

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Juin 2021 / June 2021

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
Démographie	<i>Demography</i>
E-santé – Technologies médicales	<i>E-health – Medical Technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention santé	<i>Health Prevention</i>
Prévision – Evaluation	<i>Prevision - Evaluation</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health care</i>
Système de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

Presentation

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

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

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

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

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



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

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

Veille scientifique en économie de la santé

Directeur de la publication

Denis Raynaud

Documentalistes

Marie-Odile Safon
Véronique Suhard

Maquette & Mise en pages

Franck-S. Clérembault

Watch on Health Economics Literature

Publication Director

Information specialists

Design & Layout

ISSN : 2556-2827

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

Sommaire Contents

Assurance maladie *Health Insurance*

- 13 **How Does Losing Health Insurance Affect Disability Claims? Evidence From The Affordable Care Act's Dependent Care Mandate**
Leveré M., Hock H. et Early N.
- 13 **Gaps In Coverage And Access In The European Union**
Palm W., Webb E., Hernández-Quevedo C., et al.
- 13 **The Effects Of ACA Medicaid Expansions On Health After 5 Years**
Semprini J., Lyu W., Shane D. M., et al.
- 14 **Does The Universal Medical Insurance System Reduce Catastrophic Health Expenditure Among Middle-Aged And Elderly Households In China? A Longitudinal Analysis**
Zhou Y., Wushouer H., Vuillermin D., et al.

Démographie *Demography*

Covid-19

- 14 **Covid-19 : les trois ruptures démographiques et leur prospective**
- 14 **Covid-19 : une baisse historique des migrants dans le monde ?**
Dumont G.-F.
- 15 **Avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages**
Papon S. et Beaumel C.

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

- 15 **Using Patient-Reported Measures To Drive Change In Healthcare: The Experience Of The Digital, Continuous And Systematic PREMs Observatory In Italy**
De Rosi S., Cerasuolo D. et Nuti S.

- 15 **Du bon usage des applications mobiles en psychiatrie**
Xavier A.

- 16 **Usage des technologies de santé pour le maintien à domicile des personnes âgées. Entre individualisation et personnalisation**
Yatim F.

Covid-19

- 16 **StopCovid, un nouveau virus pour la vie privée ?**
Bourrillon C.
- 16 **Availability Of Outpatient Telemental Health Services In The United States At The Outset Of The Covid-19 Pandemic**
Cantor J. H., McBain R. K., Kofner A., et al.
- 17 **L'après Covid : repenser la démocratie en sortant de la fascination numérique**
Dacheux É. et Goujon D.
- 17 **L'émergence des outils numériques dans le contexte d'état d'urgence sanitaire. Enjeux et conditions d'application face au droit au respect de la vie privée**
Delfin Rossaro A. et Rial-Sebbag E.
- 17 **L'utilisation des données mobiles dans la lutte contre la Covid 19 : une occasion rêvée pour la coopération sanitaire européenne**
Devillier N.
- 17 **Pourquoi l'application StopCovid ne parvient-elle pas à traduire l'intérêt général ?**
Tournay V.

Économie de la santé *Health Economics*

- 18 **Assessment Of The Introduction Of DRG-Based Reimbursement In Switzerland: Evidence On The Short-Term Effects On Length Of Stay Compliance In University Hospitals**
Boes S. et Napierala C.

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

Fu R., Shen Y. et Noguchi H.

- 19 **Effect Of Air Pollution On Health Care Expenditure: Evidence From Respiratory Diseases**

Liu Y.-M. et Ao C.-K.

- 19 **Incentives For Voluntary Health Insurance In A National Health System: Evidence From Italy**

Marenzi A., Rizzi D. et Zanette M.

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

Ogundeji Y. K., Quinn A., Lunney M., et al.

Covid-19

- 20 **The Mounting Opportunity Cost Of Pivoting To Covid-19-Related Health Systems And Services Research**

Jason M. S.

- 21 **Une épidémie peut en cacher une autre : personnes exposées au VIH et crise du Covid-19**

Izambert C., Thibaud M. et Maria A.

- 22 **Excess Mortality From Covid-19: Weekly Excess Death Rates By Age And Sex For Sweden And Its Most Affected Region**

Modig K., Ahlbom A. et Ebeling M.

- 22 **Comment la mortalité due à la Covid-19 se compare-t-elle à celle due à la grippe ?**

Pilson G. et Mesle F.

- 22 **Quel est l'effet de l'épidémie de Covid-19 sur la surmortalité en France ?**

Pilson G. et Mesle F.

- 23 **Les symptômes et l'examen médical peuvent-ils permettre de diagnostiquer avec précision la Covid-19 ? Revue de littérature Cochrane**

Struyf T., Deeks J., Dimes J., et al.

- 23 **Distance From The Outbreak Of Infection, Ozone Pollution And Public Health Consequences Of SARS-Cov-2 Epidemic: The HOPE Method**

Tripepi G., Plebani M., Iervasi G., et al.

État de santé

Health Status

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

Cen X., Johnston D. W., Kung C. S. J., et al.

- 20 **Prise en compte de la durée et de l'intensité du tabagisme dans l'estimation de la mortalité attribuable au tabac : une nouvelle méthode appliquée au cancer du poumon en France**

Grignon M. et Renaud T.

- 21 **Consommation de cigarettes et de cigarettes électroniques des étudiants en santé**

Pougnat R., Chapalain D., Fortin C., et al.

Covid-19

- 21 **Estimating (Quality-Adjusted) Life-Year Losses Associated With Deaths: With Application To Covid-19**

Briggs A. H., Goldstein D. A., Kirwin E., et al.

Géographie de la santé

Geography of Health

- 24 **De la production de l'espace aux lieux : un itinéraire entre espaces et sociétés**

Bourdin A.

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

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

- 24 **Physician Density By Specialty Type In Urban And Rural Counties In The US, 2010 To 2017**

Machado S. R., Jayawardana S., Mossialos E., et al.

- 24 **Evaluating The Literature Of Therapeutic Landscapes With An Emphasis On The Search For The Dimensions Of Health: A Systematic Review**

Taheri S., Ghasemi Sichani M. et Shabani A.

Covid-19

- 25 « La solution à la crise passe par les territoires ». Regards croisés des administrateurs et administratrices territoriaux sur le Covid-19
- 25 **Pandémie, crises et perspectives : lectures territoriales de la Covid-19**
Baudet-Michel S., Eliot E., Fayet Y., et al.
- 26 **Covid-19 : la recherche urbaine ne doit pas être dans le déni**
Orfeuil J.-P.
- 26 **Geographic Access To Covid-19 Healthcare In Brazil Using A Balanced Float Catchment Area Approach**
Pereira R. H. M., Braga C. K. V., Servo L. M., et al.
- 26 **Crise sanitaire en territoires urbains populaires : relégations, discriminations, contestations**
Pitti L.
- 29 **How Do Hospitals Respond To Cross Price Incentives Inherent In Diagnosis-Related Groups Systems? The Importance Of Substitution In The Market For Sepsis Conditions**
Bäumel M.
- 29 **Variability In Cesarean Delivery Rates Among Individual Labor And Delivery Nurses Compared To Physicians At Three Attribution Time Points**
Edmonds J. K., Weiseth A., Neal B. J., et al.
- 29 **Contours et organisations des activités de santé publique au sein des centres hospitaliers universitaires français**
Ferriot C., Leclère B., Colin C., et al.
- 30 **A Systematic Review Of Surveys For Measuring Patient-Centered Care In The Hospital Setting**
Handley S. C., Bell S. et Nembhard I. M.
- 30 **Hospital Reimbursement And Capacity Constraints: Evidence From Orthopedic Surgeries**
Huitfeldt I.
- 30 **Ambulatory Care Fragmentation And Subsequent Hospitalization: Evidence From The REGARDS Study**
Kern L. M., Ringel J. B., Rajan M., et al.
- 31 **The Implementation Cost Of A Safety-Net Hospital Program Addressing Social Needs In Atlanta**
MacLeod K. E., Chapel J. M., McCurdy M., et al.
- 31 **Do Access, Quality And Cost Of General Practice Affect Emergency Department Use?**
Pak A. et Gannon B.

Handicap Disability

- 27 **Recenser et prévenir le handicap, plutôt que lutter contre les discriminations. Les référent.es handicap dans la fonction publique française**
Fillion E., Lejeune A. et Thivet D.
- 27 **Disability Pension Among Persons With Chronic Disease: Differential Impact Of A Danish Policy Reform**
Mathisen J., Jensen N. K., Bjorner J. B., et al.

Hôpital Hospitals

- 28 **The Impact Of Urgent Care Centers On Nonemergent Emergency Department Visits**
Allen L., Cummings J. R. et Hockenberry J. M.
- 28 **Le service social hospitalier à la croisée des chemins**
Baesa G. et Manjon A.
- 28 **Les structures d'urgence d'Ile-de-France : compétences soignantes et coopération**
Batoul A., Theophile B. et et al.
- 32 **La gestion par processus : outil pour le manager hospitalier Cas d'un projet de regroupement hospitalier**
Schlesser J. C.
- 32 **Hospital Practices For The Implementation Of Patient Partnership In A Multi-National European Region**
Scholtes B., Breinbauer M., Rinnenburger M., et al.

Covid-19

- 32 **Clinical Profile And Predictors Of In-Hospital Mortality Among Older Patients Hospitalised For Covid-19**
Becerra-Muñoz V. M., Núñez-Gil I. J., Eid C. M., et al.

- 33 **Création d'une unité spécifique de soins palliatifs dans un service d'urgences en période de pandémie : étude descriptive qualitative**

Bollondi-Pauly C., Dalex E., Rochon F., et al.

- 33 **Covid-19 : organisations paramédicales : du pilotage stratégique au management opérationnel : cohésion ou cogestion ?**

Brugeat T., Burg V., Henry M., et al.

- 33 **Elective Surgical Delays Due To Covid-19: The Patient Lived Experience**

Byrnes M. E., Brown C. S., De Roo A. C., et al.

- 33 **Hospitalisations pour Covid-19 au premier semestre 2020 chez les personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète en France**

Fosse Edoth S. et Mandereau Bruno L.

- 34 **How Many Intensive Care Beds Are Justifiable For Hospital Pandemic Preparedness? A Cost-Effectiveness Analysis For Covid-19 In Germany**

Gandjour A.

- 34 **Quelle démarche éthique pour réguler l'accès et la prise en charge des patients en soins critiques dans le contexte de pandémie de Covid-19 ?**

Lamblin A., de Montgolfier S., Trousselard M., et al.

- 34 **The Impact Of Halting Elective Admissions In Anticipation Of A Demand Surge Due To The Coronavirus Pandemic (Covid-19)**

Martin B. I., Brodke D. S., Wilson F. A., et al.

- 35 **Lits de réanimation : comprendre les contraintes qui pèsent sur la situation française**

Meriade L.

- 35 **Four-Month Clinical Status Of A Cohort Of Patients After Hospitalization For Covid-19**

Monnet X.

- 35 **Se mobiliser et travailler à l'hôpital par temps de Covid**

Plumet O. et Vincent F.

- 35 **Predictors Of Hospital Discharge And Mortality In Patients With Diabetes And Covid-19: Updated Results From The Nationwide CORONADO Study**

Wargny M., Potier L., Gourdy P., et al.

- 36 **Surgical Re-Entry Strategy Following Covid-19 Pandemic: A Tiered And Balanced Approach**

Wohler A. D., Kneisl J. S., Macknet D. M., et al.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 36 **Measuring Health Inequalities: A Systematic Review Of Widely Used Indicators And Topics**

Albert-Ballestar S. et García-Altés A.

- 36 **Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité**

Carde E.

- 37 **Face aux inégalités : quelles réponses de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté ?**

Cristia-Leroy C.

- 37 **Intersectionnalité et incorporation : expliquer la genèse des inégalités sociales de santé. Commentaire**

Soulier A., Colineaux H. et Kelly-Irving M.

Covid-19

- 37 **La crise de la Covid-19, révélatrice des inégalités sociales et territoriales de santé**

Febvrel D.

- 38 **Changes In Health Services Use Among Commercially Insured US Populations During The Covid-19 Pandemic**

Whaley C. M., Pera M. F., Cantor J., et al.

- 38 **Covid-19 And Income Inequality In OECD Countries**

Wildman J.

Médicaments Pharmaceuticals

- 38 **Rapport 21-01. Le bon usage des médicaments**

Huguier M., Tillement J. P., Montastruc J. L., et al.

- 39 **Physicians' Attitudes Towards Accelerated Access To Medicines**

Pace J., Kerridge I., Pearson S., et al.

Covid-19

- 39 **Impact de la pandémie sur la gestion internationale de produits de santé, entre pénurie et innovation**
Espesson-Vergeat B.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

- 40 **Regards sociologiques sur la constitution des bases de sondage. Ce que compter des logements sur le terrain veut dire**
Cayouette-Remblière J., Santos A. et Noûs C.
- 40 **Health Data Hub: Multiple Problems And Alternative Solutions?**
Goldberg M. et Zins M.
- 40 **Health Data Hub: Why And How?**
Goldberg M. et Zins M.
- 41 **Appariement entre un registre régional de pratiques en cardiologie interventionnelle et la base médico-administrative d'hospitalisation française : développement et validation d'un algorithme d'appariement déterministe**
Lesaine E., Belhamri N. M., Legrand J. P., et al.

Covid-19

- 41 **Health Data In France: Abundant But Complex**
Zins M., Cuggia M. et Goldberg M.

Politique de santé

Health Policy

- 42 **Implementation Of Personalized Medicine In A Context Of Moral Hazard And Uncertainty About Treatment Efficacy**
Alcenat S., Maréchal F. et Naegelen F.
- 42 **Comprendre la dynamique et les enjeux de coordination des parcours de santé : proposition d'un cadre d'analyse à partir des phénomènes de rupture**
Aubert I., Kletz F. et Sardas J.-C.
- 42 **Health Services Research In France: Bridging The Gap Between Academia And Policymaking**
Spaak M., Cipriano M., Alla F., et al.

Covid-19

- 43 **Peut-on poursuivre sa cure sous confinement ? Le désir en question**
Benedetti A.
- 43 **Qu'est-ce que vivre ? ... Ou de la globalité des prises en charge médicales, individuelles ou collectives...**
Bénézech J.-P.
- 43 **Crise et confinement : présentation**
Leroy D. et Santiago Sanz H.
- 43 **Pregnant Under The Pressure Of A Pandemic: A Large-Scale Longitudinal Survey Before And During The Covid-19 Outbreak**
Naurin E., Markstedt E., Stolle D., et al.

Politique publique

Public Policy

Covid-19

- 44 **L'Union européenne face à la pandémie de Covid-19**
Beauchesne B.
- 44 **Introduction. Covid 19, 20... Confinement et déconfinement**
Besse M. et Leroy D.
- 44 **Systematic Assessment Of South Korea's Capabilities To Control Covid-19**
Yoo K. J., Kwon S., Choi Y., et al.

Prévention santé

Health Prevention

- 45 **Tentative d'arrêt du tabac, aides utilisées et maintien de l'abstinence tabagique : une analyse rétrospective des données du Baromètres de Santé publique France 2017**
Guignard R., Verrier F., Quatremère G., et al.
- 45 **Les Étudiants Relais Santé à l'université : objectifs, modalités d'action et d'évaluation. Résultats d'un consensus national des services de santé universitaires**
Odoul J., Gerbaud L., Grand E. L., et al.

- 45 **Tabac et maladies cardiovasculaires : le point sur la connaissance des Français, Baromètre de Santé publique France 2019**
Olié V., Houot M., Soullier M., et al.
- 46 **Categories Of Systematic Influences Applied To Increase Cancer Screening Participation: A Literature Review And Analysis**
Rahbek O. J., Jauernik C. P., Ploug T., et al.
- 46 **Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac**
Saetta S., Kivits J., Frohlich K., et al.

Covid-19

- 46 **Crise de la Covid-19 et vaccination : la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité**
Baudier F., Ferron C., Prestel T., et al.
- 47 **Measuring The Success Of The US Covid-19 Vaccine Campaign—It’s Time To Invest In And Strengthen Immunization Information Systems**
Benjamin-Chung J. et Reingold A.
- 47 **How New Models Of Vaccine Development For Covid-19 Have Helped Address An Epic Public Health Crisis**
Bloom D. E., Cadarette D., Ferranna M., et al.
- 47 **Développement des vaccins et stratégies vaccinales contre la Covid-19. Des données pour une décision partagée. Editorial**
Bruel S., Gagneux-Brunon A., Rodolphe C., et al.
- 47 **Covid 19 et vaccin : entre triomphes anticipatoires et tumulte planétaire, quelle place pour l’espérance**
Gil R.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

- 48 **Economic Evaluations Of Public Health Implementation-Interventions: A Systematic Review And Guideline For Practice**
Reeves P., Edmunds K., Searles A., et al.
- 48 **Model Homes: Evaluating Approaches To Patient-Centered Medical Home Implementation**
Saynisch P. A., David G., Ukert B., et al.

Psychiatrie

Psychiatry

- 49 **A Conceptual Framework To Develop A Patient-Reported Experience Measure Of The Quality Of Mental Health Care: A Qualitative Study Of The PREMIUM Project In France**
Fernandes S., Fond G., Zendjidian X., et al.
- 49 **Quelle psychiatrie d’aujourd’hui ?**
Firpi S.
- 49 **Economics And Mental Health: The Current Scenario**
Knapp M. et Wong G.
- 50 **De l’incertitude en santé mentale : analyse de la prise de décision aux urgences psychiatriques**
Marquis N. et Pesesse S.
- 50 **Cancer Screening Among Adults With And Without Serious Mental Illness: A Mixed Methods Study**
Murphy K. A., Stone E. M., Presskreischer R., et al.
- 51 **Sur l’histoire de quelques traitements de la folie**
Raymond S.
- 51 **Effects Of Social Security Policy Reforms On Mental Health And Inequalities: A Systematic Review Of Observational Studies In High-Income Countries**
Simpson J., Albani V., Bell Z., et al.
- 51 **Improving Payment For Collaborative Mental Health Care In Primary Care**
Wolk C. B., Alter C. L., Kishton R., et al.

Covid-19

- 52 **La première vague de l’âme : émergences et difficultés en psychiatrie confinée**
Bellahsen M. et al., e.
- 52 **Unmet Social Needs And Worse Mental Health After Expiration Of Covid-19 Federal Pandemic Unemployment Compensation**
Berkowitz S. A. et Basu S.
- 52 **Mental Associations With Covid-19 And How They Relate With Self-Reported Protective Behaviors: A National Survey In The United States**
Bruine de Bruin W., Carman K. G. et Parker A. M.

- 53 **Effects Of The Covid-19 Pandemic On Primary Care-Recorded Mental Illness And Self-Harm Episodes In The UK: A Population-Based Cohort Study**
Carr M. J., Steeg S., Webb R. T., et al.
- 53 **Le confinement en établissement de santé mentale : retour d'expérience**
Conan P., Carlier J., Descombas J., et al.
- 53 **Les impacts du confinement sur la santé mentale des étudiants**
Coquard L., Mutonda Mwangaza S., Renaud J., et al.
- 53 **Les droits fondamentaux des patients en soins sans consentement à l'épreuve de la crise sanitaire**
Ferragne A.
- 54 **Increased In-Hospital Mortality From Covid-19 In Patients With Schizophrenia**
Fond G., Pauly V., Orleans V., et al.
- 54 **Commentary: Time To Improve Access To Psychotherapies – A Family Medicine Perspective**
Lemire F. et Chomienne M. H.
- 54 **La santé mentale à l'épreuve du confinement. Impact du confinement sur la santé mentale des Français**
Franck N. et Zante É.
- 54 **Troubles bipolaires et Covid 19. Interview d'Annie Labbé par Jean-Luc Brière**
Labbé A. et Brière J.-L.
- 55 **Sleep Pattern In The US And 16 European Countries During The Covid-19 Outbreak Using Crowdsourced Smartphone Data**
Lee P. H., Marek J. et Nálevka P.
- 55 **A Longitudinal Study Of Mental Health Before And During Covid-19 Lockdown In The French Population**
Ramiz L., Contrand B., Rojas Castro M. Y., et al.
- 55 **6-Month Neurological And Psychiatric Outcomes In 236 379 Survivors Of Covid-19: A Retrospective Cohort Study Using Electronic Health Records**
Taquet M., Geddes J. R., Husain M., et al.
- 55 **Santé psychique et pandémie en réanimation**
Thomas F.

Sociologie

Sociology

- 56 **Assistant de service social : quel avenir ?**
Jaeger M.
- 56 **On a oublié la dimension conflictuelle du care**
Orozco A. P.
- 56 **La crédulité du savant**
Riquier C.
- Covid-19**
- 56 **Vive le Covid !**
Chobeaux F.
- 56 **La perception des causes des épidémies par les populations et les pouvoirs publics, de la fin du XVIIe siècle à la Première Guerre mondiale**
Comiti V.-P.
- 57 **Exister dans et par la crise. La gestion de la crise sanitaire comme mode de légitimation du « local »**
Douillet A.-C.
- 57 **Accepter l'incertain ?**
Eslin J.-C.
- 57 **De la croyance au savoir, et retour ?**
Fæssel M.
- 57 **Le temps long des épidémies**
Izambert C.
- 57 **La pandémie de Covid-19 ou le dialogue entre histoire et philosophie**
Moulin A.-M.
- 58 **Peut-on tirer des leçons de l'Histoire pour la crise du Covid-19 ?**
Moulin A. M. et Demaniano M.
- 58 **Les espaces-temps des anthropologues. De la colonisation temporelle au confinement mondial**
Raulin A.
- 58 **Comment la Covid-19 a sauvé l'éthique des soins de santé**
Ravez L.
- 58 **Covid-19 : vers un nouveau monde ? Une analyse de la pandémie à travers le regard des sciences sociales et humaines**
Saint-Geours Y.

58 **Hérésies sanitaires. Croire en la science au temps de la Covid-19**
Schlegel J.-L.

59 **Le savant et le politique. La prise de décision en temps de pandémie : que s'est-il passé au Québec (Canada) ?**
Stanton-Jean M.

59 **Que nous apprend la pandémie ? Pour un atterrissage des sciences**
Stengers I.

59 **Covid-19 : éthique et déontologie**
Tran Phong E., Allermoz E. et Bernier S.

Soins de santé primaires Primary Health care

60 **Longitudinal Participation In Delivery And Payment Reform Programs Among US Primary Care Organizations**
Adler-Milstein J., Linden A., Bernstein S., et al.

60 **Du projet professionnel d'internes de médecine générale angevins à leur exercice réel : 2012 à 2019**
Clisson R., Angoulvant C., Ramond-Roquin A., et al.

61 **Can General Practitioners Be More Productive? The Impact Of Teamwork And Cooperation With Nurses On GP Activities**
Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J. et al.

61 **Using National Clinical Guidelines To Reduce Practice Variation – The Case Of Denmark**
Lydixsen N., Greve J., Jakobsen M., et al.

61 **Physician Network Connections To Specialists And HIV Quality Of Care**
Stecher C.

62 **Preserving Social Equity In Marketized Primary Care: Strategies In Sweden**
Winblad U., Isaksson D. et Blomqvist P.

Covid-19

62 **Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales**
Schweyer F. X., Fiquiet L., Fleuret S., et al.

Système de santé Health Systems

63 **Divided By Choice? For-Profit Providers, Patient Choice And Mechanisms Of Patient Sorting In The English National Health Service**
Beckert W. et Kelly E.

63 **Landscape Of Health Systems In The United States**
Furukawa M. F., Machta R. M., Barrett K. A., et al.

63 **The Effects Of Accountable Care Organizations Forming Preferred Skilled Nursing Facility Networks On Market Share, Patient Composition, And Outcomes**
Gu J., Huckfeldt P. et Sood N.

64 **Optimal Staffing In Community Health Centers To Improve Quality Of Care**
Luo Q., Dor A. et Pittman P.

64 **Provider Teams Outperform Solo Providers In Managing Chronic Diseases And Could Improve The Value Of Care**
Pany M. J., Chen L., Sheridan B., et al.

Covid-19

65 **From Resilient To Transilient Health Systems: The Deep Transformation Of Health Systems In Response To The Covid-19 Pandemic**
Haldane V. et Morgan G. T.

65 **Effect Of The Covid-19 Lockdown On Disease Recognition And Utilisation Of Healthcare Services In The Older Population In Germany: A Cross-Sectional Study**
Michalowsky B., Hoffmann W., Bohlken J., et al.

65 **Beyond Covid-19: A Cross-Sectional Study In Italy Exploring The Covid Collateral Impacts On Healthcare Services**
Gualana M. R., Corradi A., Voglino G., et al.

Travail et santé Occupational Health

66 **Troubles musculo-squelettiques liés au travail : nombre de cas évitables par l'application d'un scénario théorique de prévention**
Fouquet N., Cherrier-Challine L., Rubion E., et al.



- 66 **Estimation de la sous-déclaration des TMS en France : évolution entre 2009 et 2015**
Riviere S., Alves J., Smali S., et al.

Covid-19

- 66 **Projected All-Cause Deaths Attributable To Covid-19–Related Unemployment In The United States**
Matthay E. C., Duchowny K. A., Riley A. R., et al.

Vieillessement

Ageing

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

- 67 **Worlds Of Long-Term Care: A Typology Of OECD Countries**
Ariaans M., Linden P. et Wendt C.

- 67 **A Longitudinal Study On Public Policy And The Health Of In-House Caregivers In Europe**
Calvo-Perxas L., Vilalta-Franch J., Litwin H., et al.

- 68 **The Impact Of Cash-For-Care Schemes On The Uptake Of Community-Based And Residential Care: A Systematic Review**
Pattyn E., Werbroeck A., Gemmel P., et al.

- 68 **Health Measures And Long-Term Care Use In The European Frail Population**
Roquebert Q., Sicsic J., Rapp T., et al.

- 69 **Changes In The Balance Between Formal And Informal Care Supply In England Between 2001 And 2011: Evidence From Census Data**
Zigante V., Fernandez J.-L. et Mazzotta F.

Covid-19

- 69 **L'impact de la crise Covid-19 dans le champ de l'inclusion : l'expérience du dispositif habitat Côté Cours du Havre**
Delaroque M.

- 69 **Confinement et isolement en Ehpad ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux**
Gil R.

- 70 **Covid-19 Mortality Rates Among Nursing Home Residents Declined From March To November 2020**
Kosar C. M., White E. M., Feifer R. A., et al.

- 70 **Une saison en EHPAD**
Legardinier N.

- 70 **L'égalité d'accès aux soins ou la prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes en période de pandémie**
Nicolas G.

- 70 **The Impact Of Covid-19 Restriction Measures On Loneliness Among Older Adults In Austria**
Stolz E., Mayerl H. et Freidl W.

- 71 **82 Person-Centred Emergency Care Outcome Measurement For Older People Living With Frailty**
Van Oppen J.

- 71 **Long-Term Care Policy After Covid-19 — Solving The Nursing Home Crisis**
Werner R. M., Hoffman A. K. et Coe N. B.

Health Insurance**► How Does Losing Health Insurance Affect Disability Claims? Evidence From The Affordable Care Act's Dependent Care Mandate**

LEVERE M., HOCK H. ET EARLY N.

Health Economics(Ahead of pub).<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4226>

We estimate the impacts of losing access to parental health insurance on Supplemental Security Income (SSI) participation, focusing on the age-26 limit for dependent coverage. We analyze the age pattern of SSI claims to develop counterfactual predictions that assume no change in access to insurance. Relative to this prediction, we find a 3.4% spike in SSI applications in the months immediately surrounding the 26th birthday, along with a slightly smaller increase in awards. These claims are primarily motivated by losing coverage; there might be more direct ways to address unmet insurance needs without also increasing reliance on cash payments.

► Gaps In Coverage And Access In The European UnionPALM W., WEBB E., HERNÁNDEZ-QUEVEDO C., *et al.* 2021**Health Policy 125(3): 341-350.**<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.011>

This study identifies gaps in universal health coverage in the European Union, using a questionnaire sent to the Health Systems and Policy Monitor network of the European Observatory on Health Systems and Policies. The questionnaire was based on a conceptual framework with four access dimensions: population coverage, service coverage, cost coverage, and service access. With respect to population coverage, groups often excluded from statutory coverage include asylum seekers and irregular residents. Some countries exclude certain social-professional groups (e.g. civil servants) from statutory coverage but cover these groups under alternative schemes. In terms of service coverage, excluded or restricted services include optical treatments, dental care, physiotherapy, reproductive health services, and psychotherapy. Early access to new and expensive pharmaceuticals is a concern,

especially for rare diseases and cancers. As to cost coverage, some countries introduced protective measures for vulnerable patients in the form of exemptions or ceilings from user charges, especially for deprived groups or patients with accumulation of out-of-pocket spending. For service access, common issues are low perceived quality and long waiting times, which are exacerbated for rural residents who also face barriers from physical distance. Some groups may lack physical or mental ability to properly formulate their request for care. Currently, available indicators fail to capture the underlying causes of gaps in coverage and access.

► The Effects Of ACA Medicaid Expansions On Health After 5 YearsSEMPRINI J., LYU W., SHANE D. M., *et al.***Medical Care Research and Review(Ahead of pub): 1077558720972592.**<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558720972592>

We examine the Affordable Care Act Medicaid expansion effects on self-rated health status over 5 years. The study uses data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System for 2011-2018 and a difference-in-differences design. There is improvement in health status on a 1 to 5 point scale from poor to excellent health among individuals below 100% of the federal poverty line by 0.031, 0.068, 0.031, 0.064, and 0.087 points in 2014, 2015, 2016, 2017, and 2018, respectively. Changes in 2015, 2017, and 2018 are statistically significant ($p < .05$), and the 2014 change is marginally significant. The difference between 2014 and 2018 effects is statistically significant ($p < .05$). In most years, we cannot distinguish changes in days not in good physical or mental health from no effect. Overall, there is only minimal evidence for effects intensifying over time, suggesting that health gains thus far have mostly occurred early on due to unmet needs among those previously uninsured.

► **Does The Universal Medical Insurance System Reduce Catastrophic Health Expenditure Among Middle-Aged And Elderly Households In China? A Longitudinal Analysis**

ZHOU Y., WUSHOUER H., VUILLERMIN D., *et al.*
2021

The European Journal of Health Economics 22(3): 463-471.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01267-3>

The Chinese government has made great progress in establishing the universal medical insurance system. This study aimed to analyze whether the universal medical insurance system protected middle-aged and elderly households from catastrophic health expenditure (CHE).

Démographie

Demography

Covid-19

► **Covid-19 : les trois ruptures démographiques et leur prospective**

2021

Population & Avenir 752(2): 17-19.

<https://www.cairn.info/revue-population-et-avenir-2021-2-page-17.htm>

La fécondité ne cesse de diminuer en France depuis 2015. L'abaissement ainsi confirmé de la fécondité en France va-t-il se poursuivre ? Il n'est pas contestable que des décisions politiques y ont contribué. Pour le futur, pourraient s'y ajouter des causes économiques et sociologiques. La détérioration de l'emploi, en conséquence de la pandémie Covid-19, est de nature à dissuader la venue de nouveau-nés. La forte limitation de lieux de sociabilité, afin d'enrayer la diffusion du coronavirus, réduit les possibilités de rencontre, prévisible à une éventuelle fécondité des couple.

► **Covid-19 : une baisse historique des migrants dans le monde ?**

DUMONT G.-F.

2021

Population & Avenir 752(2): 3-3.

<https://www.cairn.info/revue-population-et-avenir-2021-2-page-3.htm>

La pandémie Covid-19, avec ses effets négatifs sur l'économie des pays, a d'abord suscité une nouvelle nature de migrations de retour, une « corona-migration » revêtant trois types différenciés très inégalement distribués selon la nationalité des migrants. Le premier type de « corona-migrants » est la conséquence de migrations entrepreneuriales antérieures ; ces dernières étaient des migrations liées aux décisions d'entreprises faisant migrer leurs collaborateurs pour répondre aux évolutions des marchés ou au souhait d'actifs voulant s'installer dans des territoires leur donnant davantage de satisfaction professionnelle. La pandémie ayant remis en cause l'intérêt économique du pays d'immigration, ou signifiant des contraintes difficilement supportables pour des expatriés, ces derniers ont souhaité regagner le pays dont ils avaient la nationalité...

► **Avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages**

PAPON S. ET BEAUMEL C.

2021

Insee Première(1846)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347620>

Au 1^{er} janvier 2021, la France compte 67,4 millions d'habitants. En 2020, la population a augmenté de 0,2 %. Le solde naturel, différence entre les nombres de naissances et de décès, a fortement baissé du fait de la forte hausse des décès liée à la pandémie de Covid-19 et de la poursuite de la baisse des naissances; il s'élève à +67 000. En 2020, 736 000 bébés sont nés en France. En recul depuis 2015, l'indicateur conjonc-

turel de fécondité s'établit à 1,83 enfant par femme en 2020. La France reste, en 2019, le pays le plus fécond de l'Union européenne. En 2020, 669 000 personnes sont décédées en France, soit 9,1 % de plus qu'en 2019. La pandémie de Covid-19 a particulièrement affecté les décès au printemps et en fin d'année. L'espérance de vie à la naissance s'établit à 85,1 ans pour les femmes et à 79,1 ans pour les hommes. Elle diminue nettement par rapport à 2019 (-0,5 an pour les femmes et -0,6 an pour les hommes). La baisse est bien plus forte qu'en 2015, année marquée par une forte grippe hivernale (-0,3 an et -0,2 an). En 2020, 155 000 mariages ont été célébrés, en recul de 31 % par rapport à 2019, la pandémie ayant empêché la tenue des célébrations ou incité à les repousser en raison de la limitation du nombre d'invités.

E-santé – Technologies médicales

E-health – Medical Technologies

► **Using Patient-Reported Measures To Drive Change In Healthcare: The Experience Of The Digital, Continuous And Systematic PREMs Observatory In Italy**

DE ROSIS S., CERASUOLO D. ET NUTI S.

2020

BMC Health Services Research 20(1): 315.

<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05099-4>

The use of Patient Reported Experience Measures (PREMs) has great potential in healthcare service improvement, but a limited use. This paper presents an empirical case of PREMs innovation in Italy, to foster patient data use up to the ward level, by keeping strengths and addressing weaknesses of previous PREMs survey experiences. The paper reports key lessons learned in this ongoing experience of action research, directly involving practitioners.

► **Du bon usage des applications mobiles en psychiatrie**

XAVIER A.

2021

L'Information Psychiatrique 97(2): 125-132.

La m-santé est le moyen, via des applications numériques, pour le patient, son entourage et les praticiens de collecter, visualiser, partager et utiliser intelligemment, de manière permanente, des informations relatives à la santé et au bien-être. Le domaine de la psychiatrie n'échappe pas à cette vague déferlante. À l'heure de l'avènement de la télémédecine, de son insertion petit à petit dans le système de soins français, il paraît pertinent de se poser et de s'interroger sur l'intérêt de tels outils en psychiatrie. Entre véritables projets cliniques et machine à « buzz », il est souvent difficile pour le patient de trier le bon grain de l'ivraie afin que l'éventuel remède ne soit pas pire que le mal qui le ronge.



► **Usage des technologies de santé pour le maintien à domicile des personnes âgées. Entre individualisation et personnalisation**

YATIM F.

2020

Management & Avenir Santé 7(2): 37-55.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2020-2-page-37.htm>

Le maintien à domicile des personnes âgées représente de nombreux enjeux : économiques et organisationnels, démocratiques et éthiques. L'ensemble de ces enjeux se trouve renforcé avec l'introduction des technologies de santé, présentées comme une solution prometteuse pour réduire les dépenses, optimiser l'or-

ganisation des parcours et augmenter l'autonomie et la qualité de vie pour les personnes âgées. L'évolution en perspective ravive donc de manière aigüe un enjeu éthique spécifique, celui de l'équilibre entre l'individualisation et la personnalisation des prises en charge. En effet, selon l'éthique du care, les dispositifs technologiques doivent trouver une place pertinente et adaptée dans une dynamique relationnelle qui favorise l'autonomie, non pas en impliquant uniquement l'individu, la personne âgée, mais en co-construisant avec elle cette autonomie en tant que personne. Le présent article traite spécifiquement de cette problématique en mobilisant les données d'une enquête qualitative réalisée auprès de personnes âgées vivant à domicile et de leurs proches/aidants.

Covid-19

► **StopCovid, un nouveau virus pour la vie privée ?**

BOURRILLON C.

2020

Droit, Santé et Société 1(1): 90-97.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-90.htm>

L'application numérique de suivi des contacts au Covid-19, StopCovid, a fait l'objet de nombreux avis controversés au regard de l'équilibre délicat qu'elle exige entre deux grands principes que sont la protection de la santé et le droit à la vie privée. Cette innovation, au-delà de sa licéité et de la nécessité de garanties pour le respect de la vie privée des personnes, invite à une réflexion sur l'opportunité du numérique en période de crise sanitaire.

closures, and social distancing practices. Objectives: The aim was to examine the availability of telehealth services at outpatient mental health treatment facilities in the United States at the outset of the Covid-19 pandemic, and to identify facility-level characteristics and state-level policies associated with the availability. Research Design: Observational cross-sectional study. Subjects: All outpatient mental health treatment facilities (N = 8860) listed in the Behavioral Health Treatment Services Locator of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration on April 16, 2020. Measures: Primary outcome is whether an outpatient mental health treatment facility reported offering telehealth services. Results: Approximately 43% of outpatient mental health facilities in the United States reported telehealth availability at the outset of the pandemic. Facilities located in the United States South and nonmetropolitan counties were more likely to offer services, as were facilities with public sector ownership, those providing care for both children and adults, and those accepting Medicaid as a form of payment. Outpatient mental health treatment facilities located in states with state-wide shelter-in-place laws were less likely to offer telehealth, as well as facilities in counties with more Covid-19 cases per 10,000 population. Conclusions: At the onset of the Covid-19 pandemic, fewer than half of outpatient mental health treatment facilities were providing telehealth services. Our results suggest that additional policies to promote telehealth may be warranted to increase availability over the course of the Covid-19 pandemic.

► **Availability Of Outpatient Telemental Health Services In The United States At The Outset Of The Covid-19 Pandemic**

CANTOR J. H., MCBAIN R. K., KOFNER A., *et al.*

2021

Medical Care 59(4): 319-323.

<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001512>

Since coronavirus disease 2019 (Covid-19) has caused dramatic changes in everyday life, a major concern is whether patients have adequate access to mental health care despite shelter-in-place ordinances, school

► **L'après Covid : repenser la démocratie en sortant de la fascination numérique**

DACHEUX É. ET GOUJON D.
2020

Droit, Santé et Société 1(1): 75-84.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-75.htm>

Pour entrer dans un monde plus résilient, il convient de s'affranchir des fragilités du système qui nous a conduit à cette crise sanitaire. Construire cette rupture nécessite d'organiser l'intelligence collective. La meilleure façon d'organiser cette dernière est de dépasser la démocratie libérale représentative pour entrer dans une démocratie radicale. Celle-ci réclame plus de délibération entre sujets réflexifs et non plus de connexions entre identités numériques. En effet, les dispositifs numériques en place pallient la non communication liée au confinement, mais ne réduisent pas l'incommunication. Pire ils produisent trop souvent de l'excommunication. Surtout, le solutionnisme numérique qui accompagne le déploiement de ces dispositifs remet en cause l'idée même de démocratie en renforçant un régime d'historicité qui fait de la servitude numérique un présent indépasseable...

► **L'émergence des outils numériques dans le contexte d'état d'urgence sanitaire. Enjeux et conditions d'application face au droit au respect de la vie privée**

DELFIN ROSSARO A. ET RIAL-SEBBAG E.
2020

Droit, Santé et Société 1(1): 98-104.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-98.htm>

À la fin de l'année 2019, nous apprenions qu'une nouvelle maladie faisait son apparition dans le monde. Le premier cas positif de la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19), provoquée par le virus SARS-CoV-2, a été repéré en Chine, dans la ville de Wuhan. La découverte et la rapidité de sa propagation à l'échelle mondiale a mené l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à déclarer, le 30 janvier 2020, l'état d'urgence de santé publique de portée internationale et l'état de pandémie en mars. Plusieurs pays, dont la France, ont également opté pour déclarer l'état d'urgence sanitaire afin de mettre en place des mesures exceptionnelles pour lutter contre sa diffusion. En France, et plus particulièrement dans le contexte du déconfinement, des outils numériques de suivi et de lutte contre la propagation

du virus ont été déployés tels que les nouveaux systèmes d'information « Contact Covid » et « SI-DEP » ainsi que l'application mobile « StopCovid ». Si ces outils permettent un meilleur suivi de l'évolution de la maladie, ils peuvent porter atteinte au droit à la vie privée des personnes. Des conditions d'application doivent donc être respectées afin de limiter autant que possible les impacts négatifs de ces mesures d'exception sur les libertés fondamentales des individus.

► **L'utilisation des données mobiles dans la lutte contre la Covid 19 : une occasion rêvée pour la coopération sanitaire européenne**

DEVILLIER N.
2020

Droit, Santé et Société 1(1): 68-74.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-68.htm>

La collecte des données personnelles mobiles via les applications de traçage des cas de Covid-19 a-t-elle effectivement contribué à la lutte contre l'épidémie ? Les différentes applications mobiles mises en place par les États membres de l'Union européenne ont suscité la crainte d'une atteinte à la vie privée et aux libertés individuelles. Des instruments juridiques européens ont permis de clarifier les modalités du traçage des cas de Covid-19, y compris sur le lieu de travail. Le partage des données collectées reste un axe d'amélioration de la coopération européenne qui doit relever le challenge de l'interopérabilité de ces solutions nationales.

► **Pourquoi l'application StopCovid ne parvient-elle pas à traduire l'intérêt général ?**

TOURNAY V.
2020

Droit, Santé et Société 1(1): 85-89.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-85.htm>

L'application StopCovid lancée par le gouvernement dans le cadre de son plan global de déconfinement, soulève des enjeux de souveraineté sanitaire et numérique. Destinée à suivre l'évolution du virus sur le territoire national à l'échelle de la population, cette solution de traçabilité suscite de nombreux débats. L'article montre que la faible appropriation collective de cet outil résulte de son incapacité à représenter l'intérêt

général aux yeux des citoyens et à l'inscrire dans une histoire nationale partagée. D'une part, la philosophie associée au partage de l'application StopCovid échoue à faire naître chez les individus « ce sentiment d'avoir quelque chose en commun » pour reprendre l'expression webérienne. D'autre part, les options techniques

de l'application réactivent les champs de tension au fondement de la souveraineté nationale sans pour autant trancher dans une orientation donnée. Dès lors, les controverses autour de StopCovid renvoient à des conceptions incompatibles concernant le devenir des États-nations.

Économie de la santé

Health Economics

► **Assessment Of The Introduction Of DRG-Based Reimbursement In Switzerland: Evidence On The Short-Term Effects On Length Of Stay Compliance In University Hospitals**

BOES S. ET NAPIERALA C.

2021

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

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.010>

The implementation of a nationwide diagnosis-related groups (DRG) reimbursement system in 2012 marked an important step in increasing the transparency and efficiency of hospital services in Switzerland. However, no clear evidence exists to date on the response of hospitals to the introduction of SwissDRG. Using administrative data on inpatient stays in Swiss university hospitals and the length of stay compliance (LOSC) as a measure of hospital performance, we find a significant short-term reduction in LOSC for hospitals that experienced a change from retrospective per diem to prospective DRG reimbursement, compared to hospitals with a prospective payment system already before 2012. LOSC can be interpreted as a performance indicator because it compares the actual length of stay with a benchmark value, taken from the yearly DRG catalogue. The reduction in LOSC implies that hospitals in the treatment group on average had an increase in LOS relative to the benchmark compared to the control hospitals. This may be interpreted as a negative effect of SwissDRG on hospital performance, at least in the short-run, and we provide supporting evidence that hospitals that worked under DRG already before adapted more quickly and efficiently.

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

FU R., SHEN Y. ET NOGUCHI H.

2021

[Health Economics 30\(3\): 505-524.](#)

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4205>

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

► **Effect Of Air Pollution On Health Care Expenditure: Evidence From Respiratory Diseases**

LIU Y.-M. ET AO C.-K.

2021

Health Economics 30(4): 858-875.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4221>

Recent reports show that at least 95% of the world's population is breathing polluted air. However, the impact of air quality on air pollution-related medical expenditure and utilization is sparse. This study estimates the short-term health care cost impacts of air pollution using a meteorological phenomenon—thermal inversion—as an instrumental variable for air quality. Using information on outpatient care for respiratory diseases from universal health insurance claim data in Taiwan during 2006–2012, our estimates suggest that a one-unit reduction in the air quality index (AQI) leads to NT\$2.3 billion (nearly US\$74 million) of savings in respiratory-related outpatient expenditure per year. Given that the average AQI is equal to 32 during our study period, completely removing air pollution would reduce the national health expenditure by approximately 8% annually. Our results provide the important implication that the cost of controlling air pollutant emissions can be offset by curtailing health care expenditure.

► **Incentives For Voluntary Health Insurance In A National Health System: Evidence From Italy**

MARENZI A., RIZZI D. ET ZANETTE M.

2021

Health Policy(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.007>

The paper evaluates the extent to which the government's policy to encourage the purchase of voluntary health insurance (VHI) may have led to income-related horizontal inequity in access to health care in a universal health care system (NHS). Methods Ad hoc tax return data for the universe of Italian taxpayers for years 2009-2016 are used to estimate the tax benefits granted to taxpayers who hold VHI, the redistributive impact, and the public budget effect. The income elasticity of tax benefits is estimated using tax return data and considering some taxpayers' characteristics (income class, gender, age, and geographic area). Standard inequality indices are computed to assess income-related horizontal inequity in access to health care. Results Tax incentives, especially those granted

to employer-paid health insurance, have a sizeable impact on tax revenue and introduce into the Italian NHS significant income-related horizontal and vertical inequity in access to health care. The results suggest a distributional profile of tax incentives that is highly concentrated in favor of wealthier taxpayers. Conclusion Our analysis adds novel evidence that may contribute to the current debate on whether and to what extent countries in which all citizens have access to free healthcare and equal standards of healthcare services should subsidize VHI, especially when the coverage doubles the healthcare services provided by universal public insurance. We show that VHI reduces tax revenues and introduces disparities among citizens in terms of access to healthcare services.

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

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

2021

Health Policy 125(4): 442-449.

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

Most physicians across the world are paid through fee-for-service. However, there is increased interest in alternative payment models such as salary, capitation, episode-based payment, pay-for-performance, and strategic blends of these models. Such models may be more aligned with broad health policy goals such as fiscal sustainability, delivery of high-quality care, and physician and patient well-being. Despite this, there is limited research on physicians' preferences for different models and a disproportionate focus on differences in income over other issues such as physician autonomy and purpose. Using qualitative interviews with 32 specialist physicians in Alberta, Canada, we examined factors that influence preferences for fee-for-service (FFS) and salary-based payment models. Our findings suggest that a series of factors relating to (1) physician characteristics, (2) payment model characteristics, and (3) professional interests influence preferences. Within these themes, flexibility, autonomy, and compatibility with academic roles were highlighted. To encourage physicians to select a specific payment model, the model must appeal to them in terms of income potential as well as non-monetary values. These findings can support constructive discussions about the merits of different payment models and can assist policy makers in considering the impact of payment reform.

Covid-19

► **The Mounting Opportunity Cost Of Pivoting To Covid-19-Related Health Systems And Services Research**

JASON M. S.
2021

Healthcare Policy 16(3): 6-15.

In 2020, the Covid-19 pandemic unexpectedly upended everyone's life, from sudden mass unemployment to family separations. In spite of this upheaval, health systems and services research carried on. Often, these efforts supported public health efforts to slow the spread of the virus.

État de santé

Health Status

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

CEN X., JOHNSTON D. W., KUNG C. S. J., *et al.*
2021

Health Economics 30(4): 915-920.

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

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

► **Prise en compte de la durée et de l'intensité du tabagisme dans l'estimation de la mortalité attribuable au tabac : une nouvelle méthode appliquée au cancer du poumon en France**

GRIGNON M. ET RENAUD T.
2020

Population 75(4): 561-589.

<https://www.cairn.info/revue-population-2020-4-page-561.htm>

La méthode canonique d'estimation de la mortalité attribuable au tabac ne prend en compte ni le nombre d'années durant lesquelles l'individu a fumé, ni le temps écoulé depuis l'arrêt le cas échéant. Elle ne permet donc pas de mettre en oeuvre des projections incluant des scénarios alternatifs de modification des comportements d'initiation ou d'arrêt du tabagisme. Cet article propose une nouvelle méthode qui combine, d'une part, les valeurs empiriques provenant de la littérature épidémiologique des effets de la durée (du tabagisme et depuis l'arrêt) sur la mortalité et, d'autre part, les distributions réelles de ces durées dans la population. Cette nouvelle méthode est plus coûteuse en données que la méthode canonique, notamment appliquée dans le cas du cancer du poumon en France en agrégeant des enquêtes transversales

répétées (enquêtes « Baromètre Santé » de l'INPES de 1975 à 2010) pour créer des pseudo-cohortes. Selon ce modèle, la mortalité par cancer du poumon augmenterait de 50 % jusqu'en 2035, avant de se stabiliser. Les simulations montrent que diviser par deux le taux d'initiation chez les adolescents sauverait 20 500 vies au cours de la période 2010-2060, alors qu'un doublement du taux de cessation chez les adultes sauverait 53 000 vies sur la même période. Ce travail permet de quantifier l'intuition selon laquelle les interventions et politiques visant à augmenter le sevrage sauveraient plus de vies à moyen terme que celles visant à prévenir l'initiation.

► **Consommation de cigarettes et de cigarettes électroniques des étudiants en santé**

POUGNET R., CHAPALAIN D., FORTIN C., *et al.*
2021

Revue des Maladies Respiratoires 38(2): 164-170.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0761842521000310>

Le tabagisme est l'une des principales causes évitables de mort dans le monde. Certaines études ont montré,

chez les soignants et les étudiants en santé, des prévalences du tabagisme proches de celle de la population générale. L'objet de cet article était d'étudier la prévalence auprès des étudiants en santé (médecine, odontologie, kinésithérapie, soins infirmiers) d'une université et d'un CHRU en France. Matériel et méthode Il s'agissait d'une étude transversale par auto-questionnaire. Cette étude se faisait dans le cadre d'une campagne soutenue par l'Agence Régionale de Santé Bretagne. Résultats Le taux de participation était de 76,4 % soit 1349 répondants sur 1766 étudiants en santé interrogés. La prévalence du tabagisme était de 17,8 % et celle du vapotage de 5,6 %. Les étudiants en soins infirmiers fumaient et vapotaient plus que les étudiants des autres filières : respectivement, pour le tabagisme, 21,8 % (73/335) vs 16,5 % (167/1014) ($p < 0,001$), et, pour le vapotage, 10,4 % (35/335) vs 4,0 % (39/980) ($p < 0,001$). Les étudiants en 3^e année de soins infirmiers fumaient et vapotaient significativement plus que ceux des 2 premières années ($p = 0,02$ et $p < 0,001$). Conclusion Le taux de tabagisme était important, mais comparable aux données concernant les étudiants de santé. Les étudiants en soins infirmiers étaient significativement plus fumeurs, notamment en dernière année. Le taux de vapotage était plus élevé que dans les autres études.

Covid-19

► **Estimating (Quality-Adjusted) Life-Year Losses Associated With Deaths: With Application To Covid-19**

BRIGGS A. H., GOLDSTEIN D. A., KIRWIN E., *et al.*
2021

Health Economics 30(3): 699-707.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4208>

Many epidemiological models of the Covid-19 pandemic have focused on preventing deaths. Questions have been raised as to the frailty of those succumbing to the Covid-19 infection. In this paper we employ standard life table methods to illustrate how the potential quality-adjusted life-year (QALY) losses associated with Covid-19 fatalities could be estimated, while adjusting for comorbidities in terms of impact on both mortality and quality of life. Contrary to some suggestions in the media, we find that even relatively elderly patients with high levels of comorbidity can still lose substantial life years and QALYs. The simplicity of the method facilitates straightforward international

comparisons as the pandemic evolves. In particular, we compare five different countries and show that differences in the average QALY losses for each Covid-19 fatality is driven mainly by differing age distributions for those dying of the disease.

► **Une épidémie peut en cacher une autre : personnes exposées au VIH et crise du Covid-19**

IZAMBERT C., THIBEAUD M. ET MARIA A.
2021

Mouvements 105(1): 27-37.

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

L'association AIDES fait le constat que l'épidémie de Covid-19 a été un facteur aggravant des discriminations déjà existantes. À partir d'une campagne importante de recueil de témoignages, l'association de lutte contre le VIH et les hépatites montre comment les situations

déjà très précaires des travailleur·ses du sexe, des personnes vivant avec le VIH, des usager·es de drogues, des personnes étrangères en situation administrative précaire, des détenu·es ont empiré du fait du confinement et de la rétractation des services publics. Loin de faire un simple constat, l'association souligne qu'il y a beaucoup à apprendre de l'expérience des associations de malades et personnes concernées qui se sont engagées depuis longtemps dans le développement de pratiques de réduction des risques et d'autosupport à l'heure où l'épidémie s'installe dans la longue durée.

► **Excess Mortality From Covid-19: Weekly Excess Death Rates By Age And Sex For Sweden And Its Most Affected Region**

MODIG K., AHLBOM A. ET EBELING M.

2020

[European Journal of Public Health 31\(1\): 17-22.](#)

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa218>

Sweden has one of the highest numbers of Covid-19 deaths per inhabitant globally. However, absolute death counts can be misleading. Estimating age- and sex-specific mortality rates is necessary in order to account for the underlying population structure. Furthermore, given the difficulty of assigning causes of death, excess all-cause mortality should be estimated to assess the overall burden of the pandemic. By estimating weekly age- and sex-specific death rates during 2020 and during the preceding 5 years, our aim is to get more accurate estimates of the excess mortality attributed to Covid-19 in Sweden, and in the most affected region Stockholm. Eight weeks after Sweden's first confirmed case, the death rates at all ages above 60 were higher than for previous years. Persons above age 80 were disproportionately more affected, and men suffered greater excess mortality than women in ages up to 75 years. At older ages, the excess mortality was similar for men and women, with up to 1.5 times higher death rates for Sweden and up to 3 times higher for Stockholm. Life expectancy at age 50 declined by 1 year for Sweden and 1.5 years for Stockholm compared to 2019. The excess mortality has been high in older ages during the pandemic, but it remains to be answered if this is because of age itself being a prognostic factor or a proxy for comorbidity. Only monitoring deaths at a national level may hide the effect of the pandemic on the regional level.

► **Comment la mortalité due à la Covid-19 se compare-t-elle à celle due à la grippe ?**

PILSON G. ET MESLE F.

2021

[The Conversation: html.](#)

<https://theconversation.com/comment-la-mortalite-due-a-la-covid-19-se-compare-t-elle-a-celle-due-a-la-grippe-156609>

Au début de l'épidémie de Covid-19, certains parlaient de « grippette » pour en minimiser l'importance. Qu'en est-il un an après ? Le bilan en termes de morts se compare-t-il à celui d'une épidémie de grippe ? Et combien de morts la grippe elle-même entraîne-t-elle ?

► **Quel est l'effet de l'épidémie de Covid-19 sur la surmortalité en France ?**

PILSON G. ET MESLE F.

2021

[The Conversation: html.](#)

<https://theconversation.com/quel-est-leffet-de-lepidemie-de-covid-19-sur-la-surmortalite-en-france-156624>

Le nombre journalier de morts, toutes causes de décès confondues, est connu en France avec un délai de 10 jours – le temps que les bulletins de décès remontent des mairies à l'Insee. Il est donc possible de retracer l'évolution du nombre total de décès journalier, qu'ils soient dus au Covid-19 ou à une autre cause sur la période qui va du 1^{er} janvier 2019 au 22 février 2021 et d'analyser l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur la surmortalité en France. La surmortalité semble cependant terminée mi-février 2021, le nombre de décès journalier étant repassé en dessous de celui de 2019 à la même période – mais le nombre de décès était alors relativement élevé pour la saison en raison d'une épidémie de grippe meurtrière. Il est proche de celui de février 2020, période où la grippe saisonnière avait été peu meurtrière et l'épidémie de Covid-19 n'avait pas encore commencé. Comment se fait-il que le nombre de décès journalier ait retrouvé un niveau relativement normal pour la saison depuis une quinzaine de jours (autour de 1 800 par jour) alors que le nombre journalier de morts dus à la Covid-19 reste élevé et se situe à plus de 300 par jour début mars ? Le bilan des décès de l'année 2020 permet de comprendre les raisons de cette situation. On note par exemple que les décès dus à d'autres causes que la Covid-19 sont en recul.

► **Les symptômes et l'examen médical peuvent-ils permettre de diagnostiquer avec précision la Covid-19 ? Revue de littérature Cochrane**

STRUYF T., DEEKS J., DIMES J., *et al.*

2021

Cochrane Database of Systematic Review(2)

https://www.cochrane.org/fr/CD013665/INFECTN_les-symptomes-et-lexamen-medical-peuvent-ils-permettre-de-diagnostiquer-avec-precision-la-Covid-19

La Covid-19 affecte de nombreux organes du corps, de sorte que les personnes atteintes pourraient présenter un large éventail de symptômes. Les symptômes et les signes de la maladie pourraient être importants pour aider ces personnes, ainsi que le personnel de santé avec lequel elles entrent en contact, à savoir si elles sont atteintes de la maladie. Les personnes atteintes d'une forme légère de la Covid19 pourraient présenter une toux, un mal de gorge, une température élevée, de la diarrhée, des maux de tête, des douleurs musculaires ou articulaires, de la fatigue, et une perte ou une perturbation de l'odorat et du goût.

► **Distance From The Outbreak Of Infection, Ozone Pollution And Public Health Consequences Of SARS-Cov-2 Epidemic: The HOPE Method**

TRIPEPI G., PLEBANI M., IERVASI G., *et al.*

2020

European Journal of Public Health 31(1): 7-12.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa221>

Italy was the second country in the world, after China, to be hit by SARS-CoV-2 pandemic. Italy's experience teaches that steps to limit people's movement by imposing 'red zones' need to be put in place early by carefully identifying the cities to be included within these areas of quarantine. The assessment of the relationship between the distance from an established outbreak of SARS-CoV-2 infection with transmission-linked cases and mortality observed in other sites could provide useful information to identify the optimal radius of red zones. We investigated the relationship between SARS-CoV-2 cases and the distance of each Italian province from the first outbreak of SARS-CoV-2 epidemic in Italy (the city of Lodi placed in the Lombardia region). In 38 provinces of Lombardia and neighboring regions, we performed a breakpoint analysis to identify the radius of the red zone around Lodi minimizing epidemic spread and mortality in neighboring cities. In all Italian provinces, a non-linear relationship was found between SARS-CoV-2 cases and distance from Lodi. In an analysis including the provinces of Lombardia and neighboring regions, SARS-CoV-2 cases and mortality increased when the distance from Lodi reduced below 92 and 140 km, respectively, and such relationships were amplified by ozone (O₃) pollution. The breakpoint analysis identifies the radius around the outbreak of Lodi minimizing the public health consequences of SARS-CoV-2 in neighboring cities. Such an approach can be useful to identify the red zones in future epidemics due to highly infective pathogens similar to SARS-CoV-2.

Geography of Health

► De la production de l'espace aux lieux : un itinéraire entre espaces et sociétés

BOURDIN A.

2021

Espaces et sociétés 180-181(1): 79-96.

<https://www.cairn.info/revue-espaces-et-societes-2021-1-page-79.htm>

L'auteur illustre, à partir de son histoire scientifique personnelle, diverses manières de questionner la relation espace-société. L'étude de la production de l'espace, en référence à Lefebvre et à Ledrut, l'a conduit à s'intéresser aux acteurs et aux systèmes d'action qui produisent l'espace, dans la perspective de Crozier et Friedberg. D'autres références (Goffman, Hall, Remy et Voyé, Sennett, Percey) l'ont sensibilisé aux usages de l'espace, puis à la dimension existentielle de l'expérience que l'on en a. Les concepts de lieu et d'ambiance deviennent alors essentiels. Mais l'interrogation des relations espace-société ne peut éviter une remise en cause radicale de la définition euclidienne d'un espace immuable. Au contraire, son « essence réside dans les possibilités infinies de ses relations internes » (Sigfried Giedion cité par Martina Löw). Ces réflexions théoriques ont de nombreuses conséquences pour la pratique.

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

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

2021

Health Policy 125(4): 467-473.

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

Medical migration is a global phenomenon. In Ireland, hospital doctor emigration has increased significantly in recent years, with Australia a destination of choice. With work and employment conditions cited as a driver of these trends, this article explores how health system differences in the organisation of medical work shape the everyday experiences of hospital doctors which underpin migration decisions. Drawing on 51 semi-structured interviews conducted in July-August

2018 with Irish-trained hospital doctors who had emigrated to work in Australia, the findings highlight doctors' contrasting experiences of medical work in the Irish and Australian health systems. Key system differences in the organisation of medical work manifested at hospital level and related to medical hierarchy; staffing, support and supervision; and governance and task coordination. Findings indicate that retention of hospital doctors is as much about the quality of the work experience, as it is about the quantity and composition of the workforce. At a time of international competition for medical staff, effective policy for the retention of hospital doctors requires an understanding of the organisation of work within health systems. Crucially, this can create working contexts in which doctors flourish or from which they seek an escape.

► Physician Density By Specialty Type In Urban And Rural Counties In The US, 2010 To 2017

MACHADO S. R., JAYAWARDANA S., MOSSIALOS E., *et al.*

2021

JAMA Network Open 4(1): 34

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2775404>

Previous studies have highlighted uneven physician distribution, a key determinant of health care access, across the US. However, little is known about how these patterns have evolved over time. This study examined recent trends in physician density by specialty category across rural and urban US counties.

► Evaluating The Literature Of Therapeutic Landscapes With An Emphasis On The Search For The Dimensions Of Health: A Systematic Review

TAHERI S., GHASEMI SICHANI M. ET SHABANI A.

2021

Social Science & Medicine 275: 113820.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113820>

Health geography emphasizes landscape capacity as a perspective for examining health dimensions. Much

of this emphasis is on the concept of therapeutic landscapes. In the last two decades, changes in the therapeutic landscapes concerning health, as well as why and how the development of the emphasis on the dimensions of the health in the landscape in proportion to the temporal-spatial course of literature in this field can be considered. The framework of the present study is based on a systematic review of therapeutic landscapes in the geography of health in the last two decades. This systematic literature review followed the PRISMA guidelines. Searching for “Therapeutic Landscapes” term at Science Direct and PubMed, screening, 56 eligible articles were selected in the journal *Social Science and Medicine*, and *Health and Place*. The results of the systematic review, aiming

to search for the health dimensions of the therapeutic landscape, and recognize main gaps, identified three main issues: scale and range of users of therapeutic landscapes, the position importance of experiences in therapeutic landscapes, therapeutic landscapes as the holistic paradigm. The results of the research show that in recent years, attention to multiple dimensions of health, especially non-physical relationships of therapeutic landscapes and multiple dimensions of health, has been considered more and more by researchers. Personal-social perceptions and experiences are also continually evolving, so the concept of therapeutic landscapes and its relationship to health is considered living and dynamic.

Covid-19

► « La solution à la crise passe par les territoires ». Regards croisés des administrateurs et administratrices territoriaux sur le Covid-19

2020

Revue française d'administration publique 176(4): 965-970.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-4-page-965.htm>

Si la crise du Covid-19 suppose une réponse globale, la question du rôle du local dans la gestion de l'épidémie mérite d'être soulevée tant l'action au niveau des territoires peut être un relais ou un complément à l'action étatique. Mettre l'accent sur le local permet ainsi de mieux saisir comment les différents niveaux d'action publique s'articulent concrètement. Surtout, c'est au niveau local que les politiques publiques sont concrètement mises en œuvre et que se joue leur réussite ou leur échec. Appréhender la gestion de la crise par le bas permet tout à la fois de mieux comprendre les logiques des acteurs locaux de premier rang que sont les maires et les préfets, de réintégrer dans l'analyse les contraintes auxquelles ils font face, et de recueillir des éléments qui permettront ultérieurement de contribuer à l'évaluation des politiques publiques mises en œuvre. Ce dossier a été réalisé principalement, mais non exclusivement, en mobilisant le réseau du GIS- GRALE. Il combine les analyses de spécialistes issus de plusieurs disciplines afin de mieux comprendre l'articulation entre les politiques locales et nationales pendant la crise sanitaire. Les contributions portent

sur la période qui s'écoule de la mi-mars 2020 au 10 juillet 2020, date qui marque légalement la fin de l'état d'urgence sanitaire. Au terme de la première vague de l'épidémie de Covid-19, leurs conclusions permettent de tirer un premier bilan sur la manière dont celle-ci a été gérée localement. Elles livrent surtout quelques clés pour appréhender l'avenir des relations entre l'État et les collectivités territoriales, à un moment où le Gouvernement entend ouvrir une nouvelle page de la décentralisation en promouvant la différenciation territoriale.

► **Pandémie, crises et perspectives : lectures territoriales de la Covid-19**

BAUDET-MICHEL S., ELIOT E., FAYET Y., *et al.*

2021

Revue Francophone Sur La Santé Et Les Territoires (Rfst): epub.

<https://journals.openedition.org/rfst/779>

L'agent pathogène émergent responsable de l'épidémie de Covid-19 a été notifié dans la région de Wuhan (Chine) en décembre 2019 et s'est diffusé en moins de trois mois à l'ensemble de la planète. Son apparition a conduit au confinement de la moitié de la population mondiale dans le but de limiter son expansion et de réduire les effets sur les systèmes de soins. Cette pandémie comporte bien des dimensions géographiques 1) dans les modalités de sa propagation (dans un monde globalisé), comme indirectement, 2) dans les modalités de gestion de cette crise (éco-

nomiques, sociales, géopolitiques, etc.) et 3) dans les politiques territoriales différenciées mises en place à toutes les étapes (avant, pendant et après les confinements, par exemple). La recherche biomédicale s'est rapidement mise en ordre de marche pour faire face aux enjeux sanitaires imposés par cette pandémie mais il y aura, dans les prochains mois, à n'en pas douter, besoin d'éclairages issus de différentes disciplines portant un regard territorialisé sur cette pandémie et ses conséquences.

► **Covid-19 : la recherche urbaine ne doit pas être dans le déni**

ORFEUIL J.-P.

2020

Géographie, Economie, Société 22(2): 209-222.

<https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2020-2-page-209.htm>

Les territoires sont affectés très différemment par l'épidémie de Covid. Le lien entre densité, taille des villes et mortalité est établi ici. Il donne lieu à des discussions vives entre urbanistes, notamment parce que des facteurs sous-jacents jouent aussi un rôle actif. Les citoyens ont été amenés à repenser leurs aspirations par le confinement, et seront durement affectés par la crise économique qui s'annonce, ce qui amène à renouveler la nature des questions posées aux aménageurs.

► **Geographic Access To Covid-19 Healthcare In Brazil Using A Balanced Float Catchment Area Approach**

PEREIRA R. H. M., BRAGA C. K. V., SERVO L. M., *et al.*

2021

Social Science & Medicine 273: 113773.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113773>

The rapid spread of Covid-19 across the world has raised concerns about the responsiveness of cities and healthcare systems during pandemics. Recent studies try to model how the number of Covid-19 infections will likely grow and impact the demand for hospitalization services at national and regional levels. However, less attention has been paid to the geographic access to Covid-19 healthcare services and to hospitals' response capacity at the local level, particularly in urban areas in the Global South. This paper shows how transport accessibility analysis can provide actionable information to help improve healthcare coverage and responsiveness. It analyzes accessibility to Covid-19

healthcare at high spatial resolution in the 20 largest cities of Brazil. Using network-distance metrics, we estimate the vulnerable population living in areas with poor access to healthcare facilities that could either screen or hospitalize Covid-19 patients. We then use a new balanced floating catchment area (BFCA) indicator to estimate spatial, income, and racial inequalities in access to hospitals with intensive care unit (ICU) beds and mechanical ventilators while taking into account congestion effects. Based on this analysis, we identify substantial social and spatial inequalities in access to health services during the pandemic. The availability of ICU equipment varies considerably between cities, and it is substantially lower among black and poor communities. The study maps territorial inequalities in healthcare access and reflects on different policy lessons that can be learned for other countries based on the Brazilian case.

► **Crise sanitaire en territoires urbains populaires : relégations, discriminations, contestations**

PITTI L.

2021

Mouvements 105(1): 68-77.

<https://www.cairn.info/revue-mouvements-2021-1-page-68.htm>

Audrey Mariette et Laure Pitti mènent depuis 2013 une enquête sur les « politiques, professionnel·les et pratiques de santé en territoire populaire » en Seine-Saint-Denis. Ce travail a pris une nouvelle dimension avec l'épidémie de Covid-19 qui est venue renforcer les inégalités existantes alors qu'une grande partie de la population était, par son emploi, ses conditions de vie et son état de santé surexposée au virus et aux formes graves de la maladie. Les discriminations dans l'accès aux soins, notamment celles subies par les personnes racisées, ont été exacerbées. Cependant, cette crise a également souligné les capacités d'organisation et de mobilisation des professionnel·les de santé en dépit du manque de moyens chronique.

Disability

► **Recenser et prévenir le handicap, plutôt que lutter contre les discriminations. Les référent.es handicap dans la fonction publique française**

FILLION E., LEJEUNE A. ET THIVET D.

2021

Alter 15(1): 71-88.

<https://doi.org/10.1016/j.alter.2020.09.003>

Les politiques relatives à l'emploi des personnes handicapées en France reposent sur différents mécanismes, tels que les quotas d'emploi, la non-discrimination ou le reclassement professionnel, qui renvoient à des définitions contradictoires du handicap et de la participation au marché du travail. À partir de deux enquêtes sociologiques qualitatives originales menées par entretiens semi-directifs, cet article examine comment les référent.es handicap s'emparent, ou ne s'emparent pas, des différents outils juridiques disponibles pour décliner et animer concrètement les politiques d'emploi des personnes handicapées au sein des organisations de travail du secteur public. Malgré la forte persistance d'une approche individuelle, médicale et déficiente du handicap dans l'emploi, nous montrons que les référent.es handicap s'efforcent de déployer une politique plus ambitieuse, proactive et systémique, sensible à la dimension environnementale du handicap et à la prévention du handicap au travail, sans pour autant intégrer dans leurs pratiques le droit antidiscriminatoire en termes d'égalité et d'inclusion.

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

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

2021

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

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

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

Hospitals

► **The Impact Of Urgent Care Centers On Nonemergent Emergency Department Visits**

ALLEN L., CUMMINGS J. R. ET HOCKENBERRY J. M.

Health Services Research(Ahead of pub).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13631>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13631>

The aim of this study is to estimate the impact of urgent care centers on emergency department (ED) use. Data Sources Secondary data from a novel urgent care center database, linked to the Healthcare Cost and Utilization Project State Emergency Department Databases (SEDD) from six states. Study Design We used a difference-in-differences design to examine ZIP code-level changes in the acuity mix of emergency department visits when local urgent care centers were open versus closed. ZIP codes with no urgent care centers served as a control group. We tested for differential impacts of urgent care centers according to ED wait time and patient insurance status. Principal Findings We found that having an open urgent care center in a ZIP code reduced the total number of ED visits by residents in that ZIP code by 17.2% ($P < 0.05$), due largely to decreases in visits for less emergent conditions. This effect was concentrated among visits to EDs with the longest wait times. We found that urgent care centers reduced the total number of uninsured and Medicaid visits to the ED by 21% ($P < 0.05$) and 29.1% ($P < 0.05$), respectively. Conclusions During the hours they are open, urgent care centers appear to be treating patients who otherwise would have visited the ED. This suggests that urgent care centers have the potential to reduce health care expenditures, though questions remain about their net cost impact. Future work should assess whether urgent care centers can improve health care access among populations that often experience barriers to receiving timely care.

► **Le service social hospitalier à la croisée des chemins**

BAESA G. ET MANJON A.

2020

Pratiques en santé mentale 66e année(4): 39-44.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-4-page-39.htm>

Les auteures tentent de cerner au plus près les spécificités du travail de terrain des assistants de service social travaillant au sein d'une équipe de psychiatrie. Elles décrivent des attitudes et activités protéiformes adaptées à chaque moment au contexte de soin et à la trajectoire des patients au sein de celui-ci. Sont abordés le travail avec les patients, le travail en équipe, les liens avec les familles et les partenaires du réseau, l'accueil des ASS en formation.

► **Les structures d'urgence d'Ile-de-France : compétences soignantes et coopération**

BATOUL A., THEOPHILE B. ET *et al.*

2021

Gestions Hospitalières(602): 30-33.

Les structures d'urgence ont été touchées en première ligne par la crise sanitaire. Leurs capacités d'adaptation et de réactivité, associées à l'engagement de leurs professionnels, ont permis d'apporter une réponse ajustée au contexte et aux moyens disponibles. La situation questionne les activités soignantes, les compétences nécessaires à leur réalisation et les modalités d'accès à la coopération interprofessionnelle. Cet article rapporte des éléments de réflexion à partir de l'expérience de plusieurs structures d'urgence en Ile-de-France.

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

BÄUML M.
2021

Health Economics 30(4): 711-728.

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

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

► **Variability In Cesarean Delivery Rates Among Individual Labor And Delivery Nurses Compared To Physicians At Three Attribution Time Points**

EDMONDS J. K., WEISETH A., NEAL B. J., *et al.*
2021

Health Services Research 56(2): 204-213.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13546>

The aim of this study is to examine the variability in the cesarean delivery (CD) rates of individual labor and delivery nurses compared with physicians at three attribution time points. Data Sources Medical record data from nine hospitals in Washington State from January 2016 through September 2018. Study Design Retrospective, observational cohort design using an aggregated database of birth records. Principal Findings The sample included 12 556 births, 319 nurses,

and 126 physicians. Overall, variation in nurse-level CD rates did not differ significantly across the three attribution time points, and the extent of variation was similar to that observed in physicians. However, agreement between attribution time points varied between 35 percent and 65 percent when classifying individual nurses into the top and bottom deciles. The average reliability of nurse-level CD rates was 32 percent at admission (IQR 22.0 percent to 38.7 percent), 32.6 percent at labor (IQR 23.1 percent to 40.9 percent), and 29.3 percent (IQR 20.9 percent to 35.8 percent) at delivery. The average reliability of physician-level CD rates was higher: 54.2 percent (IQR 38.7 percent to 71.4 percent) at admission, 62.5 percent (IQR 49.0 percent to 79.6 percent) at labor management, and 66.1 percent (IQR 53.7 percent to 81.2 percent) at delivery. Conclusion Feedback on nurse-level CD rates as part of routine clinical quality audits can provide insight into nurse performance in the context of other individual-level and unit-level information. To reliably distinguish individual nurse performance, larger sample sizes are needed.

► **Contours et organisations des activités de santé publique au sein des centres hospitaliers universitaires français**

FERRIOT C., LECLÈRE B., COLIN C., *et al.*
2020

Santé Publique 32(5): 479-488.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page-479.htm>

Cette étude, menée à l'initiative du Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique, a pour but de décrire, du point de vue des médecins de santé publique, les contours et les organisations des activités de santé publique au sein des CHU français. Un questionnaire auto-administré a été adressé, au premier semestre 2018, à l'ensemble des 29 CHU et des 12 hôpitaux universitaires de l'AP-HP, complété par dix entretiens téléphoniques. Résultats : Parmi les 33 établissements répondants (24 CHU et 9 HU), 28 disposaient d'un pôle regroupant la majorité des activités de santé publique, associées à d'autres spécialités (médecine du travail, pharmacie, etc.), dans 85 % des cas. L'existence d'un pôle de santé publique améliorerait la visibilité et la lisibilité de la spécialité et permettait de fédérer les forces et compétences. L'épidémiologie, les biostatistiques et l'information médicale étaient les activités les plus présentes. Plusieurs activités spécifiques étaient partagées avec d'autres pôles ou direc-

tions (qualité et sécurité des soins, hygiène, etc.), ce qui était expliqué, en partie, par un nombre insuffisant de médecins de santé publique. Les activités à développer étaient principalement la promotion de la santé, l'économie de la santé et l'exploitation des données massives. Conclusion : Si la majorité des établissements dispose d'un pôle identifié, l'organisation des activités de santé publique est hétérogène et évolue constamment. Malgré plusieurs difficultés, la diversité des activités de santé publique progresse dans les CHU, nécessitant le développement d'un maillage avec les structures extra-hospitalières de santé publique pour poursuivre la dynamique engagée.

► **A Systematic Review Of Surveys For Measuring Patient-Centered Care In The Hospital Setting**

HANDLEY S. C., BELL S. ET NEMBHARD I. M.

2021

Medical Care 59(3): 228-237.

<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001474>

Background: Patient-centered care (PCC) is a core component of quality care and its measurement is fundamental for research and improvement efforts. However, an inventory of surveys for measuring PCC in hospitals, a core care setting, is not available. Objective: To identify surveys for assessing PCC in hospitals, assess PCC dimensions that they capture, report their psychometric properties, and evaluate applicability to individual and/or dyadic (eg, mother-infant pairs in pregnancy) patients. Research Design: We conducted a systematic review of articles published before January 2019 available on PubMed, Web of Science, and EBSCO Host and references of extracted papers to identify surveys used to measure "patient-centered care" or "family-centered care." Surveys used in hospitals and capturing at least 3 dimensions of PCC, as articulated by the Picker Institute, were included and reviewed in full. Surveys' descriptions, subscales, PCC dimensions, psychometric properties, and applicability to individual and dyadic patients were assessed. Results: Thirteen of 614 articles met inclusion criteria. Nine surveys were identified, which were designed to obtain assessments from patients/families (n = 5), hospital staff (n = 2), and both patients/families and hospital staff (n = 2). No survey captured all 8 Picker dimensions of PCC [median = 6 (range, 5–7)]. Psychometric properties were reported infrequently. All surveys applied to individual patients, none to dyadic patients. Conclusions: Multiple surveys for measuring PCC in hospitals are available.

Opportunities exist to improve survey comprehensiveness regarding dimensions of PCC, reporting of psychometric properties, and development of measures to capture PCC for dyadic patients.

► **Hospital Reimbursement And Capacity Constraints: Evidence From Orthopedic Surgeries**

HUITFELDT I.

2021

Health Policy(Ahead of pub).

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

Health care providers' response to payment incentives may have consequences for both fiscal spending and patient health. This paper studies the effects of a change in the payment scheme for hospitals in Norway. In 2010, payments for patients discharged on the day of admission were substantially decreased, while payments for stays lasting longer than one day were increased. This gave hospitals incentives to shift patients from one-day stays to two-day stays, or to decrease the admission of one-day stays. I study hospital responses using two separate difference-in-differences estimation strategies, exploiting, first, the difference in price changes across diagnoses, and secondly, the difference in bed capacity across hospitals. Focusing on orthopedic patients, I find no evidence that hospitals respond to price changes, and capacity constraints do not appear to explain this finding. Results imply that the current payment policy yields little scope for policymakers to affect the health care spending and treatment choices.

► **Ambulatory Care Fragmentation And Subsequent Hospitalization: Evidence From The REGARDS Study**

KERN L. M., RINGEL J. B., RAJAN M., *et al.*

2021

Medical Care 59(4): 334-340.

<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001470>

The objective of this study was to determine the association between fragmented ambulatory care and subsequent hospitalization, adjusting for demographics, medical conditions, medications, health behaviors, psychosocial variables, and physiological variables. Design: Longitudinal analysis of data (2003–2016) from the nationwide REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study, linked

to Medicare fee-for-service claims. Subjects: A total of 12,693 Medicare beneficiaries 65 years and older from the REGARDS study who had at least 4 ambulatory visits in the first year of observation and did not have a hospitalization in the prior year. Measures: We defined high fragmentation as a reversed Bice-Boxerman score above the 75th percentile. We used Cox proportional hazards models to determine the association between fragmentation as a time-varying exposure and incident hospitalization in the 3 months following each exposure period. Results: The mean age was 70.4 years; 54% were women, and 33% were African American. During the first year of observation, participants with high fragmentation had a median of 8 ambulatory visits with 6 providers, whereas participants with low fragmentation had a median of 7 visits with 3 providers. Over 11.8 years of follow-up, 6947 participants (55%) had a hospitalization. High fragmentation was associated with an increased hazard of hospitalization (adjusted hazard ratio = 1.18; 95% confidence interval: 1.12, 1.24). Conclusion: Highly fragmented ambulatory care is an independent risk factor for hospitalization.

► **The Implementation Cost Of A Safety-Net Hospital Program Addressing Social Needs In Atlanta**

MACLEOD K. E., CHAPEL J. M., MCCURDY M., *et al.*

Health Services Research(Ahead of pub).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13629>

The objective of this study is to describe the cost of integrating social needs activities into a health care program that works toward health equity by addressing socioeconomic barriers. Data Sources/Study Setting Costs for a heart failure health care program based in a safety-net hospital were reported by program staff for the program year May 2018–April 2019. Additional data sources included hospital records, invoices, and staff survey. Study Design We conducted a retrospective, cross-sectional, case study of a program that includes health education, outpatient care, financial counseling and free medication; transportation and home services for those most in need; and connections to other social services. Program costs were summarized overall and for mutually exclusive categories: health care program (fixed and variable) and social needs activities. Principal Findings Program costs were approximately \$1.33 million, and the annual per patient cost was \$1455. Thirty percent of the program costs was for social needs activities: 18% for 30-day supply of

medications and addressing socioeconomic barriers to medication adherence, 18% for mobile health services (outpatient home visits), 53% for navigating services through a financial counselor and community health worker, and 12% for transportation to visits and addressing transportation barriers. Most of the program costs were for personnel: 92% of the health care program fixed, 95% of the health care program variable, and 78% of social needs activities. Discussion Historically, social and health care services are funded by different systems and have not been integrated. We estimate the cost of implementing social needs activities into a health care program. This work can inform implementation for hospitals attempting to address social determinants of health and social needs in their patient population.

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

PAK A. ET GANNON B.

2021

Health Policy 125(4): 504-511.

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

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

► **La gestion par processus : outil pour le manager hospitalier Cas d'un projet de regroupement hospitalier**

SCHLESSER J. C.

2020

Projectics / Proyética / Projectique Hors Série(HS): 33-60.

<https://www.cairn.info/revue-projectique-2020-HS-page-33.htm>

Nos organisations connaissent de perpétuelles mutations, depuis de nombreuses décennies. De fait, nos hôpitaux ont dû rechercher des moyens de plus en plus efficaces, pour répondre aux exigences de plus en plus précises des tutelles, pour une meilleure efficacité dans la réalisation des soins. C'est ainsi que des solutions, initialement issues du monde industriel, sont venues parfaire nos outils de Qualité et de Gestion et ce, pour répondre d'une manière encore plus efficace et précise aux besoins d'une population de patients sur un territoire géographique de plus en plus étendu. La gestion par processus est apparue comme étant une réponse à la prise en charge de pathologies de plus en plus complexes et multiples dans des hôpitaux de plus en plus à la pointe de la recherche scientifique. C'est dans un contexte de réorganisation et de regroupement hospitalier, que nous avons voulu étudier comment la gestion par processus peut, dans certains cas, aider le manager à faire accepter le changement à ses équipes.

► **Hospital Practices For The Implementation Of Patient Partnership In A Multi-National European Region**

SCHOLTES B., BREINBAUER M., RINNENBURGER M., *et al.*

2020

European Journal of Public Health 31(1): 73-79.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa153>

The extent to which patients are involved in their care can be influenced by hospital policies and interventions. Nevertheless, the implementation of patient participation and involvement (PPI) at the organisational (meso) level has rarely been assessed systematically. The aim of this study was to assess the occurrence of PPI practises in hospitals in Belgium, France, Germany and Luxembourg and to analyze if, and to what extent, the hospital vision and the presence of a patient committee influence the implementation of PPI practises. A cross-sectional study was carried out using an online questionnaire in hospitals in the border regions of the four countries. The data were analyzed for differences between regions and the maturity of PPI development. Full responses were obtained from 64 hospitals. A wide range of practices were observed, the degree of maturity was mixed. A majority of hospitals promoted patient partnership in the hospital's philosophy of care statement. However, the implementation of specific interventions for PPI was not found uniformly and differences could be observed between the countries. Hospitals in the region seem to be motivated to include patients more fully, however, implementation of PPI interventions seems incomplete and only partially integrated into the general functioning of the hospitals. The implementation of the concept seems to be more mature in the francophone part of the region perhaps due, in part, to a more favourable political context.

Covid-19

► **Clinical Profile And Predictors Of In-Hospital Mortality Among Older Patients Hospitalised For Covid-19**

BECERRA-MUÑOZ V. M., NÚÑEZ-GIL I. J., EID C. M., *et al.*

2020

Age and Ageing 50(2): 326-334.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa258>

It is known that Covid-19 is characterized by high mor-

bidity and mortality, particularly in older patients. In our study, patients aged 65 years or older had high rates of in-hospital complications and mortality. Age ≥ 75 years, dementia, peripheral saturation of O₂ $< 92\%$, severe lymphopenia and qSOFA scale > 1 were predictors of mortality.

► **Création d'une unité spécifique de soins palliatifs dans un service d'urgences en période de pandémie : étude descriptive qualitative**

BOLLONDI-PAULY C., DALEX E., ROCHON F., *et al.*
2021

Revue internationale de soins palliatifs 35(1): 5-12.
<https://www.cairn.info/revue-infokara-2021-1-page-5.htm>

Cet article décrit l'expérience des professionnels impliqués dans la création d'une unité de soins palliatifs dans un service d'urgences en contexte de la pandémie Covid-19. Une approche descriptive qualitative est utilisée. Les professionnels venant de différents secteurs avec des connaissances diversifiées, se sont retrouvés autour des valeurs partagées de soins palliatifs : l'unicité, la dignité et l'authenticité. Ces valeurs ont été déclinées autour de quatre thèmes : soignant en tant que qui je suis, l'esprit d'équipe, l'être humain, l'environnement. Des pistes en sont proposées pour faire face à de nouvelles crises sanitaires.

► **Covid-19 : organisations paramédicales : du pilotage stratégique au management opérationnel : cohésion ou cogestion ?**

BRUGEAT T., BURG V., HENRY M., *et al.*
2021

Gestions Hospitalières(602): 22-29.

Dans une période inédite pour tous, les directeurs d'hôpital et les directeurs de soins ont accompagné, en lien avec les présidents des commissions médicales d'établissement et les équipes médicales, les transformations organisationnelles des établissements de santé et médico-sociaux afin de répondre aux besoins de santé de la population dans une temporalité très contrainte. A cet égard, le rôle des directeurs d'hôpital et des coordinateurs généraux des soins au sein des secteurs MCO et médico-social au cours de la crise du Covid-19 est éclairant des valeurs des hospitaliers.

► **Elective Surgical Delays Due To Covid-19: The Patient Lived Experience**

BYRNES M. E., BROWN C. S., DE ROO A. C., *et al.*
2021

Medical Care 59(4): 288-294.
<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001503>

Background: This qualitative research explored the lived experiences of patients who experienced post-

ponement of elective cardiac and vascular surgery due to coronavirus disease 2019 (Covid-19). We know very little about patients during the novel coronavirus pandemic. Understanding the patient voice may play an important role in prioritization of postponed cases and triage moving forward. Methods: Utilizing a hermeneutical phenomenological qualitative design, we interviewed 47 individuals who experienced a postponement of cardiac or vascular surgery due to the Covid-19 pandemic. Data were analyzed and informed by phenomenological research methods. Results: Patients in our study described 3 key issues around their postponement of elective surgery. Patients described robust narratives about the meanings of their elective surgeries as the chance to "return to normal" and alleviate symptoms that impacted everyday life. Second, because of the meanings most of our patients ascribed to their surgeries, postponement often took a toll on how patients managed physical health and emotional well-being. Finally, paradoxically, many patients in our study were demonstrative that they would "rather die from a heart attack" than be exposed to the coronavirus. Conclusions: We identified several components of the patient experience, encompassing quality of life and other desired benefits of surgery, the risks of COVID, and difficulty reconciling the 2. Our study provides significant qualitative evidence to inform providers of important considerations when rescheduling the backlog of patients. The emotional and psychological distress that patients experienced due to postponement may also require additional considerations in postoperative recovery.

► **Hospitalisations pour Covid-19 au premier semestre 2020 chez les personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète en France**

FOSSE EDORH S. ET MANDEREAU BRUNO L.
2021

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh Covid)(19-4): 7.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_4/2021_Cov_4_1.html

Le diabète a été identifié comme un facteur de risque de formes graves de la Covid-19. L'objectif de cette étude est d'analyser l'ensemble des hospitalisations pour Covid-19 chez les personnes diabétiques à partir du Système national des données de santé (SNDS) et d'en décrire les principales caractéristiques et les variations territoriales.

► **How Many Intensive Care Beds Are Justifiable For Hospital Pandemic Preparedness? A Cost-Effectiveness Analysis For Covid-19 In Germany**

GANDJOUR A.

2021

Applied Health Economics and Health Policy 19(2): 181-190.

<https://doi.org/10.1007/s40258-020-00632-2>

Germany is experiencing the second Covid-19 pandemic wave. The intensive care unit (ICU) bed capacity is an important consideration in the response to the pandemic. The purpose of this study was to determine the costs and benefits of maintaining or expanding a staffed ICU bed reserve capacity in Germany.

► **Quelle démarche éthique pour réguler l'accès et la prise en charge des patients en soins critiques dans le contexte de pandémie de Covid-19 ?**

LAMBLIN A., DE MONTGOLFIER S., TROUSSELARD M., *et al.*

2020

Droit, Santé et Société 2(2): 13-22.

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

La pandémie de Covid-19 a entraîné une augmentation considérable du nombre de patients hospitalisés en soins critiques. Même si des mesures ont rapidement été mises en œuvre pour tenter d'y répondre, le système hospitalier français a été mis à rude épreuve, avec des problèmes éthiques spécifiques, en particulier celui de la priorisation des soins en raison du manque de ressources humaines et matérielles. Dans ces situations, le risque est réel pour les soignants, soumis à des conflits de valeurs, mais également pour les patients, soumis au risque de décisions arbitraires. Cet article propose de revenir sur les enjeux éthiques de cette pandémie et d'analyser la démarche éthique proposée par la littérature pour y répondre.

► **The Impact Of Halting Elective Admissions In Anticipation Of A Demand Surge Due To The Coronavirus Pandemic (Covid-19)**

MARTIN B. I., BRODKE D. S., WILSON F. A., *et al.*

2021

Medical Care 59(3).

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2021/03000/The_Impact_of_Halting_Elective_Admissions_in.5.aspx

Background: In anticipation of a demand surge for hospital beds attributed to the coronavirus pandemic (Covid-19) many US states have mandated that hospitals postpone elective admissions. Objectives: To estimate excess demand for hospital beds due to Covid-19, the net financial impact of eliminating elective admissions in order to meet demand, and to explore the scenario when demand remains below capacity. Research Design: An economic simulation to estimate the net financial impact of halting elective admissions, combining epidemiological reports, the US Census, American Hospital Association Annual Survey, and the National Inpatient Sample. Deterministic sensitivity analyses explored the results while varying assumptions for demand and capacity. Subjects: Inputs regarding disease prevalence and inpatient utilization were representative of the US population. Our base case relied on a hospital admission rate reported by the Center for Disease Control and Prevention of 137.6 per 100,000, with the highest rates in people aged 65 years and older (378.8 per 100,000) and 50–64 years (207.4 per 100,000). On average, elective admissions accounted for 20% of total hospital admissions, and the average rate of unoccupied beds across hospitals was 30%. Measures: Net financial impact of halting elective admissions. Results: On average, hospitals Covid-19 demand for hospital bed-days fell well short of hospital capacity, resulting in a substantial financial loss. The net financial impact of a 90-day COVID surge on a hospital was only favorable under a narrow circumstance when capacity was filled by a high proportion of Covid-19 cases among hospitals with low rates of elective admissions. Conclusions: Hospitals that restricted elective care took on a substantial financial risk, potentially threatening viability. A sustainable public policy should therefore consider support to hospitals that responsibly served their communities through the crisis.

► **Lits de réanimation : comprendre les contraintes qui pèsent sur la situation française**

MERIADE L.
2021

The Conversation: html.

<https://theconversation.com/lits-de-reanimation-comprendre-les-contraintes-qui-pesent-sur-la-situation-francaise-152400>

Le taux d'incidence de la Covid-19, son taux de positivité ainsi que la disponibilité des lits de réanimation sont les indicateurs qui ont poussé à un nouveau confinement en France début novembre 2020, puis à un maintien de fortes restrictions durant les fêtes de fin d'année. S'agissant du dernier de ces indicateurs, lors de son intervention du 28 octobre 2020, le président Macron estimait que « la piste de l'augmentation des capacités de réanimation, que certains évoquent comme une piste qui nous permettrait de ne pas prendre des mesures difficiles », n'est « pas une bonne réponse » à l'épidémie.

► **Four-Month Clinical Status Of A Cohort Of Patients After Hospitalization For Covid-19**

MONNET X.
2021

JAMA (Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1001/jama.2021.3331>

Little is known about long-term sequelae of Covid-19. To describe the consequences at 4 months in patients hospitalized for Covid-19. In a prospective uncontrolled cohort study, survivors of Covid-19 who had been hospitalized in a university hospital in France between March 1 and May 29, 2020, underwent a telephone assessment 4 months after discharge, between July 15 and September 18, 2020. Patients with relevant symptoms and all patients hospitalized in an intensive care unit (ICU) were invited for further assessment at an ambulatory care visit. Survival of hospitalization for Covid-19.

► **Se mobiliser et travailler à l'hôpital par temps de Covid**

PLUMET O. ET VINCENT F.
2021

Mouvements 105(1): 13-26.

<https://www.cairn.info/revue-mouvements-2021-1-page-13.htm>

Le Collectif Inter-Urgences est un collectif de soignant-es né au printemps 2019 pendant la grève initiée par les infirmières et les aides-soignantes de 5 services d'urgences publics parisiens. Face à l'extension de la mobilisation à tous les services d'urgences de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, puis au-delà de l'Île-de-France, le Collectif a porté trois revendications structurantes : arrêt de la fermeture des lits d'hospitalisation, augmentation salariale de 300 euros nets/mois, embauche de personnel. Au plus fort du mouvement, en septembre 2019, le CIU recensait 260 services en grève, soit plus de la moitié des structures d'urgences publiques du territoire. En dialogue avec deux chercheuses en sciences sociales, deux infirmières et animatrices du collectif, Noémie Banes et Oriane Plumet reviennent sur la « crise » à l'hôpital public, sur leur expérience du mouvement et sur le travail par temps de Covid-19.

► **Predictors Of Hospital Discharge And Mortality In Patients With Diabetes And Covid-19: Updated Results From The Nationwide CORONADO Study**

WARGNY M., POTIER L., GOURDY P., *et al.*
2021

Diabetologia 64(4): 778-794.

This is an update of the results from the previous report of the CORONADO (Coronavirus SARS-CoV-2 and Diabetes Outcomes) study, which aims to describe the outcomes and prognostic factors in patients with diabetes hospitalised for coronavirus disease-2019 (Covid-19). Methods: The CORONADO initiative is a French nationwide multicentre study of patients with diabetes hospitalised for Covid-19 with a 28-day follow-up. The patients were screened after hospital admission from 10 March to 10 April 2020. We mainly focused on hospital discharge and death within 28 days. Conclusion : In patients with diabetes hospitalised for Covid-19, we established prognostic factors for hospital discharge and death that could help clinicians in this pandemic period. TRIAL REGISTRATION: Clinicaltrials.gov identifier: NCT04324736.

► **Surgical Re-Entry Strategy Following Covid-19 Pandemic: A Tiered And Balanced Approach**

WOHLER A. D., KNEISL J. S., MACKNET D. M., *et al.*
2021

Medical Care 59(3).

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2021/03000/Surgical_Re_entry_Strategy_Following_COVID_19.6.aspx

Following the Presidential declaration of a national emergency, many health care organizations adhered to recommendations from the Centers for Medicare and Medicaid (CMS) as well as the American College of Surgeons (ACS) to postpone elective surgical cases. The transition to only emergent and essential urgent surgical cases raises the question, how and when will hospitals and surgery centers resume elective cases? As a large health care system providing multispecialty

tertiary/quaternary care with across the Southeast United States, a collaborative approach to resuming elective surgery is critical. Numerous surgical societies have outlined a tiered approach to resuming elective surgery. The majority of these guidelines are suggestions which place the responsibility of making decisions about re-entry strategy on individual health care systems and practitioners, taking into account the local case burden, projected case surge, and availability of resources and personnel. This paper reviews challenges and solutions related to the resumption of elective surgeries and returning to the pre-Covid-19 surgical volume within an integrated health care system that actively manages 18 facilities, 111 operating rooms, and an annual operative volume exceeding 123,000 cases. We define the impact of Covid-19 across our surgical departments and outline the staged re-entry approach that is being taken to resume surgery within the health care system.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Measuring Health Inequalities: A Systematic Review Of Widely Used Indicators And Topics**

ALBERT-BALLESTAR S. ET GARCÍA-ALTÉS A.
2021

International Journal for Equity in Health 20(1): 73.

<https://doi.org/10.1186/s12939-021-01397-3>

According to many conceptual frameworks, the first step in the monitoring cycle of health inequalities is the selection of relevant topics and indicators. However, some difficulties may arise during this selection process due to a high variety of contextual factors that may influence this step. In order to help accomplish this task successfully, a comprehensive review of the most common topics and indicators for measuring and monitoring health inequalities in countries/regions with similar socioeconomic and political status as Catalonia was performed.

► **Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité**

CARDE E.
2021

Sciences sociales et santé 39(1): 5-30.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-1-page-5.htm>

La perspective intersectionnelle, mobilisée dans les études de genre depuis la fin des années 1980, est apparue dans la littérature anglophone sur les inégalités sociales de santé (ISS) au début des années 2000 mais reste encore largement absente de son pendant francophone. En s'appuyant sur certains éléments de ce corpus anglophone, issus des sciences sociales comme de l'épidémiologie, cet article examine l'intérêt de cette perspective pour la recherche sur les ISS : comment peut-elle aider à lire, dans la santé des individus, la trace des rapports inégalitaires multiples, imbriqués et co-construits dans lesquels ils sont pris ? Sont d'abord présentées l'intersectionnalité et deux théories qui ont marqué la recherche sur les ISS ces trente dernières années – celle des causes fondamentales et la théorie éco-sociale –, afin d'iden-

tifier la complémentarité entre la première et chacune des deux autres. Est ensuite exploré le potentiel de l'intersectionnalité pour renouveler l'analyse de certains constats classiques sur les ISS. Il s'avère que ce potentiel tient dans la vigilance qu'impose cette perspective pour débusquer les multiples rapports sociaux conjointement impliqués dans ces ISS et en décrypter la co-construction. Cette vigilance se révèle particulièrement précieuse quand elle s'applique aux « combinaisons dissonantes » de statuts associant, chez un même individu, des statuts avantageés et des statuts désavantageés selon les rapports considérés. Leur analyse offre en effet une compréhension nuancée des rapports sociaux inégalitaires qui échapperait à une grille de lecture non intersectionnelle. Cette voie de recherche reste pourtant relativement peu exploitée dans la littérature.

► **Face aux inégalités : quelles réponses de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté ?**

CRISTIA-LEROY C.
2020

Les Cahiers du Développement Social Urbain 72(2): 10-12.

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-developpement-social-urbain-2020-2-page-10.htm>

Avec la crise due à la Covid-19, les situations de précarité ont augmenté, comme l'atteste le recours à l'aide alimentaire. Quelle est la situation en

Auvergne- Rhône- Alpes ? Comment lutter et avec quels outils contre l'intensification et les conséquences de la crise ? Cet article rapporte les éléments de réponse avec Cécilie Cristia-Leroy, commissaire à la lutte contre la pauvreté auprès du préfet de région Auvergne- Rhône- Alpes.

► **Intersectionnalité et incorporation : expliquer la genèse des inégalités sociales de santé. Commentaire**

SOULIER A., COLINEAUX H. ET KELLY-IRVING M.
2021

Sciences sociales et santé 39(1): 31-41.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-1-page-31.htm>

Dans cet article, Estelle Carde propose d'étudier en quoi le concept d'intersectionnalité peut contribuer à la recherche sur les inégalités sociales de santé, en particulier dans le contexte francophone où cette approche est encore peu répandue. L'origine du concept d'intersectionnalité est décrite à partir de ses racines historiques, intellectuelles et militantes, dans les mouvements féministes noirs. Selon l'auteure, l'intersectionnalité fournit un cadre privilégié pour enquêter sur les déterminants sociaux et structurels de la santé, dans la mesure où elle permet de décrire l'intersection de domaines d'oppression susceptibles de se chevaucher et de s'impliquer réciproquement et qui comprennent, entre autres, les catégories de genre, de sexe, de classe et de race.

Covid-19

► **La crise de la Covid-19, révélatrice des inégalités sociales et territoriales de santé**

FEBVREL D.
2020

Les Cahiers du Développement Social Urbain 72(2): 13-14.

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-developpement-social-urbain-2020-2-page-13.htm>

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont connues depuis longtemps, elles préexistaient bien avant la crise. Selon Didier Febvrel, président de Fabrique Territoires Santé, cette situation explique que la population des quartiers populaires ait été davan-

tage exposée et affectée par la crise sanitaire. Il plaide pour une reconnaissance des dynamiques territoriales de santé dans la lutte contre les inégalités de santé.

► **Changes In Health Services Use Among Commercially Insured US Populations During The Covid-19 Pandemic**

WHALEY C. M., PERA M. F., CANTOR J., *et al.*

2020

JAMA Network Open 3(11): e2024984-e2024984.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.24984>

The coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic has placed unprecedented strain on patients and health care professionals and institutions, but the association of the pandemic with use of preventive, elective, and nonelective care, as well as potential disparities in use of health care, remain unknown. The aim of this study is to examine changes in health care use during the first 2 months of the Covid-19 pandemic in March and April of 2020 relative to March and April of 2019 and 2018, and to examine whether changes in use differ by patient's zip code-level race/ethnicity or income. This cross-sectional study analyzed health insurance

claims for patients from all 50 US states who receive health insurance through their employers. Changes in use of preventive services, nonelective care, elective procedures, prescription drugs, in-person office visits, and telemedicine visits were examined during the first 2 months of the Covid-19 pandemic in 2020 relative to existing trends in 2019 and 2018.

► **Covid-19 And Income Inequality In OECD Countries**

WILDMAN J.

2021

The European Journal of Health Economics 22(3): 455-462.

<https://doi.org/10.1007/s10198-021-01266-4>

The aim of this paper is to determine the association between income inequality and Covid-19 cases and deaths per million in OECD countries.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **Rapport 21-01. Le bon usage des médicaments**

HUGUIER M., TILLEMENT J. P., MONTASTRUC J. L., *et al.*

2021

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.02.006>

Les prescriptions, médicamenteuses inadaptées voire dangereuses, entraînent une perte de chance pour les patients ainsi que des surcoûts directs et indirects pour la société. De ce fait, le sujet a une dimension éthique. Ce travail repose sur des rapports antérieurs, l'un parlementaire, les autres administratifs ainsi que de l'Académie nationale de médecine. Les principaux objectifs de la formation des étudiants dans ce domaine sont d'apprendre à prescrire juste, à surmonter les difficultés réelles des prescriptions en cas de polyopathologies de plus en plus fréquentes, notamment chez les malades âgés. Le temps consacré aux enseignements de la pharmacologie, de la thérapeutique peut être globalement considéré comme satisfaisant. En revanche ces enseignements et surtout leur

mémorisation ne sont pas suffisamment contrôlés en fin de deuxième cycle des études médicales. De plus, certains logiciels d'aide à la prescription manquent de clarté, de concision et de précision ce qui les rend peu utilisables. Dans le bon usage des médicaments on ne saurait oublier le rôle des pharmaciens d'officine, des associations de patients et de la formation continue. Ce rapport est volontairement limité à trois propositions qui découlent des constatations précédentes : (1) Dans les études médicales, instituer un examen spécifique et autonome, intégré aux épreuves de l'examen classant national (ou de son équivalent), portant sur la pharmacologie et la thérapeutique ; (2) Assurer une actualisation des connaissances dans ces domaines par la formation professionnelle continue ; (3) Etablir un seul logiciel clair, concis et précis d'aide à la prescription, élaboré par les Conseils nationaux professionnels et qui soit labélisé.

► **Physicians' Attitudes Towards Accelerated Access To Medicines**

PACE J., KERRIDGE I., PEARSON S., *et al.*
2019

Health Economics, Policy and Law 16(2): 154-169.
<https://doi.org/10.1017/S1744133119000288>

In recent years, a variety of 'accelerated access' schemes have been introduced by pharmaceutical regulators and funders globally. These schemes aim to overcome perceived regulatory and reimbursement barriers to accessing medicines – particularly for patients with limited time or therapeutic options. However, patient access to approved medicines is mediated by a number of third parties including regulators and payers, and physicians who act both as gatekeepers and guides to prescribed medications. It is

therefore essential to know how physicians think about accelerated access as they are responsible for advising patients on and prescribing medicines made available via these pathways. We conducted semi-structured interviews with 18 Australian physicians focusing on their attitudes towards accelerated access. We identified three 'archetypes' of physicians: 'confident accelerators', 'cautious accelerators', and 'decelerators'. Although all acknowledged the potential risks and benefits of accelerated access, they disagreed on their magnitude and extent and how they should be balanced in both policy formation and clinical practice. Overall, our results illustrate the diversity of clinical opinions in this area and the importance of monitoring both the prescribing and clinical outcomes that result from accelerated access programmes to ensure that these are both clinically and morally acceptable.

Covid-19

► **Impact de la pandémie sur la gestion internationale de produits de santé, entre pénurie et innovation**

ESPESSON-VERGEAT B.
2020

Droit, Santé et Société 2(2): 77-92.
<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-2-page-77.htm>

La pandémie Covid-19 cristallise les problèmes de pénuries de médicaments et produits de santé dus à la mondialisation et à la dépendance du marché européen à la Chine et à l'Inde. La réorganisation de la supply chain dans une approche plus sécurisée, transparente et fluide permettrait d'éviter ces tensions d'approvisionnement et de ruptures de stocks en prévision d'une nouvelle crise pandémique. La course à l'approvisionnement et à la concurrence des États et opérateurs économiques, la logistique d'approvisionnement devient alors un enjeu capital justifiant des mesures contraignantes de réquisition et un allègement des procédures réglementaires favorisant l'accès agile au marché des produits de santé et produits innovants alternatifs. Le recours aux outils numériques tels que l'intelligence artificielle et la blockchain devrait permettre de sécuriser la circulation internationale des produits. Toutefois, l'agilité d'adaptation du marché des produits de santé aux besoins de la crise suppose, en phase post pandémie, de parvenir à une pérennisation des outils innovants dont la protection doit s'équi-

librer avec leur utilité auprès de toutes les populations.

Methodology - Statistics

► **Regards sociologiques sur la constitution des bases de sondage. Ce que compter des logements sur le terrain veut dire**

CAYOUILLE-REMBLIÈRE J., SANTOS A. ET NOÛS C.
2020

Genèses 121(4): 121-141.

<https://www.cairn.info/revue-geneses-2020-4-page-121.htm>

Toutes les enquêtes quantitatives probabilistes s'appuient sur une base de sondage. Or, celle-ci est généralement présentée comme donnée alors que sa constitution est une opération complexe, nécessitant des choix méthodologiques rarement objectivés. Dans le cadre d'une enquête sur 14 quartiers socialement et spatialement diversifiés, nous avons réalisé nos propres bases de sondage, comportant au total 17 113 logements. Cette recension a permis d'ouvrir une boîte noire qui concerne tout autant les statisticiens publics que les ethnographes ayant une ambition de représentativité et d'identifier les principales difficultés de cette opération : accéder à tous les logements, sous le regard dubitatif voire hostile des habitants ; distinguer, à partir de la rue ou du palier, ce qu'est un logement ; et créer un système de codage standardisé malgré la diversité des contextes résidentiels.

► **Health Data Hub: Multiple Problems And Alternative Solutions?**

GOLDBERG M. ET ZINS M.
2021

Med Sci (Paris) 37(3): 277-281.

<https://doi.org/10.1051/medsci/2021017>

Les contraintes de sécurité applicables aux données de santé, notamment celles du Système national des données de santé (SNDS) et du Règlement général sur la protection des données (RGPD), impliquent d'importants moyens informatiques et organisationnels. La proposition du Health Data Hub (HDH) d'offrir une plateforme hautement sécurisée pour stocker et gérer les données correspond donc à un véritable besoin, car la plupart des équipes utilisatrices de données de santé n'ont pas les ressources nécessaires pour assurer cette protection. On peut cependant s'interroger sur la nécessité de construire de novo un tel dispositif, forcément très coûteux. Il existe en effet une offre publique

qui accueille déjà de nombreuses bases de données, dont des bases de données de santé, et qui répond tout à fait à ce type de besoin : le CASD (Centre d'accès sécurisé aux données), un Groupement d'intérêt public (GIP) rassemblant l'État, représenté par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), le Groupe des écoles nationales d'économie et statistique (GENES), le CNRS, l'École polytechnique et l'École des hautes études commerciales de Paris (HEC Paris).

► **Health Data Hub: Why And How?**

GOLDBERG M. ET ZINS M.
2021

Med Sci (Paris) 37(3): 271-276.

<https://doi.org/10.1051/medsci/2021016>

Dans le monde de la recherche et de la santé publique, un consensus existe pour considérer que les données de santé constituent une ressource extrêmement précieuse pour de multiples usages, et qu'il convient d'en faciliter l'accès et le partage. Dans ce domaine, la France dispose de nombreux atouts, notamment de bases de données d'ampleur et de richesse sans doute uniques. Depuis quelques années, les pouvoirs publics ont pris conscience des enjeux autour de ces données et ont mis en place un dispositif technique, légal et réglementaire pour y faire face : le Système national des données de santé (SNDS) accompagné de la Plateforme des données de santé (PDS), plus communément appelée Health Data Hub (HDH). Cette plateforme est une infrastructure officiellement créée par un arrêté ministériel du 30 novembre 2019, destinée à faciliter l'accès et l'utilisation des données de santé afin de favoriser la recherche. On ne peut qu'applaudir une telle initiative qui constitue un progrès majeur et ouvre de nombreuses perspectives pour la recherche et la santé publique. Cependant, tel qu'il est conçu, le HDH pose divers problèmes qui amènent à questionner ses orientations actuelles.

► **Appariement entre un registre régional de pratiques en cardiologie interventionnelle et la base médico-administrative d'hospitalisation française : développement et validation d'un algorithme d'appariement déterministe**

LESAINÉ E., BELHAMRI N. M., LEGRAND J. P., *et al.*
2021

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 69 (2): 78-87

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.01.008>

Afin de reconstruire le parcours de soins hospitalier des patients ayant bénéficié d'un acte de coronarographie ou d'angioplastie coronaire, un appariement entre le registre de pratiques aquitain de cardiologie interventionnelle ACIRA et la base pseudonymisée du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) de la région ex-Aquitaine a été réalisé.

L'objectif de cette étude était de développer et valider un algorithme d'appariement déterministe entre ces bases de données exhaustives et complémentaires. Méthodes Après une phase de prétraitement des bases pour standardiser les 11 variables d'appariement identifiées, un algorithme d'appariement déterministe a été développé sur les séjours ACIRA des patients hospitalisés entre décembre 2011 et décembre 2014 dans neuf centres de cardiologie interventionnelle et les données des bases PMSI consolidées de la région ex-Aquitaine des années 2011 à 2014. Cette étude a montré la faisabilité et la validité d'un appariement indirect déterministe pour faire le lien en routine entre un registre de pratiques utilisant des données hospitalières et les bases médico-administratives pseudonymisées. Cette méthode, extrapolable à d'autres événements de santé donnant lieu à une hospitalisation, permet de façon efficace de reconstruire le parcours de soins hospitalier des patients.

Covid-19

► **Health Data In France: Abundant But Complex**

ZINS M., CUGGIA M. ET GOLDBERG M.
2021

Med Sci (Paris) 37(2): 179-184.

<https://doi.org/10.1051/medsci/2021001>

Alors que l'application de traçage des contacts (contact tracing) StopCovid (transformée à la mi-octobre 2020 en TousAntiCovid), débattue au Parlement¹ en raison des inquiétudes qu'elle suscitait concernant la confidentialité des données personnelles et les libertés individuelles du fait qu'elle permet d'alerter un utilisateur s'il s'est trouvé à proximité d'une personne atteinte de la Covid-19, a été adoptée par près de 12 millions de personnes², un dispositif concernant les données individuelles de santé, aux conséquences potentiellement beaucoup plus importantes pour les citoyens et leurs données personnelles, a commencé à se mettre en place suite à la Loi du 24 juillet 2019 (Loi n° 2019-774) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé³ : la plateforme des données de santé, communément appelée Health Data Hub, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP). Il ne s'agit plus de simplement signaler qu'on a croisé une personne anonyme infectée par le SARS-Cov-2, mais de réunir, dans une infras-

structure informatique unique, un immense ensemble de données personnelles particulièrement sensibles concernant la totalité de la population française. Ce projet suscite désormais un certain intérêt médiatique et un début d'inquiétude.

Health Policy

► **Implementation Of Personalized Medicine In A Context Of Moral Hazard And Uncertainty About Treatment Efficacy**

ALCENAT S., MARÉCHAL F. ET NAEGELEN F.
2021

International Journal of Health Economics and Management 21(1): 81-97.

<https://doi.org/10.1007/s10754-020-09290-2>

This paper analyzes the decision of a health authority to implement personalized medicine. We consider a model in which the health authority has three possibilities. It can apply either the same treatment (a standard or a new treatment) to the whole population or implement personalized medicine, i.e., use genetic information to offer the most suitable treatment to each patient. We first characterize the drug reimbursement contract of a firm producing a new treatment with a companion genetic test when the firm can undertake an effort to improve drug quality. Then, we determine the conditions under which personalized medicine should be implemented when this effort is observable and when it is not. Finally, we show how the unobservability of effort affects the conditions under which the health authority implements personalized medicine.

► **Comprendre la dynamique et les enjeux de coordination des parcours de santé : proposition d'un cadre d'analyse à partir des phénomènes de rupture**

AUBERT I., KLETZ F. ET SARDAS J.-C.
2020

Management & Avenir Santé 7(2): 17-35.

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2020-2-page-17.htm>

La promotion de la logique du parcours, destinée à faire évoluer la prise en charge des patients vers une approche coordonnée et globale, imprègne le champ de la santé depuis une quinzaine d'années en France. Pourtant, l'observation des parcours réels témoigne de la survenue encore fréquente de ruptures dans leur déroulement, entraînées par des désajustements de la réponse aux besoins des patients et des défauts de coordination entre les acteurs. L'objet du présent article est d'analyser les modalités de construction et

de déconstruction de cet équilibre précaire et évolutif entre l'offre et les besoins d'aides et de soins, d'en tirer des enseignements sur la notion de rupture, et de proposer un cadre d'analyse adapté à la complexité de cette notion. La méthode de recherche adoptée est qualitative et repose sur une étude de cas multiples, fondée sur la reconstitution de parcours de personnes âgées en situation complexe et sur des entretiens réalisés avec les professionnels de santé d'un territoire et une aidante d'un patient. Nos résultats permettent d'enrichir l'analyse des parcours de santé par la mise en lumière du processus et des mécanismes à l'origine des ruptures et, sur ce fondement, de proposer une contribution théorique à la compréhension du phénomène de rupture d'un parcours de santé.

► **Health Services Research In France: Bridging The Gap Between Academia And Policymaking**

SPAAM M., CIPRIANO M., ALLA F., *et al.*
2020

European Journal of Public Health 31(1): 87-92.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa199>

We aimed to identify the knowledge producers, the knowledge that they produce and the main areas of interest for health services research (HSR) in France, which is one of the priorities for public health research planning.—A two-phase approach comprising a bibliometric analysis and semi-structured interviews with 20 researchers and 13 staff members of public health bodies was used.—In France today, interdisciplinary research teams are being organized in the main cities despite a lack of critical mass. The interviews showed that the term 'health services research' is vague with fuzzy boundaries between research, scientific expertise and evaluation. A keyword cluster analysis showed that French HSR is more hospital-centric compared to those countries that publish most frequently. The analysis also revealed a lack of research on methodological aspects. We analyzed the structure of HSR in France and the specificity of the French publications in this field, compared with other countries. The results indicate the obstacles faced by researchers and decision-makers and offer insight into how these barriers may be removed.

Covid-19

► Peut-on poursuivre sa cure sous confinement ? Le désir en question

BENEDETTI A.
2021

VST - Vie sociale et traitements 149(1): 17-23.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2021-1-page-17.htm>

Dans cet article, je tente de rendre compte de ce que l'épreuve du confinement a pu produire de modification dans ma pratique et des questions éthiques, cliniques et techniques subséquentes. L'affaire s'ouvre par la question de l'acte, puisqu'il s'est agi de choisir entre suspendre les consultations ou les poursuivre à distance. Conséquemment ont eu à se traiter ce qui du dispositif de la cure a été bousculé et les effets sur la pratique, sur les cures en cours, résonnant aux questions politiques soulevées au cœur et à l'extérieur de la communauté des analystes.

► Qu'est-ce que vivre ? ... Ou de la globalité des prises en charge médicales, individuelles ou collectives...

BÉNÉZECH J.-P.
2020

Droit, Santé et Société 2(2): 41-48.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-2-page-41.htm>

Ici est questionnée la crise de la SARS-CoV-2 à la sortie de la première vague de la pandémie en France, ainsi que ses très importantes mesures sanitaires qui bouleversent les modes de vie de notre société libérale et soulignent la médicalisation dans la conduite des politiques. En comparant l'emprise du prescripteur sur le patient à celle de l'expertise médicale sur le politique s'ouvre la question des fondements et de la philosophie inhérente au pouvoir médical. Il en est de même pour ce qui concerne le sens et à la portée sociétale d'une vie sanitarisée où il semble que soient inaudibles les effets collatéraux de la guérison à tout prix.

► Crise et confinement : présentation

LEROY D. ET SANTIAGO SANZ H.
2021

VST - Vie sociale et traitements 149(1)

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2021-1-page-9.htm>

Mars 2020, la France entière s'est vue confinée pour se protéger du coronavirus. Promiscuité dans des « habitats » étroits, insalubrité, difficulté à se nourrir, augmentation des appels pour violences conjugales et maltraitance des enfants. De quoi le coronavirus a-t-il été le révélateur ? Les établissements et services sociaux, médico-sociaux et la psychiatrie ont dû modifier leur fonctionnement, assurer la continuité des soins, de l'accompagnement, ou, au contraire, renvoyer les personnes en famille ou à domicile. Comment les institutions se sont-elles organisées pendant le confinement, avec quelles difficultés, mais aussi quelles inventions de la part des professionnels et des usagers pour maintenir une vie sociale tout en étant confinés ? Et après ? Quelles ont été les organisations et les contraintes ? les conséquences de cette période de crise engendrée par la présence du coronavirus ? Quelles leçons ont été apportées par cette situation de catastrophe ?

► Pregnant Under The Pressure Of A Pandemic: A Large-Scale Longitudinal Survey Before And During The Covid-19 Outbreak

NAURIN E., MARKSTEDT E., STOLLE D., *et al.*
2020

European Journal of Public Health 31(1): 7-13.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa223>

One of the groups that is most vulnerable to the Covid-19 pandemic is pregnant women. They cannot choose to refrain from care; they and their children are at risk of severe complications related to the virus; and they lose comfort and support as clinics prohibit their partners and as societal restrictions demand isolation from friends and relatives. It is urgent to study how this group is faring during the pandemic and we focus here on their health-related worries. A longitudinal survey at a Swedish hospital starting 6 months before (16 September 2019) and continuing during the Covid-19 outbreak (until 25 August 2020). A total of

6941 pregnant women and partners of diverse social backgrounds were recruited. Ninety-six percent of birth-giving women in the city take early ultrasounds where recruitment took place. Sixty-two percent of the women with an appointment and fifty-one percent of all partners gave consent to participate. Pregnant women experienced dramatically increased worries for their own health, as well as for their partner's and their child's health in the beginning of the pandemic. The

worries remained at higher than usual levels throughout the pandemic. Similar, but less dramatic changes were seen among partners. There is a need for heightened awareness of pregnant women's and partners' health-related worries as a consequence of the Covid-19 pandemic. Related feelings, such as anxiety, have been linked to adverse pregnancy outcome and might have long-term effects. The healthcare system needs to prepare for follow-up visits with these families.

Politique publique

Public Policy

Covid-19

► L'Union européenne face à la pandémie de Covid-19

BEAUCHESNE B.
2020

Droit, Santé et Société 2(2): 70-76.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-2-page-70.htm>

Historiquement, l'intégration européenne a toujours avancé à l'occasion de crises mondiales car celles-ci confrontent les États à leur incapacité d'y faire face de manière isolée. Les crises appellent des solutions communes et la pandémie de Covid-19 ne déroge pas à cette mécanique. Aussi, bien que l'Union européenne ait tardé à coordonner les politiques de ses membres, la pertinence des ressources et des instruments communs n'a pas été questionnée. La pandémie de Covid-19 lui donnera même l'occasion de se renforcer et de développer de nouvelles orientations quand bien même le chemin s'annonce particulièrement laborieux.

► Introduction. Covid 19, 20... Confinement et déconfinement

BESSE M. ET LEROY D.
2021

VST - Vie sociale et traitements 149(1): 10-12.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2021-1-page-10.htm>

Mars 2020, la France entière s'est vue confinée pour se protéger du coronavirus. Promiscuité dans des

« habitats » étroits, insalubrité, difficulté à se nourrir, augmentation des appels pour violences conjugales et maltraitance des enfants. De quoi le coronavirus a-t-il été le révélateur? Les établissements et services sociaux, médico-sociaux et la psychiatrie ont dû modifier leur fonctionnement, assurer la continuité des soins, de l'accompagnement, ou, au contraire, renvoyer les personnes en famille ou à domicile. Comment les institutions se sont-elles organisées pendant le confinement, avec quelles difficultés, mais aussi quelles inventions de la part des professionnels et des usagers pour maintenir une vie sociale tout en étant confinés? Et après? Quelles ont été les organisations et les contraintes? les conséquences de cette période de crise engendrée par la présence du coronavirus? Quelles leçons ont été apportées par cette situation de catastrophe?

► Systematic Assessment Of South Korea's Capabilities To Control Covid-19

YOO K. J., KWON S., CHOI Y., *et al.*
2021

Health Policy(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.011>

South Korea's Covid-19 control strategy has been widely emulated. Korea's ability to rapidly achieve disease control in early 2020 without a "Great Lockdown" despite its proximity to China and high population density make its achievement particularly intriguing. This paper helps explain Korea's pre-existing capabilities

which enabled the rapid and effective implementation of its Covid-19 control strategies. A systematic assessment across multiple domains demonstrates that South Korea's advantages in controlling its epidemic are owed tremendously to legal and organizational reforms enacted after the MERS outbreak in 2015.

Successful implementation of the Korean strategy required more than just a set of actions, measures and policies. It relied on a pre-existing legal framework, financing arrangements, governance and a workforce experienced in outbreak management.

Prévention santé

Health Prevention

► **Tentative d'arrêt du tabac, aides utilisées et maintien de l'abstinence tabagique : une analyse rétrospective des données du Baromètre de Santé publique France 2017**

GUIGNARD R., VERRIER F., QUATREMÈRE G., *et al.*
2021

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(1): 1.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/1/2021_1_1.html

Chaque année, environ un quart des fumeurs font une tentative d'arrêt d'au moins une semaine, laquelle se solde dans la majorité des cas par un échec et une reprise du tabagisme. Afin de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique, certaines aides médicamenteuses sont avérées comme efficaces. Néanmoins, certains fumeurs ont recours à d'autres aides à l'arrêt, et notamment à la cigarette électronique, dont l'efficacité est toujours débattue à ce jour. L'objectif de cet article est de documenter les profils des utilisateurs d'aides à l'arrêt du tabac et d'étudier le maintien de l'abstinence tabagique en fonction des caractéristiques socioéconomiques et des modalités d'arrêt, dans le contexte français, sur la période 2015-2016.

► **Les Étudiants Relais Santé à l'université : objectifs, modalités d'action et d'évaluation. Résultats d'un consensus national des services de santé universitaires**

ODOUL J., GERBAUD L., GRAND E. L., *et al.*
2020

Santé Publique 32(5): 451-460.
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page-451.htm>

Le développement des dispositifs « Étudiants Relais Santé » (ERS), basé sur l'efficacité de la prévention par les pairs, est encouragé au sein des services santé universitaires (SSU). Pour autant, l'hétérogénéité des contextes locaux ainsi que le manque de référentiel national incite à réfléchir sur les enjeux, leviers et limites de ces dispositifs. En ce sens, une journée nationale de formation a été organisée répondant aux objectifs suivants : Quels objectifs et quel cadre pour les étudiants relais santé ? Quels étudiants relais santé et quelles actions ? Quelle évaluation pour les étudiants relais santé ? La formation Étudiant Relais Santé et Approche Motivationnelle (ERSAM) a rassemblé des professionnels de santé à Clermont-Ferrand afin de répondre à ces problématiques.

► **Tabac et maladies cardiovasculaires : le point sur la connaissance des Français, Baromètre de Santé publique France 2019**

OLIÉ V., HOUOT M., SOULLIER M., *et al.*
2021

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(1): 11-17.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/1/2021_1_2.html

Le tabagisme constitue l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires avec des effets pouvant être précoces et pour une très faible consommation de tabac. L'objectif de notre étude était de fournir un état des lieux de la connaissance, par la population, du tabac comme facteur de risque de maladies cardiovasculaires en 2019.

► **Categories Of Systematic Influences Applied To Increase Cancer Screening Participation: A Literature Review And Analysis**

RAHBK O. J., JAUERNIK C. P., PLOUG T., *et al.*

2020

European Journal of Public Health 31(1): 200-206.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa158>

Health authorities can influence citizens in subtle ways that render them more likely to participate in cancer screening programmes, and thereby possibly increase the beneficial effects. If the influences become too severe, the citizens' ability to make a personal choice may be lost on the way. The purpose of this analysis was to identify and categorize the influences while questioning whether they still permit the citizens to make their own choices regarding participation. A two-stringed approach was used to obtain empirical examples of systematic influences that aim to raise participation rates in cancer screening programmes: First, a systematic literature search was conducted on three databases. Second, relevant experts were contacted via internationally based e-mail lists and asked for examples of systematic influences in cancer screening. The present analysis was based on direct, conventional content analysis to address different categories of systematic influences.

► **Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac**

SAETTA S., KIVITS J., FROHLICH K., *et al.*

2020

Santé Publique 32(5): 473-478.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page-473.htm>

Les stratégies de lutte contre le tabagisme, estimées légitimes et efficaces, font rarement l'objet, en France, d'une analyse critique concernant leurs effets potentiellement délétères, notamment à l'encontre des personnes qui continuent de fumer. Cet article introduit ce débat, en se concentrant sur les effets potentiellement stigmatisants et « auto-stigmatisants » (self-stigma) des politiques anti-tabac. Il a, en effet, été attesté par de nombreuses études à l'international, et par une étude en France, que le processus général de dénormalisation du tabac a conduit à la stigmatisation des fumeurs qui peuvent notamment faire l'objet de discriminations. Dans la mesure où le tabagisme se concentre aujourd'hui en France dans les catégories les moins favorisées du point de vue socio-économique, ces dernières se trouvent ainsi davantage exposées à la stigmatisation. Tout en énonçant la nécessité de développer des interventions ciblées à leur encontre, cet article met aussi en garde et appelle à une vigilance quant aux effets iatrogènes de ces interventions. Il s'impose ainsi de développer les recherches et les évaluations à ce sujet, afin de mesurer précisément les effets de ces interventions, en particulier en termes de stigmatisation et de self-stigma, et de s'assurer que les acteurs de santé publique ne génèrent pas davantage de problèmes qu'ils n'en résolvent.

Covid-19

► **Crise de la Covid-19 et vaccination : la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité**

BAUDIER F., FERRON C., PRESTEL T., *et al.*

2020

Santé Publique 32(5): 437-439.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page-437.htm>

Dès le début de la pandémie, la vaccination contre la Covid-19 est apparue comme un espoir aux perspectives lointaines. Pourtant, à peine un an après les premiers cas identifiés dans le monde, le vaccin est là,

et il sera progressivement disponible. Le SARS-CoV-2 se révèle donc comme un virus imprévisible, entraînant des bouleversements de tous ordres. Face à une cinétique de l'épidémie souvent inattendue, ce virus interroge chaque jour la santé publique, qui se doit d'apporter en temps réel des réponses adaptées. À l'échelle d'une nation, c'est d'une extrême difficulté, chacun en est conscient. Cependant, en France, pays encore fortement centralisé, la gestion de l'épidémie a sous-estimé les capacités de réflexion, de collaboration et d'initiative des acteurs locaux. Ils se sont pourtant organisés pour faire face aux difficultés les plus criantes, comme celles des publics dont la précarité a

été aggravée, et parfois déclenchée, par la crise. Ces acteurs locaux peuvent et veulent être davantage partie prenante. La campagne de vaccination, comme le « tester, alerter, protéger », ne rencontreront le succès qu'en s'ancrant dans les milieux de vie. La promotion de la santé, approche intersectorielle et participative de la santé publique, apporte un éclairage et permet d'élaborer, localement, des moyens d'agir face à cette crise.

► **Measuring The Success Of The US Covid-19 Vaccine Campaign—It's Time To Invest In And Strengthen Immunization Information Systems**

BENJAMIN-CHUNG J. ET REINGOLD A.

2021

American Journal of Public Health(Ahead of pub): e1-e3.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306177>

With the recent US Food and Drug Administration approval of the Pfizer-BioNTech and Moderna SARS-CoV-2 vaccines, the United States has begun Covid-19 vaccine dissemination. The vaccination program is historic in its massive scope and complexity. It requires accurate, real-time estimates of vaccine coverage to assess progress toward achieving herd immunity. Under Operation Warp Speed, the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has constructed a federal database, or « data lake », to monitor vaccine coverage nationwide and ensure that recipients receive both of the necessary doses. The data lake will be managed separately from existing state and local immunization information systems (IISs), which house vaccine data in all 50 states, five cities, the District of Columbia, and eight territories. In an open letter to the Director of the CDC in late 2020, four organizations representing immunization managers and public health officials expressed concerns about the plan to include vaccine recipients personal identifier information in the data lake. They also urged stronger coordination with IISs.

► **How New Models Of Vaccine Development For Covid-19 Have Helped Address An Epic Public Health Crisis**

BLOOM D. E., CADARETTE D., FERRANNA M., *et al.*

2021

Health Affairs 40(3): 410-418.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.02012>

Coronavirus disease 2019 (Covid-19) vaccine development and manufacturing have proceeded at a historically unprecedented pace. This speed may be accounted for by the unprecedented scale of resources being devoted to addressing Covid-19; an unusual intensity of cooperation, encompassing the public and private sectors and occurring both within and across national borders; and innovation with respect to both technologies (for example, new vaccine platforms) and processes (for example, vaccine clinical trials). In this article we describe and analyze how resources, cooperation, and innovation have contributed to the accelerated development of Covid-19 vaccines. Similar levels and types of public investment, models of cooperation, and harnessing of innovative processes and technologies could be applied to future epidemics and other global health challenges.

► **Développement des vaccins et stratégies vaccinales contre la Covid-19. Des données pour une décision partagée. Editorial**

BRUEL S., GAGNEUX-BRUNON A., RODOLPHE C., *et al.*

2021

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 27(1): 4-10.

► **Covid 19 et vaccin : entre triomphes anticipatoires et tumulte planétaire, quelle place pour l'espérance**

GIL R.

2020

Droit, Santé et Société 2(2): 23-26.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-2-page-23.htm>

La pandémie au SARS-CoV-2 a suscité une concurrence effrénée entre des laboratoires de biotechnologies qui se sont engagés dans une course effrénée à la découverte de vaccins qui ont pour mission de sauver l'économie du monde entier ou plutôt des pays qui pourront vacciner le plus rapidement possible leurs citoyens. Les enjeux financiers, économiques, politiques mais aussi scientifiques de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent que la réflexion éthique se déploie en contrepoint de l'actualité. C'est pourquoi il est sans doute utile d'analyser la manière dont le premier vaccin a parcouru les dernières étapes qui ont conduit à son autorisation de mise sur le marché à l'ombre de la campagne présidentielle américaine. Il faut aussi

s'interroger sur la méthodologie des essais cliniques vaccinaux qui pourraient être tentés de recourir au challenge infectieux afin de produire d'autres vaccins le plus rapidement possible. Peut-on risquer la santé

d'un petit nombre de personnes humaines pour en sauver le plus grand nombre? Le choix utilitariste est-il défendable face au choix déontologique qui rejoint en fait le choix d'une médecine de la personne.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

► **Economic Evaluations Of Public Health Implementation-Interventions: A Systematic Review And Guideline For Practice**

REEVES P., EDMUNDS K., SEARLES A., *et al.*

2019

Public Health 169: 101-113.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.012>

Implementation interventions applied in public health are about using proven strategies to influence the uptake of evidence-based prevention and health promotion initiatives. The decision to invest in implementation has an opportunity cost, which can be overlooked. The purpose of this study was to assess the extent to which economic evaluations have been applied to implementation interventions in public health. Study design We conducted a systematic review of empirical studies examining the costs and consequences, cost-effectiveness or cost-benefit of strategies directed towards enhancing the implementation of public health interventions and policies in developed countries. Our findings offer the first insight into the application and methodologic rigour of economic evaluations of implementation strategies supporting public health policies and interventions. To usefully inform public health policy and investment decisions, there needs to be greater application of economic evaluation to understand the cost-effectiveness of alternative implementation efforts. This review highlights the great paucity and mixed quality of the evidence on this topic and offers guidance by way of a checklist to improve the quality and reporting of future evaluations.

► **Model Homes: Evaluating Approaches To Patient-Centered Medical Home Implementation**

SAYNISCH P. A., DAVID G., UKERT B., *et al.*

2021

Medical Care 59(3).

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2021/03000/Model_Homes__Evaluating_Approaches_to.4.aspx

The patient-centered medical home (PCMH) model has been widely adopted, but the evidence on its effectiveness remains mixed. One potential explanation for these mixed findings is variation in how the model is implemented by practices. Objective: To identify the impact of different approaches to PCMH adoption on health care utilization in a long-term, geographically diverse sample of patients. Design: Difference-in-differences evaluation of PCMH impact on cost and utilization. Subjects: A total of 5,314,284 patient-year observations from the HealthCore Integrated Research Database, and 5943 practices which adopted the PCMH model in 14 states between 2011 and 2015. Intervention: PCMH adoption, as defined by the National Committee for Quality Assurance. Measurements: Six claims-based utilization measures, plus total health care expenditures. We employ hierarchical clustering to organize practices into groups based on their PCMH capabilities, then use generalized difference-in-differences models with practice or patient fixed effects to estimate the effect of PCMH recognition (overall and separately by the groups identified by the clustering algorithm) on utilization. Results: PCMH adoption was associated with a >8% reduction in total expenditures. We find significant reductions in emergency department utilization and outpatient care, and both lab and imaging services. In our by-group results we find that while the reduction in outpatient care is significant across all 3 groups, the reduction in emergency department uti-

lization is driven entirely by 1 group with enhanced electronic communications. Conclusion: The PCMH model has significant impact on patterns of health care

utilization, especially when heterogeneity in implementation is accounted for in program evaluation.

Psychiatrie

Psychiatry

► **A Conceptual Framework To Develop A Patient-Reported Experience Measure Of The Quality Of Mental Health Care: A Qualitative Study Of The PREMIUM Project In France**

FERNANDES S., FOND G., ZENDJIDJIAN X., *et al.*
2021

9(1): 1885789.

<https://doi.org/10.1080/20016689.2021.1885789>

The objective of this study was to develop a conceptual framework to define a domain map describing the experience of patients with severe mental illnesses (SMIs) on the quality of mental health care. Methods: This study used an exploratory qualitative approach to examine the subjective experience of adult patients (18-65 years old) with SMIs, including schizophrenia (SZ), bipolar disorder (BD) and major depressive disorder (MDD). Participants were selected using a purposeful sampling method. Semi-structured interviews were conducted with 37 psychiatric inpatients and outpatients recruited from the largest public hospital in southeastern France. This work provides a conceptual framework that will inform the subsequent development of a patient-reported experience measure to monitor and improve the performance of the mental health care system in France. The findings showed that patients with SMIs place an emphasis on the interpersonal component, which is one of the important predictors of therapeutic alliance. Trial registration: NCT02491866.

► **Quelle psychiatrie d'aujourd'hui ?**

FIRPI S.
2021

VST - Vie sociale et traitements 149(1): 87-92.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2021-1-page-87.htm>

Ces quelques lignes ont été élaborées au fur et à mesure d'une expérience clinique et institutionnelle traversée notamment en psychiatrie publique. Sa rédaction s'est tissée dans l'après-coup de l'application de la loi Hôpital, patients, santé, territoires conjoint aux réminiscences de rappel des transformations institutionnelles du secteur social et médico-social. Refonder un collectif de soin à visée institutionnelle et démocratique ne peut se prévaloir de quelques « accords » provenant du corps politique, mais implique une réflexion constante critique des processus économiques et sociaux joignant scientisme et politique contemporaine, afin d'en éclairer leurs effets aliénants d'asservissement. Soignants comme citoyens, nous avons le choix de ne pas en être dupes, le contexte actuel lié à la « crise sanitaire » l'ayant révélé si vivement. Cette tentative d'éclairage écrite en 2018-2019 se réfère à de nombreux travaux engagés depuis plusieurs années pour aider à poser la question de la psychiatrie publique que nous désirons.

► **Economics And Mental Health: The Current Scenario**

KNAPP M. ET WONG G.

2020

World Psychiatry 19(1): 29.

http://eprints.lse.ac.uk/102717/1/Knapp_Wong_World_Psychiatry_submitted.pdf

Economics and mental health are intertwined. Apart from the accumulating evidence of the huge economic impacts of mental ill-health, and the growing recognition of the effects that economic circumstances can exert on mental health, governments and other budget-holders are putting increasing emphasis on economic data to support their decisions. Here we consider how economic evaluation (including cost-effectiveness analysis, cost-utility analysis and related techniques) can contribute evidence to inform the

development of mental health policy strategies, and to identify some consequences at the treatment or care level that are of relevance to service providers and funding bodies. We provide an update and reflection on economic evidence relating to mental health using a lifespan perspective, analyzing costs and outcomes to shed light on a range of pressing issues. The past 30 years have witnessed a rapid growth in mental health economics, but major knowledge gaps remain. Across the lifespan, clearer evidence exists in the areas of perinatal depression identification-plus-treatment; risk-reduction of mental health problems in childhood and adolescence; scaling up treatment, particularly psychotherapy, for depression; community-based early intervention and employment support for psychosis; and cognitive stimulation and multicomponent carer interventions for dementia. From this discussion, we pull out the main challenges that are faced when trying to take evidence from research and translating it into policy or practice recommendations, and from there to actual implementation in terms of better treatment and care.

► **De l'incertitude en santé mentale : analyse de la prise de décision aux urgences psychiatriques**

MARQUIS N. ET PESESSE S.

2021

Sciences sociales et santé 39(1): 43-67.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2021-1-page-43.htm>

Comment les soignants des services d'urgences psychiatriques, dont le travail consiste à apaiser les situations de crises puis à guider le patient vers des structures offrant les soins ou le soutien nécessaire(s) à celui-ci, déterminent-ils, au quotidien « ce qu'il convient de faire » ? Cet article s'attache, à partir d'observations de terrain effectuées dans un hôpital bruxellois, à comprendre quels types d'enjeux et de contraintes sous-tendent la pratique quotidienne des soignants et quels rapports les différents acteurs entretiennent entre eux. Il montre comment le quotidien des soignants aux urgences psychiatriques s'inscrit dans une tension entre l'incertitude inhérente au travail de soin, renforcée ici par le statut particulier que revêt la parole du patient, d'une part et, d'autre part, des attentes élevées et parfois discordantes de la part des patients, de leur entourage, des institutions de soins et des pouvoirs publics. Prises dans ces enjeux, il apparaît que l'enquête réalisée par les soignants et

les décisions qui en découlent se fondent certes sur l'indication médicale, mais se doivent également de répondre à des exigences d'ordre pragmatique telles que la coopération avec le patient et la faisabilité pratique du soin.

► **Cancer Screening Among Adults With And Without Serious Mental Illness: A Mixed Methods Study**

MURPHY K. A., STONE E. M., PRESSKREISCHER R., *et al.*

2021

Medical Care 59(4): 327-333.

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2021/04000/Cancer_Screening_Among_Adults_With_and_Without.9.aspx

Persons with serious mental illness (SMI) die 10–20 years earlier than the general population; cancer is the second leading cause of death. Differences in cancer screening between SMI and the general population are not well understood. Objectives: To describe receipt of cancer screening among individuals with versus without SMI and to explore clinicians' perceptions around cancer screening for people with SMI. Methods: Mixed-methods study using 2010–2017 MarketScan commercial insurance administrative claims data and semi-structured clinician interviews. In the quantitative analyses, we used multivariate logistic regression analyses to calculate the likelihood of receiving cervical, breast, colorectal, or prostate cancer screening among people with versus without SMI, defined as schizophrenia or bipolar disorder. We conducted semi-structured interviews with 17 primary care physicians and 15 psychiatrists. Interview transcripts were coded using a hybrid deductive/inductive approach. Results: Relative to those without SMI, individuals with SMI were less likely to receive screening for cervical cancer [adjusted odds ratio (aOR): 0.80; 95% confidence interval (CI): 0.80–0.81], breast cancer (aOR: 0.79; 95% CI: 0.78–0.80), colorectal cancer (aOR: 0.90; 95% CI: 0.89–0.91), and prostate cancer (aOR: 0.85; 95% CI: 0.84–0.87). Clinicians identified 5 themes that may help explain the lower rates of cancer screening in persons with SMI: access to care, available support, prioritization of other issues, communication, and patient concerns. Conclusions: People with SMI were less likely to receive 4 common types of cancer screening. Improving cancer screening rates in the SMI population will likely require a multidisciplinary approach to overcome barriers to screening.

► **Sur l'histoire de quelques traitements de la folie**

RAYMOND S.
2021

Le Journal des Psychologues 384(2): 22-28.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2021-2-page-22.htm>

Comment les hôpitaux de jour, dont le tracé historique est ici résumé, ont-ils ouvert la voie à la psychiatrie de secteur? Née sous l'impulsion de psychiatres désaliénistes renommés, tels François Tosquelles, Lucien Bonnafé, entre autres, elle ambitionne de soigner « hors les murs » à travers un accompagnement social visant à la réinsertion. La psychothérapie institutionnelle, dont les bases furent jetées par François Tosquelles, converge-t-elle avec la psychiatrie de secteur? L'auteur livre dans cet article son point de vue.

► **Effects Of Social Security Policy Reforms On Mental Health And Inequalities: A Systematic Review Of Observational Studies In High-Income Countries**

SIMPSON J., ALBANI V., BELL Z., *et al.*
2021

Social Science & Medicine 272

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113717>

Evidence increasingly shows that changes to social security policies can affect population mental health. Thus, in the context of rising burden of mental illness, it is of major importance to better understand how expansions and contractions to the social security system may impact on mental health of both adults and children. The aim of this systematic review is to provide a synthesis of observational literature on the effects on mental health and inequalities in mental health of social security reforms. We conducted a systematic review of quantitative observational studies of specific national and regional social security policy changes in high-income countries and summarised the mental health effects of these policies. Overall, we found that policies that improve social security benefit eligibility/generosity are associated with improvements in mental health, as reported by fourteen of the included studies. Social security policies that reduce eligibility/generosity were related to worse mental health, as reported by eleven studies. Ten studies found no effect for either policies contracting or expanding welfare support. Fourteen studies also evaluated the impact on mental health inequalities and found that contractionary pol-

icies tend to increase inequalities whereas expansionary policies have the opposite effect. Changes in social security policies can have significant effects on mental health and health inequalities across different recipient groups. Such health effects should be taken into account when designing future social policy reforms.

► **Improving Payment For Collaborative Mental Health Care In Primary Care**

WOLK C. B., ALTER C. L., KISHTON R., *et al.*
2021

Medical Care 59(4): 324-326.

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2021/04000/Improving_Payment_for_Collaborative_Mental_Health.8.aspx

There is strong evidence supporting implementation of the Collaborative Care Model within primary care. Fee-for-service payment codes, published by Current Procedural Terminology in 2018, have made collaborative care separately reimbursable for the first time. These codes (ie, 99492–99494) reimburse for time spent per month by any member of the care team engaged in Collaborative Care, including behavioral care managers, primary care providers, and consulting psychiatrists. Time-based billing for these codes presents challenges for providers delivering Collaborative Care services. Objectives: Based on experience from multiple health care organizations, we reflect on these challenges and provide suggestions for implementation and future refinement of the codes. Conclusions: Further refinements to the codes are encouraged, including moving from a calendar month to a 30-day reimbursement cycle. In addition, we recommend payers adopt the new code proposed by the Centers for Medicare and Medicaid Services to account for smaller increments of time.

Covid-19

► **La première vague de l'âme : émergences et difficultés en psychiatrie confinée**

BELLAHSEN M. *et al.*, E.

2021

Pratiques en santé mentale 67e année(1): 43-51.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-1-page-43.htm>

Une équipe secteur nous raconte son vécu pendant la pandémie et les ressources mises en avant collectivement afin que le groupe formé par les soignants et les soignés puisse continuer à exister, en analysant et réinventant au quotidien. C'est grâce à tout ce qui avait été mis en place auparavant, que les dimensions thérapeutiques ont pu utiliser, en les adaptant aux situations nouvelles, les techniques modernes de communication et les nombreux partenariats préexistants.

► **Unmet Social Needs And Worse Mental Health After Expiration Of Covid-19 Federal Pandemic Unemployment Compensation**

BERKOWITZ S. A. ET BASU S.

2021

Health Affairs 40(3): 426-434.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01990>

Federal Pandemic Unemployment Compensation (FPUC) provided unemployment insurance beneficiaries an extra \$600 a week during the unprecedented economic downturn during the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic, but it initially expired in July 2020. We applied difference-in-differences models to nationally representative data from the Census Bureau's Household Pulse Survey to examine changes in unmet health-related social needs and mental health among unemployment insurance beneficiaries before and after initial expiration of FPUC. The initial expiration was associated with a 10.79-percentage-point increase in risk for self-reported missed housing payments. Further, risk for food insufficiency, depressive symptoms, and anxiety symptoms also increased among households that reported receiving unemployment insurance benefits, relative to the period when FPUC was in effect. As further unemployment insurance reform is debated, policy makers should recognize the potential health impact of unemployment insurance.

► **Mental Associations With Covid-19 And How They Relate With Self-Reported Protective Behaviors: A National Survey In The United States**

BRUINE DE BRUIN W., CARMAN K. G. ET PARKER A. M.

2021

Social Science & Medicine 275(Ahead of pub): 113825.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113825>

Rationale To understand novel diseases, patients may draw comparisons to other diseases. Objective We examined whether mentally associating specific diseases with Covid-19 was related to self-reported protective behaviors early in the pandemic. Methods In March 2020, a national sample of 6534 U.S. adults listed diseases that came to mind when thinking of Covid-19. They self-reported protective behaviors, demographics, and Covid-19 risk perceptions. Results Participants associated Covid-19 with common infectious diseases like seasonal influenza (59%), common cold (11%), and pneumonia (10%), or emergent infectious diseases like pandemic influenza (28%), SARS/MERS (27%), and Ebola (14%). Seasonal influenza was most commonly mentioned, in all demographic groups. Participants mentioning seasonal influenza or common cold reported fewer protective behaviors. Those mentioning pneumonia or emergent infectious diseases reported more protective behaviors. Mentioning pneumonia, SARS/MERS, and Ebola was associated with the most protective behaviors, after accounting for other generated diseases, demographics, and risk perceptions (e.g., for avoiding crowds, OR = 1.52, 95% CI = 1.26, 1.83; OR = 1.28, 95% CI = 1.13, 1.46; OR = 1.30, 95% CI = 1.11, 1.52, respectively). Conclusions Early in the pandemic, most participants mentally associated Covid-19 with seasonal flu, which may have undermined willingness to protect themselves. To motivate behavior change, Covid-19 risk communications may need to mention diseases that resonate with people while retaining accuracy.

► **Effects Of The Covid-19 Pandemic On Primary Care-Recorded Mental Illness And Self-Harm Episodes In The UK: A Population-Based Cohort Study**

CARR M. J., STEEG S., WEBB R. T., *et al.*

2021

The Lancet Public Health 6(2): e124-e135.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30288-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30288-7)

The Covid-19 pandemic has adversely affected population mental health. We aimed to assess temporal trends in primary care-recorded common mental illness, episodes of self-harm, psychotropic medication prescribing, and general practitioner (GP) referrals to mental health services during the Covid-19 emergency in the UK.

► **Le confinement en établissement de santé mentale : retour d'expérience**

CONAN P., CARLIER J., DESCOMBAS J., *et al.*

2021

Pratiques en santé mentale 67e année(1): 37-42.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-1-page-37.htm>

Le confinement a affecté de manière importante l'organisation des soins et des accompagnements en santé mentale. Cet article présente, à travers l'exemple d'un établissement de santé mentale et médico-social breton, les adaptations qui ont dû être mises en œuvre et les défis auxquels les organisations, les professionnels et les personnes ont été confrontés. Un état des lieux est fait concernant les mesures prises pour protéger les patients, résidents et professionnels. Ensuite, les conséquences du confinement en termes d'activités, d'organisations et de coopérations sont analysées. Pour conclure, les résultats du retour d'expérience permettent d'anticiper les adaptations à mettre en œuvre et les actions à faire perdurer pour améliorer les soins et accompagnements au sein de l'établissement, tout en proposant des pistes sur les enjeux liés à un second confinement.

► **Les impacts du confinement sur la santé mentale des étudiants**

COQUARD L., MUTONDA MWANGAZA S., RENAUD J., *et al.*

2021

Pratiques en santé mentale 67e année(1): 15-21.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-1-page-15.htm>

L'article ci-dessous s'intéresse aux conséquences du confinement sur la santé mentale des étudiants. Sont successivement analysées les conditions psychologiques induites par ces consignes sanitaires et les stratégies d'adaptation développées par les étudiants au cours de ce premier confinement. Parmi celles-ci et en fonction de la personnalité des personnes, certaines s'avèrent efficaces alors que d'autres sont susceptibles d'aggraver la situation et d'avoir des conséquences néfastes sur leur santé mentale.

► **Les droits fondamentaux des patients en soins sans consentement à l'épreuve de la crise sanitaire**

FERRAGNE A.

2021

Pratiques en santé mentale 67e année(1): 61-67.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-1-page-61.htm>

La pandémie et le confinement qui lui est lié ont largement impacté les services de psychiatrie ainsi que ses pratiques qui ont souvent dû s'adapter à cette situation nouvelle car toute mesure sanitaire est potentiellement porteuse de restriction des libertés individuelles. La proportion de malades atteints de la maladie Covid au sein des hôpitaux est la même que dans la population générale mais les conditions d'hospitalisation sous contrainte posent un certain nombre de difficultés que les services ont diversement résolues. Le travail du CGPL dans ces conditions a été particulièrement important, mettant en lumière, dans certains établissements, des atteintes aux droits fondamentaux des patients, des mesures normalement exceptionnelles et individualisées devenues systématiques, une confusion entre les règles de confinement et l'isolement lié aux troubles psychiatriques... L'article se termine sur une réflexion pour l'avenir quant à ces mesures de soins sans consentement qui ont diminué en grande proportion pendant l'épidémie. La pandémie nous a montré que cette baisse était possible ce qui constitue un espoir pour l'après Covid.

► **Increased In-Hospital Mortality From Covid-19 In Patients With Schizophrenia**

FOND G., PAULY V., ORLEANS V., *et al.*
2021

L'Encéphale 47(2): 89-95.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.07.003>

Il existe peu d'informations décrivant les caractéristiques et les résultats des patients atteints de schizophrénie (SCZ) nécessitant une hospitalisation pour maladie à coronavirus 2019 (Covid-19). Objectifs Nous avons cherché à comparer les caractéristiques cliniques et les résultats des patients SCZ atteints de Covid-19 avec ceux des patients non SCZ. Méthode Il s'agissait d'une étude cas-témoins de patients Covid-19 admis dans 4 hôpitaux de soins aigus AP-HM/AMU à Marseille, dans le sud de la France. L'infection par Covid-19 a été confirmée par un résultat positif au test d'amplification en chaîne par polymérase d'un échantillon nasopharyngé et/ou au scanner thoracique effectué chez les patients nécessitant une hospitalisation. Le principal critère de jugement a été la mortalité hospitalière. Le critère de jugement secondaire était l'admission en unité de soins intensifs (USI). Cette étude suggère que les SCZ ne sont pas surreprésentées parmi les patients hospitalisés pour Covid-19, mais que la SCZ est associée à une surmortalité due à Covid-19, confirmant l'existence de disparités de santé décrites dans d'autres maladies somatiques.

► **Commentary: Time To Improve Access To Psychotherapies – A Family Medicine Perspective**

LEMIRE F. ET CHOMIENNE M. H.
2021

Healthcare Policy 16(3): 26-29.

<https://www.longwoods.com/content/26436/healthcare-policy/commentary-time-to-improve-access-to-psychotherapies-a-family-medicine-perspective>

The COVID pandemic – despite the dire economic and personal toll on all Canadians – is helping us move forward. It bears light on the most vulnerable. Indeed, it has aggravated the mental health of those with such disorders as anxiety or depression and revealed the precarity of our mental well-being. The health system, and most particularly our primary care system, is overwhelmed and its capacity to answer to the mental healthcare of Canadians is put to the test. It is, therefore, time for family physicians to be able to find support in various ways and means to answer the

needs of their patients. This support may be through public coverage to psychotherapies, which has been proven effective in Australia and the UK since the last decade, or open access to various validated web-based tools offering cognitive behavioural therapies for the most common mental health disorders in both official languages.

► **La santé mentale à l'épreuve du confinement. Impact du confinement sur la santé mentale des Français**

FRANCK N. ET ZANTE É.
2021

Pratiques en santé mentale 67e année(1): 6-13.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-1-page-6.htm>

Après un rappel historique des événements consécutifs à la pandémie Covid 19 et aux confinements visant à la combattre, l'article fait part d'un certain nombre de conclusions issues d'une étude sur les répercussions de la pandémie en termes de santé mentale. Il ouvre sur une réflexion concernant certains bénéfices en termes de santé publique qu'a pu susciter la vague épidémique et dont il faudra prendre la mesure dans un avenir proche.

► **Troubles bipolaires et Covid 19. Interview d'Annie Labbé par Jean-Luc Brière**

LABBÉ A. ET BRIÈRE J.-L.
2021

Pratiques en santé mentale 67e année(1): 68-70.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-1-page-68.htm>

Cet article rapporte le témoignage d'une responsable associative. Les missions de son association se sont vues chamboulées par l'arrivée de la pandémie qui a particulièrement fragilisé et stressé les personnes accompagnées habituellement. Ici aussi, des adaptations ont été nécessaires afin de continuer à répondre, mais d'une autre façon, aux attentes des adhérents.

► **Sleep Pattern In The US And 16 European Countries During The Covid-19 Outbreak Using Crowdsourced Smartphone Data**

LEE P. H., MAREK J. ET NÁLEVKA P.
2020

European Journal of Public Health 31(1): 23-30.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa208>

To stop the spread of the new coronavirus disease in 2019 (Covid-19), many countries had completely locked down. This lockdown restricted the everyday life of the affected residents and changed their mobility pattern, but its effects on sleep pattern were largely unknown. Here, utilizing one of the largest crowdsourced database (Sleep as Android), we analyzed the sleep pattern of 25 217 users with 1 352 513 sleep records between 1 January and 29 April 2020 in the US and 16 European countries (Germany, UK, Spain, France, Italy, The Netherlands, Belgium, Hungary, Denmark, Finland, Norway, Czech, Sweden, Austria, Poland and Switzerland) with more than 100 records in all days of 2020. During the Covid-19 pandemic, the sleeping pattern before and after the country-level lockdown largely differed. The subjects increased their sleep duration by an average of 11.3 to 18.6 min on weekday nights, except Denmark (4.9 min) and Finland (7.1 min). In addition, subjects from all 16 European countries delayed their sleep onset from 10.7 min (Sweden) to 29.6 min (Austria). During the Covid-19 pandemic, residents in the US and 16 European countries delayed their bedtime and slept longer than usual.

► **A Longitudinal Study Of Mental Health Before And During Covid-19 Lockdown In The French Population**

RAMIZ L., CONTRAND B., ROJAS CASTRO M. Y., *et al.*
2021

Globalization and Health 17(1): 29.
<https://doi.org/10.1186/s12992-021-00682-8>

The impact of general population lockdown implemented in the face of the Covid-19 epidemic needs to be evaluated. We describe here a longitudinal study on the mental health of adults in France.

► **6-Month Neurological And Psychiatric Outcomes In 236 379 Survivors Of Covid-19: A Retrospective Cohort Study Using Electronic Health Records**

TAQUET M., GEDDES J. R., HUSAIN M., *et al.*
2021

The Lancet Psychiatry(Ahead of pub).
[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00084-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00084-5/fulltext)

Background Neurological and psychiatric sequelae of Covid-19 have been reported, but more data are needed to adequately assess the effects of Covid-19 on brain health. We aimed to provide robust estimates of incidence rates and relative risks of neurological and psychiatric diagnoses in patients in the 6 months following a Covid-19 diagnosis.

► **Santé psychique et pandémie en réanimation**

THOMAS F.
2021

Pratiques en santé mentale 67e année(1): 79-84.
<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-1-page-79.htm>

La pandémie de sars-cov-2 a profondément modifié le rapport au travail en réanimation. Si l'ensemble des métiers soignants a su, rapidement et efficacement se réorganiser, les retentissements psychiques sont nombreux et durables : effets de la contagiosité sur la distance soignant-malade, conséquences sur la relation soignant-soigné altérant la dimension éthique du soin, perte de sens devant les manques de moyens humains et matériels. Les cellules d'écoute, dont celles d'AML-soins intensifs, ont recueilli les angoisses, les colères et les espoirs des professionnels de réanimation.

Sociology

► Assistant de service social : quel avenir ?

JAEGER M.
2020

Pratiques en santé mentale 66e année(4): 6-12.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-4-page-6.htm>

Marcel Jaeger brosse ici un tableau de la profession d'assistant(e) de service social. Après un bref historique, il situe la profession par rapport à toutes les variétés de travailleurs sociaux et envisage leur formation, les règlements qui l'encadrent et les attentes de la société vis à vis de ces professionnels. Il note enfin que ces professions attirent actuellement moins les étudiants, ce qui pose, à terme, la question de leur devenir et de leur évolution.

► On a oublié la dimension conflictuelle du care

OROZCO A. P.
2021

Mouvements 105(1): 127-134.

<https://www.cairn.info/revue-mouvements-2021-1-page-127.htm>

La crise sanitaire a mis la thématique du care à l'agenda : à l'agenda médiatique par la visibilisation des métiers du soin, désignés comme essentiels et exercés majoritairement par des femmes, mais aussi à l'agenda politique comme en Espagne où le gou-

vernement d'alliance PSOE- Unidas Podemos propose un « pacte pour le care ». Or, en Espagne, le care (« los cuidados¹ ») est revendiqué y compris par les franges radicales du mouvement féministe, et fortement associé au mouvement de grève féministe qui a réuni des millions de manifestant·es les 8 mars 2018 et 2019. Mouvements revient sur les implications économiques et politiques de la prise en compte du care comme ensemble d'activités sociales indispensables à la « soutenabilité de la vie » en mettant en regard deux points de vue : celui de l'une des fondatrices du tout nouveau syndicat féministe des employées de maison, Rafaela Pimentel Lara, avec les perspectives théoriques de l'économiste féministe anticapitaliste Amaia Pérez Orozco.

► La crédulité du savant

RIQUIER C.
2021

Esprit Mars(3): 69-80.

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2021-3-page-69.htm>

À une époque où la science et le progrès paraissent de moins en moins crédibles, le récent ouvrage de Gérald Bronner, Apocalypse cognitive, révèle une foi invincible dans ces idéaux fondateurs de la pensée moderne. Mais le progrès, ainsi conçu, voudrait qu'on lui sacrifie l'homme lui-même.

Covid-19

► Vive le Covid !

CHOBÉAUX F.
2021

VST - Vie sociale et traitements 149(1): 77-79.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2021-1-page-77.htm>

La crise globale liée au Covid a servi de révélateur de réalités sociales jusque-là contournées ou minorées. Elle a également servi de révélateur de fonctionnements individuels : angoisses, égoïsme, altruisme. Que faire maintenant de ces mises en évidence ? Que faire pour que « après ne soit plus comme avant » ?

► La perception des causes des épidémies par les populations et les pouvoirs publics, de la fin du XVIIe siècle à la Première Guerre mondiale

COMITI V.-P.
2020

Droit, Santé et Société 1(1): 11-18.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-11.htm>

Au cours des siècles passés, les autorités invoquent des facteurs à l'origine des épidémies, comme des maladies de façon plus générale, inaccessibles ou

peu accessibles, comme l'environnement et le climat, ou découlant de la responsabilité des individus eux-mêmes. Les habitants expriment, eux, souvent leur abandon et des conditions de vie délétères.

► **Exister dans et par la crise. La gestion de la crise sanitaire comme mode de légitimation du « local »**

DOUILLET A.-C.
2020

Revue française d'administration publique 176(4): 971-983.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-4-page-971.htm>

À partir de l'étude de la presse nationale et de documents produits par les associations d'élus locaux et de fonctionnaires territoriaux, cet article analyse la façon dont les collectivités territoriales se sont données à voir entre mars et août 2020, via des discours et des politiques, et comment leur action et leurs prises de position ont pu être soutenues ou relayées par des éditorialistes, des journalistes, des experts. Ce faisant, l'article montre comment la « crise du coronavirus » a pu nourrir la cause décentralisatrice, par la publicisation de l'action des collectivités territoriales, mais aussi en fournissant de nouveaux arguments aux avocats de la décentralisation.

► **Accepter l'incertain ?**

ESLIN J.-C.
2021

Esprit Mars(3): 66-67.

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2021-3-page-66.htm>

L'épidémie de coronavirus nous contraint à éprouver l'incertain de nos existences comme une dégradation provisoire. Ne faut-il pas plutôt, sur un mode pascalien, y voir notre condition même ? C'est ce que propose la pensée complexe d'Edgar Morin, consciente des liens entre les choses.

► **De la croyance au savoir, et retour ?**

FOESSEL M.
2021

Esprit Mars(3): 81-87.

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2021-3-page-81.htm>

La pandémie de coronavirus et l'attitude démunie de

l'institution médicale face à elle ont eu raison de la foi en une seule vérité censée guider la recherche scientifique. En cette période de défiance généralisée, la réaction la plus sage consiste peut-être à expliciter franchement notre ignorance.

► **Le temps long des épidémies**

IZAMBERT C.
2021

Mouvements 105(1): 55-67.

<https://www.cairn.info/revue-mouvements-2021-1-page-55.htm>

Les épidémies s'inscrivent dans un imaginaire ancien du fléau et de l'événement catastrophique qui vient bouleverser les sociétés appelant en réponse des mesures drastiques de la part des sociétés et des États. Comme nous le montre Anne Rasmussen, l'épidémie de Covid-19 ne fait pas exception. Cependant, son caractère global intégrant intimement les dimensions sanitaires, sociales, politiques et économiques lui donne une dimension singulière. Elle en fait un moment historique qui vient questionner des principes fondamentaux de l'organisation sociale et politique, à commencer par la valeur que l'on accorde à la vie.

► **La pandémie de Covid-19 ou le dialogue entre histoire et philosophie**

MOULIN A.-M.
2020

Droit, Santé et Société 1(1): 19-24.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-19.htm>

La pandémie de Covid-19 aura-t-elle opéré un choc salutaire en révélant des capacités de solidarité et de rénovation morale et ouvert des possibles qui paraissent inimaginables ? L'histoire des épidémies fournit quelques points de comparaison mais s'avère insuffisante devant la singularité du confinement planétaire qui a suivi la pandémie. C'est la philosophie qui rend le mieux compte de la sidération et du repli sur soi qui devraient, comme le veut sa démarche, éclairer l'avenir.

► **Peut-on tirer des leçons de l'Histoire pour la crise du Covid-19 ?**

MOULIN A. M. ET DEMANIANO M.
2021

Questions De Sante Publique(41)

https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2021/03/WEB_QSP41.-web.pdf

L'épidémie mondiale de Covid-19 que la planète connaît depuis maintenant plus d'un an, la rapidité avec laquelle elle s'est propagée et l'ampleur de la crise sanitaire, économique et sociale qu'elle a engendrée, font naître le besoin de mieux comprendre les événements que nous vivons collectivement. Ce nouveau numéro de Questions de santé publique revient sur les épidémies que l'humanité a connues précédemment. Les leçons de l'histoire pourraient-elles nous aider à mieux comprendre la situation que nous vivons ?

► **Les espaces-temps des anthropologues. De la colonisation temporelle au confinement mondial**

RAULIN A.
2021

Espaces et sociétés 180-181(1): 97-116.

<https://www.cairn.info/revue-espaces-et-societes-2021-1-page-97.htm>

Les rapports entre espace et temps, spatialités et temporalités contemporaines ne cessent de se diversifier, les effets de la globalisation ne se limitant pas à leur compression (David Harvey). On est également loin des approches qui envisageaient, comme le fit Henri Lefebvre, de réconcilier temps linéaire et temps cyclique, car il est maintenant nécessaire de prendre en considération des articulations temporelles autrement plus complexes. En offrant un tableau des travaux anthropologiques récents sur ces problématiques, cet article cherche à repérer les registres temporels inédits, les formes de colonisation du temps urbain, l'impact de l'événement – autrefois ignoré en anthropologie – sur les méthodes et les postures des chercheurs et chercheuses de plus en plus impliqués dans leurs travaux du fait de la coprésence avec leur objet. Que peuvent révéler dans ce contexte les confinements domestiques dus à la crise sanitaire mondiale ?

► **Comment la Covid-19 a sauvé l'éthique des soins de santé**

RAVEZ L.
2020

Droit, Santé et Société 2(2): 6-12.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-2-page-6.htm>

Une maladie contagieuse telle que la Covid-19 peut à tout moment transformer chacun d'entre nous en un être hybride, tout à la fois victime et vecteur d'une menace sanitaire. En tant que victime, nous avons le droit de réclamer d'être protégé, soigné, accompagné de la façon la plus individualisée possible, dans le respect de nos particularités. Mais en tant que vecteur, nous devons accepter que nous constituons une menace pour nos congénères et qu'il est légitime que la société nous impose des règles et des contraintes raisonnables pour endiguer cette menace. Une révolution copernicienne est donc en marche dans le petit monde de l'éthique des soins de santé. Sachant que, par la contamination, nous pouvons nuire aux autres, un décentrement éthique est indispensable qui intègre le devoir moral de tout mettre en œuvre pour éviter de transmettre notre affection aux autres, au risque même de notre autonomie. Par ailleurs, un tel décentrement ne pourra pas faire l'économie d'une resocialisation d'une éthique des soins de santé qui a peu à peu oublié la réalité des déterminants sociaux de la santé.

► **Covid-19 : vers un nouveau monde ? Une analyse de la pandémie à travers le regard des sciences sociales et humaines**

SAINT-GEOURS Y.
2020

Droit, Santé et Société 1(1): 3-3.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-3.htm>

► **Hérésies sanitaires. Croire en la science au temps de la Covid-19**

SCHLEGEL J.-L.
2021

Esprit Mars(3): 57-65.

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2021-3-page-57.htm>

Si l'explication et la gestion des épidémies ont longtemps été confiées à l'Église, elles sont aujourd'hui du ressort de la science médicale. Est-ce à dire que la médecine est devenue la nouvelle matrice de la

foi, autour de laquelle s'articuleraient nos espoirs et nos craintes ?

► **Le savant et le politique. La prise de décision en temps de pandémie : que s'est-il passé au Québec (Canada) ?**

STANTON-JEAN M.

2020

Droit, Santé et Société 1(1): 63-67.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-63.htm>

Cet article n'est pas le fruit d'une recherche scientifique, mais plutôt celui d'une recherche action reposant sur une expérience de sous-ministre de la Santé du Canada de 1993 à 1998. À partir d'événements vécus à ce poste, il tente de tirer un bilan des rapports entre la haute fonction publique, les scientifiques, les décideurs politiques et la population dans des périodes de crises durant lesquelles la prise de décisions doit se prendre dans l'urgence, la peur, et fréquemment, l'incertitude des données scientifiques souvent contradictoires, étant donné que la science avance et se modifie au jour le jour. Enfin, il examine particulièrement comment les rapports entre le savant et le politique se sont joués au Québec durant l'actuelle pandémie et suggère quelques pistes de travail pour le futur.

► **Que nous apprend la pandémie ? Pour un atterrissage des sciences**

STENGERS I.

2021

Esprit Mars(3): 37-47.

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2021-3-page-37.htm>

Les usages du discours scientifique au cours de la crise sanitaire ont mis au jour la nécessité d'un « atterrissage » des sciences, qui permette de les réintégrer dans le débat démocratique. Ce n'est qu'en cessant de faire de « La Science » une parole infaillible et désengagée que l'institution pourra restaurer la confiance.

► **Covid-19 : éthique et déontologie**

TRAN PHONG E., ALLERMOZ E. ET BERNIER S.

2021

Médecins : Bulletin De L'ordre National Des Médecins(71): 18-24.

La pandémie a fait irruption dans nos vies avec une violence inédite. Les professionnels de santé ont dû brutalement faire face à un afflux de patients exceptionnel, aux morts qui se succèdent, à l'incertitude... Bien qu'ils aient eux-mêmes eu peur d'être malades et de contaminer leurs proches, les médecins ont continué à remplir leurs missions, en ville comme à l'hôpital. En un temps record, et malgré le manque de moyens qu'ils déploraient déjà avant la crise, ils ont pris en charge u mieux qu'ils ont pu les patients. Les règles déontologiques ont globalement permis de faire face. Mais les médecins, confrontés parfois à des choix éthiques difficiles, ne peuvent être les seuls à décider de la manière d'allouer les ressources en situation de pénurie. Ils demandent qu'un retour d'expérience et une réflexion collective soient engagés sur nombres de sujets.

Primary Health care

► **Longitudinal Participation In Delivery And Payment Reform Programs Among US Primary Care Organizations**

ADLER-MILSTEIN J., LINDEN A., BERNSTEIN S., *et al.*

Health Services Research(Ahead of pub).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13646>

This aim of this study is to assess longitudinal primary care organization participation patterns in large-scale reform programs and identify organizational characteristics associated with multiprogram participation. Data Sources Secondary data analysis of national program participation data over an eight-year period (2009-2016). Study Design We conducted a retrospective, observational study by creating a unique set of data linkages (including Medicare and Medicaid Meaningful Use and Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organization (MSSP ACO) participation from CMS, Patient-Centered Medical Home (PCMH) participation from the National Committee for Quality Assurance, and organizational characteristics) to measure longitudinal participation and identify what types of organizations participate in one or more of these reform programs. Principal Findings No program achieved more than 50% participation across the 56,287 organizations in a given year, and participation levels flattened or decreased in later years. 36% of organizations did not participate in any program over the eight-year study period; 50% participated in one; 13% in two; and 1% in all three. 14.31% of organizations participated in five or more years of Meaningful Use while 3.84% of organizations participated in five years of the MSSP ACO Program and 0.64% participated in at least five years of PCMH. Larger organizations, those with younger providers, those with more primary care providers, and those with larger Medicare patient panels were more likely to participate in more programs. Conclusions and Relevance Primary care transformation via use of voluntary programs, each with their own participation requirements and approach to incentives, has failed to broadly engage primary care organizations. Those that have chosen to participate in multiple programs are likely those already providing high-quality care.

► **Du projet professionnel d'internes de médecine générale angevins à leur exercice réel : 2012 à 2019**

CLISSON R., ANGOULVANT C., RAMOND-ROQUIN A., *et al.*

2020

Santé Publique 32(5): 507-518.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-page-507.htm>

L'installation des jeunes médecins généralistes est déterminée par plusieurs facteurs dont le projet professionnel. En 2012, une étude observationnelle quantitative interrogeait les projets professionnels des internes angevins en médecine générale. En 2019, l'objectif de cette étude était d'essayer de mettre en évidence une continuité entre projet professionnel et exercice ultérieur. Méthode : Étude quantitative par questionnaire internet réalisée de mai à juillet 2019, s'intéressant aux données socio-démographiques, à l'exercice actuel et aux facteurs d'évolution du projet professionnel. Les critères d'inclusion étaient d'avoir répondu à l'étude de 2012 et d'avoir accepté d'être recontacté (n = 167). Construction d'un indicateur de suivi du projet professionnel (ISPP) envisagé en 2012 et réel en 2019, basé sur une comparaison du mode d'exercice, de la structure d'exercice et du type de patientèle envisagé. Résultats : Le taux de réponse était de 76,6 %. 48,4 % étaient libéraux, 31,3 % étaient salariés, 11,7 % avaient un exercice mixte. Selon l'ISPP, le projet professionnel envisagé a été suivi totalement par 67,7 % des internes et partiellement par 17,3 %. Le SASPAS influait sur l'évolution du projet professionnel (p = 0,026). La multiplication des stages en ambulatoire favorisait un exercice en libéral, en 2019 (p < 0,001). Les principaux facteurs déclarés d'évolution des projets professionnels étaient la formation (77,3 %) et la situation familiale (53,1 %). Conclusion : Ce suivi de cohorte a montré que plus de deux tiers des internes ont suivi leur projet initial. L'identification et le soutien de ces projets individuels durant la formation pourrait être une piste pour favoriser leur réalisation.

► **Can General Practitioners Be More Productive? The Impact Of Teamwork And Cooperation With Nurses On GP Activities**

LOUSSOUARN C., FRANC C., VIDEAU Y., MOUSQUÈS J. *et al.*

2021

Health Economics 30(3): 680-698.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4214>

The integration of primary care organizations and interprofessional cooperation is encouraged in many countries to both improve the productive and allocative efficiency of care provision and address the unequal geographical distribution of general practitioners (GPs). In France, a pilot experiment promoted the vertical integration of and teamwork between GPs and nurses. This pilot experiment relied on the staffing and training of nurses; skill mixing, including the authorization to shift tasks from GPs to nurses; and new remuneration schemes. This article evaluates the overall impact of this pilot experiment over the period 2010–2017 on GP activities based on the following indicators: number of working days, patients seen at least once, patients registered, and visits delivered. We control for endogeneity and reduce selection bias by using a case-control design combining coarsened exact matching and difference-in-differences estimates on panel data. We find a small positive impact on the number of GP working days (+1.2%) following enrollment and a more pronounced effect on the number of patients seen (+7.55%) or registered (+6.87%). However, we find no effect on the number of office and home visits. In this context, cooperation and teamwork between GPs and nurses seem to improve access to care for patients.

► **Using National Clinical Guidelines To Reduce Practice Variation – The Case Of Denmark**

LYDIKSEN N., GREVE J., JAKOBSEN M., *et al.*

2021

Health Policy(Ahead of pub).

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

Denmark introduced a National Clinical Guideline development programme in 2012. Development of Clinical Guidelines was centralized, following the GRADE methodology. Guidelines were developed primarily for areas with uncertainty about best practice.. Most guidelines provided weak recommendations for practice. Because recommendations are weak and

without systematic monitoring of compliance, the effect on reducing practice variation is uncertain.

► **Physician Network Connections To Specialists And HIV Quality Of Care**

STECHER C.

Health Services Research (Ahead of pub).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13628>

The aim of this paper is to estimate novel measures of generalist physicians' network connectedness to HIV specialists and their associations with two dimensions of HIV quality of care. Data Sources Medicare and Medicaid claims and the American Medical Association Masterfile data on people living with HIV (PLWH) and the physicians providing their HIV care in California between 2007 and 2010. Study Design I construct regional patient-sharing physician networks from the shared treatment of PLWH and calculate (a) measures of network connectedness to all physician types and (b) specialty-weighted measures to describe connectedness to HIV specialists. Two HIV quality of care outcomes are then evaluated: medication quality (prescribing antiretroviral drugs from at least two drug classes) and monitoring quality (at least two annual HIV virus monitoring scans). Linear probability models estimate the associations between network statistics and the two dimensions of HIV quality of care, and a policy simulation demonstrates the importance of these statistical relationships. These analyses include 16 124 PLWH, 3240 generalists, and 1031 HIV specialists. Principal Findings Generalists' network connectedness to HIV specialists is positively related with their own HIV medication quality; one additional HIV specialist connection is associated with a 1.46 percentage point (SE 0.42, P < .01) increase in generalist's medication quality. Based on the estimated associations, a simulated policy that increases connectedness between generalists and HIV specialists reduces the annual rate of HIV infections by up to 6%, roughly 290 fewer infections per year. Only network connectedness to all physician types is associated with improved monitoring quality. Conclusions Network connectedness to HIV specialists is positively associated with generalists' HIV medication quality, which suggests that specialists provide clinical support through patient-sharing for complex treatment protocol.

► **Preserving Social Equity In Marketized Primary Care: Strategies In Sweden**

WINBLAD U., ISAKSSON D. ET BLOMQVIST P.
2020

Health Economics, Policy and Law 16(2): 216-231.
<https://doi.org/10.1017/S1744133120000092>

A primary care choice reform launched in Sweden in 2010 led to a rapid growth of private providers. Critics feared that the reform would lead to an increased tendency among new, profit-driven, providers, to select patients with lower health risks. Even if open risk selection is prohibited, providers can select patients in more subtle ways, such as establishing their practices in areas with higher health status. This paper investigates to what extent strategies were employed by local

governments to avoid risk selection and whether there were any differences between left- and right-wing governments in this regard. Three main strategies were used: risk adjustment of the financial reimbursements on the basis of health and/or socio-economic status of listed patients; design of patient listing systems; and regulatory requirements regarding the scope and content of the services that had to be offered by all providers. Additionally, left-wing local governments were more prone than right-wing governments to adopt risk adjustment strategies at the onset of the reform but these differences diminished over time. The findings of the paper contribute to our understanding of how social inequalities may be avoided in tax-based health care systems when market-like steering models such as patient choice are introduced.

Covid-19

► **Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales**

SCHWEYER F. X., FIQUIET L., FLEURET S., *et al.*
2021

Revue Francophone Sur La Santé Et Les Territoires (Rfst): epub.
<https://journals.openedition.org/rfst/779>

Cet article propose une lecture territoriale de la pandémie de Covid-19 en analysant sa gestion par cinq équipes de soins primaires organisées en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) dans deux régions, les Pays de la Loire et la Bretagne. A partir de l'exploitation de résultats intermédiaires d'un programme de recherche (Concert-MSP) qui étudie les formes et modalités de concertation pluri-professionnelle dans les MSP, l'analyse combine deux dimensions territoriales : les territoires de proximité dans lesquels des équipes de MSP se sont adaptées à la situation inédite et les territoires régionaux qui ont été les espaces du déploiement des mesures de sécurité sanitaire décidées par l'Etat. La première partie présente la diversité des contextes territoriaux (territoires à tendance rurale, rural intermédiaire ou à tendance urbaine) des 5 MSP étudiées qui ont des logiques de fonctionnement variés : maintien d'une offre de soins local, logique de fonctionnement centrée sur les professionnels ou logique populationnelle. La deuxième partie, centrée sur la gestion de la crise sanitaire en soins primaires, étudie le territoire régional comme espace d'appli-

cation d'un plan national, avec deux approches différentes quant à la mobilisation des acteurs locaux et de l'élaboration de nécessaires compromis à passer localement pour asseoir l'autorité de l'Etat, mais aussi comment les équipes ont mis en place de nouveaux modes d'organisation. La troisième partie analyse comment les équipes des MSP ont modifié leurs pratiques de soins et de coopération pour gérer la crise. Leur mobilisation a permis l'émergence ou le renforcement de réseaux d'entraide locaux, et a interrogé les territoires professionnels et la division symbolique du travail contribuant ainsi à donner de nouveaux rôles et à instaurer de nouvelles pratiques. Si l'existence d'un collectif de travail a été facilitant pour élaborer des réponses appropriées, le rôle central des médecins a, lui, été plutôt renforcé. L'élargissement des réseaux relationnels et l'interconnaissance entre acteurs des territoires pourraient compter parmi les acquis de la crise.

Health Systems

► **Divided By Choice? For-Profit Providers, Patient Choice And Mechanisms Of Patient Sorting In The English National Health Service**

BECKERT W. ET KELLY E.

2021

Health Economics 30 (4) : 820-839

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4223>

This paper studies patient choice of provider following government reforms in the 2000s, which allowed for-profit surgical centers to compete with existing public National Health Service (NHS) hospitals in England. For-profit providers offer significant benefits, notably shorter waiting times. We estimate the extent to which different types of patients benefit from the reforms, and we investigate mechanisms that cause differential benefits. Our counterfactual simulations show that, in terms of the value of access, entry of for-profit providers benefitted the richest patients twice as much as the poorest, and white patients six times as much as ethnic minority patients. Half of these differences is explained by healthcare geography and patient health, while primary care referral practice plays a lesser, though non-negligible role. We also show that, with capitated reimbursement, different compositions of patient risks between for-profit surgical centers and existing public hospitals put public hospitals at a competitive disadvantage.

► **Landscape Of Health Systems In The United States**

FURUKAWA M. F., MACHTA R. M., BARRETT K. A., *et al.*

2020

Medical Care Research and Review 77(4): 357-366.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558718823130>

Despite the prevalence of vertical integration, data and research focused on identifying and describing health systems are sparse. Until recently, we lacked an enumeration of health systems and an understanding of how systems vary by key structural attributes. To fill this gap, the Agency for Healthcare Research and Quality developed the Compendium of U.S. Health

Systems, a data resource to support research on comparative health system performance. In this article, we describe the methods used to create the Compendium and present a picture of vertical integration in the United States. We identified 626 health systems in 2016, which accounted for 70% of nonfederal general acute care hospitals. These systems varied by key structural attributes, including size, ownership, and geographic presence. The Compendium can be used to study the characteristics of the U.S. health care system and address policy issues related to provider organizations.

► **The Effects Of Accountable Care Organizations Forming Preferred Skilled Nursing Facility Networks On Market Share, Patient Composition, And Outcomes**

GU J., HUCKFELDT P. ET SOOD N.

2021

Medical Care 59(4): 354-361.

<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001493>

Background: Through participation in payment reforms such as bundled payment and accountable care organizations (ACOs), hospitals are increasingly financially responsible for health care use and adverse health events occurring after hospital discharge. To improve management and coordination of postdischarge care, ACO hospitals are establishing a closer relationship with skilled nursing facilities (SNFs) through the formation of preferred SNF networks. Research Design: We evaluated the effects of preferred SNF network formation on care patterns and outcomes. We included 10 ACOs that established preferred SNF networks between 2014 and 2015 in the sample. We first investigated whether hospitals “steer” patients to preferred SNFs by examining the percentage of patients sent to preferred SNFs within each hospital before and after network formation. We then used a difference-in-difference model with SNF fixed effects to evaluate the changes in patient composition and outcomes of preferred SNF patients from ACO hospitals after network formation relative to patients from other hospitals. Results: We found that preferred network formation was not associated with higher market share or better outcomes for preferred SNF patients from ACO hospi-

tals. However, we found a small increase in the average number of Elixhauser comorbidities for patients from ACO hospitals after network formation, relative to patients from non-ACO hospitals. Conclusions: After preferred SNF network formation, there is some evidence that ACO hospitals sent more complex patients to preferred SNFs, but there was no change in the volume of patients received by these SNFs. Furthermore, preferred network formation was not associated with improvement in patient outcomes.

► **Optimal Staffing In Community Health Centers To Improve Quality Of Care**

LUO Q., DOR A. ET PITTMAN P.

2021

Health Services Research 56(1): 112-122.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.13566>

The objective is to explore optimal workforce configurations in the production of care quality in community health centers (CHCs), accounting for interactions among occupational categories, as well as contributions to the volume of services. Data Sources We linked the Uniform Data System from 2014 to 2016 with Internal Revenue Service nonprofit tax return data. The final database contained 3139 center-year observations from 1178 CHCs. Study Design We estimated a system of two generalized linear production functions, with quality of care and volume of services as outputs, using the average percent of diabetic patients with controlled A1C level and hypertensive patients with controlled blood pressure as quality measures. To explore the substitutability and complementarity between staffing categories, we estimated a revenue function. Findings Primary care physicians and advanced practice clinicians achieve similar quality outcomes (3.2 percent and 3.0 percent improvement in chronic condition management per full-time equivalent (FTE), respectively). Advanced practice clinicians generate less revenue per FTE but are generally less costly to employ. Conclusion As quality incentives are further integrated into payment systems, CHCs will need to optimize their workforce configuration to improve quality. Given the relative efficiency of advanced practice clinicians in producing quality, further hiring of these professionals is a cost-effective investment for CHCs.

► **Provider Teams Outperform Solo Providers In Managing Chronic Diseases And Could Improve The Value Of Care**

PANY M. J., CHEN L., SHERIDAN B., *et al.*

2021

Health Affairs 40(3): 435-444.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01580>

Scope-of-practice regulations, including prescribing limits and supervision requirements, may influence the propensity of providers to form care teams. Therefore, policy makers need to understand the effect of both team-based care and provider type on clinical outcomes. We examined how care management and biomarker outcomes after the onset of three chronic diseases differed both by team-based versus solo care and by physician versus nonphysician (that is, nurse practitioner and physician assistant) care. Using 201 318 deidentified electronic health record data from US primary care practices, we found that provider teams outperformed solo providers, irrespective of team composition. Among solo providers, physicians and nonphysicians exhibited little meaningful difference in performance. As policy makers contemplate scope-of-practice changes, they should consider the effects of not only provider type but also team-based care on outcomes. Interventions that may encourage provider team formation, including scope-of-practice reforms, may improve the value of care.

Covid-19

► **From Resilient To Transilient Health Systems: The Deep Transformation Of Health Systems In Response To The Covid-19 Pandemic**

HALDANE V. ET MORGAN G. T.

2020

Health Policy and Planning 36(1): 134-135.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czaa169>

As countries confront and adapt to the impact of Covid-19, policymakers, public health officials and political leaders have rallied around one word: resilience. Resilience often narrowly focuses on 'bouncing back' to normal as quickly as possible, without critically assessing whether the pre-shock normal should be aspired to (Ebi and Semenza, 2008; Houston, 2015). We argue that the Covid-19 pandemic presents an opportunity for health systems to address the long-standing structural inequalities it reinforces, and the environmental sustainability it undermines, to work towards transformative resilience, or 'transilience' (Pelling, 2010).

► **Effect Of The Covid-19 Lockdown On Disease Recognition And Utilisation Of Healthcare Services In The Older Population In Germany: A Cross-Sectional Study**

MICHALOWSKY B., HOFFMANN W., BOHLKEN J., *et al.*

2020

Age and Ageing 50(2): 317-325.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa260>

There is little evidence about the utilisation of healthcare services and disease recognition in the older population, which was urged to self-isolate during the Covid-19 lockdown. We aimed to describe the utilisation of physician consultations, specialist referrals, hospital admissions and the recognition of incident diseases in Germany for this age group during the Covid-19 lockdown. Cross-sectional observational study. 1,095 general practitioners (GPs) and 960 specialist practices in Germany. 2.45 million older patients aged 65 or older. The number of documented physician consultations, specialist referrals, hospital admissions and incident diagnoses during the imposed lockdown in 2020 was descriptively analysed and compared to 2019. Physician consultations decrease slightly in

February (-2%), increase before the imposed lockdown in March (+9%) and decline in April (-18%) and May (-14%) 2020 compared to the same periods in 2019. Volumes of hospital admissions decrease earlier and more intensely than physician consultations (-39 versus -6%, respectively). Overall, 15, 16 and 18% fewer incident diagnoses were documented by GPs, neurologists and diabetologists, respectively, in 2020. Diabetes, dementia, depression, cancer and stroke were diagnosed less frequently during the lockdown (-17 to -26%), meaning that the decrease in the recognition of diseases was greater than the decrease in physician consultations. The data suggest that organisational changes were adopted quickly by practice management but also raise concerns about the maintenance of routine care. Prospective studies should evaluate the long-term effects of lockdowns on patient-related outcomes.

► **Beyond Covid-19: A Cross-Sectional Study In Italy Exploring The Covid Collateral Impacts On Healthcare Services**

GUALANA M. R., CORRADI A., VOGLINO G., *et al.*

2021

Health Policy (Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.005>

With Covid-19, populations are facing unmet health needs due to fear of contagion, lockdown measures and overload of Healthcare services (HCS). The COCOS study aimed to investigate reduced healthcare access among Italian citizens, additionally looking for specific subgroups that will primarily need health services in the next future. A cross-sectional online survey was performed during the Italian lockdown between April and May 2020. Descriptive, univariable and multivariable (logistic regression models) analyses were performed: results are expressed as Odd Ratios and Adjusted Odd Ratios (ORs and AdjORs). Totally, 1,515 questionnaires were collected. Median age was 42 years (IQR 23), 65.6% were females. Around 21.8% declared to suffer from chronic diseases. About 32.4% faced a delay of a scheduled Medical Service (MS) by provider decision, 13.2% refused to access scheduled MS for the fear of contagion, and 6.5% avoided HCS even if having an acute onset issue. Alarmingly, 1.5% avoided Emergency Department when in need and 5.0% took medications without consulting any physician: patients suffering

from chronic conditions resulted to be more prone to self-medication (AdjOR [95% CI]: 2.16 [1.16-4.02]). This study demonstrated that indirect effects of Covid-19 are significant. Large groups of population suffered

delays and interruptions of medical services, and the most vulnerable were the most affected. Immediate efforts are needed to reduce the backlog that HCSS incurred in.

Travail et santé

Occupational Health

► **Troubles musculo-squelettiques liés au travail : nombre de cas évitables par l'application d'un scénario théorique de prévention**

FOUQUET N., CHERRIER-CHALLINE L., RUBION E., *et al.*

2021

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(3): 49-56

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/320554/2927052>

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent la première cause de maladies professionnelles indemnisées en France. Les objectifs de l'étude étaient d'estimer d'une part le nombre de TMS évitables par l'application d'un scénario théorique de prévention visant à réduire de 10 % le nombre de cas uniquement liés au travail, et d'autre part le niveau de réduction d'incidence de l'ensemble des cas de TMS équivalent à la réduction de 10 % de l'incidence de ceux liés au travail.

► **Estimation de la sous-déclaration des TMS en France : évolution entre 2009 et 2015**

RIVIERE S., ALVES J., SMAILI S., *et al.*

2021

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Beh)(3): 42-48

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/320554/2927052>

La sous-déclaration des pathologies d'origine professionnelle correspond à la part des pathologies qui n'entrent pas dans le circuit de réparation alors qu'elles remplissent les critères. Son suivi a un intérêt particulier dans le cadre de la modification partielle en 2011 du tableau 57 de reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres. L'objectif de l'étude est de décrire l'évolution de la sous-déclaration entre 2009 et 2015 pour quatre catégories de TMS (épaule, coude, rachis lombaire et syndrome du canal carpien – SCC).

Covid-19

► **Projected All-Cause Deaths Attributable To Covid-19-Related Unemployment In The United States**

MATTHAY E. C., DUCHOWNY K. A., RILEY A. R., *et al.*

2021

American Journal of Public Health 111(4): 696-699.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306095>

The objectives of this study is to project the range of excess deaths potentially associated with Covid-19-related unemployment in the United States and quantify inequities in these estimates by age, race/ethnicity, gender, and education. Methods. We used pre-

viously published meta-analyzed hazard ratios (HRs) for the unemployment's mortality association, unemployment data from the Bureau of Labor Statistics, and mortality data from the National Center for Health Statistics to estimate 1-year age-standardized deaths attributable to Covid-19 related unemployment for US workers aged 25 to 64 years. To accommodate uncertainty, we tested ranges of unemployment and HR scenarios. Results. Our best estimate is that there will be 30231 excess deaths attributable to Covid-19 related unemployment between April 2020 and March 2021. Across scenarios, attributable deaths ranged from 8315 to 201968. Attributable deaths were disproportionately

high among Blacks, men, and those with low education. Conclusions. Deaths attributable to Covid-19's related unemployment will add to those directly associated with the virus and will disproportionately burden groups already experiencing incommensurate Covid-

19 mortality. Public Health Implications. Supportive economic policies and interventions addressing long-standing harmful social structures are essential to mitigate the unequal health harms of Covid-19.

Veillissement

Ageing

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

APOUEY B.

2020

Retraite et société 84(2): 13-40.

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

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

► **Worlds Of Long-Term Care: A Typology Of OECD Countries**

ARIAANS M., LINDEN P. ET WENDT C.

2021

Health Policy(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009>

Providing long-term care (LTC) to the elderly is a major

challenge for the welfare state. LTC systems differ widely among countries. Due to recent maturation, economization, and marketization processes, earlier LTC comparisons and typologies are no longer suitable to give a comprehensive overview of LTC systems and their major characteristics. In this paper we introduce a new typology of LTC systems in the OECD world, based on most recent OECD data and a unique set of institutional indicators. This typology aims to make LTC systems more comparable to welfare state and healthcare system typologies and thereby improve our understanding of how long-term care is embedded in the wider welfare state and how it is related to other welfare state institutions. Based on 24 cluster analyses, we identify six (method-driven) and nine LTC types (content-driven), which can be adapted in future studies according to the needs. In the six-types solution, we suggest a public supply type (e.g., Sweden), a private supply type (e.g., Germany), a residual public type (e.g., Poland), an evolving public supply type (e.g., Korea), a need-based supply type (e.g., Switzerland), and an evolving need-based type (e.g., United States).

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

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

2021

Health Policy 125(4): 436-441.

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

Caregiving has negative effects on the health of informal caregivers. The current aging of the population predicts an increase in the number of informal caregivers worldwide. The effect of available public policies that support informal caregivers in their self-perceived

health is an understudied topic. We analyzed the differences in the effects of public support policies in 11 European countries using longitudinal data from waves 5 and 6 of the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe. In this cohort, 2303 respondents were in-house informal caregivers. Logistic regression models were fitted adjusting for the main determinants of caregiving. Respite care and caregiver allowances emerged as the most effective measures of support for caregivers' health maintenance (relative risk [RR] = 0.2; 95% CI = 0.1–0.8 and RR = 0.5; 95% CI = 0.3–0.9). Despite the differences in the welfare systems of Scandinavian and Mediterranean countries, informal caregivers in these countries were less likely than those living in Continental or Eastern countries to have declined health two years later. Our results indicate that public support policies are significantly related to caregivers' subsequent health, but the effects vary by country. Country-specific studies should be performed to take into account the determinants of caregiving linked to the social context of each country.

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

PATTYN E., WERBROUCK A., GEMMEL P., *et al.*
2021

Health Policy 125(3): 363-374.

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

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

respite or home care individually, is scarce and inconclusive. A reduction in residential care and an uptake of services in the community can, with caution, be noted. However, contextual and individual factors can affect the way deinstitutionalization takes place and which community-based services are chosen. Future research should therefore focus on the underlying processes and influencing factors, in order to obtain a clear view of the shift towards deinstitutionalization.

► **Health Measures And Long-Term Care Use In The European Frail Population**

ROQUEBERT Q., SICSIC J., RAPP T., *et al.*
2021

The European Journal of Health Economics 22(3): 405-423.

<https://doi.org/10.1007/s10198-020-01263-z>

This paper explores the association between health measures and long-term care (LTC) use in the 70+ old population. We examine how different measures of health—subjective versus objective—predict LTC use, provided either formally or informally. We consider an absolute measure of subjective health, the grade given by the individual to his/her health status, and additionally construct a relative measure capturing the difference between this grade and the average grade given to health by individuals sharing the same characteristics. Conceptually, this difference comes from the perception of the individual, corresponding to both the private health information and the reporting behavior affecting self-rated health. We use the baseline data from the SPRINTT study, an ongoing randomized control trial on 1519 subjects facing physical frailty and sarcopenia (PF&S) in 11 European countries. Our sample population is older than 70 (mean: 79 years) and comprises a majority (71%) of women. Results show that self-rated health indicators correlate to formal care even when objective health measures are included, while it is not the case for informal care. Formal care consumption thus appears to be more sensitive to the individual's perception of health than informal care.

► **Changes In The Balance Between Formal And Informal Care Supply In England Between 2001 And 2011: Evidence From Census Data**

ZIGANTE V., FERNANDEZ J.-L. ET MAZZOTTA F.
2020

Health Economics, Policy and Law 16(2): 232-249.
<https://doi.org/10.1017/S1744133120000146>

Informal care plays a crucial role in the social care system in England and is increasingly recognised as a cornerstone of future sustainability of the long-term care (LTC) system. This paper explores the variation in informal care provision over time, and in particular, whether the considerable reduction in publicly-funded formal LTC after 2008 had an impact on the provision of informal care. We used small area data from the

2001 and 2011 English censuses to measure the prevalence and intensity (i.e. the number of hours of informal care provided) of informal care in the population. We controlled for changes in age structure, health, deprivation, income, employment and education. The effects of the change in formal social care provision on informal care were analysed through instrumental variable models to account for the well-known endogeneity. We found that informal care provision had increased over the period, particularly among high-intensity carers (20+ hours per week). We also found that the reduction in publicly-funded formal care provision was associated with significant increases in high-intensity (20+ hours per week) informal care provision, suggesting a substitutive relationship between formal and informal care of that intensity in the English system.

Covid-19

► **L'impact de la crise Covid-19 dans le champ de l'inclusion : l'expérience du dispositif habitat Côté Cours du Havre**

DELAROCHE M.
2021

Pratiques en santé mentale 67e année(1): 31-36.
<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-1-page-31.htm>

Nous ne sommes pas ici dans le cadre sanitaire relativement structuré de l'hôpital mais dans le milieu dit ordinaire puisque les personnes sont avant tout des résidents davantage que des malades. La pandémie a obligé équipes d'accompagnement et résidents à faire preuve de créativité pour s'adapter à la situation en minimisant les dangers potentiels liés à la solitude et à la diminution des temps de soins proprement dits. Le bilan de ces pratiques nouvelles et plus souples déployées au cours du premier confinement ont permis de faire un certain nombre de constats optimistes. Aucune ré-hospitalisation durant le confinement, amélioration de l'empowerment des résidents, développement de leurs capacités d'autonomie améliorant leur propre confiance en eux.

► **Confinement et isolement en Ehpad ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux**

GIL R.
2020

Droit, Santé et Société 2(2): 27-34.
<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-2-page-27.htm>

Le confinement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été une des modalités de déclinaison du confinement de la population générale, appliqué aux personnes âgées, en institution, plus vulnérables au virus en raison certes de leur âge, mais aussi des pathologies associées, notamment cardiovasculaire et diabétique et de leur vie commune propice à la propagation du virus. Les visites des proches furent donc suspendues, mais en outre certains établissements, non infectés par la Covid, procédèrent indistinctement à l'isolement des résidents dans leur chambre, ce qui fut parfois appelé le « confinement total ». Les établissements contaminés durent tenter de regrouper les personnes malades dans des secteurs dédiés. Les équipes soignantes, dont certaines furent aussi frappées par la Covid, et donc en nombre réduit, durent avec les médecins coordonnateurs soigner les malades, gérer les mesures sécuritaires, accompagner les résidents isolés. Elles furent soumises à rude épreuve. Il fallut repenser l'accompagnement, en usant de moyens de communication

téléphonique et numérique. Mais la durée du confinement généra chez nombre de résidents les souffrances de l'isolement social liées à un sentiment d'abandon, qui s'accompagna pour certains d'un effondrement du désir de vivre. Les établissements durent gérer de manière difficile et les exigences sécuritaires et les exigences d'humanité. Quelle lecture éthique peut-on proposer de cette crise qui a si durement frappé les plus vulnérables ?

► **Covid-19 Mortality Rates Among Nursing Home Residents Declined From March To November 2020**

KOSAR C. M., WHITE E. M., FEIFER R. A., *et al.*

2021

Health Affairs 40(4): 655-663.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.02191>

Improved therapeutics and supportive care in hospitals have helped reduce mortality from Covid-19. However, there is limited evidence as to whether nursing home residents, who account for a disproportionate share of Covid-19 deaths and are often managed conservatively in the nursing home instead of being admitted to the hospital, have experienced similar mortality reductions. In this study we examined changes in thirty-day mortality rates between March and November 2020 among 12,271 nursing home residents with Covid-19. We found that adjusted mortality rates significantly declined from a high of 20.9 percent in early April to 11.2 percent in early November. Mortality risk declined for residents with both symptomatic and asymptomatic infections and for residents with both high and low clinical complexity. The mechanisms driving these trends are not entirely understood, but they may include improved clinical management within nursing homes, improved personal protective equipment supply and use, and genetic changes in the virus.

► **Une saison en EHPAD**

LEGARDINIER N.

2021

VST - Vie sociale et traitements 149(1): 30-35.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2021-1-page-30.htm>

La vie en Ehpads s'est refermée pendant ce qu'on a nommé la « crise sanitaire ». Le confinement a bafoué les droits fondamentaux de se réunir, de circuler, de s'exprimer, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur des établis-

sements. La privation de liberté a causé des ravages psychiques qui sont pour la plupart restés inaperçus. Plus que jamais, la place de la psychanalyse s'est révélée dans la rencontre du dit dément, à l'écoute du désir qu'il convient d'écouter parler.

► **L'égalité d'accès aux soins ou la prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes en période de pandémie**

NICOLAS G.

2020

Droit, Santé et Société 1(1): 31-40.

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2020-1-page-31.htm>

Alors que le confinement a été justifié par la protection des plus faibles et plus spécifiquement des plus âgées, la prise en soin des personnes âgées hébergées en EHPAD a fait l'objet de critiques et de contentieux devant le juge des référés du Conseil d'Etat. Si l'EHPAD n'est pas un établissement hospitalier, la protection de la santé des résidents est évidemment essentielle. La qualité des soins, l'accès aux soins hospitaliers mais également l'existence de soins palliatifs se posent avec d'autant plus d'acuité en période de pandémie. Cette dernière est alors le révélateur des failles et faiblesses de notre système de santé alors que l'ensemble de la société est mobilisé pour préserver la santé des plus fragiles. Elle révèle le paradoxe de la protection de la santé des personnes dépendantes, premières consommatrices de soins mais victimes de la sélection dans l'accès aux services hospitaliers de réanimation.

► **The Impact Of Covid-19 Restriction Measures On Loneliness Among Older Adults In Austria**

STOLZ E., MAYERL H. ET FREIDL W.

2020

European Journal of Public Health 31(1): 44-49.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa238>

To halt the spread of Covid-19, Austria implemented a 7-week 'lockdown' in March/April 2020. We assess whether the ensuing reduction in social contacts led to increased loneliness among older adults (60+). Three analyses were conducted: (i) a comparison between pre-pandemic (SHARE: 2013–17) and pandemic (May 2020) levels of loneliness (UCLA-3 scale), (ii) an assessment of the cross-sectional correlation between being affected by Covid-19 restriction measures and lone-

liness (May 2020) and (iii) a longitudinal analysis of weekly changes (March–June 2020) in loneliness (Corona panel). We found (i) increased loneliness in 2020 compared with previous years, (ii) a moderate positive association between the number of restriction measures older adults were affected from and their loneliness and (iii) that loneliness was higher during ‘lockdown’ compared to the subsequent re-opening phase, particularly among those who live alone. We found evidence that Covid-19 restriction measures in Austria have indeed resulted in increased levels of loneliness among older adults. However, these effects seem to be short-lived, and thus no strong negative consequences for older adults’ mental health are expected. Nonetheless, the effects on loneliness, and subsequent mental health issues, could be both more long-lasting and severe if future restriction measures are enacted repeatedly and/or over longer time periods.

► **82 Person-Centred Emergency Care Outcome Measurement For Older People Living With Frailty**

VAN OPPEN J.

2021

[Age and Ageing 50\(Supplement_1\): i12-i42.](https://doi.org/10.1093/ageing/afab030.43)

<https://doi.org/10.1093/ageing/afab030.43>

Health outcome goals are the results individuals seek from healthcare. These may incorporate holistic themes including function, mood, and quality of life. People living with frailty have poorer outcomes from even short hospital stays. They benefit from person-centred, goal-directed care over protocol-driven pathway approaches. This could be improved by monitoring attainment of health outcome goals. A systematic review for older people’s health outcome goals in emergency care was conducted using narrative synthesis. A qualitative study based on grounded theory expanded the outcome framework to include people living with frailty. People with cognitive and communication barriers were included in semi-structured interviews. Discussions focussed on the events and outcomes sought from emergency care. The interview study was paused due to the Covid-19 pandemic. Initial results showed a predominance of person-centred and holistic care themes among health outcome goals. Participants’ most common goal for emergency care was relief of symptoms; people often had pain. Participants mostly had severe frailty and wanted their mobility to be assessed, with goals of recovering their functional baseline. While participants had confidence

in healthcare professionals and were generally willing to “do as we are told to feel better”, they expected to undergo at least basic tests in order to receive a working diagnosis for their problem. People wanted to understand their illness and for explanations to be communicated to their relatives. Next steps Patient-reported outcome measures (PROMs) for this range of emergency care outcomes are being identified for field-testing in acute settings.

► **Long-Term Care Policy After Covid-19 – Solving The Nursing Home Crisis**

WERNER R. M., HOFFMAN A. K. ET COE N. B.

2020

[New England Journal of Medicine 383\(10\): 903-905.](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2014811)

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2014811>

Nursing homes have been caught in the crosshairs of the coronavirus pandemic. As of early May 2020, Covid-19 had claimed the lives of more than 28,000 nursing home residents and staff in the United States.¹ But U.S. nursing homes were unstable even before Covid-19 hit. They were like tinderboxes, ready to go up in flames with just a spark. The tragedy unfolding in nursing homes is the result of decades of neglect of long-term care policy.

Index des auteurs Author index

A

Adler-Milstein J.	60
Ahlbom A.	22
Albani V.	51
Albert-Ballestar S.	36
Alcenat S.	42
Alla F.	42
Allen L.	28
Allermoz E.	59
Alter C. L.	51
Alves J.	66
Angoulvant C.	60
Ao C.-K.	19
Apouey B.	67
Ariaans M.	67
Aubert I.	42

Boes S.	18
Bohlken J.	65
Bollondi-Pauly C.	33
Bourdin A.	24
Bourrillon C.	16
Braga C. K. V.	26
Breinbauer M.	32
Brière J.-L.	54
Briggs A. H.	21
Brodke D. S.	34
Brown C. S.	33
Bruel S.	47
Bugeat T.	33
Bruine de Bruin W.	52
Burg V.	33
Byrne J.-P.	24
Byrnes M. E.	33

B

Baesa G.	28
Barrett K. A.	63
Basu S.	52
Batoul A.	28
Baudet-Michel S.	25
Baudier F.	46
Bäumli M.	29
Beauchesne B.	44
Beaume C.	15
Becerra-Muñoz V. M.	32
Beckert W.	63
Belhamri N. M.	41
Bellahsen M.	52
Bell S.	30
Bell Z.	51
Benedetti A.	43
Bénézech J.-P.	43
Benjamin-Chung J.	47
Berkowitz S. A.	52
Bernier S.	59
Bernstein S.	60
Besse M.	44
Bjorner J. B.	27
Blomqvist P.	62
Bloom D. E.	47

C

Cadarette D.	47
Calvo-Perxas L.	67
Cantor J.	38
Cantor J. H.	16
Carde E.	36
Carlier J.	53
Carman K. G.	52
Carr M. J.	53
Cayouette-Remblière J.	40
Cen X.	20
Cerasuolo D.	15
Chapalain D.	21
Chapel J. M.	31
Chen L.	64
Cherrier-Challine L.	66
Chobeaux F.	56
Choi Y.	44
Chomienne M. H.	54
Cipriano M.	42
Clisson R.	60
Coe N. B.	71
Colin C.	29
Colineaux H.	37
Comiti V.-P.	56
Conan P.	53

Contrand B.....	55
Conway E.....	24
Coquard L.....	53
Corradi A.....	65
Cristia-Leroy C.....	37
Cuggia M.....	41
Cummings J. R.....	28

D

Dacheux É.....	17
Dalex E.....	33
David G.....	48
Deeks J.....	23
Delaroque M.....	69
Delfin Rossaro A.....	17
Demariano M.....	58
de Montgolfier S.....	34
De Roo A. C.....	33
De Rosis S.....	15
Descombas J.....	53
Devillier N.....	17
Dimes J.....	23
Dor A.....	64
Douillet A.-C.....	57
Duchowny K. A.....	66
Dumont G.-F.....	14

E

Early N.....	13
Ebeling M.....	22
Edmonds J. K.....	29
Edmunds K.....	48
Eid C. M.....	32
Eliot E.....	25
Eslin J.-C.....	57
Espesson-Vergeat B.....	39

F

Fayet Y.....	25
Febvrel D.....	37
Feifer R. A.....	70
Fernandes S.....	49
Fernandez J.-L.....	69
Ferragne A.....	53
Ferranna M.....	47

Ferriot C.....	29
Ferron C.....	46
Fillion E.....	27
Fiquiet L.....	62
Firpi S.....	49
Fleuret S.....	62
Foessel M.....	57
Fond G.....	49, 54
Fortin C.....	21
Fosse Edorh S.....	33
Fouquet N.....	66
Franc C.....	61
Franck N.....	54
Freidl W.....	70
Frohlich K.....	46
Fu R.....	18
Furukawa M. F.....	63

G

Gagneux-Brunon A.....	47
Gandjour A.....	34
Gannon B.....	31
García-Altés A.....	36
Geddes J. R.....	55
Gemmel P.....	68
Gerbaud L.....	45
Ghasemi Sichani M.....	24
Gil R.....	47, 69
Goldberg M.....	40, 41
Goldstein D. A.....	21
Goujon D.....	17
Gourdy P.....	35
Grand E. L.....	45
Greve J.....	61
Grignon M.....	20
Gualana M. R.....	65
Guignard R.....	45
Gu J.....	63

H

Haldane V.....	65
Handley S. C.....	30
Henry M.....	33
Hernández-Quevedo C.....	13
Hockenberry J. M.....	28
Hock H.....	13
Hoffman A. K.....	71

Hoffmann W.....	65
Houot M.	45
Huckfeldt P.	63
Huguier M.	38
Huitfeldt I.	30
Husain M.	55

I

Iervasi G.....	23
Isaksson D.....	62
Izambert C.....	21 , 57

J

Jaeger M.	56
Jakobsen M.....	61
Jason M. S.	20
Jauernik C. P.	46
Jayawardana S.	24
Jensen N. K.....	27
Johnston D. W.....	20

K

Kelly E.	63
Kelly-Irving M.	37
Kern L. M.....	30
Kerridge I.....	39
Kirwin E.....	21
Kishton R.....	51
Kivits J.	46
Kletz F.....	42
Knapp M.....	49
Kneisl J. S.	36
Kofner A.	16
Kosar C. M.	70
Kung C. S. J.....	20
Kwon S.	44

L

Labbé A.....	54
Lamblin A.....	34
Leclère B.....	29
Lee P. H.	55
Legardinier N.....	70

Legrand J. P.....	41
Lejeune A.....	27
Lemire F.	54
Leroy D.	43 , 44
Lesaine E.....	41
Levere M.	13
Linden A.....	60
Linden P.....	67
Litwin H.....	67
Liu Y.-M.....	19
Loussouarn C.	61
Lunney M.	19
Luo Q.....	64
Lydiksen N.....	61
Lyu W.	13

M

Machado S. R.	24
Machta R. M.....	63
Macknet D. M.	36
MacLeod K. E.....	31
Mandereau Bruno L.	33
Manjon A.....	28
Maréchal F.	42
Marek J.....	55
Marenzi A.....	19
Maria A.	21
Markstedt E.	43
Marquis N.....	50
Martin B. I.	34
Mathisen J.....	27
Matthay E. C.....	66
Mayerl H.....	70
Mazzotta F.	69
McBain R. K.	16
McCurdy M.....	31
McDermott A. M.....	24
Meriade L.....	35
Mesle F.	22
Michalowsky B.....	65
Modig K.....	22
Monnet X.....	35
Montastruc J. L.....	38
Morgan G. T.	65
Mossialos E.....	24
Moulin A. M.....	58
Moulin A.-M.....	57
Mousquès J.	61
Murphy K. A.	50

Mutonda Mwangaza S..... 53

N

Naegelen F..... 42
 Nálevka P. 55
 Napierala C..... 18
 Naurin E..... 43
 Neal B. J..... 29
 Nembhard I. M. 30
 Nicolas G. 70
 Noguchi H..... 18
 Noûs C. 40
 Núñez-Gil I. J. 32
 Nuti S..... 15

O

Odoul J..... 45
 Ogundeji Y. K..... 19
 Olié V..... 45
 Orfeuil J.-P..... 26
 Orleans V..... 54
 Orozco A. P..... 56

P

Pace J. 39
 Pak A. 31
 Palm W..... 13
 Pany M. J..... 64
 Papon S. 15
 Parker A. M. 52
 Pattyn E..... 68
 Pauly V. 54
 Pearson S..... 39
 Pera M. F..... 38
 Pereira R. H. M. 26
 Pesesse S..... 50
 Phong E..... 59
 Pilson G. 22
 Pitti L..... 26
 Pittman P..... 64
 Plebani M..... 23
 Ploug T..... 46
 Plumet O..... 35
 Potier L..... 35
 Pougnet R. 21

Presskreischer R..... 50
 Prestel T..... 46

Q

Quatremère G. 45
 Quinn A..... 19

R

Rahbek O. J..... 46
 Rajan M..... 30
 Ramiz L..... 55
 Ramond-Roquin A..... 60
 Rapp T. 68
 Raulin A..... 58
 Ravez L..... 58
 Raymond S. 51
 Reeves P..... 48
 Reingold A..... 47
 Renaud J..... 53
 Renaud T..... 20
 Rial-Sebbag E. 17
 Riley A. R..... 66
 Ringel J. B..... 30
 Rinnenburger M. 32
 Riquier C..... 56
 Riviere S..... 66
 Rizzi D..... 19
 Rochon F..... 33
 Rodolphe C..... 47
 Rojas Castro M. Y. 55
 Roquebert Q..... 68
 Rubion E. 66

S

Saetta S..... 46
 Saint-Geours Y. 58
 Santiago Sanz H..... 43
 Santos A..... 40
 Sardas J.-C. 42
 Saynisch P. A. 48
 Schlegel J.-L. 58
 Schlessler J. C. 32
 Scholtes B..... 32
 Schweyer F. X. 62
 Searles A. 48

Semprini J.....	13
Servo L. M.	26
Shabani A.....	24
Shane D. M.	13
Shen Y.....	18
Sheridan B.	64
Sicsic J.....	68
Simpson J.....	51
Smaili S.	66
Sood N.	63
Soulier A.....	37
Soullier M.....	45
Spaak M.	42
Stanton-Jean M.	59
Stecher C.....	61
Stegg S.	53
Stengers I.	59
Stolle D.....	43
Stolz E.....	70
Stone E. M.	50
Struyf T.....	23

T

Taheri S.	24
Taquet M.....	55
Theophile B.....	28
Thibeaud M.	21
Thivet D.	27
Thomas F.....	55
Tillement J. P.	38
Tournay V.	17
Tripepi G.....	23
Trousselard M.	34

U

Ukert B.....	48
--------------	----

V

Van Oppen J.	71
Verrier F.	45
Videau Y.....	61
Vilalta-Franch J.....	67
Vincent F.....	35
Voglino G.....	65
Vuillermin D.	14

W

Wargny M.....	35
Webb E.....	13
Webb R. T.	53
Weiseth A.	29
Wendt C.....	67
Werbrouck A.....	68
Werner R. M.....	71
Whaley C. M.	38
White E. M.	70
Wildman J.....	38
Wilson F. A.	34
Winblad U.	62
Wohler A. D.	36
Wolk C. B.....	51
Wong G.....	49
Wushouer H.	14

X

Xavier A.....	15
---------------	----

Y

Yatim F.	16
Yoo K. J.....	44

Z

Zanette M.	19
Zante É.....	54
Zendjidjian X.	49
Zhou Y.....	14
Zigante V.....	69
Zins M.....	40 , 41

