidemic at the end of the policy period cannot be evaluated precisely and incorporated in the results of an economic evaluation. While longer policy periods partly mitigate this challenge, they are subject to greater uncertainty, and outcomes may not adequately reflect

the cost-effectiveness of current policies because outcomes reflect an average over the policy period. Incremental analysis on interventions implemented in sub-periods of the policy period (especially at the beginning) potentially improves accuracy and helps to identify potential for improving cost-effectiveness by varying the path of implementation or the mix of interventions offered over time.

► **Systematic Review And Critique Of Methods For Economic Evaluation Of Digital Mental Health Interventions**

JANKOVIC D., BOJKE L., MARSHALL D., *et al.*
2021

Applied Health Economics and Health Policy 19(1): 17-27.
<https://doi.org/10.1007/s40258-020-00607-3>

Investment in digital interventions for mental health conditions is growing rapidly, offering the potential to elevate systems that are currently overstretched. Despite a growing literature on economic evaluation of digital mental health interventions (DMHIs), including several systematic reviews, there is no conclusive evidence regarding their cost-effectiveness. This paper reviews the methodology used to determine their cost-effectiveness and assesses whether this meets the requirements for decision-making. In doing so we consider the challenges specific to the economic evaluation of DMHIs, and identify where consensus and possible further research is warranted.

► **A Systematic Review Of Economic Evaluations Of Public Health Interventions Targeting Alcohol, Tobacco, Illicit Drug Use And Problematic Gambling: Using A Case Study To Assess Transferability**

NYSTRAND C., GEBRESLASSIE M., SSEGONJA R., *et al.*
2021

Health Policy 125(1): 54-74.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.002>

Aims to identify and assess the cost-effectiveness of public health interventions targeting the use of alcohol, illicit drugs and tobacco, as well as problematic gambling behavior (ANDTS), and consider whether the results from these evaluations are transferable to the Swedish setting. Methods A systematic review of economic evaluations within the area of ANDTS

was conducted including studies published between January 2000 and November 2018, identified through Medline, PsychINFO, Web of Science, the National Health Service Economic Evaluation Database and Health Technology Assessment. The quality of relevant studies and the possibilities of transferring results were assessed using criteria set out by the Swedish Agency for Health Technology Assessment. Results Out of 54 relevant studies, 39 were of moderate to high quality and included in the review, however none for problematic gambling. Eighty-one out of a total of 91

interventions were cost-effective. The interventions largely focusing on taxed-based policies or screening and brief interventions. Thirteen of these studies were deemed to have high potential for transferability, with effect estimates considered relevant, and with good feasibility for implementation in Sweden. Conclusions Interventions targeting alcohol- and illicit-drug use and tobacco use are cost-effective approaches, and results may be transferred to the Swedish setting. Caution must be taken regarding cost estimates and the quality of the evidence which the studies are based upon.

Psychiatrie

Psychiatry

► Isolement et contention : éléments pour un état des lieux

ALAIN M.
2021

[L'information psychiatrique 97\(1\): 45-51.](#)

Une enquête effectuée en 2018 dans 79 établissements autorisés en psychiatrie permet de disposer de données sur la mise en œuvre de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique relatif à l'isolement et à la contention. Le registre prévu par cet article a été mis en place dans la plupart des établissements mais dans près d'un tiers il est sous forme « papier » ce qui rend difficile l'établissement de statistiques. Dans une proportion équivalente d'établissements, le rapport annuel 2017 sur les pratiques d'isolement et contention n'avait pas été présenté en 2018. Cette enquête apporte également des résultats inédits sur l'équipement en chambres d'isolement des établissements et services. Elle révèle que celles-ci ne disposent ni de sanitaires intérieurs, ni d'horloge visible, ni de bouton d'appel dans 20 à 33 % des cas. Enfin, différents éléments permettent de poser comme hypothèse que le respect des droits et de la dignité des patients, tel qu'appréhendé par ces indicateurs, serait mieux assuré dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS) que dans les pôles de psychiatrie intégrés au sein des hôpitaux généraux.

► Professionnalisation des pairs aidants : une impasse ?

BONNET C.
2020

[Pratiques en santé mentale 66e année\(3\): 26-39.](#)

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-3-page-26.htm>

Clément Bonnet, président de Santé Mentale France pour la région Île France n'hésite pas à apparaître à contre-courant pour le jugement éventuel de certains partisans de la pair-aidance. Sa longue expérience des dispositifs psychiatriques lui fait envisager la pair-aidance professionnelle comme une possible impasse. Autant examiner les arguments dont il paraît difficile de réfuter la solidité, énoncés selon trois ordres. Tout d'abord, il relève un contraste flagrant entre le désarroi actuel dans les établissements de santé mentale et l'optimisme d'une insertion professionnelle de pairs-aidants figurant plus comme un mirage qu'un véritable remède. Ensuite, il analyse le flou des contours de ce nouveau métier : l'imprécision face aux statuts professionnels définis, l'indétermination des compétences des pairs-aidants et leur absence de véritable spécificité, non réductible au seul savoir expérientiel. Enfin, il pointe les risques et dangers, en particulier celui d'un inconfort de difficilement pouvoir trouver leur place dans un collectif soignant dont la cohérence constitue une exigence impérative. Néanmoins, à nombre de reprises, l'auteur nuance son propos. Il salue la pair-aidance dans les GEM, se montre favorable à l'animation d'ateliers avec

des pairs-aidants bénévoles et, même, rémunérés sous réserve que leurs interventions se fassent par l'intermédiaire de plateformes associatives indépendantes de la hiérarchie des établissements de santé mentale.

► **Should I Care For My Mum Or For My Kid? Sandwich Generation And Depression Burden In Italy**

BRENNA E.

2021

Health Policy 125(3) : 415-423

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.014>

In Italy, over the last decades, elderly care has been mostly provided by family members, especially adult offspring, and in particular daughters. This paper investigates the relationship between informal caregiving and mental distress among Italians aged 35–59, with a focus on gender effect and parenthood responsibilities. The dataset is the European Health Interview Survey (EHIS), second wave, year 2015. As far as it is known, the Italian EHIS has not been used for studies on ageing and caregiving. Using selected subsamples, a Propensity Score Matching between caregivers and non-caregivers aged 35–59 is implemented, with the aim of measuring the difference in level of depression, if any, between the two groups. Findings show that women providing their frail relatives with informal care are less likely to suffer from mental distress compared to non-carers. However, results change radically if they have children aged less than 15 at home, and a higher probability of being depressed is detected for women overwhelmed by the double responsibility of assisting both dependent relatives and their own children. Results are not significant for men.

► **Prices And Market Power In Mental Health Care: Evidence From A Major Policy Change In The Netherlands**

BROUNS C., DOUVEN R. ET KEMP R.

2020

Health Economics :[Ahead of print]

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4222>

In the Dutch health care system of managed competition, insurers and mental health providers negotiate on prices for mental health services. Contract prices are capped by a regulator who sets a maximum price for each mental health service. In 2013, the majority

of the contract prices equaled these maximum prices. We study price setting after a major policy change in 2014. In 2014, mental health care providers had to negotiate prices with each individual health insurer separately, instead of with all insurers collectively as in 2013. Moreover, after a cost-price revision, the regulator increased in 2014 maximum prices by about 10%. Insurers and mental health providers reacted to this policy change by setting most contract prices below the new maximum prices. We find that in 2014 mental health providers with more market power, that is, a higher willingness-to-pay measure, contracted significantly higher prices. Some insurers negotiated significantly lower prices than other insurers but these differences are unrelated to an insurers' market share.

► **La désinstitutionnalisation psychiatrique : définitions, usages de la notion, et questions de méthode**

CHAPIREAU F.

2021

L'information psychiatrique 97(1): 39-43.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-1-page-39.htm>

Beaucoup a été publié à propos de la désinstitutionnalisation, mais les auteurs discutent rarement leurs définitions. À partir d'une analyse de la littérature, cet article en propose un inventaire, selon les trois segments communs à toutes : les établissements psychiatriques, les dispositifs dans la communauté, et le remplacement par les seconds du recours aux premiers. Pour certains auteurs, le programme de la désinstitutionnalisation n'est que l'un des nombreux faits étudiés, mais pour la plupart c'est le cadre de leur étude, en vue de décrire dans quelle mesure il a été réalisé. Ceci pose un sérieux problème méthodologique discuté dans l'article. Enfin, la trame d'analyse fournie par la désinstitutionnalisation conduit à négliger des points importants, dont des exemples sont donnés.

► **La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre**

DEMAILLY L.

2021

L'information psychiatrique 97(1): 27-32.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-1-page-27.htm>

Une critique fréquente concernant la psychiatrie

publique française, formulée notamment par des administrateurs de la santé, est la trop grande diversité des secteurs (ou pôles) quant à leurs pratiques de diagnostic et de soin. L'hétérogénéité serait source d'iniquité pour les usagers. Cet idéal d'homogénéité s'enracine dans une idéologie taylorienne, bureaucratique et scientiste. L'article, s'appuyant sur une investigation sociologique dans un certain nombre de pôles, montre que, au contraire, il n'y a pas de « one best way », mais une pluralité de « modèles d'équilibre ». Trois exemples concrets sont présentés. Ils montrent des capacités locales d'invention d'une efficacité et d'une efficacité empiriques.

► Les origines de la pair-aidance

DURAND B.
2020

Pratiques en santé mentale 66e année(3): 6-13.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-3-page-6.htm>

La large connaissance de Bernard Durand, président d'honneur de Santé Mentale France, permet une vision quasi-exhaustive sur l'histoire de la notion. Présentée généralement, elle intéresse d'abord l'addiction : l'alcool puis autres drogues. Deux autres moments significatifs ont jalonné cette histoire : la lutte contre le sida et la pair-émulation dans le champ du handicap porté par le slogan « rien à notre sujet sans nous ». Plus spécifiquement pour la santé mentale, parmi les nombreux précurseurs, retenons le Clubhouse dès les années 1940, le club des Peupliers, fondé en 1960 par Philippe Paumelle, médecin-directeur du 13ème arrondissement de Paris et les « survivants de la psychiatrie » aux USA à la fin des années 1970. L'auteur ajoute une mention sur les pairs aidants « à leur insu » : les adhérents des GEM, organisés par la FNAPSY dès 1992, puis officialisés et largement implantés par la loi de 2005. Il conclut avec la professionnalisation des médiateurs de santé pairs : leur rôle fondamental pour lutter contre la discrimination, contribuer au pouvoir d'agir et faire vivre la démocratie.

► EU Mental Health Governance And Citizen Participation: A Global Governmentality Perspective

EDQUIST K.
2020

Health Economics, Policy and Law 16(1): 38-50.

<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/eu-mental-health-governance-and-citizen-participation-a-global-governmentality-perspective/F6E3626238D8391B2B3AAF44C7D10125>

Over the last three decades, a system of European Union mental health governance (EUMHG) emerged, via instruments including strategies for action, joint actions, pacts and high-level expert groups. It sponsored multiple projects, initiatives and research, and involved state, non-state and European institutional actors. This paper attempts to understand how EUMHG operated and the structure of political relations within it, attending especially to opportunities for citizen participation. It adopts a global governmentality approach that focuses on practices and discourses. It finds that EUMHG practices including benchmarks, best practices and risk-thinking reinforced larger EU policy goals of market-optimisation, and that the central discourses of de-institutionalisation (DI) and community mental health (CMH) shifted meaning over time, first apprehending mental health as a public-health goal, then targeting mental ill-health as a burden to states. Finally, it finds that non-governmental organisations' (NGOs) work within EUMHG rendered them both objects and subjects of government. Through these dynamics, citizens usually were positioned outside governance, and NGO identities were altered, though CMH's transformative potential remained. Citizen participation in EUMHG was heavily conditioned. NGO and citizen power will need vigilant protection in any future EUMHG.

► Dispositif innovant et pair-aidance : Entretien, le maillon manquant...

FERROUD G.
2020

Pratiques en santé mentale 66e année(3): 58-63.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-3-page-58.htm>

L'auteur nous fait part d'une expérience tout à fait originale : la création d'une structure animée par des médiateurs de santé pairs qui se situe dans un espace

vide entre le GEM (social) et le lieu de soin (sanitaire). Sa compétence : la connaissance de la pathologie bipolaire et des méthodes personnellement éprouvées par les pairs-aidants pour la canaliser, éviter ses excès et pouvoir vivre avec au jour le jour dans une vie aussi satisfaisante que possible. Elle fait le lien entre tous les acteurs qui gravitent autour de la personne malade afin qu'elle-même puisse organiser le modèle de vie, apaisée et évitant les excès dus à la maladie, qu'elle aura choisi.

► **Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair**

FLORA L. ET BRUN P.

2020

[Pratiques en santé mentale 66e année\(3\): 14-19.](#)

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-3-page-14.htm>

Les deux auteurs ont donné chacun un éclairage spécifique à l'exposé. À Luigi Flora, chercheur en sciences humaines et sociales, revient une large partie de l'historique. Elle retrace la naissance et l'évolution tant de la pair-aidance que de son application en santé mentale. L'article indique aussi l'établissement des différentes formations de médiateurs de santé pairs. Cela étant posé, Philippe Brun, médiateur de santé pair, témoigne de son expérience. Il s'attache à montrer ce que le rétablissement veut dire concrètement. Ainsi, face à une personne hospitalisée en psychiatrie, il s'aperçoit que l'important consiste à construire son projet professionnel, objectif plus important que de se préoccuper des voix qui peuvent l'indisposer. Philippe Brun, en ce moment formateur à « Un chez soi d'abord », veille à redonner des forces en valorisant des personnes ayant connu la rue et vivant des sérieuses difficultés psychiques.

► **La désinstitutionnalisation psychiatrique : définitions, usages de la notion, et questions de méthode**

FRANÇOIS C.

2021

[L'information psychiatrique 97\(1\): 39-43.](#)

Beaucoup a été publié à propos de la désinstitutionnalisation, mais les auteurs discutent rarement leurs définitions. À partir d'une analyse de la littérature, cet article en propose un inventaire, selon les trois segments communs à toutes : les établissements psychia-

triques, les dispositifs dans la communauté, et le remplacement par les seconds du recours aux premiers. Pour certains auteurs, le programme de la désinstitutionnalisation n'est que l'un des nombreux faits étudiés, mais pour la plupart c'est le cadre de leur étude, en vue de décrire dans quelle mesure il a été réalisé. Ceci pose un sérieux problème méthodologique discuté dans l'article. Enfin, la trame d'analyse fournie par la désinstitutionnalisation conduit à négliger des points importants, dont des exemples sont donnés.

► **L'efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse : une revue systématique de la littérature scientifique récente**

GONON F. ET KELLER P. H.

2021

[L'Encéphale 47\(1\): 49-57.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.020>

Le rapport de l'Inserm, évaluant les psychothérapies, date de février 2004. Notre article propose, à un lectorat francophone, une revue systématique des travaux publiés, depuis 2003, et concernant l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques sur les troubles mentaux. Méthodes Une recherche systématique sur le site PubMed a identifié 71 articles de méta-analyses, publiés entre 2004 et 2019, inclus. Parmi eux, 25 articles ont été jugés pertinents et sont présentés en détail. Nous avons aussi recherché des études de long terme, publiées depuis 2013 et non incluses dans les méta-analyses. Trois études contrôlées et randomisées, comparant une thérapie psychanalytique à des traitements actifs, ont été identifiées. Résultats Onze articles de méta-analyses ont évalué l'amélioration des symptômes à l'issue du traitement. Ils concluent tous que l'effet des psychothérapies psychanalytiques est robuste. Dix articles de méta-analyses ont comparé une psychothérapie psychanalytique à un traitement actif (e.g. autre psychothérapie, médication). Un seul rapporte une infériorité cliniquement significative des psychothérapies psychanalytiques par rapport aux psychothérapies cognitivo-comportementales. Cinq articles de méta-analyse et trois études randomisées ont comparé des psychothérapies psychanalytiques de long terme (plus d'un an) à divers traitements actifs. Tous ont conclu à une efficacité des psychothérapies psychanalytiques égale ou supérieure à celle des traitements actifs de comparaison. Conclusion Les études concernant les psychothérapies psychanalytiques se sont multipliées depuis 2003 dans les revues biomédi-

cales. Elles montrent que, pour la plupart des troubles mentaux fréquents, les psychothérapies psychanalytiques sont aussi efficaces que les psychothérapies cognitivo-comportementales. Cette absence de différence est discutée.

► **Observations From A Small Country: Mental Health Policy, Services And Nursing In Wales**

HANNIGAN B.

2021

Health Economics, Policy and Law: 1-12.

<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/observations-from-a-small-country-mental-health-policy-services-and-nursing-in-wales/F837DEE5A999EAEF8BEA83592A9805FE>

Wales is a small country, with an ageing population, high levels of population health need and an economy with a significant reliance on public services. Its health system attracts little attention, with analyses tending to underplay the differences between the four countries of the UK. This paper helps redress this via a case study of Welsh mental health policy, services and nursing practice. Distinctively, successive devolved governments in Wales have emphasised public planning and provision. Wales also has primary legislation addressing sustainability and future generations, safe nurse staffing and rights of access to mental health services. However, in a context in which gaps always exist between national policy, local services and face-to-face care, evidence points to the existence of tension between Welsh policy aspirations and realities. Mental health nurses in Wales have produced a framework for action, which describes practice exemplars and looks forward to a secure future for the profession. With policy, however enlightened, lacking the singular potency to bring about intended change, nurses as the largest of the professional groups involved in mental health care have opportunities to make a difference in Wales through leadership, influence and collective action.

► **L'« esprit » du secteur psychiatrique, entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté**

HÉLOÏSE H.

2021

L'information psychiatrique 97(1): 33-38.

Nous souhaitons montrer que l'esprit du secteur perdure dans la rencontre entre psychothérapie institutionnelle et santé mentale dans la communauté : ces deux corpus sont donc complémentaires plus que concurrents. Nous nous appuyons sur une revue de littérature pour comparer les principes organisateurs de la psychothérapie institutionnelle (PI) et de la santé mentale dans la communauté (SMC) afin de montrer leurs convergences au sujet du travail de partenariat, de la liberté de circulation des usagers et de la nécessité de déstigmatiser les troubles psychiques. Nous avançons que le dispositif des conseils locaux de santé mentale offre un exemple de synergie possible, et proposons que l'organisation des soins en santé mentale puisse s'inspirer du savoir-faire en matière de travail collectif en milieu de soins construit par la PI tout autant que de la vision politique et citoyenne de la SMC

► **Regular Employment For People With Mental Illness – An Evaluation Of The Individual Placement And Support Programme**

HOLMÅS T. H., MONSTAD K. ET REME S. E.

2021

Social Science & Medicine 270: 113691.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113691>

Individual placement and support (IPS) investigated in moderate/severe mental illness. We document the long-term effects of IPS in Norway using an RCT and registry data. Effects were particularly large for younger individuals with low education. IPS proves to increase regular employment during a 43 months follow-up period. IPS is cost-effective compared to treatment-as-usual.

► **De qui suis-je le pair ?**

LAUNAT D.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(3): 40-49.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-3-page-40.htm>

Dominique Launat interroge d'abord la parité, fort de sa longue expérience en tant que psychologue en psychiatrie publique : de qui suis-je le pair ? Réponse : incertitude sur les collègues, soignants ou autres, opposée à une certitude : pairs, ceux que je reconnais comme tels. Autre élément de certitude : si l'exigence de parité s'avère indispensable pour tout un chacun, elle l'est d'autant plus dans le champ de la maladie mentale, impératif pour rester au monde. En tant que délégué du Collectif National Inter Groupes d'Entraide Mutuelle (CNIGEM), l'auteur a une vive conscience de cet impératif. Pour désigner la relation entre les adhérents d'un GEM, il préfère la qualification d'entraide à celle de pair-aidance. Entraide traduit mieux les diverses modalités d'être ensemble, avec leurs niveaux et moments variables de parité. Position prudente aussi par rapport à la professionnalisation de la pair-aidance, eu égard au poids et l'influence de tout collectif dans une institution. Sa connaissance des GEM, des rapports de solidarité et de citoyenneté qui les traversent, lui fait mettre l'accent sur la réciprocité potentielle attachée prioritairement à l'entraide.

► **La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre**

LISE D.

2021

L'information psychiatrique 97(1): 27-32.

Une critique fréquente concernant la psychiatrie publique française, formulée notamment par des administrateurs de la santé, est la trop grande diversité des secteurs (ou pôles) quant à leurs pratiques de diagnostic et de soin. L'hétérogénéité serait source d'iniquité pour les usagers. Cet idéal d'homogénéité s'enracine dans une idéologie taylorienne, bureaucratique et scientiste. L'article, s'appuyant sur une investigation sociologique dans un certain nombre de pôles, montre que, au contraire, il n'y a pas de « one best way », mais une pluralité de « modèles d'équilibre ». Trois exemples concrets sont présentés. Ils montrent des capacités locales d'invention d'une efficacité et d'une efficacité empiriques.

► **Les différentes modalités qui déterminent l'accompagnement par les pairs**

MAUGIRON P.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(3): 20-25.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-3-page-20.htm>

Philippe Maugiron, professionnel de la pair-aidance, présente trois aspects, chacun précisément documenté. Le premier intéresse les origines de la pair-aidance, en comparant la situation américaine et française. Il relève qu'en France, les premiers groupes de personnes concernées, liées à une expérience psychiatrique se sont organisés plus tardivement sous l'influence de l'UNAFAM (1963) et du GIA (1972-1974). Le second s'intéresse à la professionnalisation de la pair-aidance : même retard pour la France. En 2012, le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) a porté le premier projet de médiateurs de santé pairs. Le troisième dresse un panorama actuel des formations professionnalisantes (à Paris, Lyon, Marseille et Lille) avec descriptif des formations et leurs références.

► **Isolement et contention : éléments pour un état des lieux. Résultats d'une enquête des CDSP**

MONNIER A.

2021

L'information psychiatrique 97(1): 45-51.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-1-page-45.htm>

Une enquête effectuée en 2018 dans 79 établissements autorisés en psychiatrie permet de disposer de données sur la mise en œuvre de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique relatif à l'isolement et à la contention. Le registre prévu par cet article a été mis en place dans la plupart des établissements mais dans près d'un tiers il est sous forme « papier » ce qui rend difficile l'établissement de statistiques. Dans une proportion équivalente d'établissements, le rapport annuel 2017 sur les pratiques d'isolement et contention n'avait pas été présenté en 2018. Cette enquête apporte également des résultats inédits sur l'équipement en chambres d'isolement des établissements et services. Elle révèle que celles-ci ne disposent ni de sanitaires intérieurs, ni d'horloge visible, ni de bouton d'appel dans 20 à 33 % des cas. Enfin, différents éléments permettent de poser comme hypothèse

que le respect des droits et de la dignité des patients, tel qu'appréhendé par ces indicateurs, serait mieux assuré dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS) que dans les pôles de psychiatrie intégrés au sein des hôpitaux généraux.

► **Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France. Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ?**

NIARD C. ET FRANCK N.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(3): 50-57.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-3-page-50.htm>

Tant Camille Niard, médiatrice de santé paire, que Nicolas Franck, Professeur de psychiatrie, tournent leur projecteur sur la professionnalisation des pairs-aidants en santé mentale. Ils dressent un état des lieux de leur nombre, de leurs formations et de leurs objectifs. Ces derniers se recommandant historiquement de cette pratique dite Recovery ou Rétablissement, initiée aux USA par « Les survivants de la psychiatrie » dans les années 1970. La pair-aidance « affirme que la vulnérabilité psychique peut s'approprier, être dépassée et devenir une force pour la personne et, au-delà, pour la société ». Deux originalités aussi à retenir dans cet article centré sur le Rétablissement. D'une part, il existe une association intitulée « ESPAIRS » (tout l'espoir promu par les pairs), collectif autogéré de pairs, au service des institutions, mais hiérarchiquement indépendantes d'elles. D'autre part, depuis 2019, a été mis en place un Observatoire du Rétablissement, animé par des pairs et financé par la Fondation de France.

► **La fabrication du consentement en santé mentale**

OLIVIER L.

2021

L'information psychiatrique 97(1): 5-7.

Lettre ouverte aux participants du Projet territorial de santé mentale du Val d'Oise. Ce texte, sous forme de lettre ouverte, reprend, avec ajouts d'un titre, de quelques développements mineurs et de références bibliographiques, un mail adressé en date du 20 novembre 2020 à l'ensemble des participants à l'élaboration du PTSM du Val d'Oise (comité de pilotage, cabinet de conseil Acsantis, ARS 95, acteurs de santé du

territoire), en réponse à l'envoi par le cabinet Acsantis, en date du 13 novembre, des « fiches actions » retenues pour le groupe de travail sur l'« accès aux soins psychiques », auquel l'auteur a participé.

► **Une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité contre la discrimination dans l'accès aux soins ?**

POITAU M., NAU J., CHIROUSSEL J., *et al.*

2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(10): 465-469.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/une_equipe_mobile_psychiatrie_prekarite_contre_la_discrimination_dans_lacces_aux_soins__319159/article.phtml

En 1999, le Pôle de Psychiatrie du CHU de Saint-Étienne se saisit de la Loi Aubry contre les exclusions et met en place un dispositif novateur en créant « Interface », première Équipe Mobile Psychiatrie Précarité du département de la Loire. Après avoir repris le contexte de création de ce dispositif « d'aller-vers », des vignettes cliniques illustrent combien le travail de cette équipe d'accès aux soins tente de lutter contre les discriminations dans le champ de la santé.

► **Do Discontinuities In Marginal Reimbursement Affect Inpatient Psychiatric Care In Germany?**

POTT C., STARGARDT T., SCHNEIDER U., *et al.*

2021

The European Journal of Health Economics 22(1): 101-114.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01241-5>

This paper examines the behaviour of mental health care providers in response to marginal payment incentives induced by a discontinuous per diem reimbursement schedule with varying tariff rates over the length of stay. The analyses use administrative data on 12,627 cases treated in 82 psychiatric hospitals and wards in Germany. We investigate whether substantial reductions in marginal reimbursement per inpatient day led to strategic discharge behaviour once a certain length of stay threshold is exceeded. The data do not show gaps and bunches at the duration of treatment when marginal reimbursement decreases. Using logistic regression models, we find that providers did not react to discontinuities in marginal reimbursement by

significantly reducing inpatient length of stay around the threshold. These findings are robust in terms of different model specifications and subsamples. The results indicate that if regulators aim to set incentives to decrease LOS, this might not be achieved by cuts in reimbursement over LOS.

► **Physician Remuneration Schemes, Psychiatric Hospitalizations And Follow-Up Care: Evidence From Blended Fee-For-Service And Capitation Models**

VU T., ANDERSON K. K., DEVLIN R. A., *et al.*
2021

Social Science & Medicine 268: 113465.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113465>

Psychiatric hospitalizations could be reduced if mental illnesses were detected and treated earlier in the primary care setting, leading to the World Health Organization recommendation that mental health services be integrated into primary care. The mental health services provided in primary care settings may vary based on how physicians are incentivized. Little is known about the link between physician remuneration and psychiatric hospitalizations. We contribute to this literature by studying the relationship between physi-

cian remuneration and psychiatric hospitalizations in Canada's most populous province, Ontario. Specifically, we study family physicians (FPs) who switched from blended fee-for-service (FFS) to blended capitation remuneration model, relative to those who remained in the blended FFS model, on psychiatric hospitalizations. Outcomes included psychiatric hospitalizations by enrolled patients and the proportion of hospitalized patients who had a follow-up visit with the FP within 14 days of discharge. We used longitudinal health administrative data from a cohort of practicing physicians from 2006 through 2016. Because physicians practicing in these two models are likely to be different, we employed inverse probability weighting based on estimated propensity scores to ensure that switchers and non-switchers were comparable at the baseline. Using inverse probability weighted fixed-effects regressions controlling for relevant confounders, we found that switching from blended FFS to blended capitation was associated with a 6.2% decrease in the number of psychiatric hospitalizations and a 4.7% decrease in the number of patients with a psychiatric hospitalization. No significant effect of remuneration on follow-up visits within 14 days of discharge was observed. Our results suggest that the blended capitation model is associated with fewer psychiatric hospitalizations relative to blended FFS.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Perception du respect de la confidentialité par les médecins généralistes au sein de leur cabinet**

BEC J. ET LAJZEROWICZ C.
2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(10): 470-474.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/perception_du_respect_de_la_confidentialite_par_les_medecins_generalistes_au_sein_de_leur_cabinet_318954/article.phtml

La confidentialité est une obligation légale et déontologique pour tout médecin. Elle permet d'établir une relation de confiance avec son patient. Plusieurs études montrent qu'elle n'est pas toujours respectée

dans les cabinets des médecins généralistes. Le but de notre étude était d'en comprendre les raisons. Les médecins généralistes ont conscience que le respect de la confidentialité n'est pas optimal dans leur cabinet; ils identifient une origine plurifactorielle à sa rupture ne se limitant pas à un aménagement inadéquat des locaux.

► **Community Social Determinants And Health Outcomes Drive Availability Of Patient-Centered Medical Homes**

BELL N., WILKERSON R., MAYFIELD-SMITH K., *et al.*
2021

Health & Place 67: 102439.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102439>

The collaborative design of America's patient-centered medical homes places these practices at the forefront of emerging efforts to address longstanding inequities in the quality of primary care experienced among socially and economically marginalized populations. We assessed the geographic distribution of the country's medical homes and assessed whether they are appearing within communities that face greater burdens of disease and social vulnerability. We assessed overlapping spatial clusters of mental and physical health surveys; health behaviors, including alcohol-impaired driving deaths and drug overdose deaths; as well as premature mortality with clusters of medical home saturation and community socioeconomic characteristics. Overlapping spatial clusters were assessed using odds ratios and marginal effects models, producing four different scenarios of resource need and resource availability. All analyses were conducted using county-level data for the contiguous US states. Counties having lower uninsured rates and lower poverty rates were the most consistent indicators of medical home availability. Overall, the analyses indicated that medical homes are more likely to emerge within communities that have more favorable health and socioeconomic conditions to begin with. These findings suggest that intersecting the spatial footprints of medical homes in relation to health and socioeconomic data can provide crucial information for policy makers and payers invested in narrowing the gaps between clinic availability and the communities that experience the brunt of health and social inequalities.

► **Le social à l'épreuve, l'épreuve du social. Ou l'art d'accommoder la position sociale des patients dans le travail préventif en médecine générale**

BLOY G., RICHERAND N. ET RIGAL L.
2021

Rev Epidemiol Sante Publique 69(1): 39-48.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.06.001>

Cet article interroge la manière dont les médecins généralistes libéraux prennent en compte la position sociale de leurs patients dans leur travail préventif. Méthode Après une revue des principales constructions normatives censées équiper les généralistes pour l'appréhension des dimensions sociales, l'article utilise deux enquêtes sur la dispensation des soins préventifs, l'une épidémiologique (PrevQuanti) et l'autre

sociologique (PrevQuali). Résultats La déontologie, la formation et les recommandations mettent difficilement en forme les dimensions sociales de la santé avec lesquelles doivent composer les généralistes. L'enquête PrevQuanti a pourtant mis en évidence que la dispensation des soins préventifs était traversée par des gradients sociaux quasi systématiques, mais de sens variable. L'analyse, sur la base de l'étude par entretiens PrevQuali, rend intelligible les façons dont les généralistes mobilisent la position sociale de leurs patients, pour s'y adapter ou non. Conclusion Les positionnements des généralistes sont modélisables en une typologie en six postures, entre lesquelles certains oscillent.

► **Organisation et résultats de cohorte d'un centre de consultations ambulatoires dédié COVID-19**

BOUSSARSAR E., ROBERT S., VILLEBRUN F., *et al.*
2020

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 16(10): 475-480.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/organisation_et_resultats_de_cohorte_dun_centre_de_consultations_ambulatoires_dedie_covid_19_319173/article.phtml

Face à l'épidémie de COVID-19 et à la saturation du secteur hospitalier, les professionnels de santé de ville se sont mobilisés pour assurer une consultation pour tous les patients suspects, notamment en créant des centres de consultations ambulatoires dédiés COVID-19. Notre étude concerne le premier centre dédié COVID-19 dans un département en zone épidémique rouge créé dans le gymnase de la ville à l'initiative de praticiens de santé volontaires, centre de santé et libéraux, appartenant à une même Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Cette étude permet de montrer la place importante de la médecine de ville dans la gestion de cette crise épidémique du COVID-19. Nos résultats vont permettre de faire la comparaison avec les autres centres dédiés qui ont vu le jour partout en France.

► **Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient**

COGORDAN C., QUATREMÈRE G., ANDLER R., *et al.*
2020

Rev Epidemiol Sante Publique 68(6): 319-326.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.10.005>

Les médecins généralistes sont des acteurs clés pour le repérage et l'accompagnement des fumeurs et des consommateurs d'alcool dépassant les repères de consommation à moindre risque. En analysant les déclarations des patients, cet article vise à estimer la part de la population qui déclare avoir déjà discuté de tabac et d'alcool avec son médecin généraliste ainsi que les facteurs qui y sont associés. Méthode L'analyse porte sur un échantillon de 6346 personnes, représentatif de la population résidant en France métropolitaine, issu des données du Baromètre de Santé publique France 2017, enquête aléatoire par téléphone. Résultats Parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans ayant consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois (82,5 %), 36,7 % déclaraient que le sujet du tabac avait déjà été discuté en consultation et 16,8 % celui de l'alcool. Pour les deux substances, être un homme, être fumeur ou consommateur d'alcool au-dessus des repères et avoir une maladie chronique, étaient indépendamment associés au fait d'être interrogé par son médecin généraliste mais aussi associé à une prise d'initiative plus fréquente par les patients. Environ 87 % des 18-75 ans jugeaient normal que leur médecin généraliste leur pose des questions sur l'alcool, plus souvent les hommes et les personnes ayant des revenus élevés. Discussion Les consommations de tabac et surtout d'alcool sont encore peu abordées en consultation selon les patients, alors qu'une part importante de la population jugerait cela normal. Ces résultats montrent qu'il est encore nécessaire de renforcer le repérage systématique des consommateurs par les médecins généralistes.

► **Income-Related Inequality In Affordability And Access To Primary Care In Eleven High-Income Countries**

DOTY M. M., TIKKANEN R. S., FITZGERALD M., *et al.*
2020

Health Affairs 40(1): 113-120.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01566>

A high-performing health care system strives to achieve universal access, affordability, high-quality care, and equity, aiming to reduce inequality in outcomes and access. Using data from the 2020 Commonwealth Fund International Health Policy Survey, we report on health status, socioeconomic risk factors, affordability, and access to primary care among US adults compared

with ten other high-income countries. We highlight health experiences among lower-income adults and compare income-related disparities between lower- and higher-income adults across countries. Results indicate that among adults with lower incomes, those in the US fare relatively worse on affordability and access to primary care than those in other countries, and income-related disparities across domains are relatively greater throughout. The presence of these disparities should strengthen the resolve to find solutions to eliminate income-related inequality in affordability and primary care access.

► **The 2017 Primary Health Care (PHC) Reform In Greece: Improving Access Despite Economic And Professional Constraints?**

EMMANOUILIDOU M.
2021

Health Policy : 125(3) : 290-295
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.017>

Between 2010 and 2018 Greece was subject to a bail-out programme by international creditors and three successive Economic Adjustment Programmes (EAP). These involved large-scale austerity measures and drastic reductions in public sector spending including healthcare. Within this context and in line with the international best practice guidelines for primary care, in August 2017 the left-wing SYRIZA government passed a law for the reform of the Primary Health Care (PHC) sector. The reform introduced the establishment of Local Health Units and the embedded notion of the 'family doctor' as the first pillar of healthcare provision. These reforms aimed to strengthen primary care and to improve access to publicly provided primary care services. Despite the promising claims, the reform was a subject of criticism and failed to engage key stakeholder groups and to be delivered within the original timeline. The aim of this paper is to present the chronicle of the reform, its current status at a national level and its implementation challenges. To address current implementation hindrances, the reform of the Greek PHC sector is expected to undergo systemic changes, including factoring in the scheme's funding needs after 2021, with the successive government reconsidering its future form.

► **The Role Of The State In Financing And Regulating Primary Care In Europe: A Taxonomy**

ESPINOSA-GONZÁLEZ A. B., DELANEY B. C., MARTI J., *et al.*

2021

Health Policy 125(2): 168-176.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.008>

Traditional health systems typologies were based on health system financing type, such as the well-known OECD typology. However, the number of dimensions captured in classifications increased to reflect health systems complexity. This study aims to develop a taxonomy of primary care (PC) systems based on the actors involved (state, societal and private) and mechanisms used in governance, financing and regulation, which conceptually represents the degree of decentralisation of functions. We use nonlinear canonical correlations analysis and agglomerative hierarchical clustering on data obtained from the European Observatory on Health Systems and Policy and informants from 24 WHO European Region countries. We obtain four clusters: 1) Bosnia Herzegovina, Czech Republic, Germany, Slovakia and Switzerland: corporatist and/or fragmented PC system, with state involvement in PC supply regulation, without gatekeeping; 2) Greece, Ireland, Israel, Malta, Sweden, and Ukraine: public and (re)centralised PC financing and regulation with private involvement, without gatekeeping; 3) Finland, Norway, Spain and United Kingdom: public financing and devolved regulation and organisation of PC, with gatekeeping; and 4) Bulgaria, Croatia, France, North Macedonia, Poland, Romania, Serbia, Slovenia and Turkey: public and deconcentrated with professional involvement in supply regulation, and gatekeeping. This taxonomy can serve as a framework for performance comparisons and a means to analyse the effect that different actors and levels of devolution or fragmentation of PC delivery may have in health outcomes.

► **The Evolving Role Of Medical Assistants In Primary Care Practice: Divergent And Concordant Perspectives From MAs And Family Physicians**

FRAHER E. P., CUMMINGS A. ET NEUTZE D.

2021

Medical Care Research and Review 78(1_suppl): 7S-17S.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720966148>

Medical assistants (MAs) are a flexible and low-cost resource for primary care practices and their roles are swiftly transforming. We surveyed MAs and family physicians in primary care practices in North Carolina to assess concordance in their perspectives about MA roles, training, and confidence in performing activities related to visit planning; direct patient care; documentation; patient education, coaching or counseling; quality improvement; population health and communication. For most activities, we did not find evidence of role confusion between MAs and physicians, physician resistance to delegate tasks to properly trained MAs, or MA reluctance to pursue training to take on new roles. Three areas emerged where the gap between the potential and actual implementation of MA role transformation could be narrowed—population health and panel management; patient education, coaching, and counseling; and scribing. Closing these gaps will become increasingly important as our health care system moves toward value-based models of care.

► **Challenges Facing Primary Health Care In Federated Government Systems: Implementation Of Primary Health Networks In Australian States And Territories**

FREEMAN T., BAUM F., JAVANPARAST S., *et al.*

2021

Health Policy : [Ahead of print]

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.002>

In many federated countries, there is divided health system responsibility that can affect primary health care (PHC) policy and implementation, and complicate collaboration between PHC actors. We examined an Australian policy initiative, Primary Health Networks (PHNs), which are regional PHC organisations, to examine how they collaborated with state and territory PHC actors, and what factors enhanced or constrained collaboration. For PHNs we surveyed 66

staff, interviewed 82 staff, examined board membership, and analysed documents from all 31 PHNs. We also interviewed 11 state and 5 federal health bureaucrats. We mapped the PHC system in each state, and conducted team thematic analysis of the qualitative data collected. We found variation in how well PHNs collaborated with state and territory actors, ranging from poor relationships through to strong cooperation and co-commissioning. This was affected by factors to do with the state health department, geography, PHN funding and regulations, ambiguities in the federal/state divided responsibilities for PHC, and the extent of use of collaboration mechanisms and strategies. Resourcing and supporting such collaboration mechanisms, and increasing regional funding flexibility of funding would increase the potential for regional organisations to successfully navigate ambiguities in responsibility and foster a more integrated, cohesive PHC system.

► **Conditions For Successful Interprofessional Collaboration In Integrated Care – Lessons From A Primary Care Setting In Denmark**

HALD A. N., BECH M. ET BURAU V.
2021

Health Policy : [Ahead of print]
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.007>

Increasing demand for interprofessional collaboration in health care settings has led to a greater focus on how conditions influence the success of interprofessional collaboration, but little is known about the magnitude of the interactions between different conditions. This paper aims to examine the relationships of intervention conditions and context conditions at the professional and organisational level and examine how they influence the staff's perceived success of the interprofessional collaboration. Methods The study was conducted as a multilevel cross-sectional survey in March of 2019 in the second largest municipality in Denmark, Aarhus. The study population was all frontline-staff members and managers in nursing homes, home care units and health care units. The final sample consisted of 498 staff members and 27 managers. Confirmatory path analysis was used to analyse the data. Results The results indicate that context conditions greatly influence intervention conditions at the professional and organisational level and that the professional and organisational levels moderately co-vary. Professional level context conditions have

the biggest influence on staff's perceived success, partly because its influence is confounded by intervention conditions. Conclusion Practice and research in health care settings should re-focus their attention from a broad understanding of context as unchangeable and inconsequential, to understanding context as an important condition type for interprofessional collaboration that needs to be further understood and researched.

► **Coconstruction d'une intervention infirmière centrée sur la personne pour soutenir l'autogestion des individus vivant avec le diabète de type 2**

LAFONTAINE S., BOURGAULT P. ET ELLEFSEN É.
2020

Recherche en soins infirmiers 143(4): 19-34.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-4-page-19.htm>

Les personnes vivant avec le diabète de type 2 sont amenées à effectuer des changements de comportement exigeants pouvant entraîner des difficultés d'autogestion. Contexte : les lignes directrices recommandent aux professionnels de la santé d'opter pour une approche centrée sur la personne (ACP) lors de leurs soins. Toutefois, cette approche semble difficile à adopter dans la pratique. Objectif : coconstruire une intervention inspirée de la carte conceptuelle (CC) pour favoriser l'adoption d'une ACP par les infirmières lors des rencontres de soutien à l'autogestion. Méthode : l'étude s'appuie sur un modèle d'élaboration d'interventions infirmières fondées sur des données probantes. Cinq experts (deux patients, deux infirmières, une pédagogue) ont collaboré à la coconstruction de l'intervention. Résultats : l'intervention de soutien à l'autogestion du diabète selon une approche centrée sur la personne (SAD-ACP) a été développée en accord avec les fondements d'une ACP et de la CC. Elle inclut quatre étapes : 1) introduire l'intervention ; 2) élaborer la carte des besoins ; 3) intervenir selon les besoins prioritaires ; 4) conclure et planifier le suivi. Discussion : d'autres études sont nécessaires pour explorer si l'intervention est acceptable et faisable, et pour juger de sa capacité à mener les infirmières à adopter une ACP. Conclusion : l'intervention SAD-ACP pourrait favoriser l'adoption d'une ACP par les infirmières.

► **Le ressenti de médecins généralistes face au refus de soins des patients : une étude qualitative**

LELIEVRE C., LASSERRE C., JARDE O., *et al.*

2020

Éthique & Santé 17(1): 44-51.

<https://doi.org/10.1016/j.eti.2019.12.001>

En demandant le consentement au patient, le médecin s'attend à entendre un « oui ». Il se retrouve alors démuni quand le patient répond par la négation. La relation de soin s'en trouve déséquilibrée et cela peut alors créer des tensions, menaçant la confiance soignant-soigné normalement nécessaire à une bonne alliance thérapeutique. Objectif L'objectif de cette étude est d'évaluer le ressenti du médecin généraliste face à un refus de soins d'un patient. Méthode Une étude qualitative a été réalisée à partir de l'analyse thématique de 18 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes entre le mois d'octobre 2017 et février 2018. Résultats Pour la plupart des médecins, le refus de soins des patients était avant tout le signe d'une incompréhension ou de représentation négative du soin. La compréhension reposait avant tout sur une bonne communication entre le médecin et le malade. Afin d'obtenir une adhésion au soin, la stratégie la plus pertinente était une approche centrée sur le patient afin d'aboutir à un compromis entre le projet de soin du soignant et le projet de vie du patient. Mais en cas de persistance du refus, les médecins s'accordaient à dire qu'ils respectaient ce choix. Conclusion Généralement les médecins ne vivaient pas le refus de soins comme une atteinte personnelle et ne souffraient pas de cette situation. Toutefois, ce refus pouvait entraîner une rupture de la relation thérapeutique. Cependant, quelques-uns voyaient le refus de soins comme une manière de renforcer le lien médecin-malade et de favoriser le dialogue.

► **Community Participation And Empowerment In Primary Health Care In Emilia-Romagna: A Document Analysis Study**

LUISI D. ET HÄMEL K.

2021

Health Policy 125(2): 177-184.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.11.007>

Community participation and empowerment are seen as fundamental for achieving equitable, people-centred primary health care. Emilia-Romagna region intro-

duced the Casa della Salute aiming to foster comprehensive primary health care and support community participation. Since the 1990s, community involvement has been promoted to improve the regional health system. The pivotal role of third sector organisations as service providers and advocates for users' rights has been underlined. This contribution explores the evolution of the meaning and conceptualisation of community participation and empowerment in policies addressing the Casa della Salute. A qualitative document analysis study was undertaken. Three national and twelve regional documents dated between 2006 and 2019 were evaluated. The policies continuously address community participation. The Casa della Salute is seen as a designated place to promote participation and empowerment. The documents point to the need for democratic practice and shared decision-making power; third sector organisations are seen as salient community representatives and mediators. However, the policies show only a vague conceptualisation of how to empower communities; moreover, strategies to promote participation of vulnerable groups are lacking. Policies that consider the ambiguous role of the third sector, specify community empowerment, identify strategies to facilitate it and collaborate with vulnerable groups could be beneficial for further progress.

► **Factors That Influence Specialist Physician Preferences For Fee-For-Service And Salary-Based Payment Models: A Qualitative Study**

OGUNDEJI Y. K., QUINN A., LUNNEY M., *et al.*

2021

Health Policy : [Ahead of print.]

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.014>

Most physicians across the world are paid through fee-for-service. However, there is increased interest in alternative payment models such as salary, capitation, episode-based payment, pay-for-performance, and strategic blends of these models. Such models may be more aligned with broad health policy goals such as fiscal sustainability, delivery of high-quality care, and physician and patient well-being. Despite this, there is limited research on physicians' preferences for different models and a disproportionate focus on differences in income over other issues such as physician autonomy and purpose. Using qualitative interviews with 32 specialist physicians in Alberta, Canada, we examined factors that influence preferences for fee-for-service (FFS) and salary-based payment models. Our findings

suggest that a series of factors relating to (1) physician characteristics, (2) payment model characteristics, and (3) professional interests influence preferences. Within these themes, flexibility, autonomy, and compatibility with academic roles were highlighted. To encourage physicians to select a specific payment model, the model must appeal to them in terms of income potential as well as non-monetary values. These findings can support constructive discussions about the merits of different payment models and can assist policy makers in considering the impact of payment reform.

► **Do Access, Quality And Cost Of General Practice Affect Emergency Department Use?**

PAK A. ET GANNON B.

2021

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

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.003>

Limited access, poor experience, and high out-of-pocket (OOP) costs of primary care services may lead to avoidable emergency department (ED) presentations. But, the evidence has been limited with most of the studies using surveys conducted in EDs. Using detailed health survey data of Australian women linked to multiple administrative datasets, we extend the literature by estimating the effects of access, costs, and experience of general practice (GP) services on the probability of ED attendance while accounting for a large set of health and socioeconomic covariates. Our findings suggest that improvements in access to primary care services can significantly reduce the demand for low acuity ED presentations. We also show that the impact of increased accessibility of GP services is expected to be the highest for socioeconomic vulnerable populations and patients whose access is the poorest. This evidence can be useful for the design of targeted policies aimed at improving access to doctors in particular areas that are socioeconomically disadvantaged and where medical skill shortages are significant. However, policies aimed at reduction in primary care OOP costs or improvement in the perception of GP quality are less likely to be effective in reducing the number of non-urgent ED presentations.

► **Impact Of Interprofessional Collaboration On Chronic Disease Management: Findings From A Systematic Review Of Clinical Trial And Meta-Analysis**

PASCUCCI D., SASSANO M., NURCHIS M. C., *et al.*

2021

[Health Policy 125\(2\): 191-202.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.006>

Improvement of chronic disease management demands effective collaborative relationships between health and social-care which is achieved through teamwork. Interprofessional Education (IPE) and Interprofessional Collaboration (IPC) are recognized as essential for the delivery of effective and efficient healthcare. Although IPC and IPE are key components of primary care, evidence of studies evaluating how an IPE intervention prior to IPC improved chronic patient outcomes remains scarce. The aim of this study was to assess the impact of IPC interventions on the management of chronic patients compared to usual care. A systematic review and meta-analysis of Randomized Controlled Trials (RCTs) on IPC interventions on chronicity management and their impact on clinical and process outcomes was conducted. Of the 11,128 papers initially retrieved, 23 met the inclusion criteria. Meta-analyses results showed the reduction of systolic blood pressure (Mean Difference (MD) -3.70; 95% CI -7.39, -0.01), glycosylated hemoglobin (MD -0.20; 95% CI -0.47, -0.07), LDL cholesterol (MD -5.74; 95% CI -9.34, -2.14), diastolic blood pressure (MD -1.95; 95% CI -3.18, -0.72), days of hospitalization (MD -2.22; 95% CI -4.30, -0.140). A number of positive findings for outcomes related to IPC were found reflecting an improvement of quality of care and an enhancement in the delivery of patient-centered and coordinated care. Moreover, the need for a purposeful systemic approach linking interprofessional education with interprofessional collaboration and patient health and wellbeing is necessary.

► **Assessing Primary Care Organization And Performance: Literature Synthesis And Proposition Of A Consolidated Framework**

SENN N., BRETON M., EBERT S. T., *et al.*

2021

[Health Policy 125\(2\): 160-167.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.004>

Many frameworks describing primary care (PC) organi-

zation exist. This study proposes a consolidated framework based on the synthesis of published frameworks for the assessment of primary care organization and performance. Approach We conducted a review of the literature to identify relevant existing frameworks that aimed to describe PC organization or/and monitor its activities. First, we extracted all domains from the frameworks and then hierarchically organized them into domains, dimensions and elements. Second, we mapped key domains. Third, we grouped together domains covering the same field to build a consolidated framework. Finally, the consolidated framework was assessed by 10 international experts in PC evaluation using a survey. Results We retained seven frameworks. The consolidated framework comprises four domains: 1) population needs; 2) organization and structure of PC practices; 3) delivery of PC services and 4) patient and population health outcomes. We added five connecting constructs to the framework in order to link the domains: accessibility, appropriateness, productivity, efficiency, effectiveness, equity and integration. None of the previously published frameworks encompassed all domains, dimensions and elements of the new consolidated framework. Conclusion We propose a consolidated framework of PC organization based on the synthesis of seven published frameworks. This unitary framework may provide a foundation for comparative assessment across various contexts to support researchers and policy makers.

► **The Effect Of Electronic Audits And Feedback In Primary Care And Factors That Contribute To Their Effectiveness: A Systematic Review**

VAN DEN BULCK S., SPITAELS D., VAES B., *et al.*
2020

International Journal for Quality in Health Care
32(10): 708-720.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa128>

The aim of this systematic review was (i) to assess whether electronic audit and feedback (A&F) is effective in primary care and (ii) to evaluate important features concerning content and delivery of the feedback in primary care, including the use of benchmarks, the frequency of feedback, the cognitive load of feedback and the evidence-based aspects of the feedback. The MEDLINE, Embase, CINAHL and CENTRAL databases were searched for articles published since 2010 by replicating the search strategy used in the last Cochrane review on A&F. Two independent reviewers assessed

the records for their eligibility, performed the data extraction and evaluated the risk of bias. Our search resulted in 8744 records, including the 140 randomized controlled trials (RCTs) from the last Cochrane Review. The full texts of 431 articles were assessed to determine their eligibility. Finally, 29 articles were included. Two independent reviewers extracted standard data, data on the effectiveness and outcomes of the interventions, data on the kind of electronic feedback (static versus interactive) and data on the aforementioned feedback features. Twenty-two studies (76%) showed that electronic A&F was effective. All interventions targeting medication safety, preventive medicine, cholesterol management and depression showed an effect. Approximately 70% of the included studies used benchmarks and high-quality evidence in the content of the feedback. In almost half of the studies, the cognitive load of feedback was not reported. Due to high heterogeneity in the results, no meta-analysis was performed. This systematic review included 29 articles examining electronic A&F interventions in primary care, and 76% of the interventions were effective. Our findings suggest electronic A&F is effective in primary care for different conditions such as medication safety and preventive medicine. Some of the benefits of electronic A&F include its scalability and the potential to be cost effective. The use of benchmarks as comparators and feedback based on high-quality evidence are widely used and important features of electronic feedback in primary care. However, other important features such as the cognitive load of feedback and the frequency of feedback provision are poorly described in the design of many electronic A&F intervention, indicating that a better description or implementation of these features is needed. Developing a framework or methodology for automated A&F interventions in primary care could be useful for future research.

Health Systems

► **From Quality Measurement To Practice Improvement: The Necessary Steps**

FOURCADE N., PINCUS H. A. ET SPAETH-RUBLEE B.
2020

Journal de gestion et d'économie de la santé 4(4): 288-295.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-288.htm>

Les définitions de la qualité des soins de santé mettent l'accent sur sa nature qualitative et multidimensionnelle, de sorte que la possibilité même de la mesurer a été longtemps débattue. Mais les travaux de chercheurs utilisant des indicateurs de qualité pour mettre en évidence, il y a plus de vingt ans, des problèmes majeurs jusqu'alors restés invisibles, ont donné lieu à un vaste mouvement de mesure, notamment aux États-Unis. Plusieurs leçons sur les bonnes pratiques et les écueils à éviter peuvent être tirées de cette expérience. La confiance et la co-construction sont cruciales. Les efforts pour produire les meilleurs indicateurs possibles sont essentiels, mais les mesures sont intrinsèquement imparfaites, de sorte que les politiques d'amélioration de la qualité fondées sur la mesure ne répondront pas aux attentes sans accord initial des parties prenantes sur un objectif commun. Pour obtenir l'adhésion des offreurs de soins, il est nécessaire de créer de la valeur d'usage pour eux, de sorte que les mêmes données devraient être utilisées pour la régulation et la pratique des professionnels, dans la mesure du possible. Le fait de disposer d'un ensemble équilibré d'indicateurs permet de surmonter les limites de chacun d'entre eux et de voir les phénomènes sous différents angles. Cependant, compte tenu des difficultés et des enjeux élevés associés aux mesures d'incitation financière et aux classements rendus publics, il est nécessaire de n'utiliser qu'un ensemble limité d'indicateurs de grande qualité à ces fins.

► **Compaqh. Un projet de recherche en soutien des pouvoirs publics sur les indicateurs qualité et IFAQ**

MINVIELLE É.
2020

Journal de gestion et d'économie de la santé 4(4): 303-306.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-303.htm>

Le projet de recherche Compaqh (COordination de la Mesure de la Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) n'est pas le seul à avoir été créé et financé par le Ministère de la Santé et la HAS afin de les accompagner dans le développement des indicateurs de qualité hospitaliers et de l'Incitation financière à l'amélioration de la qualité. D'autres, comme le projet Clarté (Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé) ont pu jouer un rôle important sur des thèmes spécifiques. Mais le projet Compaqh a de particulier d'avoir accompagné les pouvoirs publics pendant 13 ans, de 2003 à 2016, participant à toutes les étapes, de la conception des indicateurs à l'incitation financière. En cela, il est intéressant de rappeler ses grandes étapes au sein de ce numéro spécial. En 2003, lorsque le projet est né, peu d'indicateurs de qualité existent à l'hôpital. Les crises sanitaires de l'époque, notamment celle des infections nosocomiales, obligent le gouvernement à développer une politique d'évaluation. Les indicateurs représentent une solution intéressante car ils permettent des évaluations annuelles de la qualité hospitalière, en se fondant sur des mesures de la qualité qui commencent à prouver leur robustesse (Minvielle & Pouvourville, 2001). Le chantier mis en place va conduire à produire une première génération d'indicateurs généralisés, dont beaucoup restent encore utilisés dans des formules améliorées. Ce sont pour le plus grand nombre des indicateurs de processus, portant sur la tenue du dossier du patient, le délai d'envoi de la lettre au médecin traitant, ou la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires.

► **De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé**

ROCHAIX L., GRENIER C. ET MAY-MICHELANGELI L.
2020

[Journal de gestion et d'économie de la santé 4\(4\): 221-241.](#)

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-221.htm>

Dans tous les pays développés, la prise en compte de la qualité dans la régulation des systèmes de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. La recherche de l'efficacité, aussi nécessaire soit-elle, ne saurait en effet conduire à des ajustements à la baisse de la qualité des soins. La perspective d'utiliser des indicateurs de qualité dans la rémunération des producteurs fait aujourd'hui son chemin, d'autant que les progrès accomplis dans la mesure de la qualité permettent de disposer d'une vaste palette d'indicateurs. En matière de mesure, les évolutions marquantes à l'étranger sont la combinaison d'indicateurs de processus et de résultats d'une part, et d'autre part, le recueil de plus en plus fréquent de la perspective patient, tant pour l'appréciation des résultats de santé que pour l'expérience de la qualité des soins. Quant à la prise en compte explicite de la qualité dans les schémas de rémunération, elle est aujourd'hui effective, avec plus ou moins de succès, dans plusieurs pays à l'étranger. L'objet de cet article est de faire le point sur les développements récents à l'étranger et en France, concernant la mesure de la qualité des soins et sur les perspectives ouvertes par son usage en matière de rémunération des producteurs de soins.

► **Vers la co-construction d'indicateurs de qualité pour le financement**

SANCHEZ M.-A., CLÉMENT M.-C., ELEGBEDE C.-F., *et al.*

2020

[Journal de gestion et d'économie de la santé 4\(4\): 296-302.](#)

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-296.htm>

Les réformes entreprises dans le domaine de la santé au cours de ces dernières décennies tendent à répondre à différents enjeux : amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité, maîtrise des dépenses de santé, évaluation des politiques de santé publique. De nouveaux types de financement mixtes ont vu le jour pour inciter les professionnels de santé et les établis-

sements, à améliorer à la fois leur productivité, promue par la tarification à l'activité (T2A), et leur qualité, par la mise en œuvre de paiements à la performance (P4P) complémentaires. Si la qualité concerne les différentes étapes du processus de soins, de l'entrée du patient dans son parcours, jusqu'aux résultats cliniques finaux, elle nécessite de disposer d'indicateurs pour constituer un ensemble d'outils fiables, objectifs, reproductibles, permettant aux acteurs de se monitorer, mais aussi de se comparer entre eux, reflétant ainsi d'éventuels écarts concernant l'offre de soins territoriale. Dans le cadre des expérimentations article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 un processus bottom-up innovant et efficace a été utilisé pour élaborer les indicateurs qualité : la co-construction. Alliant professionnels de santé, décideurs et experts, ce processus devrait sans doute améliorer l'adhésion des acteurs et in fine renforcer la place de la qualité dans le financement, ainsi que son acceptation par les acteurs de terrain.

► **Le tri médical, une réalité quotidienne**

VENIER F.

2020

[Revue française d'éthique appliquée 10\(2\): 12-15.](#)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2020-2-page-12.htm>

Les développements récents de la génomique nous promettent de révéler nos prédispositions à développer une pathologie. La modélisation informatique de systèmes complexes nous permet de prévoir l'évolution du climat dans cent ans. Les études démographiques nous incitent à anticiper sur le vieillissement de la population à l'horizon 2050. C'est ce nouveau rapport au temps que nous questionnons dans ce numéro, car il pose, de manière aiguë, la question de notre avenir, de sa désirabilité et de ses conditions de possibilité. Pour dépasser le célèbre « There is no alternative », pour que l'avenir demeure ouvert, encore faut-il déterminer les contours de ce que nous voudrions préserver ou restaurer. C'est en cela qu'il faudrait d'abord questionner l'idée même d'un « avenir ouvert ». Les contributeurs interrogent ici la pertinence de cette notion, sa définition et ses implications pour faire entrer la notion d'avenir ouvert de manière plus large et argumentée dans les débats contemporains.

Occupational Health**► Employment Vulnerability Of People With Severe Mental Illness**DIBY A. S., LENGAGNE P. ET REGAERT C.
2021**Health Policy 125(2): 269-275.**<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.008>

Using French longitudinal register data, we compare the evolution of employment rates of persons with severe chronic mental illness, before and after the first medico-administrative recognition of the illness by the Statutory Health Insurance (SHI), with that of people without recognised mental illness. The study focuses on persons of working age having a work history before recognition. Our empirical approach relies on a double difference method with coarsened exact matching. Before illness recognition subjects had lower employment rates than those without mental illness but relatively high, reflecting their initial employment attachment. Results indicate that employment rates decrease sharply after recognition. A large employment rate gap between persons with and without severe mental illness develops during the four years following recognition. We examine whether the magnitude of the decrease is sensitive to the macroeconomic context. Findings show that the decline in employment rates was significantly more pronounced during the Great Recession compared with the pre-crisis period, amongst women. As a conclusion, this study points out that implementing coordinated early health and labour policies in the phase of the entry into the chronic-illness insurance scheme of the SHI might play a key role in preventing the detrimental effects of illness on economic and social conditions of persons with severe mental illnesses.

► Strategy For Finding Occupational Health Survey Participants At Risk Of Long-Term Sickness AbsenceROELEN C. A. M., VAN HOFFEN M. F. A., TWISK J. W. R., *et al.*

2021

European Journal of Public Health : [Ahead of print.]<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa246>

When resources are limited, occupational health survey participants are usually invited to consultations based on an occupational health provider's subjective considerations. This study aimed to find health survey participants at risk of long-term (i.e., ≥ 42 consecutive days) sickness absence (LTSA) for consultations with occupational health providers (OHPs). The data of 64011 non-sicklisted participants in occupational health surveys between 2010 and 2015 were used for the study. In a random sample of 40000 participants, 27 survey variables were included in decision tree analysis (DTA) predicting LTSA at 1-year follow-up. The decision tree was transferred into a strategy to find participants for OHP consultations, which was then tested in the remaining 24011 participants. In the development sample, 1358 (3.4%) participants had LTSA at 1-year follow-up. DTA produced a decision tree with work ability as first splitting variable; company size and sleep problems were the other splitting variables. A strategy differentiating by company size would find 75% of the LTSA cases in small (≤ 99 workers) companies and 43% of the LTSA cases in medium-sized (100–499 workers) companies. For large companies (≥ 500 workers), case-finding was only 25%. In small and medium-sized companies, work ability and sleep problems can be used to find occupational health survey participants for OHP consultations aimed at preventing LTSA. Research is needed to further develop a case-finding strategy for large companies.

Ageing

► **Inégalités socio-économiques et conceptions subjectives du bien-vieillir. Résultats d'une enquête quantitative**

APOUEY B.
2020

Retraite et société 84(2): 13-40.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2020-2-page-13.htm>

Cet article s'intéresse aux conceptions subjectives du « bien-vieillir » chez les plus de 40 ans en France. Nous tentons de mettre au jour les facteurs explicatifs de ces conceptions, en prêtant une attention particulière au rôle du statut socio-économique. Pour cela, nous analysons des données issues d'une enquête quantitative originale menée en 2016 auprès d'environ 1730 adhérents d'une mutuelle. Dans l'ensemble, bien vieillir signifie surtout être satisfait de sa santé, de sa situation financière, de sa vie familiale et de son couple. Les conditions d'existence ont un retentissement sur les conceptions du bien-vieillir. En effet, dans les milieux plus favorisés, bien vieillir est plus souvent synonyme de bonne santé, de sociabilité et de projets, tandis que dans les milieux plus défavorisés, l'accent est davantage porté sur la satisfaction vis-à-vis du logement et de son environnement, ce qui pourrait renvoyer à des conditions d'habitat plus souvent insatisfaisantes et au « choix du nécessaire ».

► **Fragilité du sujet âgé et prévention : que retenir des avancées de la recherche ?**

ARBUZ G. ET GONTHIER R.
2020

Gérontologie et société 42 / 163(3): 221-233.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2020-3-page-221.htm>

Traditionnellement associée aux âges extrêmes de l'existence, la fragilité du sujet âgé a bénéficié d'un regain d'intérêt à la suite du remplacement d'une représentation figée de la vieillesse par celle plus complexe et dynamique de vieillissement et d'une meilleure appréciation de ses conséquences sur le déroulement des dernières années de vie des aînés. Des colloques sur la fragilité sont régulièrement programmés, une revue scientifique intitulée Journal of

Frailty and Aging a été créée, de nombreux projets de recherche lui sont consacrés. Après un aperçu des contributions de la recherche médicale, de la sociologie et de la psychologie à la compréhension de la fragilité, cet article présente l'aide qu'on peut en attendre pour aider les sujets âgés à se prémunir contre les risques majeurs de la fragilité et à en retarder certaines des manifestations.

► **Health Promotion Policies For Elderly—Some Comparisons Across Germany, Italy, The Netherlands And Poland**

ARSENIJEVIC J. ET GROOT W.
2020

Health Policy : [Ahead of print]

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.013>

The aim of this study is to compare health promotion policies (HPP) for older adults in four European countries: Germany, Italy, the Netherlands and Poland. We focus on the design, regulations and implementation of policies in these countries. Method As policy relevant information is mostly available in national languages we have approached experts in each country. They filled in a specially designed questionnaire on the design, regulation and implementation of health promotion policies. To analyze the data collected via questionnaires, we use framework analyses. For each subject we define several themes. Results Regarding regulations, Poland and Italy have a top-down regulation system for health promotion policy. Germany and Netherlands have a mixed system of regulation. Regarding the scope of the policy, in all four countries both health promotion and prevention are included. Activities include promotion of a healthy life style and social inclusion measures. In Poland and Italy the implementation plans for policy measures are not clearly defined. Clear implementation plans and budgeting are available in Germany and the Netherlands Conclusions In all four countries there is no document that exclusively addresses health promotion policies for older adults. We also found that HPP for older adults appears to be gradually disappearing from the national agenda in all four countries.

► **A Longitudinal Study On Public Policy And The Health Of In-House Caregivers In Europe**

CALVÓ-PERXAS L., VILALTA-FRANCH J., LITWIN H., *et al.*

2021

Health Policy : [Ahead of print]

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.001>

Caregiving has negative effects on the health of informal caregivers. The current aging of the population predicts an increase in the number of informal caregivers worldwide. The effect of available public policies that support informal caregivers in their self-perceived health is an understudied topic. We analyzed the differences in the effects of public support policies in 11 European countries using longitudinal data from waves 5 and 6 of the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe. In this cohort, 2,303 respondents were in-house informal caregivers. Logistic regression models were fitted adjusting for the main determinants of caregiving. Respite care and caregiver allowances emerged as the most effective measures of support for caregivers' health maintenance (relative risk [RR] = 0.2; 95% CI = 0.1-0.8 and RR = 0.5; 95% CI = 0.3-0.9). Despite the differences in the welfare systems of Scandinavian and Mediterranean countries, informal caregivers in these countries were less likely than those living in Continental or Eastern countries to have declined health two years later. Our results indicate that public support policies are significantly related to caregivers' subsequent health, but the effects vary by country. Country-specific studies should be performed to take into account the determinants of caregiving linked to the social context of each country.

► **L'amélioration de la qualité du management comme facteur d'implication et de fidélisation du personnel des Ehpad en milieu rural. Cas de 3 recherche-interventions**

COMBAUDON C. ET FOURÉ-JOOPEN H.

2020

Recherches en Sciences de Gestion 139(4): 169-196.

<https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2020-4-page-169.htm>

Le vieillissement de la population en France aura inévitablement des conséquences sur sa future société et notamment sur la considération des personnes âgées et leur place dans son modèle social actuel. Les établis-

sements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), équivalant à des maisons de retraite médicalisées, ont été mis en place pour répondre à un véritable besoin concernant les soins de longue durée et de services aux personnes âgées. Ces résidences présentent cependant leurs limites au regard de l'implication des personnes soignants. En nous basant sur trois cas d'interventions, nous considérons que la situation défailante actuelle est très souvent due à un manquement de la part du management aux besoins pas seulement budgétaires mais également sociaux et proposons des pistes de progrès.

► **Actualizing Better Health And Health Care For Older Adults**

FULMER T., REUBEN D. B., AUERBACH J., *et al.*

2021

Health Affairs: 40(2)

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01470>

By 2030 more people in the United States will be older than age sixty-five than younger than age five. Our health care system is unprepared for the complexity of caring for a heterogeneous population of older adults - a problem that has been magnified by the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Here, as part of the National Academy of Medicine's Vital Directions for Health and Health Care: Priorities for 2021 initiative, we identify six vital directions to improve the care and quality of life for all older Americans. The next administration must create an adequately prepared workforce; strengthen the role of public health; remediate disparities and inequities; develop, evaluate, and implement new approaches to care delivery; allocate resources to achieve patient-centered care and outcomes, including palliative and end-of-life care; and redesign the structure and financing of long-term services and supports. If these priorities are addressed proactively, an infrastructure can be created that promotes better health and equitable, goal-directed care that recognizes the preferences and needs of older adults.

► **Integration Of Health Services For The Elderly In Asia: A Scoping Review Of Hong Kong, Singapore, Malaysia, Indonesia**

HE A. J. ET TANG V. F. Y.

2021

Health Policy 125(3) : 351-362

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.020>

Against the backdrop of rapid ageing populations, there is an increasing recognition of the need to integrate various health services for the elderly, not only to provide more coordinated care, but also to contain the rapid cost inflation driven primarily by the curative sector. Funded by the Asia-Pacific Observatory on Health Systems and Policies, this scoping review seeks to synthesize the received knowledge on care integration for the elderly in four Asian societies representing varying socioeconomic and health-system characteristics: Singapore, Hong Kong, Malaysia, and Indonesia. The search for English-language literature published between 2009 and 2019 yielded 67 publications in the final sample. The review finds that both research and practice regarding health service integration are at a preliminary stage of development. It notes a marked trend in seeking to integrate long-term elderly care with curative and preventive care, especially in community settings. Many distinctive models proliferated. Integration is demonstrated not only horizontally but also vertically, transcending public-private boundaries. The central role of primary care is highly prominent in almost all the integration models. However, these models are associated with a variety of drawbacks in relation to capacity, perception, and operation that necessitate further scholarly and policy scrutiny, indicating the robustness and persistence of siloed health-care practices.

► **Social Isolation And Loneliness As Related To Progression And Reversion Of Frailty In The Survey Of Health Aging Retirement In Europe (SHARE)**

JARACH C. M., TETTAMANTI M., NOBILI A., *et al.*

2020

Age and Ageing 50(1): 258-262.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa168>

Frailty was shown to be associated with psychosocial risk factors, but there are few longitudinal data. We used data from waves 5 and 6 of the Survey of Health Aging Retirement in Europe (SHARE) to study the contribution of loneliness and social isolation to

transitions towards frailty defined according to Fried criteria in a sample of 27,468 individuals aged ≥ 60 . At baseline, there were 13,069 (47.6%) robust individuals, 11,430 (41.6%) pre-frail and 2,969 (10.8%) frail. After 2 years, among robust subjects at baseline, 8,706 (61.8%) were still robust, 4,033 (30.8%) were pre-frail and 330 (2.6%) were frail. Among those who were pre-frail, 1,504 (13.2%) progressed to frail and 3,557 (31.1%) became robust. Among frail people, 182 (6.1%) reversed to robust and 1,271 (42.8%) to pre-frail. Average and high levels of loneliness and social isolation were significantly associated with the risk of robust people becoming frail and pre-frail (except robust with high loneliness to become frail), and of pre-frail people to become frail (except with average loneliness). Reversion to robustness was inversely associated with high levels of loneliness. Average levels of loneliness and social isolation should not be considered acceptable and should be actively addressed even in the absence of any health conditions through an available evidence-based intervention.

► **Prevalence Of Frailty In 62 Countries Across The World: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Population-Level Studies**

O'CAOIMH R., SEZGIN D., O'DONOVAN M. R., *et al.*

2020

Age and Ageing 50(1): 96-104.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa219>

The prevalence of frailty at population level is unclear. We examined this in population-based studies, investigating sources of heterogeneity. PubMed, Embase, CINAHL and Cochrane Library databases were searched for observational population-level studies published between 1 January 1998 and 1 April 2020, including individuals aged ≥ 50 years, identified using any frailty measure. Prevalence estimates were extracted independently, assessed for bias and analysed using a random-effects model. In total, 240 studies reporting 265 prevalence proportions from 62 countries and territories, representing 1,755,497 participants, were included. Pooled prevalence in studies using physical frailty measures was 12% (95% CI = 11–13%; $n = 178$), compared with 24% (95% CI = 22–26%; $n = 71$) for the deficit accumulation model (those using a frailty index, FI). For pre-frailty, this was 46% (95% CI = 45–48%; $n = 147$) and 49% (95% CI = 46–52%; $n = 29$), respectively. For physical frailty, the prevalence was higher among females, 15% (95% CI = 14–17%; $n = 142$), than

males, 11% (95% CI = 10–12%; n = 144). For studies using a FI, the prevalence was also higher in females, 29% (95% CI = 24–35%; n = 34) versus 20% (95% CI = 16–24%; n = 34), for males. These values were similar for pre-frailty. Prevalence increased according to the minimum age at study inclusion. Analysing only data from nationally representative studies gave a frailty prevalence of 7% (95% CI = 5–9%; n = 46) for physical frailty and 24% (95% CI = 22–26%; n = 44) for FIs. Population-level frailty prevalence varied by classification and sex. Data were heterogeneous and limited, particularly from nationally representative studies making the interpretation of differences by geographic region challenging. Common methodological approaches to gathering data are required to improve the accuracy of population-level prevalence estimates. PROSPERO-CRD42018105431.

identifiées comme potentiel facteur causal. Discussion et conclusion : la diversité des dénominations et des significations renforce inévitablement l'imprécision de la langue médicale, et de la terminologie en particulier. Cette dernière est susceptible d'impacter négativement la communication entre les professionnels de santé, les patients et leurs proches. Des tentatives d'homogénéisation devraient être entreprises.

► **« Sédation » ou « pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie » ? Une étude linguistique des recommandations francophones en matière de sédation en soins palliatifs chez l'adulte**

TOMCZYK M., VIALARD M.-L. ET BELOUCIF S.
2020

Recherche en soins infirmiers 143(4): 106-117.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-4-page-106.htm>

Contexte : si la sédation est une pratique importante dans le contexte des soins palliatifs, elle manque d'une précision terminologique et conceptuelle, au plan international ou francophone. Introduction : bien que nombreuses et considérées comme des textes de référence, les recommandations francophones relatives à la sédation palliative chez l'adulte n'ont jamais fait l'objet d'une analyse linguistique. Objectifs : l'objectif de notre étude était d'explorer et d'analyser les dénominations de la sédation et leurs significations dans les documents belges, français, québécois et suisses. Méthodes : les recommandations en vigueur ont été soumises à une analyse de contenu de trois niveaux : textuel, terminologique et conceptuel. Résultats : dans les recommandations belges, québécoises et suisses, le même terme était utilisé pour nommer la sédation, sans qu'il soit conceptualisé de manière homogène. A contrario, dans les documents français, malgré un foisonnement terminologique, les définitions étaient assez similaires sans pour autant être identiques. Des spécificités culturelles, en lien avec la législation en matière de fin de vie de chacun de ces pays, ont été

Index des auteurs Author index

A

Abdus S.	38
Adovor E.	19
Aistov A.	11
Alain M.	42
Aleksandrova E.	11
Allers K.	22
Anderson K. K.	49
Andler R.	50
Anstreicher G.	29
Apouey B.	60
Arbuz G.	60
Arsenijevic J.	60
Atherton I.	34
Atun R.	41
Aubry R.	61
Auerbach J.	62

B

Babykina G.	28
Barson D.	17
Baum F.	52
Bäumler M.	22, 23
Beaumel C.	13
Bech M.	53
Bec J.	49
Bell N.	49
Beloucif S.	64
Berland P.	38
Bernelin M.	33
Berrada S.	37
Birkeland S.	23
Bjorner J. B.	21
Blavin F.	11
Bloy G.	50
Bojke L.	41
Bom J.	61
Bonnet C.	42
Bourgault P.	53
Boussarsar E.	50
Brabrand M.	23
Brenna E.	43
Breslin M. L.	25

Breton M.	55
Broucke M.	61
Brouns C.	43
Brun P.	45
Budet J. M.	23
Buettgens M.	11
Bureau V.	53
Byrne J.-P.	19

C

Calderón-Larrañaga A.	22
Calvo-Perxas L.	62
Caoimh R.	63
Caroff N.	37
Cen X.	29
Chapireau F.	43
Chen H.-Y.	15
Chen S.	14
Chen Y.-F.	15
Cherillat M. S.	38
Chiou B.-L.	15
Chiroussel J.	48
Choudhry M.	24
Christensen E. F.	25
Clément M.-C.	58
Cogordan C.	50
Combaudon C.	62
Conway E.	19
Cooper A.	24
Corinne G.	27
Cornet C.	28
Cummings A.	52
Czaika M.	19

D

Damon J.	30
Dauwe V.	24
de Chevigny A.	35
Delaney B. C.	52
Demailly L.	43
De Montalambert P.	23, 28
Desmoulin S.	33

Devalois B.....	61
de Villemeur A. B.	18
Devlin R. A.....	49
Diby A. S.....	59
Dinkar K.....	12
Docquier F.....	19
Donovan M. R.....	63
Doty M. M.....	51
Douven R.....	43
Dudley N.	25
Durand B.	44
Dusetzina S. B.	14

E

Ebert S. T.....	55
Edquist K.	44
Edwards M.	24
Elegbede C.-F.	58
Ellefsen É.	53
Emmanouilidou M.....	51
Espinosa-González A. B.	52
Eugeni E.....	32

F

Ferroud G.	44
Fillol A.	36
Fischer S.....	20
FitzGerald M.....	51
Flora L.	45
Fors S.....	22
Fourcade N.....	57
Fouré-Joopen H.....	62
Fraher E. P.....	52
Franck N.	48
François C.....	45
Freeman T.....	52
Fulmer T.....	62
Fu R.	15

G

Gaffney A.....	15
Gafni A.....	26
Gagnayre R.....	40
Gamst-Jensen H.....	25
Gannon B.....	55

Gautier L.....	36
Geay B.	14
Gebreslassie M.	40, 41
Gemmel P.....	16
Gerry C. J.....	11
Ginsburgh V.	30
Giraud O.....	21
Gonon F.	45
Gonthier R.....	60
Got C.....	28
Gottlieb D. J.....	27
Grass É.	37
Greer S. L.	34
Grenier C.....	58
Groot W.	60
Gross O.	40
Gzil F.	25

H

Haacker M.	41
Hald A. N.....	53
Hallett T. B.....	41
Hämel K.....	54
Hannigan B.....	46
He A. J.	63
Héloïse H.	46
Henderson D. A. G.....	34
Hernández-Quevedo C.....	12
Hill S. C.....	38
Himmelstein D. U.....	15
Hoacoglu S.	35
Holmås T. H.	46

I

Ivan S.....	26
-------------	----

J

Jankovic D.	41
Jarach C. M.....	63
Jarde O.	54
Javanparast S.	52
Jensen A. N.....	25
Jensen N. K.....	21
Johnston D. W.	29

K

Kadio K.....	36
Kalediene R.....	30
Keller P. H.....	45
Kemp R.....	43
Kimberly J.....	16
Kjellberg J.....	17
Kosteas V. D.....	12
Kümpel C.....	23
Kung C. S. J.....	29

L

Lafontaine S.....	53
Lajzerowicz C.....	49
Lamer A.....	28
Lang T.....	18
Lasserre C.....	54
Launat D.....	47
Lefevre T.....	33
Leglise J.....	23
Leichter-Flack F.....	25
Lelievre C.....	54
Lengagne P.....	59
Lenoir-Nanci S.....	35
Lescher Cluzel M.....	26
Lise D.....	47
Litwin H.....	62
Lombrail P.....	40
Luisi D.....	54
Lundberg O.....	31
Lunney M.....	54

M

Mackenbach J. P.....	31
Magerman G.....	30
Marceca M.....	32
Margier J.....	26
Marques I.....	12
Marshall D.....	41
Marsh L.....	18
Marti J.....	52
Martinez Camblor P.....	27
Mathieu-Nicot F.....	28
Mathisen J.....	21
Maugiron P.....	47
May E.....	31

Mayfield-Smith K.....	49
May-Michelangeli L.....	58
McCowan C.....	34
McDermott A. M.....	19
McGuire T. G.....	11
Mériade L.....	20
Michel C.....	26
Mikkelsen K. L.....	23
Miller J.....	25
Mino J.-C.....	39
Minvielle É.....	16, 57
Moison J.-C.....	27
Monnier A.....	47
Monstad K.....	46
Morel S.....	35
Moumjid N.....	26

N

Natali I.....	30
Nau J.....	48
Navas D.....	37
Neutze D.....	52
Niard C.....	48
Nobili A.....	63
Noguchi H.....	15
Nurchis M. C.....	55
Nystrand C.....	40, 41

O

Odoul J.....	38
Ogundeji Y. K.....	54
Olivier L.....	48

P

Pailhe A.....	14
Pak A.....	55
Palm W.....	12
Pan C.....	11
Papon S.....	13
Pascucci D.....	55
Pattyn E.....	16
Penno E.....	17
Petiau A.....	21
Philippe M.....	27
Pincus H. A.....	57

Poitau M.	48
Poitras M.-È.	24
Pott C.	48
Prenovitz S.	22

Q

Quatremère G.	50
Quinn A.	54

R

Rasmussen S. R.	17
Regaert C.	59
Reme S. E.	46
Renet S.	35
Renna F.	12
Reuben D. B.	62
Revil H.	32
Revue Prescrire	33, 36
Richard F.	32
Richerand N.	50
Rigal L.	50
Rist B.	21
Riviere P.	33
Roberge V.	24
Robert S.	50
Robertson L.	18
Rochaix L.	16, 58
Rochette C.	20
Rodriguez J. M.	13
Roelen C. A. M.	59
Roux T.	35

S

Sampaio F.	40
Sanchez M.-A.	58
Sancho-Garnier H.	39
Sassano M.	55
Saurel-Cubizolles M.-J.	18
Schillo S.	11
Schneider U.	48
Senn N.	55
Sezgin D.	63
Shafer P. R.	14
Shen Y.	15
Shortell S. M.	27

Søgaard J.	17
Soupizet J.-F.	33
Spaeth-Rublee B.	57
Spirnhirny F.	28
Spitaels D.	56
Ssegonja R.	41
Stargardt T.	48
Stöckel J.	61
Sullivan T.	17

T

Tang V. F. Y.	63
Tavares A. I.	12
Terral P.	36
Tettamanti M.	63
Thierry X.	14
Tikkanen R. S.	51
Tomczyk M.	64
Tosti M. E.	32
Triboulet J. P.	39
Trimaille H.	28
Twisk J. W. R.	59

V

Vaes B.	56
Van Den Bulck S.	56
Vaneckova P.	18
Van Hoffen M. F. A.	59
van Kleef R. C.	11
Venier F.	58
Viallard M.-L.	64
Vilalta-Franch J.	62
Villebrun F.	50
Villet R.	39
Visade F.	28
Vogler S.	20
Vu T.	49

W

Warin P.	32
Webb E.	12
Werbrouck A.	16
Wilkerson R.	49
Woolhandler S.	15

Y

Yang O.....	29
Ye W.....	13
Yong J.	29

