

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Mars 2022 / March 2022

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Science de l'information et de la communication	<i>Information and Communication Science</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 **L'eupéanisation de l'assurance maladie complémentaire vue de France : plus d'Europe, plus de marché et... plus d'État**
Benoît C.

- 11 **Supplementary Private Health Insurance: The Impact Of Physician Financial Incentives On Medical Practice**
Milcent C. et Zbiri S.

Covid

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

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

- 12 **Identifying Common Enablers and Barriers in European Health Information Systems**
Bogaert P., Verschuuren M., Van Oyen H., et al.

- 12 **Technologies numériques et inégalités sociales de santé : un non-sujet à l'agenda politique mais une action publique émergente sur l'inclusion numérique**
Ramel V.

Économie de la santé Health Economics

- 13 **Financial Burdens Of Out-Of-Pocket Spending Among Medicare Fee-For-Service Beneficiaries: Role Of The “Big Four” Chronic Health Conditions**
Basu R. et Liu H.

- 13 **The Economics Of Medical Procedure Innovation**
Dranove D., Garthwaite C., Heard C., et al.

- 14 **National Health Care Spending in 2020: Growth Driven By Federal Spending in Response To The Covid-19 Pandemic**
Hartman M., Martin A. B., Washington B., et al.

- 14 **Social Protection Expenditure On Health in Later Life in 20 European Countries: Spending More To Reduce Health Inequalities**
Sieber S., Orsholits D., Cheval B., et al.

- 14 **Skilled Nursing Facility Participation in a Voluntary Medicare Bundled Payment Program: Association With Facility Financial Performance**
Ying M., Temkin-Greener H., Thirukumaran C. P., et al.

Covid

- 15 **How Resilient Is Health Financing Policy in Europe To Economic Shocks? Evidence From The First Year Of The Covid-19 Pandemic and The 2008 Global Financial Crisis**
Thomson S., García-Ramírez J. A., Akkazieva B., et al.

- 15 **Balancing Financial Incentives During Covid-19: A Comparison Of Provider Payment Adjustments Across 20 Countries**
Waitzberg R., Gerkens S., Dimova A., et al.

État de santé Health Status

Covid

- 16 **VIH, sida, SRAS-CoV-2, Covid-19 : émergences, circonstances, conséquences**
Amat-Roze J.-M.

- 16 **La géo-démographie de la pandémie de Covid-19 dans le monde**
Doignon Y. et Guilmoto C. Z.

- 16 **Changes in Smoking and Alcohol Consumption During Covid-19-Related Lockdown: A Cross-Sectional Study in France**
Guignard R., Andler R., Quatremère G., et al.

- 17 **Excess Deaths During The Covid-19 Economic Downturn**
Pagán J. A.

Géographie de la santé Geography of Health

- 17 **Accompagner, héberger et soigner dans l'urgence. La prise en charge des demandeurs d'asile en milieu rural (Bretagne)**
Hoyez A.-C.
- 18 **Comprehensive Catalogue Of International Measures Aimed at Preventing General Practitioner Shortages**
Stigler F. L., Zipp C. R., Jeitler K., et al.
- 18 **Les centres municipaux de santé et la territorialisation de la santé publique**
Wion M.

Covid

- 18 **The Superspreading Places Of Covid-19 and The Associated Built-Environment and Socio-Demographic Features: A Study Using a Spatial Network Framework and Individual-Level Activity Data**
Huang J., Kwan M.-P. et Kan Z.
- 19 **Santé et territoire en France : Covid-19, la fin d'un cycle de distanciation territoriale de l'analyse sanitaire**
Lacoste O. et Raynaud J.
- 19 **Regard de géographe sur la crise sanitaire**
Vigneron E.

Hôpital Hospitals

- 19 **Évolutions de la certification des établissements de santé en France : améliorer la qualité et la sécurité des soins**
- 20 **Les risques de l'effet domino sur l'absentéisme à l'hôpital**
Fournier A.
- 20 **Prioritization and Surgical Wait Lists: A Cross-Sectional Survey Of Patient's Health-Related Quality Of Life**
Guo M. Y., Crump R. T., Karimuddin A. A., et al.

- 20 **Variability Drivers Of Treatment Costs in Hospitals: A Systematic Review**
Jacobs K., Roman E., Lambert J., et al.
- 21 **Proportion Of Deaths in Hospital in European Countries: Trends and Associations From Panel Data (2005–2017)**
Jiang J. et May P.
- 21 **Résultats après l'introduction d'un protocole RAAC pour les PTG dans un centre hospitalier universitaire français**
Picart B., Lecœur B., Rochcongar G., et al.
- 21 **Déclaration des événements indésirables graves associés aux soins en France : un dispositif encore débutant**
Revue Prescrire
- 21 **Démobiliser les soignant-e-s ? Logiques spatiales, organisationnelles et institutionnelles à l'hôpital**
Ridel D. et Sainsaulieu I.
- 22 **Severity Of Inpatient Hospitalizations Among Undocumented Immigrants and Medi-Cal Patients in a Los Angeles, California, Hospital: 2019**
Ro A., Yang H. W., Du S., et al.

- 22 **Quelques suggestions pour améliorer la pratique de la comptabilité hospitalière des établissements publics de santé**
Sommer A. et de Kervasdoué J.
- 22 **Relance de l'investissement dans le système de santé : de quoi parle-t-on ?**
Vander Heym E.

Covid

- 23 **Characteristics and Outcomes Of Patients Hospitalized For Covid-19 in France: The Critical COVID-19 France (CCF) Study**
Bonnet G., Weizman O., Trimaille A., et al.
- 23 **A Country-Level Analysis Comparing Hospital Capacity and Utilisation During The First Covid-19 Wave Across Europe**
Elke B., Juliane W., Helene E., et al.
- 23 **Hospital Avoidance and Unintended Deaths During The Covid-19 Pandemic**
Zhang J.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 24 **Histoire et expérimentation d'un dispositif innovant au service des migrants. Le STADA Corot**
Baptista Mendes A.
- 24 **La construction sociale des inégalités sociales de santé : Avant-propos**
Basson J.-C., Haschar-Noé N. et Honta M.
- 24 **Comprendre la mécanique des inégalités sociales de santé dans les trajectoires vers un diagnostic de cancer du foie : l'entrée par le non-recours**
Beltran G., Revil H. et Costentin C.
- 25 **Médecine de précision et inégalités sociales d'accès aux essais précoces en cancérologie**
Besle S., Vallier E., Boaventura Bomfim D., et al.
- 25 **Catégorisation juridique des étrangers et inégalités sociales de santé : quelles sont les règles du jeu ?**
Bories C.
- 25 **De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ?**
Carde E.
- 25 **La fabrique des inégalités de santé. Une réalité sociale trop souvent tue**
Cognet M.
- 26 **Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité**
Gasquet-Blanchard C. et Moine R.
- 26 **Médicaliser les inégalités sociospatiales. La légitimation sanitaire des mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural**
Honta M.
- 27 **Inégalités sociales et vie augmentée**
Lahire B.
- 27 **Le renoncement aux soins : un phénomène aux ressorts économiques mais aussi sociaux**
Legendre B.

- 27 **Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC de Muriel Darmon : la fabrication sociale du neurologique. La Découverte, 2021, 317 pages**
Nicaise S.
- 28 **Santé, vieillissement et foyers de travailleurs migrants à Nanterre : la fabrique de territoires**
Pedrero C.
- 28 **Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui**
Pitti L.

Covid

- 29 **The Second Pandemic: Examining Structural Inequality Through Reverberations Of COVID-19 in Europe**
Fiske A., Galasso I., Eichinger J., et al.

Médicaments

Pharmaceuticals

- 29 **Prescription différée d'antibiotique en soins primaires. Étude prospective interventionnelle randomisée : évaluation de la consommation d'antibiotique en fonction des modalités de réalisation de l'ordonnance dans la pratique courante des médecins généralistes**
Aubourg G., Therene C. et Durieux W.
- 29 **Antibiorésistance en France en 2021 : une menace sous surveillance**
Berger-Carbonne A., Romarrin I. et al.

Méthodologie – Statistique Methodology - Statistics

- 30 **Application Of Mixed Methods in Health Services Management Research: A Systematic Review**
Lee S.-Y. D., Iott B., Banaszak-Holl J., et al.
- 30 **Covid-19 Pandemic Impact On The National Health Care Surveys**
Ward B. W., Sengupta M., DeFrances C. J., et al.

Politique de santé Health Policy

- 31 **Médecine personnalisée : quelles nouveautés ? Dossier**
Baguet F. et al.
- 31 **La loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique : quelles mesures nouvelles ?**
Bergoignan-Esper C.
- 31 **« Santé communautaire » et « santé publique » en territoires populaires : « participation » des habitant-e-s ou gouvernement des conduites ? Des catégories, des pratiques et des agents en circulation entre la France, le Québec et la Belgique**
Marianne A.
- 32 **Trouble dans la demande de mort. Les lois de bioéthique sur la fin de vie : pour quelle vision du monde commun ?**
Pierron J.-P.
- 32 **Patients, proches : que donnent-ils à entendre à travers une demande de mort ?**
Rolland-Piègue L. et Roux C.

Politique publique Public Policy

- 32 **COP26: An Opportunity To Shape Climate-Resilient Health Systems and Research**
Quintana A. V., Venkatraman R., Coleman S. B., et al. .
- 32 **Reaching Net Zero Carbon Emissions in Health Systems**
Wilkinson E.
- Covid**
- 33 **La crise sanitaire en Europe : face au lourd bilan, la relance de la construction européenne**
Kahn S.
- 33 **Covid-19 : une crise sanitaire inédite**
Mansour Z., Lepelletier D. et al., e.
- 33 **Social Distancing Measures: Barriers To Their Implementation and How They Can Be Overcome – a Systematic Review**
Sadjadi M., Mörschel K. S. et Petticrew M.

Politique sociale Social Policy

- 34 **L'Union européenne et la protection sociale : c'est compliqué !**
Crespy A.
- 34 **Sécurité sociale et pays émergents : la résistible ascension d'une protection sociale pour tous**
Filion G.
- 35 **La mesure du non-recours aux prestations sociales : un défi pour la statistique publique**
Gonzalez L.
- 35 **La coopération internationale est essentielle aux métiers de la protection sociale**
Librault D., Collombet C. et Debiès E.
- 35 **Protection sociale internationale : un enjeu majeur pour la branche Famille**
Mazaucic V.
- 36 **La protection sociale au-delà de l'État-nation : objets, acteurs et logiques de la transnationalisation des politiques sociales**
Spieser C.

Prévention Prevention

- 36 **Comment construire une éducation thérapeutique personnalisée et émancipatrice ?**
Sandrin B.
- 36 **Altruism and Vaccination Intentions: Evidence From Behavioral Experiments**
Cucciniello M., Pin P., Imre B., et al.
- 37 **Non-recours au diagnostic et aux soins dans le cas de la maladie d'Alzheimer**
Warin P., Gucher C. et Alvarez S.
- Covid**
- 37 **Prevention Of SARS-Cov-2 Transmission During a Large, Live, Indoor Gathering (SPRING): A Non-Inferiority, Randomised, Controlled Trial**
Delaugerre C., Foissac F., Abdoul H., et al. .

37 **The Effects Of Organizational Climate On Adherence To Guidelines For Covid-19 Prevention**

Hubert P., Abdel Hadi S., Mojzisch A., et al.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

38 **Évaluation du programme « PRADO Chirurgie » en 2018**

Luu P., Vimont A., Leleu H., et al.

38 **Economic Evaluations Of Palliative Care Models: A Systematic Review**

Mathew C., Hsu A., Prentice M., et al.

Psychiatrie

Psychiatry

39 **Use Of Mental Health Interventions By Physiotherapists To Treat Individuals With Chronic Conditions: A Systematic Scoping Review**

Alvarez E., Garvin A., Germaine N., et al.

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

Linder A., Widmer D., Burguburu A., et al.

39 **Contrainte, contention et isolement. Des mesures thérapeutiques pour les étudiants en médecine ?**

Benarosch J.

40 **Obstacles sur le chemin de la psychothérapie pour les personnes âgées dépressives : un modèle d'accès en plusieurs phases**

Falk K. et Kammerer K.

40 **Adverse Employment Histories, Work Stress and Self-Reported Depression in The French CONSTANCES Study**

Hoven H., Wahrendorf M., Goldberg M., et al.

41 **Neighborhood Socioeconomic Deprivation and Psychiatric Medication Purchases. Different Neighborhood Delineations, Different Results? a Nationwide Register-Based Multilevel Study**

Jakobsen A. L.

41 **Use Of Electroconvulsive Therapy For Individuals Receiving Inpatient Psychiatric Care On a Nationwide Scale in France: Variations Linked To Health Care Supply**

Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., et al.

41 **Évolution des symptomatologies anxieuses et dépressives et leurs facteurs associés chez les actifs occupés en France métropolitaine en 2020**

Lesage A., Chan Chee C., Leon C., et al.

42 **Quelle est la place du consentement dans l'obligation de soin ?**

Monod G.

42 **La liberté de consentir**

Mornet J.

43 **Représentations sociales du psychologue : état des lieux en France et enjeux pour la profession**

Mouret M.

Covid

43 **Risk Factors Of Covid-19 in Subjects With and Without Mental Disorders**

Dai X.-j., Shao Y., Ren L., et al.

43 **What Drives Beliefs in Covid-19 Conspiracy Theories? The Role Of Psychotic-Like Experiences and Confinement-Related Factors**

Ferreira S., Campos C., Marinho B., et al.

44 **Results Of The Covid-19 Mental Health International For The General Population (COMET-G) Study**

Fountoulakis K. N., Karakatsoulis G., Abraham S., et al.

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

Isaac C., Castillo M. C., Motut A., et al.

45 **La crise du Covid a provoqué une épidémie psychiatrique : pour y répondre la Cnam propose de démanteler le dispositif public de secteur**

Klopp S.

45 **Do Government Responses Impact The Relationship Between Age, Gender and Psychological Distress During The Covid-19 Pandemic? a Comparison Across 27 European Countries**

Koch M. et Park S.

- 45 **Impact Of Covid-19 Lockdowns On Mental Health: Evidence From a Quasi-Natural Experiment in England and Scotland**
Serrano-Alarcón M., Kentikelenis A., Mckee M., et al.

Science de l'information et de la communication

Information and Communication Science

- 46 **Les stratégies open-sources selon le paradigme des modèles économiques**
Jullien N. et Viseur R.
- 46 **Open Access in The Humanities, Arts and Social Sciences: Complex Perceptions Of Researchers and Implications For Research Support**
Quigley N.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

- 47 **Devenir médiateur-riche dans un centre de santé communautaire. Portraits de parcours des médiateur-riche-s pair-e-s de la Case de Santé de Toulouse**
Haschar-Noé N. et Basson J.-C.
- 47 **Evaluating The Effectiveness Of a Local Primary Care Incentive Scheme: A Difference-In-Differences Study**
Khedmati Morasae E., Rose T. C., Gabbay M., et al.
- 47 **Primary Care-Based Interventions To Address The Financial Needs Of Patients Experiencing Poverty: A Scoping Review Of The Literature**
Parry J., Vanstone M., Grignon M., et al.
- 47 **Les activités de groupe en éducation thérapeutique dans le dispositif Asalée**
Prevost J., Cantier P., Daphniet F., et al.
- 48 **Maison de santé de Vanault-les-Dames : 9 ans après, un projet de santé en mouvement**
Revue Prescrire
- 48 **The Effect Of Nurse Practitioner Scope Of Practice Laws On Primary Care Delivery**
Smith L. B.

- 48 **Les maisons et centres de santé comme « contre-conduites » pour corriger les inégalités sociales de santé : solution ou déplacement du problème ?**
Vezinat N.

Covid

- 49 **Lessons For The Global Primary Care Response To Covid-19: A Rapid Review Of Evidence From Past Epidemics**
Desborough J., Dykgraaf S. H., Phillips C., et al.
- 49 **Has Covid-19 Changed The Workload For Primary Care Physicians? The Case Of Spain**
Fernández-Aguilar C., Casado-Aranda L.-A., Farrés Fernández M., et al.
- 49 **Achieving Resilience in Primary Care During The Covid-19 Pandemic: Competing Visions and Lessons From Alberta**
Myles L., Raad Fadaak N. et al., e.

Systèmes de santé

Health Systems

- 50 **Construire des indicateurs de comparaison pour réformer les systèmes de santé : genèse de la création d'un outil de référence par l'OCDE**
Brissaud C.
- 50 **La gestion de cas : les aléas d'une fonction au cœur de la complexité des parcours de soins**
Delecluse C.
- 50 **The Effects of Home Health Value-Based Purchasing on Home Health Care Quality in For-Profit and Nonprofit Agencies: A Comparative Interrupted Time-Series Analysis, 2012–2018**
Perera U. G. E., Dick A. W., Chastain A. M., et al.

Covid

- 51 **Système de santé français face à la crise sanitaire : de désorganisation à réorganisation**
Milcent C.
- 51 **Health Care Visits During The Covid-19 Pandemic: A Spatial and Temporal Analysis Of Mobile Device Data**
Wang J., McDonald N., Cochran A. L., et al.

Travail et santé Occupational Health

- 52 **Work, Family, Resources and Unequal Levels Of Psychological Distress Between Working Men and Working Women : Vulnerability Or Gendered Expression Of Stress?**
Bilodeau J., Marchand A. et Demers A.
- 52 **Renforcer la prévention en santé du travail**
Fantoni-Quinton S. et Desbarats I.

Covid

- 52 **Unemployment, Bankruptcies, and Deaths From Multiple Causes in The Covid-19 Recession Compared With The 2000-2018 Great Recession Impact**
Brenner M. H.
- 53 **Were Immigrants On The Frontline During The Lockdown? Evidence From France**
Gosselin A., Melchior M., Desprat D., et al.
- 53 **“My Problems Aren’t Severe Enough To Seek Help”: Stress Levels and Use Of Mental Health Supports By Canadian Hospital Employees During The Covid-19 Pandemic**
Ménard A. D., Soucie K., Freeman L., et al.
- 53 **Sex Differences in Activity and Health Changes Following Covid-19 in Europe—Results From The SHARE Covid-19 Survey**
Scheel-Hincke L. L., Ahrenfeldt L. J. et Andersen-Ranberg K.

- 55 **Family Care For The Dependent Elderly. How Does It Fit in With Professional Care at The French Sub-National Level?**
Trabut L., Garabige A. et Gaymu J.
- 55 **What Does “Active Ageing” Mean To You? a Five-Country Survey Of Academics, Students, Advocacy Groups and Expert Older People.**
Wiggin D., Velonaki V.-S., Sourtzi P., et al.

Covid

- 56 **The Relationship Between Delayed Healthcare Utilisation and Chronic Conditions Among Older Adults During The Covid-16 Pandemic in Ireland**
Hennelly N., Lalor G., Gibney S., et al.

Vieillesse Ageing

- 54 **Dynamiques locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas**
Arnaud C., Blanche Le B. et Alis S.
- 54 **Improving Prediction Of Long-Term Care Utilization Through Patient-Reported Measures: Cross-Sectional Analysis Of High-Need U.S. Veterans Affairs Patients**
Jacobs J. C., Maciejewski M. L., Wagner T. H., et al.
- 54 **Le non-recours au RSA chez les seniors. Un positionnement politique ?**
Testard F.

Assurance maladie

Health Insurance

► **L'eupéanisation de l'assurance maladie complémentaire vue de France : plus d'Europe, plus de marché et... plus d'État**

BENOÎT C.
2021

Informations sociales 203-204(2): 110-117.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2021-2-page-110.htm>

Le marché du risque santé en France connaît depuis une trentaine d'années un vaste mouvement d'eupéanisation. Dans les années 1990, une première série de directives remanie les relations entre les acteurs (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance). En 2016, l'entrée en vigueur de la directive Solvabilité II s'accompagne de nouvelles exigences réglementaires. Pourtant, et pendant la même période, une série de mesures adoptées à l'échelon national a renforcé la présence de l'État dans ses activités. Il en ressort une situation paradoxale : d'un côté, les principaux assureurs santé en France sont certainement plus eupéanisés qu'auparavant mais, d'un autre côté, les politiques nationales pèsent de façon croissante sur leurs activités.

► **Supplementary Private Health Insurance: The Impact Of Physician Financial Incentives On Medical Practice**

MILCENT C. ET ZBIRI S.
2022

Health Economics 31(1): 57-72.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4443>

In the French diagnosis-related group (DRG)-based payment system, both private and public hospitals are financed by a public single payer. Public hospitals are overcrowded and have no direct financial incentives to choose one procedure over another. If a patient has a strong preference, they can switch to a private hospital. In private hospitals, the preference does come into play, but the patient has to pay for the additional cost, for which they are reimbursed if they have supplementary private health insurance. Do financial incentives from the fees received by physicians for different procedures drive their behavior? Using French exhaustive data on delivery, we find that private hospitals perform significantly more cesarean deliveries than public hospitals. However, for patients without private health insurance, the two sectors differ much less in terms of cesareans rate. We determine the impact of the financial incentive for patients who can afford the additional cost. Affordability is mainly ensured by the reimbursement of costs by private health insurance. These findings can be interpreted as evidence that, in healthcare systems where a public single payer offers universal coverage, the presence of supplementary private insurance can contribute to creating incentives on the supply side and lead to practices and an allocation of resources that are not optimal from a social welfare perspective.

Covid

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

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

Health Policy. Ahead of print.

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

Countries with social health insurance (SHI) systems display some common defining characteristics - pluralism of actors and strong medical associations - that, in dealing with crisis times, may allow for common learnings. This paper analyses health system responses during the Covid-19 pandemic in eight countries rep-

representative of SHI systems in Europe (Austria, Belgium, France, Germany, Luxembourg, the Netherlands, Slovenia and Switzerland). Data collection and analysis builds on the methodology and content in the Covid-19 Health System Response Monitor (HSRM) up to November 2020. We find that SHI funds were, in general, neither foreseen as major stakeholders in crisis management, nor were they represented in crisis management teams. Further, responsibilities in some countries shifted from SHI funds to federal governments. The overall organisation and governance of SHI systems shaped how countries responded to the

challenges of the pandemic. For instance, coordinated ambulatory care often helped avoid overburdening hospitals. Decentralisation among local authorities may however represent challenges with the coordination of policies, i.e. coordination costs. At the same time, bottom-up self-organisation of ambulatory care providers is supported by decentralised structures. Providers also increasingly used teleconsultations, which may remain part of standard practice. It is recommended to involve SHI funds actively in crisis management and in preparing for future crisis to increase health system resilience.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical Technologies

► **Identifying Common Enablers and Barriers in European Health Information Systems**

BOGAERT P., VERSCHUUREN M., VAN OYEN H., *et al.*
2021

Health Policy 125(12): 1517-1526.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.006>

European countries possess unique health information systems (HISs) and face similar health system challenges. Investigating common enablers and barriers across Europe pinpoint where HISs need improvements to address these challenges. This study aims to identify common enablers and barriers for optimal functioning of HISs across the European Union and associated countries, and to interpret what this means for the further development of HISs in Europe. A qualitative thematic analysis was carried out based on nine countries HISs assessments. Two main observations are made. Firstly, regardless of the differences between HISs, each HIS had its strengths and weaknesses and often the same barriers and enablers arose. Secondly, barriers were identified in all HIS areas. The five most important barriers are (i) fragmentation of data sources, limited accessibility, use and re-use of data, (ii) barriers in the implementation of EHR-systems, (iii) governance issues related to unclear responsibilities, discontinuous financing and weak intra- and inter-sectorial collaboration, (iv) legal gaps and General Data Protection Regulation (mis)interpretation, and (v) limited skilled staff. The enablers identified in this study

lead to potential solutions to address these. Solutions can be implemented by national initiatives, but there is considerable added value in a joint European approach. Several international initiatives provide opportunities to improve HISs, but these need to be strengthened and better geared towards tackling the identified barriers.

► **Technologies numériques et inégalités sociales de santé : un non-sujet à l'agenda politique mais une action publique émergente sur l'inclusion numérique**

RAMEL V.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 45-67.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-45.htm>

Les interrelations entre deux marqueurs des systèmes de santé occidentaux, la numérisation de la santé et la persistance des inégalités sociales de santé (ISS), sont étudiées pour en déterminer le degré d'intérêt exprimé par les pouvoirs publics (donc de mise à l'agenda des priorités politiques) et de mise en œuvre de politiques à leur égard. Cette sociologie comparée de l'action publique entre infra-territoires de quatre pays (France, Canada, Espagne et Angleterre) repose sur une étude documentaire et sur des entretiens auprès d'acteurs clés de ces champs. Le sujet des effets inattendus du numérique n'est pas prépondérant dans les politiques

liées à ce nouveau mode d'organisation sociotechnique, notamment celui des liens avec les inégalités sociales de santé qu'il peut contribuer à alimenter. Aussi le couplage ISS- santé numérique n'est-il pas sélectionné comme un « problème public » et ne fait-il pas l'objet d'une politique publique clairement défi-

nie et priorisée. Toutefois, un appareil d'instruments d'action publique est parfois mobilisé et mobilisable pour promouvoir l'équité en santé numérique dans les quatre pays. Son cadre conceptuel de mise en œuvre est également analysé.

Économie de la santé

Health Economics

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

BASU R. ET LIU H.
2021

Medical Care Research and Review Ahead of print.

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

While Medicare is the universal source of health care coverage for Americans aged 65 years or older, the program requires significant cost sharing in terms of out-of-pocket (OOP) spending. We conducted a retrospective study using data from 2016 to 2018 Medicare Current Beneficiary Surveys of elderly community-dwelling beneficiaries (n=10,431) linked with administrative data to estimate OOP spending associated with the “big four” chronic diseases (cardiovascular disease, cancer, diabetes, and chronic lung disease). We estimated a generalized linear model adjusting for predisposing, enabling, and need factors to estimate annual OOP spending. We found that beneficiaries with any of the “big four” chronic conditions spent 15% (p < .001) higher OOP costs and were 56% more likely to spend ≥20% of annual income on OOP expenditure (adjusted odds ratio=1.56; p < .001) compared with those without any of those conditions. OOP spending appears to be heterogeneous across disease types and changing by conditions over time.

► **The Economics Of Medical Procedure Innovation**

DRANOVE D., GARTHWAITE C., HEARD C., *et al.*
2022

Journal of Health Economics 81: 102549.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102549>

This paper explores the economic incentives for medical procedure innovation. Using a proprietary dataset on billing code applications for emerging medical procedures, we highlight two mechanisms that could hinder innovation. First, the administrative hurdle of securing permanent, reimbursable billing codes substantially delays innovation diffusion. We find that Medicare utilization of innovative procedures increases nearly nine-fold after the billing codes are promoted to permanent (reimbursable) from provisional (non-reimbursable). However, only 29 percent of the provisional codes are promoted within the five-year probation period. Second, medical procedures lack intellectual property rights, especially those without patented devices. When appropriability is limited, specialty medical societies lead the applications for billing codes. We indicate that the ad hoc process for securing billing codes for procedure innovations creates uncertainty about both the development process and the allocation and enforceability of property rights. This stands in stark contrast to the more deliberate regulatory oversight for pharmaceutical innovations.

► **National Health Care Spending in 2020: Growth Driven By Federal Spending in Response To The Covid-19 Pandemic**

HARTMAN M., MARTIN A. B., WASHINGTON B., *et al.*
2022

Health Affairs 41(1): 13-25.

<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2021.01763>

US health care spending increased 9.7 percent to reach \$4.1 trillion in 2020, a much faster rate than the 4.3 percent increase seen in 2019. The acceleration in 2020 was due to a 36.0 percent increase in federal expenditures for health care that occurred largely in response to the Covid-19 pandemic. At the same time, gross domestic product declined 2.2 percent, and the share of the economy devoted to health care spending spiked, reaching 19.7 percent. In 2020 the number of uninsured people fell, while at the same time there were significant shifts in types of coverage.

► **Social Protection Expenditure On Health in Later Life in 20 European Countries: Spending More To Reduce Health Inequalities**

SIEBER S., ORSHOLITS D., CHEVAL B., *et al.*
2022

Social Science & Medicine 292: 114569.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114569>

This study aims to examine whether higher social protection expenditure reduces the negative association of life-course socioeconomic disadvantages with subjective and objective health status and trajectories in later life. Methods We used SHARE data from participants living in 20 European countries aged 50 to 96. Seven waves allowed to examine the trajectories of health inequalities in later life. We used linear mixed-effects models stratified by sex to examine the association between life-course socioeconomic disadvantage and subjective (self-rated health, SRH, N = 55,443) and objective (grip strength, N = 54,718) health. Cross-level interactions between net social protection expenditure as percentage of gross domestic product and life-course socioeconomic disadvantage tested for the moderating effect of social expenditures on the association of disadvantage with SRH and grip strength in later life. Findings Higher social protection expenditure reduced socioeconomic health inequalities in both men and women for grip strength, and in women but not men for SRH. For SRH, the health-in-

equality-reducing effect of social protection expenditure became weaker with increasing age. This was not observed in grip strength. Some separate expenditure functions (disability, family and children) were found to have inequality-widening effects in men's and women's SRH, which were either offset or overcompensated by the other functions. No inequality-widening effects were observed in grip strength. Interpretation Higher social spending reduces life-course socioeconomic inequalities in women's subjective health and in men's and women's objective health. However, some specific social protection policies may have the unintentional effect of increasing inequalities in people's evaluation of their own health.

► **Skilled Nursing Facility Participation in a Voluntary Medicare Bundled Payment Program: Association With Facility Financial Performance**

YING M., TEMKIN-GREENER H., THIRUKUMARAN C. P., *et al.*

2022

Medical Care 60(1): 83-92.

<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001659>

Model 3 of the Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) is an alternative payment model in which an entity takes accountability for the episode costs. It is unclear how BPCI affected the overall skilled nursing facility (SNF) financial performance and the differences between facilities with differing racial/ethnic and socioeconomic status (SES) composition of the residents. Objective: The objective of this study was to determine associations between BPCI participation and SNF finances and across-facility differences in SNF financial performance. Design, Setting, and Participants: A longitudinal study spanning 2010–2017, based on difference-in-differences analyses for 575 persistent-participation SNFs, 496 dropout SNFs, and 13,630 eligible nonparticipating SNFs. Main Outcome Measures: Inflation-adjusted operating expenses, revenues, profit, and profit margin. Results: BPCI was associated with reductions of \$0.63 million in operating expenses and \$0.57 million in operating revenues for the persistent-participation group but had no impact on the dropout group compared with nonparticipating SNFs. Among persistent-participation SNFs, the BPCI-related declines were \$0.74 million in operating expenses and \$0.52 million in operating revenues for majority-serving SNFs; and \$1.33 and \$0.82 million in operating expenses and revenues, respectively, for

non-Medicaid-dependent SNFs. The between-facility SES gaps in operating expenses were reduced (differential difference-in-differences estimate = \$1.09 million). Among dropout SNFs, BPCI showed mixed effects on across-facility SES and racial/ethnic differences in operating expenses and revenues. The BPCI pro-

gram showed no effect on operating profit measures. Conclusions: BPCI led to reduced operating expenses and revenues for SNFs that participated and remained in the program but had no effect on operating profit indicators and mixed effects on SES and racial/ethnic differences across SNFs.

Covid

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

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

2022

Health Policy 126(1) : 7-15

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

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

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

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

2021

Health Policy. Ahead of print.

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

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

Health Status

Covid

► **VIH, sida, SRAS-CoV-2, Covid-19 :
émergences, circonstances, conséquences**

AMAT-ROZE J.-M.

2021

Hérodote 183(4): 59-83.

<https://www.cairn.info/revue-herodote-2021-4-page-59.htm>

Lors du Sidaction, le 27 mars 2021, Jean-François Delfraissy, président du Conseil scientifique Covid-19, déclarait que « le Covid-19 a été une “crise sans précédent”, incomparable au VIH ou à Ebola ». Cette affirmation mérite d’être discutée. La réflexion s’appuie sur une comparaison, articulée en trois séquences : émergences, circonstances, conséquences. Sida et Covid-19 sont deux maladies d’origine virale mais très différemment et inégalement transmissibles. L’une et l’autre ont battu des records : déclenchement de l’alerte mondiale, identification des agents infectieux, propagation planétaire, mobilisation des scientifiques, diffusion de l’information, autant de dynamiques dont les modalités sont symptomatiques de leur époque respective. L’une et l’autre font face aux difficultés de mise en place des mesures de prévention, à l’inégalité d’accès aux traitements ou aux vaccins. L’une et l’autre sont des observatoires des modes de vie et des niveaux de la connectivité mondiale. Déstabilisateurs systémiques, l’une comme l’autre accentuent les disparités socioéconomiques aux dépens des plus vulnérables. Ces maladies à dimension pandémique partagent, au-delà de leurs spécificités, des points propres aux séismes sanitaires de l’histoire de l’humanité.

► **La géo-démographie de la pandémie
de Covid-19 dans le monde**

DOIGNON Y. ET GUILMOTO C. Z.

2021

Hérodote 183(4): 37-57.

<https://www.cairn.info/revue-herodote-2021-4-page-37.htm>

Le Covid-19 représente la plus grande pandémie depuis la « grippe espagnole » de 1918-1919. Si cette nouvelle pandémie s’est propagée dans le monde entier, elle ne frappe pas toutes les populations à la

même intensité. Cet article met en lumière les inégalités géographiques et démographiques de la pandémie à l’échelle mondiale, en se concentrant sur la mortalité associée au Covid-19. Il analyse d’abord les distributions spatiales des décès et de la mortalité, et les explique en mobilisant les mécanismes propres au processus de diffusion spatiale, mais aussi la géographie de la mondialisation. Il aborde ensuite les inégalités de risque de décès face au Covid-19 en fonction de l’âge et du sexe. La cartographie d’un taux standardisé de mortalité prenant en compte la composition démographique des populations apporte pour finir des nuances sur la gravité relative de la pandémie dans les différents continents.

► **Changes in Smoking and Alcohol
Consumption During Covid-19-Related
Lockdown: A Cross-Sectional Study
in France**

GUIGNARD R., ANDLER R., QUATREMÈRE G., *et al.*

2021

European Journal of Public Health 31(5): 1076-1083.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab054>

In many countries, lockdown measures were implemented to curb the Covid-19 pandemic. This situation may have an impact on mental health, tobacco smoking and alcohol consumption. The aim of this research report is therefore to describe changes in tobacco and alcohol consumption in the general French population during the first 2 weeks of lockdown and identify any associated factors. Self-reported changes in smoking and alcohol consumption following the lockdown implemented in France on 17 March 2020 were collected from 2003 respondents aged 18 years and older in an online cross-sectional survey carried out from 30 March to 1 April 2020. Anxiety and depression levels were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale. Among current smokers, 26.7% reported an increase in their tobacco consumption since lockdown and 18.6% reported a decrease, while it remained stable for 54.7%. The increase in tobacco consumption was associated with an age of

18–34 years, a high level of education, and anxiety. Among alcohol drinkers, 10.7% reported an increase in their alcohol consumption since lockdown and 24.4% reported a decrease, while it remained stable for 64.8%. The increase in alcohol consumption was associated with an age of 18–49 years, living in cities of more than 100 000 inhabitants, a high socio-professional category, and a depressive mood. The national lockdown implemented in France during the Covid-19 pandemic influenced tobacco and alcohol consumption in different ways according to sociodemographic group and mental health.

► **Excess Deaths During The Covid-19 Economic Downturn**

PAGÁN J. A.
2021

American Journal of Public Health 111(11): 1947-1949.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306507>

More than 700 000 people have died from Covid-19 in the United States over the last year and a half since the pandemic began.¹ Measures to stop the spread of Covid-19, such as stay-at-home orders and business closures, together with severe disruptions in overall economic activity brought about a short but deep economic recession. The Bureau of Economic Analysis of the US Department of Commerce estimates that real gross domestic product in the United States decreased at an annual rate of 19.2% from the fourth quarter of 2019 through the second quarter of 2020.² In this issue of AJPH, Brenner (p. 1950) investigates excess deaths associated with unemployment and bankruptcies during the Covid-19 recession. The sharp economic downturn experienced by the United States last year is likely to lead to higher mortality over the next five to 10 years.³ The key question Brenner answers is whether higher unemployment and business closures due to the pandemic have a more immediate, same-year effect on excess deaths.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Accompagner, héberger et soigner dans l'urgence. La prise en charge des demandeurs d'asile en milieu rural (Bretagne)**

HOYEZ A.-C.
2021

Études rurales 208(2): 40-59.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-rurales-2021-2-page-40.htm>

Cet article analyse les actions menées pour permettre, penser, voire inventer, les modalités d'une prise en charge médicale et médicosociale à destination des demandeurs d'asile installés en Bretagne rurale. À partir du recensement des lieux d'hébergement et

de l'observation des activités d'un réseau régional de soins, il questionne les conditions d'interventions, en situation d'urgence, des professionnels de la santé et du social dans des territoires peu dotés en services publics et en médecins libéraux. Il décrit un contexte où les solidarités dans et autour de la santé sont rendues invisibles, et invite à s'interroger sur l'articulation entre les sphères professionnelles et citoyennes

► **Comprehensive Catalogue Of International Measures Aimed at Preventing General Practitioner Shortages**

STIGLER F. L., ZIPP C. R., JEITLER K., *et al.*

2021

Family Practice 38(6): 793-801.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab045>

Many countries are facing a shortage and misallocation of general practitioners (GPs). The development of a policy response may benefit from the knowledge of worldwide policies that have been adopted and recommended to counteract such a development. To identify measures proposed or taken internationally to prevent GP shortages. A literature review followed by an expert assessment focussed on sources from OECD countries. The literature search identified international policy documents and literature reviews in bibliographical databases and examined institutional websites and references of included publications. The internet search engine Google was also used. The resulting measures were then assessed for completeness by three experts. Ten policy documents and 32 literature reviews provided information on 102 distinct measures aimed at preventing GP shortages. The measures attempt to influence GPs at all stages of their careers. This catalogue of measures to prevent GP shortages is significantly more comprehensive than any of the policy documents it is based on. It may serve as a blueprint for effective reforms aimed at preventing GP shortages internationally. This review identified 102 distinct measures to prevent a GP shortage. These measures influence GPs at all stages of their careers.

These measures may serve as a blueprint for reforms to prevent GP shortages.

► **Les centres municipaux de santé et la territorialisation de la santé publique**

WION M.

2021

Cahiers de Santé Publique Et de Protection Sociale (Les)(38): 9.

<https://cahiersdesante.fr/editions/38/les-centres-municipaux-de-sante-et-la-territorialisation-de-la-sante-publique/>

L'auteur se propose d'étudier les centres municipaux de santé et leur apport en matière de santé publique sur le territoire. En nous focalisant sur l'exemple de la Ville de Montreuil, il analyse dans quelle mesure les centres municipaux de santé permettent aujourd'hui à la municipalité de développer une politique territorialisée de santé publique. Héritiers de l'hygiénisme et du communisme municipal, les centres municipaux de santé connaissent actuellement un renouveau qui résulte d'un choix politique local reposant sur l'esprit du territoire, les attentes de l'opinion publique locale, le caractère emblématique des centres, et la prise de conscience engendrée par la crise sanitaire. Les centres municipaux de santé permettent à la collectivité d'agir doublement sur l'accès aux soins en favorisant l'accès territorial et financier aux soins. Plus que l'amélioration de l'organisation des soins, ils permettent à la municipalité de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé. En cela, ils sont un levier pour des politiques municipales intersectorielles de santé publique.

Covid

► **The Superspreading Places Of Covid-19 and The Associated Built-Environment and Socio-Demographic Features: A Study Using a Spatial Network Framework and Individual-Level Activity Data**

HUANG J., KWAN M.-P. ET KAN Z.

2021

Health & Place 72: 102694.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102694>

Previous studies observed that most Covid-19 infections were transmitted by a few individuals at a few high-risk places (e.g., bars or social gathering venues).

These individuals, often called superspreaders, transmit the virus to an unexpectedly large number of people. Further, a small number of superspreading places (SSPs) where this occurred account for a large number of Covid-19 transmissions. In this study, we propose a spatial network framework for identifying the SSPs that disproportionately spread Covid-19. Using individual-level activity data of the confirmed cases in Hong Kong, we first identify the high-risk places in the first four Covid-19 waves using the space-time kernel density method (STKDE). Then, we identify the SSPs among these high-risk places by constructing spatial networks that integrate the flow intensity of the confirmed cases.

We also examine what built-environment and socio-demographic features would make a high-risk place to more likely become an SSP in different waves of Covid-19 by using regression models. The results indicate that some places had very high transmission risk and suffered from repeated Covid-19 outbreaks over the four waves, and some of these high-risk places were SSPs where most (about 80%) of the Covid-19 transmission occurred due to their intense spatial interactions with other places. Further, we find that high-risk places with dense urban renewal buildings and high median monthly household rent-to-income ratio have higher odds of being SSPs. The results also imply that the associations between built-environment and socio-demographic features with the high-risk places and SSPs are dynamic over time. The implications for better policy-making during the Covid-19 pandemic are discussed.

► **Santé et territoire en France : Covid-19, la fin d'un cycle de distanciation territoriale de l'analyse sanitaire**

LACOSTE O. ET RAYNAUD J.
2021

Hérodote 183(4): 251-266.

<https://www.cairn.info/revue-herodote-2021-4-page-251.htm>

En France, l'action publique contre le Covid-19 a mobilisé une grande diversité d'acteurs économiques, politiques et de santé. Parmi ceux-ci, les Agences régionales de santé existant depuis dix ans ont fait l'objet

de critiques multiples de la part de professionnels de santé, d'associations d'usagers et d'élus locaux. Lors de l'éruption de la pandémie, les interventions sanitaires de terrain ne bénéficiaient pas assez des savoir-faire issus des sciences humaines et sociales, des capacités d'analyse géographique des réalités, des décisions politiques et des grilles d'analyse de géopolitique de la santé locale. Cette carence provient de la mise à distance du local par l'intervention sanitaire des Agences régionales de santé depuis leur création, ce processus de distanciation ayant conduit à une faible efficacité bien qu'il soit appelé à s'atténuer. Le besoin d'un retour à l'intervention locale est l'un des enseignements tirés de la confrontation au réel apporté par la crise.

► **Regard de géographe sur la crise sanitaire**

VIGNERON E.

2021

Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)(38): 28.

<https://cahiersdesante.fr/editions/38/regard-de-geographe-sur-la-crise-sanitaire/?print-posts=pdf>

L'auteur, géographe réputé, présente une vue générale sur ce que les études géographiques et la cartographie peuvent apporter à la compréhension de la pandémie de Covid 19. Il revient sur l'histoire des épidémies et montre divers exemples pour aider à comprendre. Il fait le lien entre mondialisation et épidémies.

Hospitals

► **Évolutions de la certification des établissements de santé en France : améliorer la qualité et la sécurité des soins**

2021

Revue Prescrire 41(457): 857-862.

La certification des établissements de santé (initialement appelée accréditation) est une procédure obligatoire permettant de porter une appréciation sur la qualité et la sécurité des prestations d'un établissement de santé (hors champ médico-social). Les procédures ont

été mises en place dès 1999 d'abord par l'Anaes puis maintenant par la HAS. Plusieurs publications de la HAS ont montré que des progrès devaient être réalisés et une nouvelle procédure a été mise en place en 2020. Cet article revient sur cette réforme.

► **Les risques de l'effet domino sur l'absentéisme à l'hôpital**

FOURNIER A.
2021

Gestions Hospitalières(610): 562-564.

Si la presse quotidienne tend à s'emparer de sujets exploitables à court terme, cette tendance doit être compensée par une analyse plus nuancée, à même de distinguer la multiplicité des critères qui jouent et se cumulent en matière d'absentéisme à l'hôpital. Depuis la fin du printemps 2021, celui-ci s'ancre dans les réalités hospitalières et devient à part entière une variable potentiellement structurelle qu'il convient d'analyser comme telle. L'absentéisme ne doit pas demeurer un fait acquis, mais doit constituer un terrain d'étude, voire d'enquête, pour remonter à ses différentes sources potentielles et les circonvenir. Ce diagnostic quasi « clinique » est indispensable pour nourrir des ambitions en matière de fidélisation et d'attractivité.

► **Prioritization and Surgical Wait Lists: A Cross-Sectional Survey Of Patient's Health-Related Quality Of Life**

GUO M. Y., CRUMP R. T., KARIMUDDIN A. A., *et al.*
2021

Health Policy. Ahead of print.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.12.006>

In many countries, there are waits for elective (planned) surgery. In these settings, processes for triaging patients are applied to determine how long patients wait for their surgery. There are very few instances that evaluate the effectiveness of surgical triage processes. Methods A sample of patients from four acute care hospitals in Vancouver, Canada, completed a number of patient-reported outcomes shortly after being registered on the surgical wait list. Patients' diagnosis was used to triage and determine their expected wait for surgery. The associations between patient-reported outcomes with surgical triage were measured. Results The mean wait times for participants were similar across wait times categories. Participants whose expected waits for surgery were the longest reported successively lower levels of self-rated health ($p < 0.01$) and successively higher levels of pain ($p < 0.01$.) There was no difference in symptoms of anxiety among participants expected to wait the longest. Discussion The diagnosis-based system for prioritizing patients found higher levels of pain and lower health status among those expected to wait the longest for their surgery.

Screening waiting patients for treatable mental health conditions should be implemented and the process of surgical triage could be redesigned to allow for a broader set of attributes of health to determine how long a patient waits for their elective surgery.

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

JACOBS K., ROMAN E., LAMBERT J., *et al.*
2021

Health Policy Ahead of print.

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

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

► **Proportion Of Deaths in Hospital in European Countries: Trends and Associations From Panel Data (2005–2017)**

JIANG J. ET MAY P.

2021

European Journal of Public Health 31(6): 1176-1183.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab169>

End-of-life care attracts major policy interest. Place of death is an important metric of individual experience and health system performance. Most people prefer to die at home, but hospital is the most common place of death in high-income countries. Little is known about international trends in place of death over time. We aimed to collate population-level data on place of death in Europe from 2005 to 2017, and to evaluate association with national characteristics and policy choices. We sought data on hospital as the place of death from the 32 European Economic Area countries. We identified national economic, societal, demographic and health system predictors from Eurostat, OECD and the WHO. We analyzed these cross-national panel data using linear regression with panel-corrected standard errors. Our analytic dataset included 30 countries accounting for over 95% of Europe's population. Average national proportion of deaths occurring in hospital in the study period ranged from 26% to 68%, with a median of 52%. Trends vary markedly by region and wealth, with low and decreasing rate in the North–West, and high and increasing prevalence in the South and East. Controlling for demographic and economic factors, strong palliative care provision and generous government finance of long-term care were associated with fewer hospital deaths. We found modifiable policy choices associated with hospital mortality, as well as wider structural economic and societal factors. Policymakers can act to reduce the proportion of dying in hospital.

► **Résultats après l'introduction d'un protocole RAAC pour les PTG dans un centre hospitalier universitaire français**

PICART B., LECŒUR B., ROCHCONGAR G., *et al.*

2021

Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 107(3): 350-357.

<https://doi.org/10.1016/j.rcot.2021.02.005>

L'arthroplastie totale de genou voit se développer des

procédures de réhabilitation accélérée après chirurgie (RAAC). L'évaluation de l'impact de ces procédures sur la qualité et la sécurité des soins est peu retrouvée dans la littérature française. Cette étude avait pour but de comparer les résultats des prothèses totales de genoux (PTG) réalisées en procédures RAAC ou conventionnelles et de répondre aux questions suivantes : (1) existe-t-il une augmentation des complications, des réadmissions et des reprises chirurgicales à 90 jours avec les procédures RAAC ? ; (2) la durée moyenne de séjour (DMS) est-elle diminuée avec la RAAC ? ; (3) la douleur postopératoire mesurée par l'échelle visuelle analogique (EVA) et les résultats cliniques sont-ils améliorés avec la RAAC ? ; (4) les patients et les soignants sont-ils satisfaits de ces nouvelles procédures ?

► **Déclaration des événements indésirables graves associés aux soins en France : un dispositif encore débutant**

REVUE PRESCRIRE

2021

Revue Prescrire 41(458): 948-950.

Le déploiement du dispositif français de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins se poursuit trois ans après son lancement. Ce dispositif ne permet pas encore de connaître le nombre exact d'événements indésirables graves effectivement déclarés. Cet article dresse un bilan de la situation actuelle.

► **Démobiliser les soignant-e-s ? Logiques spatiales, organisationnelles et institutionnelles à l'hôpital**

RIDEL D. ET SAINSAULIEU I.

2021

Espaces et sociétés 183(2): 51-66.

<https://www.cairn.info/revue-espaces-et-societes-2021-2-page-51.htm>

À l'hôpital, la mobilisation soignante fait partie intégrante d'un travail salarié et subalterne. Dans cet espace pluridimensionnel, le travail coopératif est un ressort de l'activité au quotidien, en lien avec des configurations spatiales locales dans lesquelles s'inscrit également une mobilisation soignante au sens contestataire du terme. En nous focalisant sur le travail collectif et sur la grève aux urgences, nous montrons que la démobilisation des soignant-e-s au travail et en grève résulte d'une double contradiction entre travail abstrait et travail concret : d'une part, un travail admi-

nistratif hors les murs et hors d'atteinte (à l'Agence régionale de santé) et, d'autre part, un travail syndical de représentation déconnecté du terrain décourageant à la fois l'action collective des soignant-e-s au quotidien et la possibilité d'une contestation au niveau national.

► **Severity Of Inpatient Hospitalizations Among Undocumented Immigrants and Medi-Cal Patients in a Los Angeles, California, Hospital: 2019**

RO A., YANG H. W., DU S., *et al.*
2021

American Journal of Public Health 111(11): 2019-2026.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306485>

The objective of this study is to compare the severity of inpatient hospitalizations between undocumented immigrants and Medi-Cal patients in a large safety-net hospital in Los Angeles, California. **Methods.** We conducted a retrospective analysis of all 2019 inpatient stays at a Los Angeles hospital (n = 22480), including patients of all races/ethnicities. We examined 3 measures by using insurance status to approximate immigration status: illness severity, length of hospital stay, and repeat hospitalizations. We calculated group differences between undocumented and Medi-Cal patients by using inverse probability weighted regression adjustment separately for patients aged 18 to 64 years and those aged 65 years and older. **Results.** Younger undocumented patients had less severe illness and shorter lengths of stay than their Medi-Cal counterparts. Older undocumented immigrants also had less severe illness but had similar lengths of stay and were more likely to have repeated hospitalizations. **Conclusions.** While existing work suggests that undocumented immigrants could have more severe health care needs on account of their poorer access to medical care, we did not see clear health disadvantages among hospitalized undocumented immigrants, especially younger patients. There were fewer differences between undocumented and Medi-Cal patients who were older.

► **Quelques suggestions pour améliorer la pratique de la comptabilité hospitalière des établissements publics de santé**

SOMMER A. ET DE KERVASDOUÉ J.
2021

Revue d'économie financière 143(3): 197-211.

<https://www.cairn.info/revue-d-economie-financiere-2021-3-page-197.htm>

Les outils de gestion doivent accompagner les modifications de l'environnement des établissements de santé. Les auteurs proposent quelques pistes d'amélioration : éviter les inconvénients des conglomerats en individualisant les comptes de résultat, les comptes de bilan et les comptes de financement ; adapter la séparation ordonnateur et comptable aux nouveaux processus issus de la révolution informatique (intelligence artificielle, robot process automation, plateformes, e-admission, etc.) ; refondre les unités d'œuvre des services médicotechniques, notamment les indices de coût relatifs (ICR) ; rendre les groupes homogènes de malades plus homogènes en termes de traitement ; adapter le mode de financement à l'activité pour prendre en compte le financement des investissements ; mieux comprendre la réalité des centres de coûts médicotechniques ; établir des comptes intermédiaires de gestion réguliers.

► **Relance de l'investissement dans le système de santé : de quoi parle-t-on ?**

VANDER HEYM E.
2021

Cahiers de Santé Publique Et de Protection Sociale (Les)(38): 6.

<https://cahiersdesante.fr/editions/38/relance-de-linvestissement-dans-le-systeme-de-sante-de-quoi-parle-t-on/>

L'auteur reprend l'histoire récente des investissements hospitaliers et dénonce leur insuffisance. Elle propose des solutions pour sortir de cette situation. Ces solutions appellent à mobilisation.

Covid

► **Characteristics and Outcomes Of Patients Hospitalized For Covid-19 in France: The Critical COVID-19 France (CCF) Study**

BONNET G., WEIZMAN O., TRIMAILLE A., *et al.*
2021

Archives of Cardiovascular Diseases 114(5): 352-363.

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

La pandémie de coronavirus 2019 (Covid-19) a engendré une crise majeure de santé publique. Seules des données limitées sont disponibles sur les caractéristiques et le pronostic des patients hospitalisés pour Covid-19 en France. Les objectifs de cette étude sont d'étudier les caractéristiques, les complications cardiovasculaires et le pronostic des patients hospitalisés pour Covid-19 en France. Méthodes L'étude Critical Covid-19 France (CCF) est une étude nationale française incluant consécutivement tous les adultes hospitalisés pour avec une infection au coronavirus 2 (SARS-Cov-2) dans 24 centres entre le 26 février et le 20 avril 2020. Les patients admis directement en soins critiques étaient exclus. Les paramètres cliniques, biologiques et iconographiques ont été systématiquement recueillis à l'admission. Le critère de jugement primaire était le décès intra-hospitalier. Conclusions : Dans cette cohorte nationale de patients hospitalisés pour Covid-19 en France, les comorbidités et facteurs de risque cardiovasculaires étaient associés à une augmentation majeure de la morbi-mortalité intra-hospitalière.

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

ELKE B., JULIANE W., HELENE E., *et al.*
2021

Health Policy(Ahead of print).

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

The exponential increase in SARS-CoV-2 infections during the first wave of the pandemic created an extraordinary overload and demand on hospitals, especially intensive care units (ICUs), across Europe. European countries have implemented different measures to address the surge ICU capacity, but little is known about the extent. The aim of this paper is to compare the rates of hospitalised Covid-19 patients in acute and ICU care and the levels of national surge capac-

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

► **Hospital Avoidance and Unintended Deaths During The Covid-19 Pandemic**

ZHANG J.
2021

American Journal of Health Economics 7(4): 405-426.

<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/715158>

The Covid-19 pandemic significantly altered individual behaviors, including the consumption of health care. I study utilization and mortality in the largest integrated health-care system in the United States, the Veterans Health Administration, and find that between the middle of March and the beginning of May 2020, emergency department and inpatient hospital visits declined by 37 percent and 46 percent, and remained 10 percent and 17 percent below expected levels by the end of October. Declines were more pronounced for nonurgent and non-life-threatening condi-

tions, although urgent and life-threatening conditions also dropped by a quarter during the early months. Conditional on arrival at the emergency department, conditions were more severe at presentation. In the first two months of the pandemic, veteran mortality increased by 19.5 percent, yet non-Covid-19 mortality in VA inpatient settings declined. I find suggestive

evidence that hospital avoidance may have resulted in higher non-Covid-19 mortality. By focusing on counties with no official Covid-19 deaths by May 19, 2020, I estimate that an upper bound of 7.9 percent of excess veteran deaths in the first two months of the pandemic were due to hospital avoidance.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Histoire et expérimentation d'un dispositif innovant au service des migrants.**

Le STADA Corot

BAPTISTA MENDES A.

2021

Sociographe 76(5): 93-111.

<https://www.cairn.info/revue-sociographe-2021-5-page-93.htm>

Le STADA Corot 3 rend compte de la démarche d'accompagnement de jeunes migrants accueillis au sein du dispositif géré par les professionnels de La Sauvegarde du Nord. À travers les témoignages des directeurs, chef de service et éducateurs, cette étude de cas permet de nourrir la réflexion sur la question de l'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés et tente de mettre à jour les leviers de réussite et d'amélioration des parcours d'insertion.

► **La construction sociale des inégalités sociales de santé : Avant-propos**

BASSON J.-C., HASCHAR-NOË N. ET HONTA M.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 9-33.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-9.htm>

C'est un dossier conséquent que la RFAS vous soumet pour son troisième numéro de l'année. À la suite du symposium international FAB.ISS consacré à la fabrique des inégalités sociales de santé organisé à Toulouse du 27 novembre 2020 au 28 janvier 2021, les coordonnateurs ont composé, à partir des neuf articles sélectionnés, de dix points de vue et de deux notes de lecture, une analyse des inégalités sociales de santé

sur trois plans : la construction sociale des inégalités de santé, la délégitimation de l'accès aux droits en santé et du recours aux soins, la production politique de la santé.

► **Comprendre la mécanique des inégalités sociales de santé dans les trajectoires vers un diagnostic de cancer du foie : l'entrée par le non-recours**

BELTRAN G., REVIL H. ET COSTENTIN C.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 159-178.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-159.htm>

Cet article présente les premiers résultats d'une étude qualitative en sciences sociales qui analyse les trajectoires de patients atteints de carcinome hépatocellulaire – le plus fréquent des cancers primitifs du foie – au prisme du (non-) recours aux soins. Trois types de non-recours apparaissent dans ces trajectoires : la non-demande, la non-proposition et la non-réception. L'analyse de ces non-recours et de leurs mises en place permet d'aborder la question des inégalités sociales de santé, en prenant en compte la position sociale mais aussi l'origine sociale des personnes. Ces deux dimensions influencent à la fois l'adoption de comportements à risque et le rapport aux soins et au monde médical, et sont agissantes dans le (non-) recours aux soins, notamment dans les interactions avec les soignants. L'article souligne également l'intérêt d'approcher les trajectoires vers un diagnostic de cancer sur un temps long et l'importance des recherches qualitatives pour éclairer les données épidémiologiques mais aussi orienter les enquêtes quantitatives.

► **Médecine de précision et inégalités sociales d'accès aux essais précoces en cancérologie**

BESLE S., VALLIER E., BOAVENTURA BOMFIM D., *et al.*
2021

Revue française des affaires sociales(3): 139-158.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-139.htm>

Depuis dix ans, le développement de la médecine de précision bouscule la prise en charge du cancer. Pour autant, ces nouveaux traitements restent essentiellement disponibles via la participation à des essais cliniques. Cet article s'intéresse donc aux inégalités sociales d'accès aux essais précoces en cancérologie, question jusque-là peu investiguée. Ce travail s'appuie sur une méthodologie mixte associant données qualitatives (entretiens semi-directifs et observations) et quantitatives (enquête nationale auprès de 1 355 patients inclus). L'analyse croisée de ces données met au jour l'existence d'inégalités d'ordre social (genre), organisationnel (parcours de soin) et géographique. Ces inégalités s'illustrent dès les premières étapes de la prise en charge autour de trois mécanismes : l'organisation des filières d'accès aux essais, le tri des patients en amont de l'inclusion et les contraintes liées à la participation à un protocole de recherche.

► **Catégorisation juridique des étrangers et inégalités sociales de santé : quelles sont les règles du jeu ?**

BORIES C.
2021

Revue française des affaires sociales(3): 205-224.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-205.htm>

En matière d'accès aux soins, tous les étrangers ne sont pas égaux : certains malades étrangers rencontrent des difficultés faisant de l'accès aux soins un véritable « parcours du combattant » quand d'autres se voient accorder d'importantes facilités. Triste réalité. Cette différenciation est liée, principalement, à l'attribution de prérogatives de santé aux étrangers à travers le prisme des catégories juridiques, lesquelles deviennent le socle d'un traitement volontairement différencié entre les étrangers. Si chères aux juristes, ces catégories représentent, dans le domaine de l'accès aux soins, un matériel de jeu privilégié dont l'édification répond à une rationalité certaine. À travers l'amusante métaphore du jeu de société, il s'agira de mettre en lumière

la manière dont le travail de catégorisation, appliqué aux étrangers, participe à la fabrique des inégalités sociales de santé entre les éléments catégorisés. Les étrangers seront les joueurs du jeu de l'accès aux soins, les catégories juridiques leurs équipes de jeu et les autorités nationales les « maîtresses du jeu ».

► **De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ?**

CARDE E.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 107-115.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-107.htm>

Le constat est récurrent depuis le printemps 2020 : la pandémie de Covid-19 est une caisse de résonance pour les inégalités sociales de santé (ISS). Les liens entre la santé et une série de variables (statut socio-économique, origine, sexe ou encore quartier d'habitation), connus de longue date, sont exacerbés dans les tableaux du Covid (Carde, 2020, a). Cela dit, l'image de la caisse de résonance ne renvoie pas uniquement à l'accentuation des courbes épidémiologiques. Elle est aussi une allusion à l'attention des chercheur·euse·s, qui semble singulièrement attirée vers ces courbes – on ne trouve jamais que ce que l'on cherche. Mais de quoi est-il question, finalement ? Quelles sont ces statistiques sanitaires que l'on qualifie d'ISS et que la pandémie fait résonner au-delà des cercles scientifiques, jusque dans l'espace public ?

► **La fabrique des inégalités de santé. Une réalité sociale trop souvent tue**

COGNET M.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 117-123.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-117.htm>

Les liens entre inégalités sociales et inégalités de santé ne sont pas nouveaux même s'ils restent trop souvent tus ou cachés dans l'ombre des grandes explications qu'offrent l'étiologie et la clinique. Pourtant, aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire de la production de données afférentes à la santé, le poids des appartenances sociales est évident – par exemple nous savons depuis la parution des premières tables de mortalité au XVIIe siècle que les catégories sociales n'avaient pas la même espérance de vie. Aujourd'hui

encore nous savons que non seulement l'espérance de vie mais également l'espérance de vie en bonne santé croît avec la classe sociale. Et les écarts observés dès le xviii^e siècle se sont plutôt accrus (Wilkinson, 1976). En 1980, à la suite de la publication du rapport Black (Gray, 1982), nous pouvions espérer que cette question des inégalités sociales de santé et la lutte à mener en vue de leur réduction remonterait dans les agendas politiques. Ce rapport qui compilait nombre de travaux sur les inégalités sociales et leurs impacts sur la mortalité et la morbidité, confirmait que le statut social est un déterminant majeur de l'état de santé – plus les statuts s'élèvent socialement meilleur est l'état de santé – ce qui certes était déjà connu mais ce qui bouleversait la donne ce sont les causes avancées et discutées de façon très argumentée dans le rapport. Si, au vu de la recension, les comportements des individus restaient une explication valable pour expliquer les inégalités, les auteurs posaient explicitement la question du déterminisme social de ces comportements...

► **Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité**

GASQUET-BLANCHARD C. ET MOINE R.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 225-240.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-225.htm>

Si l'errance des femmes enceintes a pu un temps être endiguée en raison de valeurs morales prônant la protection de ce public (Planche, 2014), ce n'est plus le cas à l'heure actuelle, notamment en Île-de-France. Les acteurs de terrain et les rapports de recherches produits sur cette thématique (Médecins du Monde, 2019; DSAFHIR [Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées], 2020) établissent ce constat, tout particulièrement pour les femmes primo-arrivantes et en situation de grande précarité (Davoudian, 2020). Les membres du réseau de santé francilien Solidarité Paris Maman (SOLIPAM, 2020), qui accompagne la prise en charge de ces femmes durant leur grossesse, font le même constat (Gasquet-Blanchard, 2020). En présentant les trajectoires de femmes enceintes confrontées à des expériences de précarité aiguë et accompagnées par le réseau SOLIPAM, nous mettons en lumière le fait que les contextes d'errance administrative et d'hébergement participent des conditions de santé dégradées

qui illustrent une fabrique programmée des inégalités de santé. Nous souhaitons ici montrer comment les organisations actuelles de prises en charge, imbriquées à différentes échelles des rapports sociaux, prennent part à l'invisibilisation d'un phénomène socio-sanitaire : celui de la « mise en précarité » des femmes enceintes primo-arrivantes, manifestation symptomatique d'une société néolibérale fabriquant durablement des inégalités sociales de santé (ISS).

► **Médicaliser les inégalités sociospatiales. La légitimation sanitaire des mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural**

HONTA M.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 69-87.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-69.htm>

L'étude menée sur la communauté d'agglomération du Libournais (Gironde) revêt une portée heuristique pour saisir les ressorts de l'engagement des acteurs publics locaux dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Si l'on se réfère au modèle des déterminants sociaux de la santé, le cadrage du problème à traiter apparaît ici très sélectif car ces inégalités sont essentiellement appréhendées sous l'angle des obstacles faits aux droits et aux soins. Existence aussi de représentations faites de préjugés ordinaires à l'endroit de certains groupes sociaux doublées d'un phénomène de « sanitarisation du social ». Consistant à « traduire » au nom de la « santé publique » des problèmes sociaux en phénomènes sanitaires, ce processus de médicalisation permet de saisir les formes localement adoptées du travail d'invention de la santé publique. Si elles conduisent à transformer les multiples signes de la précarité en risques sanitaires et à les inscrire dans l'espace public pour en faire des objets de politique, cette traduction s'opère sans que ces autres catégories de problèmes (chômage, habitat indigne, troubles à l'ordre public, isolement, etc.) ne soient appréhendées comme des déterminants sociaux des inégalités en santé. Un tel travail d'inférence empêche la conduite d'une action globale et partenariale en ce domaine et obère la structuration de parcours coordonnés de santé.

► **Inégalités sociales et vie augmentée**

LAHIRE B.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 35-42.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-35.htm>

Une fausse citation attribuée à Steve Jobs, cofondateur d'Apple mort le 5 octobre 2011, est régulièrement partagée sur les réseaux sociaux depuis quelques années. Censé avoir été prononcé au cours des dernières heures de sa vie, ce monument de démagogie se présente comme un grand moment de sagesse : un appel à apprécier la vie plutôt que la richesse ; une sorte de développement du thème proverbial : « L'argent ne fait pas le bonheur. » L'une des versions (abrégée) que l'on trouve sur les réseaux sociaux est la suivante : « J'ai atteint le summum du succès dans le monde des affaires. Dans les yeux des autres, ma vie est une réussite. Cependant, mis à part le travail, j'ai eu peu de joie. En fin de compte, la richesse n'est qu'un fait auquel je me suis habitué. En ce moment, allongé sur mon lit d'hôpital, et me rappelant toute ma vie, je me rends compte que toute la reconnaissance et la richesse dans laquelle j'ai pris tant de fierté, a pâli et est devenue insignifiante face à la mort imminente. Vous pouvez employer quelqu'un pour conduire votre voiture ou gagner de l'argent pour vous mais c'est impossible d'engager quelqu'un pour supporter la maladie et mourir pour vous. Les choses matérielles perdues peuvent être retrouvées. Mais il y a une chose qui ne peut jamais être trouvée quand elle est perdue : "la vie".

► **Le renoncement aux soins : un phénomène aux ressorts économiques mais aussi sociaux**

LEGENDRE B.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 179-204.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-179.htm>

Le renoncement aux soins participe des inégalités sociales de santé. Il a été beaucoup étudié sous l'angle du coût des soins. Or des études qualitatives pointent aussi l'impact des liens sociaux sur les comportements de santé. L'objet de cet article est de mesurer les différents déterminants du renoncement à partir de l'enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie des ménages (SRCV) de 2013, comportant

un module spécifique sur les contacts sociaux. Nous modélisons d'abord la probabilité de renoncer à des soins quel qu'en soit le motif, en fonction de différents types de ressources, économiques et sociales, puis nous estimons ce même modèle sur trois types de renoncement : pour raisons financières, logistiques ou pour d'autres raisons. Toutes choses égales par ailleurs, être pauvre en conditions de vie multiplie par six le risque de renoncer à des soins pour raisons financières, mais joue également positivement sur les deux autres types de renoncement. Plus la personne cumule des difficultés de sociabilité, plus elle est susceptible de renoncer à des soins, quel que soit le motif de renoncement, révélant l'importance des ressources sociales au-delà des ressources économiques.

► **Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC de Muriel Darmon : la fabrication sociale du neurologique. La Découverte, 2021, 317 pages**

NICAISE S.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 347-353.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-347.htm>

À l'heure où la crise sanitaire a rappelé avec force la dimension sociale de la santé, Muriel Darmon démontre avec minutie et brio, à travers cet ouvrage, le conditionnement social du biologique en s'attelant à un domaine peu exploré par les sociologues : le neurologique. À partir d'une enquête ethnographique menée durant plus de quinze mois dans différents services hospitaliers et de rééducation post-lésion cérébrale et en s'appuyant secondairement sur un petit corpus de témoignages, elle s'intéresse aux parcours de patient·e·s ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Les résultats des travaux épidémiologiques ouvrent la voie à l'ethnographie en faisant apparaître un paradoxe : alors que l'accident neurologique peut être vu comme un événement qui réinitialise les compétences et qui égalise donc les positions, pourquoi, à lésion équivalente et en bénéficiant d'une prise en charge comparable, les membres des classes populaires et les femmes récupèrent-ils et elles moins bien que les autres ?

► **Santé, vieillissement et foyers de travailleurs migrants à Nanterre : la fabrique de territoires**

PEDRERO C.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 275-292.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-275.htm>

Cet article explore les inégalités de santé au sein de la population immigrée vieillissante résidant en foyer de travailleurs migrants. Le propos se focalise sur cette population afin de saisir les spécificités du foyer comme lieu de vie, ses effets sur l'état de santé et le recours aux soins des travailleurs immigrés âgés. On observe des indicateurs plus défavorables dans la population vivant en foyer au regard de celle résidant en habitat classique : couverture de santé moins étendue, recours moindre aux médecins spécialistes, plus forte proportion de personnes précaires, etc. Cet état des lieux relevant de constructions sociales et territoriales ne donne pas les mêmes chances de vieillir en bonne santé aux immigrés résidant en foyer. On note particulièrement l'influence de facteurs comme le cadre social et spatial du lieu d'habitation, le réseau social, le rapport à la ville, les politiques communales, etc. La santé est un révélateur du quotidien vécu par cette population, mais également de leur intégration par les pouvoirs publics dans la société française. L'analyse géographique proposée, par l'étude des interactions respectives entre espace, société et santé, présente ainsi l'intérêt de révéler des mécanismes d'exclusion sociale.

► **Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui**

PITTI L.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 305-317.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-305.htm>

L'objet de ce « point de vue » est d'analyser le renouveau de la médecine sociale en France aujourd'hui en partant d'une énigme : en France, comme la pandémie de Covid-19 l'a révélé, beaucoup de quartiers populaires en banlieue des grandes villes sont devenus des déserts médicaux urbains, à l'image de ceux de la Seine-Saint-Denis sur lesquels j'ai particulièrement enquêté, notamment dans une recherche menée conjointement avec Audrey Mariette sur les politiques, professions et pratiques de santé en territoires populaires (Mariette et Pitti, 2020). Or, depuis une dizaine d'années, c'est précisément dans ces quartiers que se créent des centres de santé, portés par des équipes de soins primaires, qui ont en commun de développer une médecine sociale et une approche dite communautaire des soins et de la santé – six existent à ce jour (ouverts en 2006 à Toulouse, en 2011 à Saint-Denis, en 2012 à Échirolles, en 2018 à Vaulx-en-Velin et à Marseille, en 2020 à Cherbourg), plusieurs autres sont en projet et un réseau des centres de santé communautaire est en voie de constitution, à l'échelle nationale. Ce type de centres reste certes numériquement marginal, dans le paysage d'une offre de soins qui compte à ce jour 428 centres de santé pluriprofessionnels ; mais il représente un des modèles de l'exercice coordonné des soins primaires que la situation critique engendrée par la pandémie de Covid-19 a contribué à mettre au centre du débat public, en particulier dans les quartiers populaires (Mariette et Pitti, 2021a).

Covid**► The Second Pandemic: Examining Structural Inequality Through Reverberations Of COVID-19 in Europe**

FISKE A., GALASSO I., EICHINGER J., *et al.*
2022

Social Science & Medicine 292: 114634.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114634>

While everyone has been impacted directly or indirectly by the Covid-19 pandemic and the measures to contain it, not everyone has been impacted in the same way and certainly not to the same degree. Media coverage in early 2020 emphasized the “unprecedented” nature of the pandemic, and some even predicted that the virus could be a global “equalizer.” Ensuing debates over how the pandemic should be handled have often hinged on oppositions between protecting health and healthcare systems versus saving livelihoods and the economy, a dichotomy that we argue is false. Drawing

on 482 interviews conducted in Germany, Italy, Ireland, Austria, German-speaking Switzerland and the UK over two points in a 6-month period as part of the ‘Solidarity in times of Pandemics Research Consortium’ (SolPan), we illustrate the ways that oppositions posed between saving lives or saving livelihoods fail to capture the entangled, long-standing nature of structural inequalities that have been revealed through the pandemic. Health- and wealth-related inequalities intersect to produce the “second pandemic,” a term used by a research participant to explain the other forms of devastation that run in parallel with virus. Our findings thus complicate such dichotomies through a qualitative understanding of the pandemic as a lived experience. The pandemic emerges as a critical juncture which, in exacerbating these existing structural inequalities, also poses an opportunity to work to better resolve them.

Médicaments**Pharmaceuticals****► Prescription différée d’antibiotique en soins primaires. Étude prospective interventionnelle randomisée : évaluation de la consommation d’antibiotique en fonction des modalités de réalisation de l’ordonnance dans la pratique courante des médecins généralistes**

AUBOURG G., THERENE C. ET DURIEUX W.
2021

Médecine : De la Médecine Factuelle à Nos Pratiques 17(8): 372-377.

L’antibiorésistance représente un enjeu majeur de santé publique. La majorité des antibiotiques sont prescrits par des médecins de ville dans des pathologies qui ne nécessitent que très rarement une antibiothérapie. La prescription différée d’antibiotique (PDA) se comme une option dans cet objectif de diminution de consommation d’antibiotique. Une étude prospective, interventionnelle, quantitative de deux groupes parallèles auprès de médecins généralistes habitués à la pratique

de PDA en France a été réalisée. Le critère de jugement principal était le taux de consommation d’antibiotique par le patient selon son groupe (PDA protocolisées ou PDA habituelles). Les résultats montrent une tendance vers la diminution de consommation des antibiotiques après une consigne écrite chez des médecins habitués à la réalisation de la PDA. Quelles que soient les modalités de prescription par des médecins généralistes habitués à cette pratique, la consommation d’antibiotique diminue tant que les informations transmises sont claires et appropriées.

► Antibiorésistance en France en 2021 : une menace sous surveillance

BERGER-CARBONNE A., ROMARRIN I. *et al.*
2021

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(18-19): 49.

<http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/18-19/index.html>

La consommation d'antibiotiques a baissé de 17 % en 2020 en France selon cette étude de Santé publique France. La tendance, déjà engagée depuis plusieurs années, a été fortement accentuée par la crise de la Covid-19, qui a permis de limiter la propagation des bactéries, grâce aux gestes barrières. Elle a aussi entraîné une baisse des visites médicales et donc des prescriptions (-18 %). Toutes les classes d'antibiotiques

sont concernées. Le recul de cette consommation est un objectif poursuivi par les autorités sanitaires, en France et dans d'autres pays, afin de freiner l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques. Parmi les pays développés, la France est particulièrement concernée, car la consommation d'antibiotiques y reste près d'un tiers supérieure à la moyenne européenne.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

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

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

2021

Medical Care Research and Review. Ahead of print.

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

Mixed methods research (MMR) is versatile, pragmatic, and adaptable to constraints and opportunities during a research process. Although MMR has gained popularity in health services management research, little is known about how the research approach has been used and the quality of research. We conducted a systematic review of 198 MMR articles published in selected U.S.-based and international health services management journals from 2000 through 2018 to examine the extent of MMR application and scientific rigor. Results showed limited, yet increasing, use of MMR and a high degree of correspondence between MMR designs and study purposes. However, most articles did not clearly justify using MMR designs and the reporting of method details and research integration were inadequate in a significant portion of publications. We propose a checklist to assist the preparation and review of MMR manuscripts. Additional implications and recommendations to improve transparency, rigor, and quality in MMR are discussed.

► **Covid-19 Pandemic Impact On The National Health Care Surveys**

WARD B. W., SENGUPTA M., DEFRANCES C. J., *et al.*
2021

American Journal of Public Health 111(12): 2141-2148.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306514>

While underscoring the need for timely, nationally representative data in ambulatory, hospital, and long-term-care settings, the Covid-19 pandemic posed many challenges to traditional methods and mechanisms of data collection. To continue generating data from health care and long-term-care providers and establishments in the midst of the Covid-19 pandemic, the National Center for Health Statistics had to modify survey operations for several of its provider-based National Health Care Surveys, including quickly adding survey questions that captured the experiences of providing care during the pandemic. With the aim of providing information that may be useful to other health care data collection systems, this article presents some key challenges that affected data collection activities for these national provider surveys, as well as the measures taken to minimize the disruption in data collection and to optimize the likelihood of disseminating quality data in a timely manner.

Health Policy**► Médecine personnalisée : quelles nouveautés ? Dossier**BAGUET F. *et al.*

2021

Gestions Hospitalières(609): 470-494.<https://gestions-hospitalieres.fr/dossier/medecine-personnalisee-queles-nouveautes/>

Présente depuis plus d'une décennie dans les enjeux de santé publique, l'expression « médecine personnalisée ? » est un faux ami dont il faut se méfier. On croit comprendre en la lisant qu'elle implique l'existence d'une nouvelle médecine, par opposition à la précédente qui ne s'adaptait pas aux patients. Cette expression véhicule surtout des promesses thérapeutiques majeures, dont certaines font déjà partie des prises en charge actuelles. Il est cependant difficile de saisir tous les aspects de « personnalisation » tant ils sont vastes, entre les enjeux scientifiques, technologiques, éthiques ou encore économiques. Notre propos n'est pas de faire un état des lieux de toutes les découvertes médicales récentes qui offrent aujourd'hui de nouvelles perspectives thérapeutiques ? Ce dossier présente certains enjeux actuels de cette médecine personnalisée, avec sa mise en œuvre en pratique.

► La loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique : quelles mesures nouvelles ?

BERGOIGNAN-ESPER C.

2021

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 205(9): 1069-1071.<https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.09.007>

Les objectifs de la loi de 2021 sont doubles. Le texte répond, d'une part, à une évolution de la société et, d'autre part, à des progrès médicaux et scientifiques. Dans le domaine sociétal, la loi met en place une évolution majeure. Un nouveau modèle de famille y est inscrit par l'ouverture de la procréation assistée aux couples de femmes et aux femmes seules non mariées. Le texte répond d'une double manière aux évolutions médicales et scientifiques. Certaines des dispositions sont déjà en place. La loi nouvelle les adapte. Il en est ainsi pour les dons d'organes, les recherches sur l'em-

bryon et les cellules souches embryonnaires, le diagnostic prénatal, l'interruption médicale de grossesse, les neurosciences, la génétique. Le texte encadre, par ailleurs, des domaines qui ne l'étaient pas, aux fins de meilleure qualité. Cela concerne les algorithmes, les selles d'origine humaine destinées à une utilisation thérapeutique, la prise en charge d'un enfant présentant une variation du développement génital, le don de corps. La loi du 2 août 2021 doit être suivie de nombreux décrets d'application, non encore publiés au jour de la rédaction de cet article. Les développements qui suivent exposent, de manière schématique, les mesures qui sont l'objet de la loi.

► « Santé communautaire » et « santé publique » en territoires populaires : « participation » des habitant-e-s ou gouvernement des conduites ? Des catégories, des pratiques et des agents en circulation entre la France, le Québec et la Belgique

MARIETTE A.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 319-332.<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-319.htm>

Au moment où la France s'apprête à voter une loi de santé qui prévoit davantage de prévention, de démocratie en santé et conforte les [agences régionales de santé] dans leurs missions, le Québec centralise son système de santé, avec une concentration importante des centres de décision au ministre de la Santé et des Services sociaux. Cette réforme risque-t-elle de creuser les écarts entre les groupes de la population et d'aggraver les inégalités sociales de santé ? [...] Il faudra beaucoup de résilience et d'innovation pour saisir les opportunités offertes par le changement et pour réinventer l'organisation de la santé publique au Québec. C'est souvent en temps de crise que des initiatives de solidarité, des projets créateurs et des idées innovantes voient le jour. La mobilisation est en marche de même que la consolidation des liens et des coopérations sur les plans canadien et international, notamment avec la France.

► **Trouble dans la demande de mort. Les lois de bioéthique sur la fin de vie : pour quelle vision du monde commun ?**

PIERRON J.-P.
2021

Jusqu'à la mort accompagner la vie 147(4): 39-46.

<https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2021-4-page-39.htm>

De la chambre où celui qui finit sa vie, jusqu'à parfois demander la mort, à la Chambre des députés qui répondent à cet appel par un texte de loi, la ligne n'est pas droite. Elle suppose que l'émotion que suscite la souffrance de l'extrême solitude du malade en fin de vie puisse être entendue. Elle attend de pouvoir retentir de l'intime à l'agora pour que ce qui s'éprouve sur le mode du sentiment soit partagé sur le mode d'arguments, de concepts, de raisons partageables et unies par un souci du monde commun.

► **Patients, proches : que donnent-ils à entendre à travers une demande de mort ?**

ROLLAND-PIÈGUE L. ET ROUX C.
2021

Jusqu'à la mort accompagner la vie 147(4): 91-100.

<https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2021-4-page-91.htm>

La demande de mort est au centre des préoccupations des équipes car c'est un appel à l'aide qui nécessite de réévaluer les objectifs de chaque soin et traitement pour limiter toute obstination déraisonnable. Elle est l'expression d'un vécu intérieur complexe empli d'ambivalence; l'écouter demande du temps, l'entendre demande de l'ouverture d'esprit et de la créativité, pour que la réponse soit singulière.

Politique publique

Public Policy

► **COP26: An Opportunity To Shape Climate-Resilient Health Systems and Research**

QUINTANA A. V., VENKATRAMAN R., COLEMAN S. B.,
et al. .
2021

The Lancet Planetary Health. Ahead of print.

[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00289-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00289-8)

Climate change poses both the largest threat and the biggest opportunity for the future of global health. The health sector's ability to sustain the health of communities and effectively respond to the impacts of climate change relies on the resilience of our health systems and their ability to deal with shocks and stressors. The Covid-19 pandemic has made evident how interconnected our governing systems are as the world experiences the consequences of a major shock to health systems in high-income countries and low-income and middle-income countries. The 26th UN Climate Change Conference of Parties (COP26) in Glasgow that occurred in early November, 2021, along with any future Conference of Parties (COP), will shape global commitments for climate action and offers an important opportunity for the inclusion of health pol-

icy and systems research (HPSR), which aims to understand how health systems can adapt and respond to climate challenges.

► **Reaching Net Zero Carbon Emissions in Health Systems**

WILKINSON E.
2021

The Lancet 398(10315): 1953-1954.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02642-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02642-8)

14 countries have now pledged to develop a carbon-neutral health system. The question now is: how will they do it? Emma Wilkinson reports. 1 year after the UK National Health Service (NHS) set out its carbon net zero goals, 13 other countries have announced at the UN Climate Change Conference (COP26) that they will follow suit and aim for zero emissions on or before 2050. Belgium, Fiji, Indonesia, Jordan, Kenya, Malawi, Morocco, Nigeria, Peru, São Tomé and Príncipe, Sierra Leone, Spain, and Yemen have pledged to join the UK in cutting all carbon emissions from their health systems over the next 10–30 years. At COP26 in Glasgow,

WHO confirmed that a further 31 countries, including Argentina, Germany, and the USA, have agreed to move towards more sustainable and low-carbon health systems. Health care accounts for almost 5% of net global climate emissions and if it was a country, would be the fifth largest climate polluter on the planet. A course towards zero emissions is inherently tied up with building more resilient health systems and meeting

global health goals, according to delegates. The NHS also announced the formation of a new international partnership with WHO to “raise the standards of what constitutes an acceptable amount of progress”. Nick Watts, NHS England chief sustainability officer, said the UK has set out ambitious targets between now and 2045 but “it cannot do it alone”

Covid

► **La crise sanitaire en Europe : face au lourd bilan, la relance de la construction européenne**

KAHN S.

2021

Hérodote 183(4): 163-179.

<https://www.cairn.info/revue-herodote-2021-4-page-163.htm>

Le « plan de relance pour faire face aux conséquences économiques de la crise du Covid-19 » décidé en 2020 par l'Union européenne est le dispositif emblématique de toute une panoplie de politiques publiques déployée en réponse à la crise sanitaire, économique et sociale du Covid-19. Il signale un approfondissement de l'intégration européenne et de la mutualisation des territoires nationaux et des politiques publiques. C'est une relance de la construction européenne. Pour autant, les modalités selon lesquelles les Européens font face à cette crise au bilan très lourd révèlent que le continent se caractérise également par une aversion au risque.

► **Covid-19 : une crise sanitaire inédite**

MANSOUR Z., LEPELLETIER D. *et al.*, E.

2021

Actualité Et Dossier En Santé Publique(116).

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/covid-19-crise-sanitaire-inedite/>

Depuis fin 2019, le virus SARS-CoV-2 a été en phase de circulation active et depuis, la pandémie frappe la planète entière d'une manière totalement inédite. En réaction à cette situation, il a fallu recourir à des mesures ancestrales de protection telles que la quarantaine et le confinement et, dans le même temps, développer les progrès et les performances de la recherche biomédicale et de nombreuses spécialités de médecine, dont la santé publique. Le caractère « mondial » d'une

telle crise interroge sur les causes, souvent associées à la mondialisation et aux flux des populations et des marchandises, mais également sur les stratégies pour lesquelles les équipes se mobilisent au niveau international. La crise sanitaire a également mis en lumière les interactions étroites entre la faune sauvage, la perte de la biodiversité et la santé publique. La compréhension de cette maladie, dans tous ses aspects et dans toute sa complexité, mobilise un nombre conséquent de professionnels de champs de compétences très variés dans une réflexion multidisciplinaire. Un des enseignements de cette crise sanitaire est qu'elle révèle ou aggrave des inégalités sociales de santé. Pour maîtriser la circulation du virus et reprendre une activité sociale et économiques normale, la compréhension et l'adhésion de la population aux mesures de protection sont indispensables. C'est peut-être aussi la meilleure façon de combattre les nombreuses rumeurs et informations non fondées. Dans ce nouveau numéro, le dossier aborde l'ensemble de ces sujets afin d'apporter une vision globale et objective de la crise, ses causes et ses conséquences.

► **Social Distancing Measures: Barriers To Their Implementation and How They Can Be Overcome – a Systematic Review**

SADJADI M., MÖRSCHER K. S. ET PETTICREW M.

2021

European Journal of Public Health 31(6): 1249-1258.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab103>

Despite their central role in the global response to the Covid-19 pandemic and previous infectious disease outbreaks, factors influencing the acceptability and implementation of social distancing measures are poorly understood. This systematic review aims to identify such factors drawing on qualitative literature. A systematic search was carried out in eleven

databases. Papers were included in the review if they reported on qualitative studies of factors influencing the implementation of social distancing measures in potentially epidemic infectious diseases. An adapted meta-ethnographical approach was used for synthesis. Review findings were assessed for strength and reliability using GRADE-CERQual. Twenty-nine papers were included from the systematic search that yielded 5620 results, and supplementary methods. The review identifies two broad categories of barriers to social distancing measures: individual- or community-level psychosocial phenomena, and shortcomings in governmental

action or communication. Based on this, 25 themes are identified that can be addressed to improve the implementation of social distancing. Among other findings, the review identifies the need for good communication as well as the need for authorities to provide comprehensive support as two key opportunities to increase acceptability and adherence. Further important enablers of adherence are adequate preparedness and appropriate legislation, the presence of community involvement, solidarity within communities and trust in governments and authorities.

Politique sociale

Social Policy

► L'Union européenne et la protection sociale : c'est compliqué !

CRESPY A.

2021

Informations sociales 203-204(2): 63-71.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2021-2-page-63.htm>

L'intervention de l'Union européenne (UE) sur le social est aussi complexe que fragmentaire et se déploie de manière à la fois directe et indirecte. On peut distinguer quatre grands champs d'action européens : la réglementation (mobilité, droit du travail, non-discrimination); le dialogue social européen; la redistribution par les fonds; et la coordination souple des réformes des systèmes sociaux. Cet article s'intéresse plus particulièrement aux questions de la coordination de la sécurité sociale des travailleurs en situation de mobilité et de l'ouverture mutuelle des systèmes nationaux. Si les droits des travailleurs tendent à s'accroître avec le temps, même de manière marginale, l'accès des non-actifs aux prestations sociales est, lui, remis en question. Au-delà des débats politiques, la coopération administrative s'intensifie via la création de commissions, de réseaux numériques d'échange de documents, de réseaux d'experts et même d'une Autorité européenne du travail.

► Sécurité sociale et pays émergents : la résistible ascension d'une protection sociale pour tous

FILHON G.

2021

Informations sociales 203-204(2): 26-35.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2021-2-page-26.htm>

Parce que consensuelle, la notion de sécurité sociale, et a fortiori celle de protection sociale, a pâti de son manque de précision opérationnelle sur le plan international. Alors que différents modèles de protection sociale antagonistes étaient invoqués par les organisations internationales (OI) sous un vocable apparemment commun, la crise financière de 2008, en révélant l'inefficacité des solutions « de marché » souvent portées par les bailleurs de fonds internationaux, a permis l'émergence d'une vision commune sur un « socle de protection sociale » tel que clairement défini par l'Organisation internationale du travail (OIT), c'est-à-dire faisant largement référence à une sécurité sociale obligatoire, redistributive et à but non lucratif. Si ce nouveau consensus a conduit au développement d'une couverture sociale élargie dans de nombreux pays émergents, cette dernière reste souvent perfectible et doit être approfondie par l'usage d'outils mis à la disposition des institutions nationales par les organisations internationales pour une protection sociale élargie.

► **La mesure du non-recours aux prestations sociales : un défi pour la statistique publique**

GONZALEZ L.

2021

Retraite et société 87(3): 153-168.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2021-3-page-153.htm>

Le non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Les chercheurs tentent de comprendre et de mesurer ce phénomène, d'en identifier les causes, et d'en analyser les incidences, d'un point de vue politique, économique et social. Si de nombreuses études se concentrent sur le non-recours des populations précaires, la catégorie des personnes âgées demeure peu explorée. Faut-il en déduire qu'elle est moins exposée ou plutôt que le non-recours la concernant prend des formes particulières? La complexité de l'offre et les différents obstacles (théoriques ou méthodologiques) sont autant d'éléments qui participent à une moindre lisibilité des prestations proposées (retraite, Aspa, recours aux soins, etc.). On peut aussi se demander dans quelle mesure le non-recours est susceptible d'affecter les modes de vie à la retraite et peut être une illustration de la difficulté à vieillir et à exercer de plein droit sa citoyenneté. Pour fournir un diagnostic complet, ce dossier de Retraite et société s'appuie sur les données administratives et d'enquêtes (qualitatives et quantitatives) d'un grand nombre de prestations et de services. Il révèle combien la lutte contre le non-recours est un enjeu majeur, et d'actualité, dans un contexte d'accroissement des inégalités.

► **La coopération internationale est essentielle aux métiers de la protection sociale**

LIBRAULT D., COLLOMBET C. ET DEBIÈS E.

2021

Informations sociales 203-204(2): 105-109.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2021-2-page-105.htm>

La mondialisation transpose désormais les questions de protection sociale à l'échelle transnationale. Une série de mécanismes mobilisent de nombreux acteurs publics et privés, à l'origine de normes, d'expertises et de nouveaux modèles d'organisation ou d'intervention en faveur d'une prise en charge collective des risques

sociaux. La protection sociale est ainsi façonnée par des réseaux impliquant des acteurs internationaux, dont l'influence s'exerce aussi au plan national. Ce numéro aborde ces dynamiques à l'aune de la diffusion des idées et des modèles, de l'émergence de problèmes publics globaux et de l'évolution des paradigmes dominants (première partie). Cette circulation intellectuelle concerne en premier lieu les pays peu équipés en la matière mais aussi des pays plus avancés comme ceux de l'UE. Ce numéro dresse ensuite une cartographie des principaux acteurs qui interviennent en faveur du développement de la protection sociale ou de ses réformes à l'échelle internationale : organisations internationales anciennement impliquées comme l'Organisation internationale du Travail ou plus généralistes, comme la Banque Mondiale; acteurs privés (syndicats, fondations philanthropiques, organismes complémentaires...) (deuxième partie). Ce numéro s'intéresse enfin à la conciliation entre mondialisation des activités économiques et protection sociale (troisième partie). De ce point de vue, les défis communs sont nombreux : égalité de genre, régulation des plateformes de l'économie numérique, détachement des travailleurs, droit des travailleurs frontaliers ou migrants....

► **Protection sociale internationale : un enjeu majeur pour la branche Famille**

MAZAURIC V.

2021

Informations sociales 203-204(2): 5-5.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2021-2-page-5.htm>

La mondialisation transpose désormais les questions de protection sociale à l'échelle transnationale. Une série de mécanismes mobilisent de nombreux acteurs publics et privés, à l'origine de normes, d'expertises et de nouveaux modèles d'organisation ou d'intervention en faveur d'une prise en charge collective des risques sociaux. La protection sociale est ainsi façonnée par des réseaux impliquant des acteurs internationaux, dont l'influence s'exerce aussi au plan national. Ce numéro aborde ces dynamiques à l'aune de la diffusion des idées et des modèles, de l'émergence de problèmes publics globaux et de l'évolution des paradigmes dominants (première partie). Cette circulation intellectuelle concerne en premier lieu les pays peu équipés en la matière mais aussi des pays plus avancés comme ceux de l'UE. Ce numéro dresse ensuite une cartographie des principaux acteurs qui interviennent

en faveur du développement de la protection sociale ou de ses réformes à l'échelle internationale : organisations internationales anciennement impliquées comme l'Organisation internationale du Travail ou plus généralistes, comme la Banque Mondiale; acteurs privés (syndicats, fondations philanthropiques, organismes complémentaires...) (deuxième partie). Ce numéro s'intéresse enfin à la conciliation entre mondialisation des activités économiques et protection sociale (troisième partie). De ce point de vue, les défis communs sont nombreux : égalité de genre, régulation des plateformes de l'économie numérique, détachement des travailleurs, droit des travailleurs frontaliers ou migrants....

► **La protection sociale au-delà de l'État-nation : objets, acteurs et logiques de la transnationalisation des politiques sociales**

SPIESER C.

2021

Informations sociales 203-204(2): 16-25.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2021-2-page-16.htm>

La protection sociale au sens européen est née de compromis historiques entre acteurs politiques, économiques et sociaux dans les États-nation. La penser au-delà de ce contexte à l'heure de la mondialisation nécessite de prendre en compte la diversité des systèmes de protection sociale, les dynamiques de diffusion et de transferts et les interactions entre acteurs nationaux et internationaux. L'article propose une grille de lecture pour analyser cette complexité.

Prévention

Prevention

► **Comment construire une éducation thérapeutique personnalisée et émancipatrice ?**

SANDRIN B.

2021

Sciences sociales et santé 39(4): 105-117.

Dans le cadre de l'étude relatée par Lucie Forté, Émilie Gaborit et Philippe Terral, des entretiens approfondis ont été menés avec des patients après leur participation à un programme d'éducation thérapeutique. Celui-ci s'adresse à des personnes soignées pour un cancer, par chimiothérapie orale à leur domicile. Il a pour objectifs « d'améliorer la gestion des effets indésirables et de renforcer l'adhésion du patient au traitement ».

► **Altruism and Vaccination Intentions: Evidence From Behavioral Experiments**

CUCCINIELLO M., PIN P., IMRE B., *et al.*

2022

Social Science & Medicine 292: 114195.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114195>

Vaccine hesitancy has been on the rise throughout the past two decades, especially in high income countries where existing pro-vaccination public health communication strategies have proven ineffective. We argue that appealing to other-regarding preferences is one way of improving the effectiveness of public health communication strategies. To test this argument, we assess how vaccination intentions are influenced by the presence of people who cannot vaccinate, such as the immunosuppressed, newborns or pregnant women, using a laboratory experiment where there is a passive player whose welfare depends on the decisions of other, active players. Results suggest that pro-vaccine messages targeting altruism can increase vaccination intentions by: (i) invoking past experiences of dependence and vulnerability; (ii) stressing cooperation as a social norm; and (iii) emphasizing the presence of vulnerable individuals in a given society.

► **Non-recours au diagnostic et aux soins dans le cas de la maladie d'Alzheimer**

WARIN P., GUCHER C. ET ALVAREZ S.
2021

Retraite et société 87(3): 53-72.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2021-3-page-53.htm>

La prévalence de la maladie d'Alzheimer et ses conséquences psychologiques et sociales questionnent l'accès au bilan préventif, au diagnostic, voire aux traitements médicamenteux, aux soins de support spécialisés et aux aides à la vie quotidienne qui peuvent être proposés aux personnes. Dans le cadre d'un appel à projet de la fondation Plan Alzheimer, nous avons cherché

à comprendre les motifs du recours aléatoire et peu généralisé à cette « offre de soins », dans le cas d'une maladie qui affecte autant les personnes malades que leur entourage. L'enquête qualitative auprès d'un panel de 38 personnes présentant des signes évocateurs d'une maladie neurodégénérative a permis d'analyser la manière dont ces personnes s'emparent ou se détournent de l'offre qui leur est dédiée. Elle met en évidence l'importance des trajectoires de vie et le poids des interactions familiales et professionnelles, complétant ainsi l'analyse générale du phénomène de non-recours. Son principal résultat est de souligner l'importance de la « non-adhésion » comme principale explication de la non-demande intentionnelle.

Covid

► **Prevention Of SARS-Cov-2 Transmission During a Large, Live, Indoor Gathering (SPRING): A Non-Inferiority, Randomised, Controlled Trial**

DELAUGERRE C., FOISSAC F., ABDOUL H., *et al.* .
2021

The Lancet Infectious Diseases(Ahe): Ahead of print.

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00673-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00673-3)

Mass indoor gatherings were banned in early 2020 to prevent the spread of SARS-CoV-2. We aimed to assess, under controlled conditions, whether infection rates among attendees at a large, indoor gathering event would be similar to those in non-attendees, given implementation of a comprehensive prevention strategy including antigen-screening within 3 days, medical mask wearing, and optimised ventilation.

Grant, R., Charmet, T., Schaeffer, L., et al. "Impact of SARS-CoV-2 Delta variant on incubation, transmission settings and vaccine effectiveness: Results from a nationwide case-control study in France." *The Lancet Regional Health – Europe(Ahe): Ahead of print.*

<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100278>

We aimed to assess the settings and activities associated with SARS-CoV-2 infection in the context of B.1.617.2 (Delta) variant circulation in France, as well as the protection against symptomatic Delta infection.

► **The Effects Of Organizational Climate On Adherence To Guidelines For Covid-19 Prevention**

HUBERT P., ABDEL HADI S., MOJZISCH A., *et al.*
2022

Social Science & Medicine 292: 114622.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114622>

During the current pandemic, it is essential that individuals follow the Covid-19 guidelines (e.g., physical distancing) to slow down the spread of the new coronavirus. Organizations generally affect their employees' behavior in a wide range of areas, but can they also affect how strictly employees adhere to Covid-19 guidelines? To answer this question, the present study examined the impact of an organizational climate for preventing infectious diseases (OCID) on employees' adherence to Covid-19 guidelines both at work and in their private life. Method We used a two-wave longitudinal online survey with a final sample of N = 304 UK employees. Results Our results show that OCID during the first lockdown in the UK in April 2020 (T1) was positively linked to adherence to Covid-19 guidelines at work one month later (T2). We also found a relationship between OCID (T1) and adherence to guidelines in one's private life (T2) that was mediated through adherence to guidelines at work (T2). Conclusion These results highlight the pivotal role organizations play in mitigating the Covid-19 pandemic.

Prevision - Evaluation

► **Évaluation du programme « PRADO Chirurgie » en 2018**

LUU P., VIMONT A., LELEU H., *et al.*
2021

Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique. Ahead of print.

<https://doi.org/10.1016/j.rcot.2021.04.002>

Sur la période de 2015 à 2017, près de 80 000 hospitalisations ont bénéficié du volet chirurgie orthopédique du Programme d'Accompagnement au retour à Domicile (PRADO) de l'Assurance maladie. L'objectif de cet article est d'évaluer si le programme PRADO déployé en chirurgie orthopédique raccourcit les durées de séjour et réduit le taux de réhospitalisations à 30 jours. L'évaluation du Programme PRADO Chirurgie Orthopédique comprenait une étude quantitative et une étude qualitative. L'étude quantitative était une étude de cohorte rétrospective multicentrique, réalisée par appariement à des données du Système national des données de santé (SNDS). L'étude qualitative, réalisée par des entretiens individuels et collectifs semi-directifs, explorait l'adhésion des professionnels, leur perception de la mise en œuvre, du financement et des coûts du programme. Discussion Le programme PRADO répond à son objectif d'amélioration des prises en charge en orthopédie et questionne la pertinence de certains séjours SSR en orthopédie. Niveau de preuve III; étude comparative rétrospective.

► **Economic Evaluations Of Palliative Care Models: A Systematic Review**

MATHEW C., HSU A., PRENTICE M., *et al.*
2019

Palliative Medicine 34: 026921631987590.

Palliative care aims to improve quality of life by relieving physical, emotional, and spiritual suffering. Health system planning can be informed by evaluating cost and effectiveness of health care delivery, including palliative care. Aim The objectives of this article were to describe and critically appraise economic evaluations of palliative care models and to identify cost-effective models in improving patient-centered outcomes. Design We conducted a systematic review and registered our protocol in PROSPERO (CRD42016053973). Data sources A systematic search of nine medical and economic databases was conducted and extended with reference scanning and gray literature. Methodological quality was assessed using the Drummond checklist. Results We identified 12,632 articles and 5 were included. We included two modeling studies from the United States and England, and three economic evaluations from England, Australia, and Italy. Two studies compared home-based palliative care models to usual care, and one compared home-based palliative care to no care. Effectiveness outcomes included hospital readmission prevented, days at home, and palliative care symptom severity. All studies concluded that palliative care was cost-effective compared to usual care. The methodological quality was good overall, but three out of five studies were based on small sample sizes. Conclusion Applicability and generalizability of evidence is uncertain due to small sample sizes, short duration, and limited modeling of costs and effects. Further economic evaluations with larger sample sizes are needed, inclusive of the diversity and complexity of palliative care populations and using patient-centered outcomes.

Psychiatry**► Use Of Mental Health Interventions By Physiotherapists To Treat Individuals With Chronic Conditions: A Systematic Scoping Review**

ALVAREZ E., GARVIN A., GERMAINE N., *et al.* .
2021

Physiotherapy Canada. Ahead of print.

<https://utpjournals.press/doi/abs/10.3138/ptc-2020-0066>

Physiotherapists work with people with chronic conditions and can act as catalysts for behavioural change. Physiotherapy has also seen a shift to a bio-psycho-social model of health management and interdisciplinary care, which is important in the context of chronic conditions. This scoping review addressed the research question “How do physiotherapists use mental health-based interventions in their treatment of individuals with chronic conditions?” Method: The Embase, MEDLINE, PsycINFO, and CINAHL databases were searched, and a variety of study designs were included. Data were categorized and descriptively analyzed. Results: Data were extracted from 103 articles. Low back pain (43; 41.7%) and non-specified pain (16; 15.5%) were the most commonly researched chronic conditions, but other chronic conditions were also represented. Outpatient facilities were the most common setting for intervention (68; 66.0%). A total of 73 (70.9%) of the articles involved cognitive-behavioural therapy, and 41 (40.0%) included graded exercise or graded activity as a mental health intervention. Conclusions: Physiotherapists can use a variety of mental health interventions in the treatment of chronic conditions. More detailed descriptions of treatment and training protocols would be helpful for incorporating these techniques into clinical practice.

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

LINDER A., WIDMER D., BURGUBURU A., *et al.*
2021

L'Information Psychiatrique 97(10): 849-855.

https://www.jle.com/fr/revues/ipe/e-docs/pratiques_et_reflexivite_des_psychiatres Psychotherapeutes_dans_le_diagnostic_et_la_prise_en_charge_de_la_depression_chronique_321651/article.phtml

Nous nous intéressons à la définition et à la prise en charge de la dépression chronique du point de vue du psychiatre, à l'aide d'une démarche qualitative. Si de nombreuses études comparent l'efficacité des traitements de la dépression chronique, on ne sait que peu de choses des pratiques réelles de ceux qui les mettent en œuvre. En analysant trois focus groups menés avec un total de 16 psychiatres suisses romands, nous montrons que les psychiatres se forment une représentation de la dépression chronique en s'appuyant à la fois sur les catégories diagnostiques, le fonctionnement psychique et des éléments sociaux et contextuels. Nous distinguons trois types de psychothérapie : la psychothérapie à visée de changement, la psychothérapie à visée conservatrice, et la thérapie par défaut. Nous discutons du rôle du vécu du psychiatre et de sa réflexivité pour lui permettre de passer d'une forme d'apathie à la mobilisation d'outils de psychothérapie.

► Contrainte, contention et isolement. Des mesures thérapeutiques pour les étudiants en médecine ?

BENAROSCH J.
2021

Pratiques en santé mentale 67e année(4): 75-82.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-4-page-75.htm>

Les étudiants de la faculté de médecine de Paris sont souvent confrontés pendant leurs stages à la contrainte et à l'isolement qui sont des mesures couramment utilisées en psychiatrie, mais également dans les services de médecine générale ou spécialisée. Ces procédés violents, punitifs sont vécus comme choquants par

eux, et suscitent de perpétuels conflits avec les principes éthiques, la législation et les droits du patient. Ils pointent le décalage entre le vécu traumatique du patient et celui du soignant, lequel pense que l'utilisation de la force, même si elle s'inscrit dans un procédé thérapeutique, est le seul moyen pour contenir et protéger le patient. Ces mesures, qui doivent rester exceptionnelles, peuvent être remplacées par d'autres pratiques qui prennent davantage en compte les droits des patients. Elles s'inscrivent dans des approches thérapeutiques basées sur la présence du professionnel, son attitude, ses postures professionnelles telles l'empathie, la congruence, l'écoute centrée sur la personne, mais également sur la prévention des moments de crise avec le patient, et sur la gestion de ses violences et de ses comportements agressifs.

► **Obstacles sur le chemin de la psychothérapie pour les personnes âgées dépressives : un modèle d'accès en plusieurs phases**

FALK K. ET KAMMERER K.

2021

Retraite et société 87(3): 119-140.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2021-3-page-119.htm>

Les maladies dépressives sont aussi répandues en Allemagne parmi les plus de 65 ans que parmi les populations plus jeunes, mais les personnes âgées font beaucoup plus rarement appel à un traitement psychothérapeutique que leurs cadets. L'étude Psychotherapie im Alter – Barrieren und Möglichkeiten des Zugangs (PSYTIA, « Psychothérapie et troisième âge – obstacles et possibilités d'accès ») examine, en Allemagne, à l'aide de méthodes de recherche qualitatives et quantitatives, quels sont les obstacles qui font hésiter les populations âgées atteintes d'une maladie dépressive à s'engager sur le chemin de la psychothérapie, et quelles sont les possibilités d'accès. Sur la base d'entretiens semi-directifs avec des personnes âgées dépressives (n = 18), des médecins généralistes (n = 14) et des psychothérapeutes (n = 11) de Berlin, nous avons reconstitué les étapes de l'accès à la psychothérapie dans son aspect social, un processus dans lequel différents acteurs jouent un rôle, chacun avec sa perception et sa conception propres. On peut distinguer quatre phases dans ce processus : 1. Le ou la patient(e) a besoin d'explications et de recevoir de l'aide (trouver un remède); 2. Il/elle envisage une psychothérapie; 3. Il/elle cherche un psychothérapeute;

4. Il/elle développe une relation psychothérapeutique bénéfique. La présente contribution révèle, pour chacune de ces phases, quels obstacles se dressent, quelles possibilités existent, et l'importance que cela revêt dans la décision des personnes âgées dépressives de faire appel à un traitement psychothérapeutique. Les résultats montrent qu'il est possible de faciliter l'accès de cette tranche d'âge à un traitement psychothérapeutique, tant à travers l'organisation générale qu'à travers le rôle de chacun des acteurs.

► **Adverse Employment Histories, Work Stress and Self-Reported Depression in The French CONSTANCES Study**

HOVEN H., WAHRENDORF M., GOLDBERG M., *et al.*
2021

European Journal of Public Health 31(6): 1230-1236.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab181>

Job instability and disadvantaged work were shown to be associated with poor mental health, but few studies analyzed these conditions in a life course perspective. In this study, adverse employment histories are retrospectively assessed and linked to self-reported depression. Furthermore, indirect effects of later stressful psychosocial work in terms of effort-reward imbalance are investigated. With data from the French CONSTANCES cohort study of 13 716 male and 12 767 female employees aged 45 and older, we identify adverse employment histories between age 25 and 45, focussing on job discontinuity, job instability and cumulative disadvantage. Direct effects of these conditions on self-reported depression over a period of up to 5 years are analyzed, using discrete-time logistic regression. Indirect effects of stressful work at baseline are examined. Moderately elevated odds ratios of self-reported depression are observed among participants with discontinued employment histories (number of unemployment periods; years out of work for men). Effort-reward imbalance at work is consistently related to elevated risk of self-reported depression and explains parts of the association between discontinuous employment and depression. Applying a life course perspective to occupational health research extends current knowledge. Specifically, adverse employment histories in terms of recurrent job discontinuity are related to the risk of self-reported depression. This association is partly explained by exposure to a stressful psychosocial work environment. These results can instruct labour market policies and the development of targeted worksite interventions that address disadvantage throughout entire employment trajectories.

► **Neighborhood Socioeconomic Deprivation and Psychiatric Medication Purchases. Different Neighborhood Delineations, Different Results? a Nationwide Register-Based Multilevel Study**

JAKOBSEN A. L.
2021

Health & Place 72: 102675.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102675>

Previous studies of neighborhood socioeconomic deprivation and mental health treatment have shown mixed results. Multiple reviews have highlighted that the definition and measurement of neighborhoods can lead to different results, providing one explanation for these mixed findings. This study compares the use of micro-areas created using an automated redistricting algorithm and divided by physical barriers with the use of two administrative units, Danish parishes and postal codes. The geographical data are linked to Danish register data of the Danish population from age 16 in 2017, N = 4,347,001, to measure the association between the purchase of psychiatric medication and neighborhood socioeconomic deprivation using logistic multilevel models. Neighborhood socioeconomic deprivation is associated with a slightly increased probability of redeeming prescriptions for psychiatric medication after controlling for individual sociodemographic composition. However, this association was present only for micro-areas and not for parishes or postal codes. The results indicate that neighborhood effects on psychiatric medication purchases are affected by the neighborhood delineations used and that future studies should carefully consider how neighborhoods are defined and measured.

► **Use Of Electroconvulsive Therapy For Individuals Receiving Inpatient Psychiatric Care On a Nationwide Scale in France: Variations Linked To Health Care Supply**

LECARPENTIER P., GANDRÉ C., COLDEFY M., *et al.*
2021

Brain Stimul 15(1): 201-210.

A comprehensive understanding of variations in the use of electroconvulsive therapy (ECT) among health care providers in charge of ECT referrals is lacking. OBJECTIVE: Our objectives were to document ECT use and its variations on a nationwide scale in France and to identify the factors that were significantly associ-

ated with these variations. METHODS: Administrative health claims data on hospitalization were used to perform a descriptive analysis of ECT use for adult patients receiving inpatient psychiatric care in mainland France in 2019 and its variations across hospitals in charge of ECT referrals. Based on a conceptual framework drawn from the literature on medical practice variations, a multilevel logistic regression was then conducted to identify patients, hospitals and contextual characteristics that were significantly associated with ECT treatment using non-ECT-treated patients receiving inpatient psychiatric care as the reference population. Patients receiving ECT (n = 3288) were older, more frequently female and had more severe diagnoses than other patients seen in inpatient care (n = 295,678). Significant variations were observed in the rate of ECT use across hospitals (n = 468), with a coefficient of variation largely above one. In the multivariable analysis, ECT treatment was associated with patient characteristics (which accounted for 6% of the variations) but also with characteristics of the hospitals and their environments (44% of the variations), including the type of hospital and its distance to the closest facility providing ECT. Variations in ECT use were strongly linked to health care supply characteristics, which raises questions about access to quality mental health care.

► **Évolution des symptomatologies anxieuses et dépressives et leurs facteurs associés chez les actifs occupés en France métropolitaine en 2020**

LESAGE A., CHAN CHEE C., LEON C., *et al.*
2021

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) - Covid-19(13-23): 14.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_13/2021_Cov_13_1.html

Des mesures de distanciation sociale plus ou moins strictes ont été mises en place depuis le 17 mars 2020 (date de mise en place du premier confinement) afin de limiter la propagation du SARS-CoV-2. Ces mesures ont impacté les conditions de travail à des degrés variables. Ont alors pu émerger de nouvelles sources de risque pour la santé mentale. La présente étude visait à suivre l'évolution de l'anxiété et de la dépression dans la population active occupée et à identifier les sous-groupes les plus touchés. Elle constitue une première étape dans l'élaboration d'interventions ciblées. Les données proviennent de l'enquête

Coviprev en population générale. Lors de chacune des vagues d'enquête, un échantillon indépendant de 2 000 personnes âgées de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine a été interrogé par Internet. Dans le cadre de cette étude, seuls les actifs occupés ont été sélectionnés (personnes travaillant in situ, à domicile, au chômage partiel ou en arrêt de travail). Cette population représentait entre 52 et 55 % de l'échantillon total selon la vague considérée. Les données présentées dans cet article sont issues des vagues 1 (23 au 25 mars) à 19 (14 au 16 décembre 2020). La prévalence des états anxieux était de 30,5 % lors de la vague 1. Elle a ensuite connu une baisse significative jusqu'à la vague 3 (14 au 16 avril) avant de rester à des niveaux stables, mais relativement élevés. Pour la dépression, la prévalence était de 20,9 % en vague 2. Elle a connu une baisse significative avec la période du déconfinement avant de ré-augmenter de façon significative en octobre aux alentours du second confinement. Sur l'organisation du travail ? : être en arrêt de travail par rapport au travail in situ était associé à un risque accru de présenter un état anxieux uniquement pour les hommes.

► **Quelle est la place du consentement dans l'obligation de soin ?**

MONOD G.

2021

Pratiques en santé mentale 67e année(4): 41-48.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-4-page-41.htm>

L'auteur constate une tension manifeste entre une déontologie respectueuse du consentement libre et éclairé d'une part et, d'autre part, une obligation juridique s'y opposant. La demande adressée au psychiatre consiste le plus souvent à apporter une réponse à une violence, c'est-à-dire un trouble du comportement. Encore faut-il préciser la spécificité de « l'obligation de soin », datant de la loi du 5 juillet 2011, laquelle vise à inciter à un suivi thérapeutique. Elle se distingue de deux autres mesures : « l'injonction thérapeutique », mesure alternative aux poursuites judiciaires, régie par la loi du 31 décembre 1970 et « l'injonction de soin », faisant partie de la sanction pénale après expertise médicale; organisée par la loi du 17 juin 1998. Ensemble, ces modalités d'intervention prennent en étau le psychiatre dans une double contrainte, pouvant le conduire à choisir entre protection de la personne ou de la société. Face à une demande croissante de réponse à de nouvelles formes

de violence, terrorisme et féminicide, comment éclairer l'antinomie entre consentement et obligation. Le psychiatre ne risque-t-il pas de servir d'instrument de contrôle social, menaçant la démocratie ? En définitive, à quelle hauteur placer le degré de consentement pour répondre éthiquement à une demande de médicalisation de comportement ou d'opinion personnelle.

► **La liberté de consentir**

MORNET J.

2021

Pratiques en santé mentale 67e année(4): 8-20.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-4-page-8.htm>

Interroger la liberté de consentir conduit Joseph Mornet à confronter deux notions entrant en tension : le consentement et la liberté. Il expose cette confrontation selon deux axes, l'un individuel et, l'autre, collectif. La première partie, centrée sur la dimension individuelle, s'intitule « Le consentement des mineurs ». Elle prend pour point départ le récit de Vanessa Springora, *Le consentement*, publié en 2021, en retenant cette question centrale : comment admettre avoir été abusée quand je ne peux pas nier avoir été « consentante » ? Quel longueur de temps faut-il pour se déprendre d'une culpabilité accumulée au fil des années ? La réflexion met en jeu la liberté et le mal, lequel fonde l'interdit. Une lecture de la Genèse montre un être humain, chassé du Paradis, privé de discernement entre le bien et le mal, partagé entre cette incertitude et la tentation. L'histoire de l'art et de la littérature abondent en illustrations : tout dernièrement, en 2021, *La familia grande* de Camille Kouchner, récit de l'obscur consentement familial ou, antérieurement, en 1974, le film de Liliana Cavani, *Le Portier de nuit*, montrant, entre l'acceptation et la répulsion, ce qui conduit à accepter l'inacceptable. La deuxième partie, intitulée « Le consentement génocidaire » s'intéresse à la dimension collective, exposée en quatre temps. Le premier rappelle comment Hannah Arendt a conçu la notion de « banalité du mal », en l'étendant jusqu'à une complicité des victimes. Le second traite des « exécuteurs » : comment le régime nazi a voulu réaliser un État moderne d'efficacité en subordonnant sa politique à l'extermination des Juifs et comment des hommes « normaux » ont commis des meurtres de masse, tant en Allemagne qu'en Yougoslavie ou au Rwanda. Le troisième l'éclaire par le déni, un clivage psychique permettant de fermer les yeux sur l'inacceptable. Le film *Les chatouilles*, d'Andréa Bescond et

d' Eric Métayer, sorti en 2018, l'illustre. Le quatrième met en évidence le rôle de l'environnement social pouvant faire croire que l'acte de consentir obéit à notre seule liberté. En conclusion, le dernier mot revient à qualifier le consentement de complexe, inséparable des déterminations sociales et de l'inconscient. Freud met en garde contre la simplification naïve et insiste sur un jeu complexe entre Éros et Thanatos.

► **Représentations sociales du psychologue : état des lieux en France et enjeux pour la profession**

MOURET M.

2020

Le Journal des psychologues 377(5): 14-19.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2020-5-page-14.htm>

Dans un premier temps, cet article les liens qui unissent représentations sociales et identité, puis il revient sur les représentations sociales du psychologue ayant cours dans la société française, auprès du grand public, mais aussi chez des étudiants en psychologie. Cette démarche a pour but de mieux cerner l'impact que peuvent engendrer ces représentations sur l'identité professionnelle des psychologues et de déterminer les enjeux pour la profession à l'avenir...

Covid

► **Risk Factors Of Covid-19 in Subjects With and Without Mental Disorders**

DAI X.-J., SHAO Y., REN L., *et al.*

2022

Journal of Affective Disorders 297: 102-111.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.024>

Subjects with mental disorders are at a higher risk of various pandemic, but no specific studies concerning on screening and comparing the risk factors of Covid-19 for subjects with and without mental disorders, and the role of different classes of mental disorders with respect to the Covid-19. **Methods** This study comprised 42,264 subjects with mental disorders and 431,694 subjects without. Logistic regression was used to evaluate the associations of exposure factors with Covid-19 risk. Interaction terms were employed to explore the potential interaction effect between mental disorders and each exposure factor on Covid-19 risk. **Results** Mental disorders increased 1.45-fold risk of Covid-19 compared with non-mental disorders. There were significant interaction effects between mental disorders and age, sex, ethnicity, health ratings, socioeconomic adversity, lifestyle habits or comorbidities on Covid-19 risk. Subjects with and without mental disorders shared some overlapping risk factors of Covid-19, including the non-white ethnicity, socioeconomic adversity and comorbidities. Subjects without mental disorders carry some specific risk and protective factors. Among

subjects with mental disorders, the Covid-19 risk was higher in subjects with a diagnosis of organic/symptomatic mental disorders, mood disorders, and neurotic, stress-related and somatoform disorders than that of their counterparts. Age, amount of alcohol consumption, BMI and Townsend deprivation showed non-linear increase with Covid-19 risk. **Limitations** Absence of replication. **Conclusions** Subjects with mental disorders are vulnerable populations to whom more attention should be paid. Public health guidance should focus on reducing the Covid-19 risk by advocating healthy lifestyle habits and preferential policies in populations with comorbidities.

► **What Drives Beliefs in Covid-19 Conspiracy Theories? The Role Of Psychotic-Like Experiences and Confinement-Related Factors**

FERREIRA S., CAMPOS C., MARINHO B., *et al.*

2022

Social Science & Medicine 292: 114611.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114611>

The Covid-19 pandemic is a worldwide threat to public health and the global economy. The climate of fear and uncertainty associated with the pandemic has fostered the emergence of a wide range of Covid-19 conspiracy theories that have the potential to shape

public opinion and hinder the effective dissemination of valid information. Beliefs in conspiracy theories have been associated with maladaptive personality traits such as schizotypy and paranoia, as well as other non-psychotic psychological characteristics (e.g., social isolation, stress). Methods An online survey was conducted to examine the associations between beliefs in Covid-19 conspiracy theories and psychotic-like experiences in a Portuguese community sample (N = 438), while also addressing the role of sociodemographic variables, psychological outcomes (e.g., stress, affective states), confinement-related factors (e.g., confinement conditions/behaviors), and pandemic-related factors (e.g., health concerns, financial issues). Results Findings suggest that psychotic-like experiences are associated with beliefs in Covid-19 conspiracy theories, particularly perceptual abnormalities and persecutory ideation. Moreover, increased health-related concerns and reduced education levels also seem to be liability factors for these conspiracy beliefs. Conclusion These results add important insights into how the adherence to illogical and erroneous disease-related arguments can be related to psychotic-like experiences. Covid-19 conspiracy theories are yet another major challenge that governments and policymakers must contemplate when defining strategic directions to manage the current and future pandemics.

► **Results Of The Covid-19 Mental Health International For The General Population (COMET-G) Study**

FOUNTOULAKIS K. N., KARAKATSOULIS G., ABRAHAM S., *et al.*

2022

European Neuropsychopharmacology 54: 21-40.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.004>

There are few published empirical data on the effects of Covid-19 on mental health, and until now, there is no large international study. Material and methods During the Covid-19 pandemic, an online questionnaire gathered data from 55,589 participants from 40 countries (64.85% females aged 35.80 ± 13.61 ; 34.05% males aged 34.90 ± 13.29 and 1.10% other aged 31.64 ± 13.15). Distress and probable depression were identified with the use of a previously developed cut-off and algorithm respectively. Statistical analysis Descriptive statistics were calculated. Chi-square tests, multiple forward stepwise linear regression analyses and Factorial Analysis of Variance (ANOVA) tested relations among variables. Results Probable depres-

sion was detected in 17.80% and distress in 16.71%. A significant percentage reported a deterioration in mental state, family dynamics and everyday lifestyle. Persons with a history of mental disorders had higher rates of current depression (31.82% vs. 13.07%). At least half of participants were accepting (at least to a moderate degree) a non-bizarre conspiracy. The highest Relative Risk (RR) to develop depression was associated with history of Bipolar disorder and self-harm/attempts (RR = 5.88). Suicidality was not increased in persons without a history of any mental disorder. Based on these results a model was developed. Conclusions The final model revealed multiple vulnerabilities and an interplay leading from simple anxiety to probable depression and suicidality through distress. This could be of practical utility since many of these factors are modifiable. Future research and interventions should specifically focus on them.

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

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

2021

L'Information Psychiatrique 97(10): 865-873.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 pourrait entraîner chez les professionnels de santé une détresse émotionnelle et des troubles anxiodépressifs, et cela même en dehors des unités de soins prenant en charge la Covid-19. Nous avons évalué 197 membres du personnel d'un hôpital psychiatrique au moyen d'une enquête en ligne, durant le premier confinement de la pandémie de Covid-19. Les femmes, les infirmiers et aides-soignants et les personnes en arrêt de travail présentaient davantage de manifestations anxiodépressives. Par ailleurs, le manque d'information sur la situation sanitaire était un facteur de risque de dépression et d'anxiété. Les facteurs de risques identifiés suggèrent la nécessité de prendre en charge précocement les personnes à risque et d'assurer un suivi rapproché et une information du personnel soignant afin de prévenir les troubles anxiodépressifs.

► **La crise du Covid a provoqué une épidémie psychiatrique : pour y répondre la Cnam propose de démanteler le dispositif public de secteur**

KLOPP S.

2021

Cahiers de Santé Publique Et de Protection Sociale (Les)(38): 4.

<https://cahiersdesante.fr/editions/38/la-crise-du-covid-a-provoque-une-epidemie-psychiatrique-pour-y-repondre-la-cnam-propose-de-demanter-le-dispositif-public-de-secteur/>

L'auteur dénonce le projet de la Caisse nationale d'Assurance maladie qui vise à supprimer la politique de secteur psychiatrique. Ce rapport a été publié au moment où la crise de la Covid 19 a provoqué une épidémie psychiatrique. Ces propositions s'intègrent dans une politique qui veut supprimer toute prise en charge psychothérapique au profit des théories comportementales. Il s'agit de réduire les dépenses de santé mentales.

► **Do Government Responses Impact The Relationship Between Age, Gender and Psychological Distress During The Covid-19 Pandemic? a Comparison Across 27 European Countries**

KOCH M. ET PARK S.

2022

Social Science & Medicine 292: 114583.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114583>

Rationale Governments around the world have developed a range of responses to deal with the Covid-19 pandemic, including containment and closure, health system and economic policies. Despite their ubiquity, little is known regarding how government policies interact with age and gender to predict individual-level psychological outcomes. This study examines how three types of national-level government responses to the Covid-19 pandemic moderate the relationship between age and psychological distress as well as gender and psychological distress. Method We use a multilevel model to assess how government policies moderate the relationship between age as well as gender and psychological distress. Individual-level data are based on the SHARE Covid-19 Survey (n = 51,467 from 27 countries). Government policies are assessed using data from the Oxford Covid-19 Government Response Tracker. Results show that containment and closure policies increase psychological distress

more for women compared to men. Health system policies increase psychological distress more for women compared to men and more for older individuals compared to younger individuals. Economic policies do not interact with age or gender to predict psychological distress. Conclusions While containment and closure policies and health system policies interact with age and gender to predict psychological distress, their overall effect is comparably modest.

► **Impact Of Covid-19 Lockdowns On Mental Health: Evidence From a Quasi-Natural Experiment in England and Scotland**

SERRANO-ALARCÓN M., KENTIKELIS A., MCKEE M., *et al.*

2022

Health Economics 31(2): 284-296

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4453>

The Covid-19 pandemic has been associated with worsening mental health but it is unclear whether this is a direct consequence of containment measures, like "Stay at Home" orders, or due to other considerations, such as fear and uncertainty about becoming infected. It is also unclear how responsive mental health is to a changing situation. Exploiting the different policy responses to Covid-19 in England and Scotland and using a difference-in-difference analysis, we show that easing lockdown measures rapidly improves mental health. The results were driven by individuals with lower socioeconomic position, in terms of education or financial situation, who benefited more from the end of the strict lockdown, whereas they suffered a larger decline in mental health where the lockdown was extended. Overall, mental health appears to be more sensitive to the imposition of containment policies than to the evolution of the pandemic itself. As lockdown measures may continue to be necessary in the future, further efforts (both financial and mental health support) are required to minimize the consequences of Covid-19 containment policies for mental health.

Science de l'information et de la communication

Information and Communication Science

► Les stratégies open-sources selon le paradigme des modèles économiques

JULLIEN N. ET VISEUR R.

2021

Systèmes d'information & management 26(3): 67-103.

<https://www.cairn.info/revue-systemes-d-information-et-management-2021-3-page-67.htm>

De nombreuses entreprises utilisent des logiciels libres dans leurs propositions commerciales. Il existe de nombreuses études de cas sur leur modèle d'affaires. Cependant, il manque une analyse globale synthétisant et structurant les différents modèles open-sources. En nous appuyant sur le cadre des modèles économiques et la littérature en systèmes d'information, nous parlons des besoins en offres libres pour caractériser et comparer des modèles économiques open-sources. Cela nous permet de discuter le lien entre captation de valeur et ressources clefs. Le modèle de l'open-source apparaît basé sur la gestion et le contrôle de la dynamique d'évolution des logiciels (« logiciel flux »), dans une industrie qui s'était habituée à vendre des produits (« logiciel stock »).

► Open Access in The Humanities, Arts and Social Sciences: Complex Perceptions Of Researchers and Implications For Research Support

QUIGLEY N.

2021

LIBER Quarterly: The Journal of the Association of European Research Libraries 31(1): 1-27.

<https://liberquarterly.eu/article/view/10937>

Adoption of open access in the humanities, arts and social sciences (HASS) is a work in progress, with lower engagement in HASS than most of the natural sciences. HASS research impacts how we live, how we learn and how we see ourselves, and research institutions should encourage and enable their HASS research communities to increase the prevalence of open access research outputs. Six experienced HASS researchers at a single academic institution in Perth, Australia, were interviewed to explore their perceptions and experiences of open access, and any barriers that they had

encountered. Thematic analysis was used to code the transcribed interviews and generate themes. This study found a wide variance in the adoption of open access practices among HASS researchers. Some participants are publishing via APC-based gold open access (in DOAJ listed journals), while other participants encounter multiple barriers to sharing more of their work as open access. Confusion about aspects of open access is evident. Even among participants who support open access, some have had poor experiences of open access publishing. This research also found that some participants hold extremely complex opinions on open access, which directly influence participants' behaviour depending on which perspective they are considering. These perspectives are: research supervisor, editorial role at journal, funding assessor and global citizen. Within HASS a diversity of behaviours exists around open access, and research institutions need to tailor their research support services around open access and scholarly publishing for different communities of researchers.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Devenir médiateur·rice dans un centre de santé communautaire. Portraits de parcours des médiateur·rice·s pair·e·s de la Case de Santé de Toulouse**

HASCHAR-NOÉ N. ET BASSON J.-C.

2021

Revue française des affaires sociales(3): 253-273.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-253.htm>

Menée au sein d'un centre de santé communautaire érigeant la médiation en levier de lutte contre la fabrique des inégalités sociales de santé, notre recherche vise à comprendre en quoi les parcours de vie des médiateur·rice·s pair·e·s mobilisé·e·s, leurs socialisations incorporées et leurs expériences passées leur permettent de se construire un ethos d'agents socialisateurs en santé des publics vulnérables qu'ils-elles accompagnent. À partir de portraits configurationnels prenant appui sur les récits de leurs parcours biographiques, nous montrons que leur engagement dans ce nouveau métier nécessite, d'une part, qu'ils-elles se (re)construisent après les ruptures biographiques subies au cours de leurs trajectoires de vie et, d'autre part, qu'ils-elles parviennent à combiner dispositions antérieures, expériences vécues de la domination et construction de nouvelles ressources de proximité pour parvenir à agir et s'investir dans les situations présentes au sein de la Case de Santé de Toulouse.

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

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

2021

Medical Care Research and Review(Ahead of print).

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

National financial incentive schemes for improving the quality of primary care have come under criticism in the United Kingdom, leading to calls for localized alternatives. This study investigated whether a local general practice incentive-based quality improvement

scheme launched in 2011 in a city in the North West of England was associated with a reduction in all-cause emergency hospital admissions. Difference-in-differences analysis was used to compare the change in emergency admission rates in the intervention city, to the change in a matched comparison population. Emergency admissions rates fell by 19 per 1,000 people in the years following the intervention (95% confidence interval [17, 21]) in the intervention city, relative to the comparison population. This effect was greater among more disadvantaged populations, narrowing socio-economic inequalities in emergency admissions. The findings suggest that similar approaches could be an effective component of strategies to reduce unplanned hospital admissions elsewhere.

► **Primary Care-Based Interventions To Address The Financial Needs Of Patients Experiencing Poverty: A Scoping Review Of The Literature**

PARRY J., VANSTONE M., GRIGNON M., *et al.*

2021

International Journal for Equity in Health 20(1): 219.

<https://doi.org/10.1186/s12939-021-01546-8>

It is broadly accepted that poverty is associated with poor health, and the health impact of poverty has been explored in numerous high-income country settings. There is a large and growing body of evidence of the role that primary care practitioners can play in identifying poverty as a health determinant, and in interventions to address it.

► **Les activités de groupe en éducation thérapeutique dans le dispositif Asalée**

PREVOST J., CANTIER P., DAPHNIET F., *et al.*

2021

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 17(8): 378-384.

Le dispositif Asalée est un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmier(e)s, visant à améliorer la qualité des soins. Il est centré sur l'éducation thérapeutique du patient, réalisée en individuel et en groupe. Cette étude qualitative vise à recueillir

et analyser le ressenti de patients diabétiques de type 2 participant à des activités d'éducation thérapeutique de groupe dans le cadre du dispositif Asalée. Les patients décrivent des modifications dans leur mode de vie, notamment sur leurs habitudes alimentaires et leur pratique d'activité physique, mais aussi d'autres bénéfiques comme l'amélioration de leurs douleurs et la perte de poids. Ils apprécient le lien social, le soutien moral et la dynamique qu'apportent ces groupes. On observe une organisation et une autonomisation des patients au sein de certains groupes.

► **Maison de santé de Vanault-les-Dames : 9 ans après, un projet de santé en mouvement**

REVUE PRESCRIRE

2021

[Revue Prescrire 41\(457\): 863-865.](#)

Un article de Prescrire paru en 2012 décrivait un projet de santé avec la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle, dans une zone rurale où certains soignants commençaient à manquer. Neuf ans après, malgré la difficulté de recrutement de nouveaux médecins et la charge d'assurer le fonctionnement administratif de la structure, l'équipe s'est agrandie et propose notamment aux patients de nouvelles offres de soins et des actions de prévention.

► **The Effect Of Nurse Practitioner Scope Of Practice Laws On Primary Care Delivery**

SMITH L. B.

2022

[Health Economics 31\(1\): 21-41.](#)

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4438>

Nurse practitioners (NPs) are an increasingly integral part of the primary care workforce. NPs' authority to practice without physician oversight is regulated by state-level scope of practice (SOP) restrictions. To the extent that SOP restrictions prevent NPs from practicing to their full abilities and capacity, they could create inefficiencies and restrict access to health care. In this paper, I study what happens at primary care practices when states relax their SOP laws. Using a novel dataset of claims and electronic health records paired with a difference-in-differences research design, I quantify the effects of relaxing SOP laws on: (1) NPs' autonomy in their day-to-day jobs; (2) total workload and patient

allocation between NPs and physicians; and (3) the provision of low-value services at primary care practices. I find some evidence that NPs practice more autonomously following SOP changes, but I find no evidence that relaxing SOP laws changes the volume nor allocation of patients to NPs, nor the provision of low-value services. Given the lower reimbursement that NPs typically receive, these findings suggest that allowing NPs to practice without physician oversight could reduce health care spending, without harming patients.

► **Les maisons et centres de santé comme « contre-conduites » pour corriger les inégalités sociales de santé : solution ou déplacement du problème ?**

VEZINAT N.

2021

[Revue française des affaires sociales\(3\): 293-304.](#)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-3-page-293.htm>

Raisonnement en termes d'inégalités plutôt que de différences ou de vulnérabilités n'est pas neutre (Gelly et al., 2021). Selon plusieurs sociologues « il s'agit de considérer que c'est la société qui produit les disparités que nous observons, que l'on n'assiste pas à la dérive d'une catégorie précaire ou vulnérable, mais à des évolutions dont tous les groupes sociaux sont, qu'ils le reconnaissent ou non, solidaires » (Fassin et al., 2000, 15-16). Cette idée est également celle qui ressort des travaux de R. Wilkinson (1996 et 2000) quand il montre, en tant qu'épidémiologiste, que la santé dépend de facteurs sociaux structurels et que travailler à réduire ces inégalités, qui ne relèvent pas au départ de la santé mais plutôt du logement, de la sécurité, de la pauvreté, etc., participeraient à améliorer la santé de la population dans son ensemble. Considérant que les inégalités relèvent soit de l'omission, soit de la construction (Lombrail et al., 2004), l'état de la solidarité en France conduit à s'interroger sur leur « fabrique » et sur l'égalité visée en luttant contre elles : s'agit-il de réparer les inégalités sociales en aval ? ou de les corriger en amont ? De quelle égalité parle-t-on : d'une égalité de droit où l'on traite de la même façon des usagers situés socialement de manière différente ? D'une « équité en santé » fondée sur un traitement différencié de personnes placées dans des situations qui ne sont pas semblables ? D'une « équité territoriale » (Honta, 2020) qui questionne le rôle des collectivités locales dans l'évolution de la demande sociale et l'offre de soins proposée dans un bassin de vie ?

Covid**► Lessons For The Global Primary Care Response To Covid-19: A Rapid Review Of Evidence From Past Epidemics**

DESBOROUGH J., DYKGRAAF S. H., PHILLIPS C., *et al.*
2021

Family Practice 38(6): 811-825.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa142>

Covid-19 is the fifth and most significant infectious disease epidemic this century. Primary health care providers, which include those working in primary care and public health roles, have critical responsibilities in the management of health emergencies. To synthesize accounts of primary care lessons learnt from past epidemics and their relevance to Covid-19. We conducted a review of lessons learnt from previous infectious disease epidemics for primary care, and their relevance to Covid-19. We searched PubMed

MEDLINE, PROQUEST and Google Scholar, hand-searched reference lists of included studies, and included research identified through professional contacts. Of 173 publications identified, 31 publications describing experiences of four epidemics in 11 countries were included. Synthesis of findings identified six key lessons: (i) improve collaboration, communication and integration between public health and primary care; (ii) strengthen the primary health care system; (iii) provide consistent, coordinated and reliable information emanating from a trusted source; (iv) define the role of primary care during pandemics; (v) protect the primary care workforce and the community and (vi) evaluate the effectiveness of interventions.

► Has Covid-19 Changed The Workload For Primary Care Physicians? The Case Of Spain

FERNÁNDEZ-AGUILAR C., CASADO-ARANDA L.-A., FARRÉS FERNÁNDEZ M., *et al.*

2021

Family Practice 38(6): 780-785.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab028>

The Covid-19 pandemic has led to a massive over-exertion of doctors, multiplying their work intensity, overload and stress. Yet no studies have been conducted on the changes in primary care physician overload during the pandemic. To address this research gap, the aim of

this article is to document the subjective dimensions of physicians' work during the peak of the pandemic for comparison with a pre-Covid-19 situation. In addition, the relationship between workload and the individual characteristics of the physician or the percentage of tele-assistance is examined. This study performs a subjective measurement procedure for the analysis of work overload through the NASA-TLX questionnaire, with a total of 102 records from 16 doctors from a Primary Health Centers of the Granada-Metropolitan Health district (Andalusia, Spain). The results reflect a significantly higher workload during Covid-19 in relation to a previous situation (66.1% versus 48.6% before Covid-19). All the dimensions of the NASA-TLX test suffered an increase during the Covid-19, this increase being higher in the physical, temporal and frustration levels. Interestingly, the findings reflect the higher the percentage of telematic consultations, the lower workload. Work overload and the emotional state of health workers is one of the many repercussions of the Covid-19 pandemic. The results derived from this study may be useful in formulating policies and practices related to the workforce development, funding streams to prepare for the next wave of Covid-19 infections as well as for future public health emergencies.

► Achieving Resilience in Primary Care During The Covid-19 Pandemic: Competing Visions and Lessons From Alberta

MYLES L., RAAD FADAAK N. *et al.*, E.

2021

Healthcare Policy 17(2): 54-71.

The Covid-19 pandemic has tested the resilience of health systems broadly and primary care (PC) specifically. This paper begins by distinguishing the technical and political aspects of resilience and then draws on a documentary analysis and qualitative interviews with health system and PC stakeholders to examine competing resilience-focused responses to the pandemic in Alberta, Canada. We describe the pre-existing linkages between the province's central service delivery agency and its independent PC clinics. Together, these central and independent elements make up Alberta's broader health system, with the focus of this paper being on PC's particular vision of how resilience ought to be achieved. We describe two specific, pandemic-affected

areas of activity by showing how competing visions of resilience emerged in the central service delivery agency and independent PC responses as they met at the system's points of linkage. At the first point of linkage, we describe the centralized activation of an incident management system and the replies made by independent PC stakeholders. At the second point of linkage, we describe central efforts to disseminate infection prevention and control guidance to PC clin-

ics and the improvisational efforts of staff at those independent clinics to operationalize the guidance and ensure continuity of operations. We identify gaps between the resilience visions of the central agency and independent PC, drawing broadly applicable policy lessons for improving responses in present and future public health emergencies. Finding ways to include PC in centralized resilience policy planning is a priority.

Systèmes de santé

Health Systems

► **Construire des indicateurs de comparaison pour réformer les systèmes de santé : genèse de la création d'un outil de référence par l'OCDE**

BRISAUD C.
2021

Informations sociales 203-204(2): 122-130.

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2021-2-page-122.htm>

L'article s'intéresse à la genèse des « Comptes de santé OCDE », la nomenclature internationale de référence sur le niveau des dépenses de santé. Il montre comment le travail sur la santé à l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) a d'emblée été pris dans un programme de réduction des dépenses publiques, et influencé au début des années 1980 par les agendas politiques conservateurs de certains pays membres de l'Organisation. L'article montre que la focalisation sur les dépenses de santé ne s'est imposée qu'à la faveur du déclin de légitimité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à la fin du XXe siècle. Ainsi, l'article montre que ce qui compte pour la statistique internationale est le produit de rapports de force entre bureaucraties.

► **La gestion de cas : les aléas d'une fonction au cœur de la complexité des parcours de soins**

DELECLUSE C.
2021

Sciences sociales et santé 39(4): 33-39.

https://www.jle.com/fr/revues/sss/e-docs/la_gestion_de_cas_les_aléas_dune_fonction_au_cur_de_la_complexite_des_parcours_de_soins_321433/article.phtml

Cet article porte sur l'irruption de la fonction de gestion de cas dans le cadre des politiques de coordination en gériatrie et sur les relations que les gestionnaires de cas ont développé avec d'autres professionnels (assistantes sociales, médecins, infirmières). Il rappelle ainsi que ce métier est associé au concept d'intégration qui traverse les textes créant des dispositifs MAIA et qui soutient un changement de paradigme, d'un système centré.

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

PERERA U. G. E., DICK A. W., CHASTAIN A. M., *et al.*
2021

Medical Care Research and Review 0(0): 10775587211049628.

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

Beginning in 2016, the Home Health Value-Based

Purchasing (HHVBP) model incentivized U.S. Medicare-certified home health agencies (HHAs) in nine states to improve quality of patient care and patient experience. Here, we quantified HHVBP effects upon quality over time (2012–2018) by HHA ownership (i.e., for-profit vs. nonprofit) using a comparative interrupted time-series design. Our outcome measures were Care Quality and Patient Experience indices composed of 10 quality of patient care measures and five patient experience measures, respectively. Overall, 17.7% of HHAs par-

ticipated in the HHVBP model of which 81.4% were for-profit ownership. Each year after implementation, HHVBP was associated with a 1.59 ($p < .001$) percentage point increase in the Care Quality index among for-profit HHAs and a 0.71 ($p = .024$) percentage point increase in the Patient Experience index among nonprofits. The differences of quality improvement under the HHVBP model by ownership indicate variations in HHA leadership responses to HHVBP.

Covid

► **Système de santé français face à la crise sanitaire : de désorganisation à réorganisation**

MILCENT C.
2021

L'Information Psychiatrique 97(10): 857-864.

Cet article décrit la situation du système de santé avant l'épidémie de Sars-Cov-2. Il expose la logique qui sous-tend les « réformes » depuis 20 ans. La tarification à l'activité (TZA) est présentée en y retraçant sa genèse, ses avantages et ses limites dans un contexte d'un objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) resserré. La situation en psychiatrie est alors décrite. Son poids économique oblige à en réguler les dépenses. Toutefois, les modalités de prise en charge des patients en psychiatrie entrent en conflit avec la logique même de la TZA car cette activité médicale ne peut pas se penser sans impliquer l'ambulatorio à travers un parcours de soins du patient. Cet article montre ensuite les implications du virage ambulatorio vers l'extrahospitalier et les parcours de santé en lien avec le social, le médicosocial et les aidants. L'expérience de la psychiatrie est prise en exemple pour en dépeindre les complexités. Cet article aborde alors la charge que ce virage engendre pour les aidants dans le système de soin, passage du soin hospitalier au parcours, passage de l'hôpital producteur de soins à l'hôpital élément de la santé d'une population. Puis, mettant en évidence un système de santé en pleine mutation, il relève les adaptations que les acteurs du système ont été capables d'entreprendre pour faire face à la pandémie. Il en dégage ainsi des enseignements et des perspectives de cette crise sanitaire. Cet article conclut sur l'importance d'une offre structurée suivant un continuum de soins du médecin généraliste à l'hôpital et inversement pour une continuité des soins pour le patient.

► **Health Care Visits During The Covid-19 Pandemic: A Spatial and Temporal Analysis Of Mobile Device Data**

WANG J., MCDONALD N., COCHRAN A. L., *et al.*
2021

Health & Place 72: 102679.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102679>

Transportation disruptions caused by Covid-19 have exacerbated difficulties in health care delivery and access, which may lead to changes in health care use. This study uses mobile device data from SafeGraph to explore the temporal patterns of visits to health care points of interest (POIs) during 2020 and examines how these patterns are associated with socio-demographic and spatial characteristics at the Census Block Group level in North Carolina. Specifically, using the K-medoid time-series clustering method, we identify three distinct types of temporal patterns of visits to health care facilities. Furthermore, by estimating multinomial logit models, we find that Census Block Groups with higher percentages of elderly persons, minorities, low-income individuals, and people without vehicle access are areas most at-risk for decreased health care access during the pandemic and exhibit lower health care access prior to the pandemic. The results suggest that the ability to conduct in-person medical visits during the pandemic has been unequally distributed, which highlights the importance of tailoring policy strategies for specific socio-demographic groups to ensure equitable health care access and delivery.

Occupational Health

► **Work, Family, Resources and Unequal Levels Of Psychological Distress Between Working Men and Working Women : Vulnerability Or Gendered Expression Of Stress?**

BILODEAU J., MARCHAND A. ET DEMERS A.
2021

Rev Epidemiol Santé Publique 69(6): 337-344.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.06.003>

This study aims to compare the vulnerability hypothesis and the expression hypothesis to explain a greater level of psychological distress among working women than among working men. Method: The two hypotheses were contrasted by integrating work stressors, family stressors, work-family conflicts and psychosocial resources. The conceptual models were tested by using multilevel path analyses on 2026 employees in Quebec (Canada) based in 63 work establishments. Results: Results partially supported both hypotheses. According to the vulnerability hypothesis, single parenting, child-related problems and self-esteem were indirectly involved in the variation of psychological distress among women through family-to-work, otherwise known as work-family conflict. According to the

expression hypothesis, although family-to-work conflict was closely associated with more psychological distress among women, this stressor was also closely associated with higher at-risk alcohol consumption among men. Couple-related problems and a sense of control likewise played a role in the expression mechanism through family-to-work conflict. Conclusion: These results underline the importance of considering that gender contributes to mental health inequalities through multiple mechanisms. They also call for a distinction between the two directions of work-family conflict as gendered mediators.

► **Renforcer la prévention en santé du travail**

FANTONI-QUINTON S. ET DESBARATS I.
2021

Droit Social(11): 868-937.

Ce dossier présente tout d'abord le contenu de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 qui tend à déplacer le centre de gravité de la protection des travailleurs vers la prévention. Il en analyse ensuite différents aspects.

Covid

► **Unemployment, Bankruptcies, and Deaths From Multiple Causes in The Covid-19 Recession Compared With The 2000-2018 Great Recession Impact**

BRENNER M. H.
2021

American Journal of Public Health 111(11): 1950-1959.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306490>

The aim of this study is to determine whether unemployment and bankruptcy rates are related to increased excess deaths during the Covid-19 recession and to examine whether the current recession-based mortality rate not only is dependent on Covid-19 but also continues the pattern of recessions, especially the Great Recession, in relation to chronic disease mortal-

ity rates and mental health disturbances (e.g., including suicide) from 2000 to 2018. Methods. This study used pooled cross-sectional time series analysis to determine the impact of unemployment and bankruptcy rates on excess deaths from February to November 2020 for US states. The study used a second pooled cross-sectional time series analysis to determine whether the Covid-19-era recessionary mortality continues the impact of prepandemic recessions (2000-2018) on multiple causes of mortality. Results. Ten percent unemployment was associated with approximately 48 149 excess deaths, while, jointly with bankruptcies, their combined effect produced 35 700 and 144 483 excess deaths, for unemployment and bankruptcies, respectively. These health-damaging Covid's recessionary findings suggest a reiteration of the significantly increased major cause-specific mortality during 2000

to 2018, mitigated by the size of the health care workforce. Conclusions. Minimization of deaths attributable to the Covid-19 recession requires ample funding for the unemployed and underemployed, especially Black and Hispanic communities, along with significant investments in the health workforce.

► **Were Immigrants On The Frontline During The Lockdown? Evidence From France**

GOSSELIN A., MELCHIOR M., DESPRAT D., *et al.*
2021

European Journal of Public Health 31(6): 1278-1281.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab094>

In France, immigrants' excess of mortality was higher than natives' during the Spring 2020 lockdown. Were immigrants in frontline jobs and more exposed to Covid-19? Based on a nationally representative survey, we model the probability to work in a frontline job according to migratory status, taking sociodemographic and occupational characteristics into account. Compared to natives (Metropolitan France), being an African immigrant was associated to higher probability to work in a frontline job [adjusted odds ratio (aOR) = 1.82 (1.23–2.71)], as well as being born in French Overseas Departments [aOR = 1.64 (1.23–2.18)], reflecting racial division of work and higher Sars-Cov-2 exposure of immigrant and minority populations.

► **“My Problems Aren’t Severe Enough To Seek Help”: Stress Levels and Use Of Mental Health Supports By Canadian Hospital Employees During The Covid-19 Pandemic**

MÉNARD A. D., SOUCIE K., FREEMAN L., *et al.*
2022

Health Policy. (Ahead of print)
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.002>

Due to the unique set of stressors associated with the Covid-19 pandemic, healthcare workers in acute care settings may be facing elevated rates of mental health symptomatology. The purpose of this study was to assess levels of depression, anxiety, and stress in a sample of healthcare employees working in hospitals and their use of formal and informal mental health supports. Data was gathered over a three-week period in December 2020 as Covid cases began to rise sharply in Ontario, Canada. Results from an online survey of 650

healthcare employees suggested that overall levels of depression, anxiety, and stress were mild. However, a significant minority of participants reported severe or extremely severe levels of depression (14.4%), anxiety (21.8%), and stress (13.5%). Levels of distress were higher among women, younger participants, those who did not work directly with Covid patients, and those who were redeployed. Use of formal mental health supports (e.g., Employee Assistance Plans, teletherapy) was very low (<10%), with the most frequently-reported reason for not using supports being “problems not severe enough to require this service”. Implications are considered for healthcare policy decisions as hospital systems attempt to address the mental health needs of their employees.

► **Sex Differences in Activity and Health Changes Following Covid-19 in Europe—Results From The SHARE Covid-19 Survey**

SCHEEL-HINCKE L. L., AHRENFELDT L. J. ET
ANDERSEN-RANBERG K.
2021

European Journal of Public Health 31(6): 1281-1284.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab096>

While a female advantage in the overall survival from the coronavirus disease 2019 (Covid-19) has been demonstrated, potential sex differences in health changes are not investigated. In a sample of 21 395 men and 29 139 women aged 50+ from the SHARE Covid-19 survey, we investigated sex differences in social activities, self-rated health and mental health following the Covid-19 outbreak. We found considerable sex differences in all European regions with women experiencing larger negative changes across all social activities and health measures than men lending support for the male–female health-survival paradox.

Ageing

► **Dynamiques locales de coordination dans le secteur de la perte d'autonomie : recompositions professionnelles autour de la gestion de cas**

ARNAUD C., BLANCHE LE B. ET ALIS S.
2021

Sciences sociales et santé 39(4): 5-31.

https://www.jle.com/fr/revues/sss/e-docs/dynamiques_locales_de_coordination_dans_le_secteur_de_la_perte_dautonomie_recompositions_professionnelles_autour_de_la_gestion_de_cas_321428/article.phtml

Mieux coordonner les secteurs social, médico-social et de santé pour éviter les ruptures des accompagnements proposés est une priorité forte des pouvoirs publics depuis les années 2010. Plusieurs dispositifs de coordination ont ainsi été créés avec cet objectif. En investiguant le déploiement local de l'un d'eux, les MAIA, nous étudions la manière dont les nouveaux professionnels qu'il introduit – les gestionnaires de cas – développent leur activité sur des territoires où préexistent d'autres formes de coordinations professionnelles. Basée sur des matériaux qualitatifs, l'analyse des stratégies mises en place par les gestionnaires de cas pour lever les résistances des autres professionnels dévoile les différentes dimensions de la dynamique locale de coordination. Cette dernière se construit dans des espaces d'interactions ordinaires, plus ou moins formels, propices à une socialisation à la coordination pluriprofessionnelle. Les difficultés inhérentes à ce processus renseignent quant à elles sur les enjeux actuels des politiques de coordination.

► **Improving Prediction Of Long-Term Care Utilization Through Patient-Reported Measures: Cross-Sectional Analysis Of High-Need U.S. Veterans Affairs Patients**

JACOBS J. C., MACIEJEWSKI M. L., WAGNER T. H., *et al.*
2021

Medical Care Research and Review 0(0): 10775587211062403.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587211062403>

This article examines the relative merit of augmenting an electronic health record (EHR)-derived predictive model of institutional long-term care (LTC) use with patient-reported measures not commonly found in EHRs. We used survey and administrative data from 3,478 high-risk Veterans aged ≥ 65 in the U.S. Department of Veterans Affairs, comparing a model based on a Veterans Health Administration (VA) geriatrics dashboard, a model with additional EHR-derived variables, and a model that added survey-based measures (i.e., activities of daily living [ADL] limitations, social support, and finances). Model performance was assessed via Akaike information criteria, C-statistics, sensitivity, and specificity. Age, a dementia diagnosis, Nosos risk score, social support, and ADL limitations were consistent predictors of institutional LTC use. Survey-based variables significantly improved model performance. Although demographic and clinical characteristics found in many EHRs are predictive of institutional LTC, patient-reported function and partnership status improve identification of patients who may benefit from home- and community-based services.

► **Le non-recours au RSA chez les seniors. Un positionnement politique ?**

TESTARD F.
2021

Retraite et société 87(3): 231-248.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2021-3-page-231.htm>

Le non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre. Les chercheurs tentent de comprendre et de mesurer ce phénomène, d'en identifier les causes, et d'en analyser les incidences, d'un point de vue politique, économique et social. Si de nombreuses études se concentrent sur le non-recours des populations précaires, la catégorie des personnes âgées demeure peu explorée. Faut-il en déduire qu'elle est moins exposée ou plutôt que le non-recours la concernant prend des formes particulières? La complexité de l'offre et les différents obstacles (théoriques ou méthodologiques) sont autant d'éléments qui participent à une moindre lisibilité des prestations proposées (retraite, Aspa, recours aux

soins, etc.). On peut aussi se demander dans quelle mesure le non-recours est susceptible d'affecter les modes de vie à la retraite et peut être une illustration de la difficulté à vieillir et à exercer de plein droit sa citoyenneté. Pour fournir un diagnostic complet, ce dossier de Retraite et société s'appuie sur les données administratives et d'enquêtes (qualitatives et quantitatives) d'un grand nombre de prestations et de services. Il révèle combien la lutte contre le non-recours est un enjeu majeur, et d'actualité, dans un contexte d'accroissement des inégalités.

► **Family Care For The Dependent Elderly. How Does It Fit in With Professional Care at The French Sub-National Level?**

TRABUT L., GARABIGE A. ET GAYMU J.

2021

Revue européenne des sciences sociales 59-2(2): 243-277.

<https://www.cairn.info/revue-europeenne-des-sciences-sociales-2021-2-page-243.htm>

Le lien entre aide familiale et aide publique de soins pour les personnes âgées dépendantes a été étudié par de nombreux chercheurs, principalement à un niveau international. Certains travaux ont conduit à des typologies distinguant les pays du nord de l'Europe, caractérisés par une « intimité à distance » et une forte intervention de l'État, de ceux du sud, plus familialistes et ayant une tendance particulièrement forte à la cohabitation multigénérationnelle. Parce que les politiques de care sont décentralisées en France et que les contextes familiaux de vieillissement varient selon les différents territoires, nous proposons de transposer ce sujet au niveau infranational. Cet article s'appuie sur des données de recensement et des données administratives relatives au niveau des services et de l'aide publics.

► **What Does “Active Ageing” Mean To You? a Five-Country Survey Of Academics, Students, Advocacy Groups and Expert Older People.**

WIGGIN D., VELONAKI V.-S., SOUTZI P., *et al.*

2021

Age and Ageing 50(Supplement_3).

https://academic.oup.com/ageing/article/50/Supplement_3/afab216.83/6431167

Older people are projected to make up almost one third of the European population by 2060. Healthy and active ageing (HAA) is a key to maximising the opportunities that the increasingly older demographic presents. A multinational survey was conducted to inform a new online EU-based master's programme in active ageing, and a fundamental initial issue to explore was stakeholders' understanding of the concept of 'active ageing'. An anonymous online survey, in five partner countries (Ireland, Greece, Austria, Slovenia and Greece) asked senior undergraduates and recent graduates; future employers; relevant academics; and other key stakeholders (e.g. advocacy groups, policy makers, and 'expert' older people): 'What does the term active ageing mean to you?'. Content analysis of their replies ensued. Within the first 473 responses, the most common concept (at nearly 50%) was active participation in society, including social engagement and other gainful activities, while hobbies and activities were also mentioned. The other main concept was that active ageing means favourable personal life qualities. This encompassed a broad range of aspects such as dignity, and physical, psychological, and social wellness. Health (physical and psychological), living longer in good health, and health promotion were often specified, while positive self-esteem, self-image, and self-respect were mentioned occasionally. Independence, including autonomy, ability to self-care, and decision-making and financial independence, was another key concept. Service provision in health and social care, and policy and rights were frequently mentioned. Most concepts were similarly reported in all five countries, but there were some nuances, such as Irish participants citing autonomy and service provision less often. This European data highlights the understanding, among a range of stakeholders, of the concept of 'active ageing', as occurring at both a societal/service level, and at a personal level, with health, wellness and independence being key elements of the latter.

Covid

► **The Relationship Between Delayed Healthcare Utilisation and Chronic Conditions Among Older Adults During The Covid-16 Pandemic in Ireland**

HENNELLY N., LALOR G., GIBNEY S., *et al.*

2021

Age and Ageing 50(Supplement_3).

https://academic.oup.com/ageing/issue/50/Supplement_3

The coronavirus 2019 (Covid-19) pandemic impacted significantly on the lives of older adults in Ireland, including the cancellation or postponement of healthcare services. This study examined the relationship between healthcare delay and older adults (50 years and over) with chronic conditions in Ireland. This study used data from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) Covid-19 study and previous waves of TILDA. The Covid-19 study data was collected between July 2020 and November 2020. Taking existing healthcare demand into account, logistic regression analysis was used to examine the relationship between healthcare delay and older adults with chronic conditions. Additional analysis, using multinomial logit regression, explored the reasons for healthcare delay, whether the delays were on the participants behalf or the health service provider. In total, 31.6% of participants reported healthcare delay. Older adults with two or more chronic conditions were more likely to experience healthcare delay than those with no chronic conditions. In the second analysis, older adults with two or more chronic conditions were more likely to have healthcare delayed by the provider and were also more likely to delay their own healthcare than those with no chronic conditions. Additionally, some other groups were more likely to experience healthcare delay such as: people aged 70 years and over, females, those with problematic alcohol consumption, those with third-level education, those who had visited the GP and those who reported polypharmacy. While older adults living with others and those living outside Dublin were less likely to experience healthcare delay. The findings suggest that some groups of older adults may have been impacted more than others by healthcare delay during the pandemic. Policy and practice should focus on effective strategies to support the healthcare needs of these older adults going forward. Additionally, future research should examine the implications of healthcare delay on health outcomes.

Index des auteurs Author index

A

Abdel Hadi S.	37
Abdoul H.	37
Abraham S.	44
Ahrenfeldt L. J.	53
Akkazieva B.	15
Alis S.	54
Alvarez E.	39
Alvarez S.	37
Amat-Roze J.-M.	16
Andersen-Ranberg K.	53
Andler R.	16
Arnaud C.	54
Aubourg G.	29

B

Baguet F.	31
Banaszak-Holl J.	30
Baptista Mendes A.	24
Basson J.-C.	24, 47
Basu R.	13
Beltran G.	24
Benarosch J.	39
Benoît C.	11
Berger-Carbone A.	29
Bergoignan-Esper C.	31
Besle S.	25
Bilodeau J.	52
Blanche Le B.	54
Boaventura Bomfim D.	25
Bogaert P.	12
Bonnet G.	23
Bories C.	25
Brenner M. H.	52
Brissaud C.	50
Burguburu A.	39

C

Campos C.	43
Cantier P.	47
Carde E.	25

Casado-Aranda L.-A.	49
Castillo M. C.	44
Chan Chee C.	41
Chastain A. M.	50
Cheval B.	14
Cochran A. L.	51
Cognet M.	25
Coldefy M.	41
Coleman S. B.	32
Collombet C.	35
Costentin C.	24
Crespy A.	34
Crump R. T.	20
Cucciniello M.	36

D

Dai X.	43
Daphniet F.	47
Debiès E.	35
DeFrances C. J.	30
de Kervasdoué J.	22
Delaugerre C.	37
Delecluse C.	50
Demers A.	52
Desbarats I.	52
Desborough J.	49
Desprat D.	53
Dick A. W.	50
Dimova A.	15
Doignon Y.	16
Dranove D.	13
Durieux W.	29
Du S.	22
Dykgraaf S. H.	49

E

Eichinger J.	29
Elke B.	23

F

Falk K.	40
Fantoni-Quinton S.	52
Farrés Fernández M.	49
Fernández-Aguilar C.	49
Ferreira S.	43
Filhon G.	34
Fiske A.	29
Foissac F.	37
Fountoulakis K. N.	44
Fournier A.	20
Freeman L.	53

G

Gabbay M.	47
Galasso I.	29
Gandr� C.	41
Garabige A.	55
García-Ram�rez J. A.	15
Garthwaite C.	13
Garvin A.	39
Gasquet-Blanchard C.	26
Gaymu J.	55
Gerkens S.	15
Germaine N.	39
Gibney S.	56
Goldberg M.	40
Gonzalez L.	35
Gosselin A.	53
Grignon M.	47
Gucher C.	37
Guignard R.	16
Guilmoto C. Z.	16
Guo M. Y.	20

H

Haindl A.	11
Hartman M.	14
Haschar-No� N.	24, 47
Heard C.	13
Helene E.	23
Hennelly N.	56
Honta M.	24, 26
Hoven H.	40
Hoyez A.-C.	17
Hsu A.	38

Huang J.	18
Hubert P.	37

I

Imre B.	36
Iott B.	30
Isaac C.	44

J

Jacobs J. C.	54
Jacobs K.	20
Jakobsen A. L.	41
Jeitler K.	18
Jiang J.	21
Juliane W.	23
Jullien N.	46

K

Kahn S.	33
Kammerer K.	40
Kan Z.	18
Karakatsoulis G.	44
Karimuddin A. A.	20
Kentikelenis A.	45
Khedmati Morasae E.	47
Klopp S.	45
Koch M.	45
Kwan M.-P.	18

L

Lacoste O.	19
Lahire B.	27
Lalor G.	56
Lambert J.	20
Lecarpentier P.	41
Lecoeur B.	21
Lee S.-Y. D.	30
Legendre B.	27
Leleu H.	38
Leon C.	41
Lepelletier D.	33
Lesage A.	41
Librault D.	35

Linder A.....	39
Liu H.	13
Luu P.....	38

M

Maciejewski M. L.....	54
Mansour Z.....	33
Marchand A.	52
Mariette A.....	31
Marinho B.....	43
Martin A. B.....	14
Mathew C.	38
May P.....	21
Mazauric V.....	35
McDonald N.	51
Mckee M.	45
Melchior M.....	53
Ménard A. D.....	53
Merkur S.	11
Milcent C.	11 , 51
Moine R.	26
Mojzisch A.....	37
Monod G.	42
Mornet J.	42
Mörschel K. S.	33
Motut A.....	44
Mouret M.....	43
Myles L.....	49

N

Nicaise S.....	27
----------------	----

O

Orsholits D.	14
-------------------	----

P

Pagán J. A.....	17
Park S.	45
Parry J.....	47
Pedrero C.....	28
Perera U. G. E.....	50
Petticrew M.	33
Phillips C.	49

Picart B.....	21
Pierron J.-P.....	32
Pin P.....	36
Pitti L.....	28
Prentice M.	38
Prevost J.	47

Q

Quatremère G.	16
Quigley N.	46
Quintana A. V.	32

R

Raad Fadaak N.....	49
Ramel V.....	12
Raynaud J.....	19
Ren L.	43
Revil H.	24
Revue Prescrire.....	21 , 48
Ridel D.	21
Ro A.....	22
Rochongar G.	21
Rolland-Piègue L.	32
Roman E.	20
Romarrin I.....	29
Rose T. C.....	47
Roux C.	32

S

Sadjadi M.....	33
Sainsaulieu I.	21
Sandrin B.	36
Scheel-Hincke L. L.	53
Schmidt A. E.	11
Sengupta M.	30
Serrano-Alarcón M.	45
Shao Y.....	43
Sieber S.....	14
Smith L. B.	48
Sommer A.....	22
Soucie K.....	53
Sourtzi P.....	55
Spieser C.	36
Stigler F. L.	18

T

Temkin-Greener H.....	14
Testard F.....	54
Therene C.	29
Thirukumaran C. P.....	14
Thomson S.....	15
Trabut L.....	55
Trimaille A.....	23

V

Vallier E.....	25
Vander Heym E.....	22
Van Oyen H.....	12
Vanstone M.	47
Velonaki V.-S.....	55
Venkatraman R.	32
Verschuuren M.	12
Veziat N.	48
Vigneron E.....	19
Vimont A.	38
Viseur R.	46

W

Wagner T. H.	54
Wahrendorf M.	40
Waitzberg R.....	15
Wang J.	51
Ward B. W.....	30
Warin P.....	37
Washington B.....	14
Weizman O.....	23
Widmer D.....	39
Wiggin D.....	55
Wilkinson E.....	32
Wion M.....	18

Y

Yang H. W.....	22
Ying M.	14

Z

Zbiri S.....	11
Zhang J.....	23
Zipp C. R.	18