

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Février 2023 / February 2023

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>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicament	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie – Statistique	<i>Methodology - Statistics</i>
Politique de santé	<i>Health Policy</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie	<i>Sociology</i>
Soins de santé primaires	<i>Primary Health Care</i>
Systèmes de santé	<i>Health Systems</i>
Travail et santé	<i>Occupational Health</i>
Vieillesse	<i>Ageing</i>

Présentation

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

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

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

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
21-23, rue des Ardennes - 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 00 • www.irdes.fr

Sommaire Contents

Assurance maladie Health Insurance

- 9 **Testing For Selection Bias and Moral Hazard in Private Health Insurance: Evidence From a Mixed Public-Private Health System**
Afoakwah C., Byrnes J., Scuffham P., et al.
- 9 **L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ?**
André J.-M., Del Sol M. et Moïsson-Chataigne S.
- 9 **Nouveau Regard sur « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ? »**
Del Sol M.
- 10 **Just a Question of Time? Explaining Non-Take-Up of a Public Health Insurance Program Designed For Undocumented Immigrants Living in France**
Dourgnon P., Jusot F., Marsaudon A., et al.
- 10 **Should Administrative Costs in Health Insurance Be Included in the Risk-Equalization? an Analysis of Five Countries**
Douven R., Kauer L., Demme S., et al.
- 10 **Nouveau Regard sur « Les grands équilibres du système public de la Sécurité sociale »**
Libault D.

Démographie Demography

- 11 **La population de la France va-t-elle diminuer ? Le rôle de l'immigration**
Léger J.-F.
- 11 **La population des continents et des États en 2022 : quel bilan des conséquences de la pandémie Covid-19 ?**
Sardon J.-P.

E-santé – Technologies médicales E-Health – Medical Technologies

- 12 **Synchronous Home-Based Telemedicine For Primary Care: A Review**
Lindenfeld Z., Berry C., Albert S., et al.

Économie de la santé Health Economics

- 12 **Can People Afford to Pay For Health Care? Evidence on Inequity in Financial Protection in Europe**
Azzopardi Muscat N.
- 13 **Population Ageing and Health Financing: A Method For Forecasting Two Sides of the Same Coin**
Cylus J., Williams G., Carrino L., et al.
- 13 **Pay-For-Performance For Primary Health Care in Brazil: A Comparison with England's Quality Outcomes Framework and Lessons For the Future**
Dantas Gurgel G., Kristensen S. R., da Silva E. N., et al.
- 13 **Reassessing the Impact of Health Expenditure on Income Growth in the Face of the Global Sanitary Crisis: The Case of Developing Countries**
Gaies B.
- 14 **Medicare's Bundled Payments For Care Improvement Advanced Model: Impact on High-Risk Beneficiaries**
Joynt Maddox K. E., Orav E. J., Zheng J., et al.
- 14 **Progressivity of Out-Of-Pocket Costs Under Australia's Universal Health Care System: A National Linked Data Study**
Law H. D., Marasinghe D., Butler D., et al.
- 14 **Why the US Spends More Treating High-Need High-Cost Patients: A Comparative Study of Pricing and Utilization of Care in Six High-Income Countries**
Lorenzoni L., Marino A., Or Z., et al.

- 15 **National Health Care Spending in 2021: Decline in Federal Spending Outweighs Greater Use of Health Care**
Martin A. B., Hartman M., Benson J., et al.
- 15 **Need, Demand, Supply in Health Care: Working Definitions, and Their Implications For Defining Access**
Rodriguez Santana I., Mason A., Gutacker N., et al.
- 15 **Determinants of Willingness to Pay For Health Services: A Systematic Review of Contingent Valuation Studies**
Steigenberger C., Flatscher-Thoeni M., Siebert U., et al.
- 15 **Allocation aux adultes handicapés : pathologies et recours aux soins des bénéficiaires en 2017**
Verboux D., Thomas M., Colinot N., et al.

État de santé Health Status

- 16 **Consommation d'alcool à risque : les séniors, grands oubliés des politiques de prévention**
Parry A., Minoc F., Cabé N., et al.

Géographie de la santé Geography of Health

- 17 **État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine**
Jedat V., Desnouhes A., Andrieux M., et al.

Hôpital Hospitals

- 17 **L'hôpital... par en haut ou par en bas ?**
Cador M. et Verdier C.
- 18 **Histoire de l'internat des hôpitaux (1802–2005)**
Fabiani-Salmon J. N.
- 18 **L'encastrement du privé dans l'hôpital public**
Gelly M. et Spire A.

- 18 **Dedicated Teams to Optimize Quality and Safety of Surgery: A Systematic Review**
Lentz C. M., De Lind Van Wijngaarden R. A. F., Willeboordse F., et al.
- 19 **Rapport 22-11. Prise en charge en urgence dans les unités neurovasculaires des personnes ayant un accident vasculaire cérébral**
Leys D., Chollet F., Bousser M. G., et al.
- 19 **The Impact of Community Health Centers on Inappropriate Use of Emergency Services**
Lippi Bruni M., Ugolini C., Verzulli R., et al.
- 19 **Major Interregional Differences in France of Covid-19 Hospitalization and Mortality From January to June 2020**
Muller J., Tran Ba Loc P., Binder Foucard F., et al.
- 20 **Comment le néolibéralisme et ses méthodes de gestion ont contribué à atomiser l'Hôpital : une perspective historique**
Zaki L. et Pierre-Vladimir E.

Inégalités de santé Health Inequalities

- 20 **Accès aux soins : l'âge comme critère d'exclusion ? Les pleins et les déliés des recommandations éthiques au temps du Covid**
Bourdair-Mignot C. et Gründler T.
- 21 **Income-Related Inequality in Smoking Habits: A Comparative Assessment in the European Union**
Carnazza G., Liberati P. et Resce G.
- 21 **Decomposition of Socioeconomic Inequalities in Catastrophic Out-Of-Pocket Expenditure For Healthcare in Canada**
Hajjzadeh M., Pandey S. et Pulok M. H.
- 21 **Reductions in Out-Of-Pocket Prices and Forward-Looking Moral Hazard in Health Care Demand**
Johansson N., de New S. C., Kunz J. S., et al.
- 22 **Impact of the Covid-19 Crisis on the Mortality Profiles of the Foreign-Born in France During the First Pandemic Wave**
Khat M., Ghosn W., Guillot M., et al.

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

Legleye S., Bricard D. et Khlal M.

23 Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire

Revil H.

23 Nouveau Regard sur « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire »

Revil H.

23 Immediate Physical Needs of Refugees During the Ukrainian Armed Conflict of 2022

Roitblat Y., Nehuliaieva L., Nedilko R., et al.

24 Socioeconomic Inequalities in Cancer Mortality Between and Within Countries in Europe: A Population-Based Study

Vaccarella S., Georges D., Bray F., et al.

24 Perinatal Health Among Migrant Women: A Longitudinal Register Study in Finland 2000-17

Väisänen H., Remes H. et Martikainen P.

Médicament

Pharmaceuticals

25 Changement en vue de la réglementation pharmaceutique européenne. Seconde partie : le service de recherche du Parlement européen favorable à une infrastructure européenne du médicament

25 Les accès précoces et compassionnels aux médicaments. Première partie. 1992-2020 : retour sur 28 ans d'autorisations et de remboursements dérogatoires en France

25 À propos des prescriptions hors Autorisation de mise sur le marché (AMM) : réflexions sur l'évolution de l'image de l'AMM chez le prescripteur et dans le public en France

Bouvenot G.

26 Pharmaceutical Pricing Dynamics in an Internal Reference Pricing System: Evidence From Changing Drugs' Reimbursements

Costa E. et Santos C.

26 Evidence on the Effectiveness of Policies Promoting Price Transparency - a Systematic Review

Joosse I. R., Tordrup D., Glanville J., et al.

26 Patient Expectations Do Matter - Experimental Evidence on Antibiotic Prescribing Decisions Among Hospital-Based Physicians

Wang S. Y., Cantarelli P., Groene O., et al.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

27 A Novel Bayesian Spatial–Temporal Approach to Quantify SARS-Cov-2 Testing Disparities For Small Area Estimation

Bauer C., Li X., Zhang K., et al.

27 Extending Floating Catchment Area Methods to Estimate Future Hospital Bed Capacity Requirements

Fowler D., Middleton P. et Lim S.

28 Les données de santé et leur utilisation

Henrard J.-C.

28 Problématiques juridiques posées par le Big Data et les outils institutionnels de la recherche en santé

Morlet-Haïdara L.

28 Use of Area-Based Socioeconomic Deprivation Indices: A Scoping Review and Qualitative Analysis

Trinidad S., Brokamp C., et al.

Politique de santé

Health Policy

28 La fin de vie a-t-elle besoin d'une nouvelle loi ?

29 An Overview of Personalized Medicine Landscape and Policies in the European Union

Beccia F., Hoxhaj I., Castagna C., et al.

29 Complex Community Health and Social Care Interventions – Which Features Lead to Reductions in Hospitalizations For Ambulatory Care Sensitive Conditions? a Systematic Literature Review

Duminy L., Ress V. et Wild E.-M.

- 30 **Measuring Local Strategies to Address the Determinants of Population Health : Development and Application of the CLOterres Instrument**
Le Bodo Y., Fonteneau R., Diallo D., et al.
- 30 **Learning Lessons From the Covid-19 Pandemic**
Powell M.
- 30 **Santé environnementale : des lois faibles ou fragmentées**
Slama R.
- 31 **The Effect of the Right Care, Right Place, Right Time (R3) Initiative on Medicare Health Service Use Among Older Affordable Housing Residents**
Tavares J., Simpson L., Miller E. A., et al.

Politique publique Public Policy

- 31 **Le paritarisme : définitions et délimitations**
Damon J.
- 31 **Nouveau Regard sur « Le paritarisme : définitions et délimitations »**
Damon J.

Prévention Prevention

- 32 **Prevention and Treatment of Infectious Diseases in Migrants in Europe in the Era of Universal Health Coverage**
Baggaley R. F., Zenner D., Bird P., et al.
- 32 **The French Covid-19 Vaccination Policy Did Not Solve Vaccination Inequities: A Nationwide Study on 64.5 Million People**
Débarre F., Lecoœur E., Guimier L., et al.

Psychiatrie Psychiatry

- 33 **Involuntary Admission to Psychiatry at the Request of Caregivers: The Point of View of Caregivers**
Avril C., Fournis G., Gohier B., et al.

- 33 **Mental Health Between Present Issues and Future Expectations**
Barili E., Grembi V. et Rosso A. C.
- 33 **La médecine de liaison en psychiatrie, pour une synergie des compétences au bénéfice des patients**
Bornes C.
- 34 **Les malades mentaux ont toujours coûté trop cher**
Chapireau F.
- 34 **Analyse de pratiques sur les programmes de soins. Retour sur quatre ans d'expérience au sein d'un centre hospitalier spécialisé**
Clarisse H., Antoniotti M.-C. et Védie C.
- 34 **Propositions des professionnels pour réduire le risque cardiovasculaire des patients psychiatriques**
Denis F., Meunier-Beillard N., Costa M., et al.
- 35 **Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives**
Gandré C., Moreau D., Coldefy M., et al.
- 35 **Le rôle de l'alliance et ses implications en psychothérapie**
Luc S.
- 35 **Pandemics and the Impact on Physician Mental Health: A Systematic Review**
Peck J. A. et Porter T. H.
- 36 **Effectiveness of Peer Helper Interventions For People with Schizophrenia or Bipolar Disorder: A Literature Review**
Quiles C., Renelleau C., Douriez E., et al.
- 36 **La santé pour tous : soins somatiques et troubles psychiatriques**
Saravane D. et Fond-Harmant L.
- 36 **Le rôle de l'alliance et ses implications en psychothérapie**
Surjous L.
- 36 **Impact de la crise de Covid-19 sur les consultations pour troubles psychiques en médecine générale en France, en regard de consultations pour maladies chroniques – Analyse de séries temporelles**
Vadel J., Bessou A., Blanchon T., et al.

Sociologie

Sociology

- 37 **Dossier. La pluridisciplinarité en santé : quel bilan ? Quelles perspectives ?**
Akrich M., Armand-Rastano É., Bajos N., et al.
- 37 **Horizons disciplinaires et thématiques de prédilection de Sciences Sociales et Santé (1994-2021)**
Castel P., Cointet J.-P. et Bourret P.
- 37 **Valeurs et principes éthiques en santé publique : une revue systématique**
Pagani V., García V. et Claudot F.
- 38 **Les idéologies du soin face aux réalités du travail : le cas d'un Ehpad de la Croix-Rouge**
Ribierre R.
- 38 **La santé au centre : politiques publiques, territoires, centres de santé**
Schweyer F. X., Vézinat N. et Nous C.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

- 39 **The Formation of Physician Altruism**
Attema A. E., Galizzi M. M., Groß M., et al.
- 39 **Les pratiques des professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en Pays de la Loire**
Bataille E., Paquier H., Artarit P., et al.
- 39 **Des généralistes dans la première vague : les adaptations des pratiques en médecine générale face à la pandémie de Covid-19**
Bloy G. et Sarradon-Eck A.
- 40 **How Do Primary Care Providers Respond to Reimbursement Cuts? Evidence From the Termination of the Primary Care Incentive Program**
Brunt C. S.
- 40 **La lente évolution des croyances vers la preuve... L'histoire de la médecine peut-elle aider à comprendre troubles somatoformes, hypochondrie ou vraies organicités ?**
Casassus P.
- 40 **La relation soigné-soignant à l'épreuve des troubles somatiques fonctionnels en médecine générale**
De Barbason C. et Savall A.

- 40 **Contracts For Primary and Secondary Care Physicians and Equity-Efficiency Trade-Offs**

Kaarboe O. et Siciliani L.

- 41 **Vécu des internes en médecine générale lors de la crise sanitaire du Covid-19 : répercussions sur l'anxiété et la motivation pour la médecine générale**

Lepièce B., Lenoir A.-L. et de Rouffignac S.

- 41 **Challenges and Experiences of General Practitioners During the Course of the Covid-19 Pandemic: A Northern Italian Observational Study—Cross-Sectional Analysis and Comparison of a Two-Time Survey in Primary Care**

Mahlknecht A., Barbieri V., Engl A., et al.

Systèmes de santé

Health Systems

- 42 **Organiser les coordinations et coopérations en santé : impulsions, obstacles et réalisations**
Berchi C. et Cueille S.
- 42 **Quelle évolution de notre système de santé pour demain en France ?**
Bizard F.
- 42 **La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluri-professionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale**
Cret B., Guilhot N., Capgras J.-B., et al.
- 43 **Performance de la gouvernance collaborative pour améliorer l'accès aux soins : une lecture stratégique**
Dubost N.
- 43 **Any Lessons to Learn? Pathways and Impasses Towards Health System Resilience in Post-Pandemic Times**
Ewert B., Wallenburg I., Winblad U., et al.
- 43 **Freedom of Choice and Health Services' Performance: Evidence From a National Health System**
Fernández-Pérez Á., Jiménez-Rubio D. et Robone S.
- 44 **Metrics and Indicators Used to Assess Health System Resilience in Response to Shocks to Health Systems in High Income Countries—A Systematic Review**
Fleming P., O'Donoghue C., Almirall-Sanchez A., et al.

- 44 **Nouveau Regard sur « Quel système de soins pour le XXI^e siècle : tout reste à faire »**
Fourcade N.
- 44 **Rôle et organisation des unités transversales d'éducation thérapeutique du patient dans les CHU et les CHR de France**
Germain L., Voyer M., Miro C., et al.
- 45 **The Uses of Patient Reported Experience Measures in Health Systems: A Systematic Narrative Review**
Jamieson Gilmore K., Corazza I., Coletta L., et al.
- 45 **Quel système de soins pour le XXI^e siècle ? Tout reste à faire**
Johanet G.
- 45 **Difficultés rencontrées par les patients Covid long dans le système de santé belge**
Kohn L., Dauvrin M., Detollenaere J., et al.
- 46 **The Attractiveness of Jobs in the German Care Sector: Results of a Factorial Survey**
Kroczek M. et Späth J.
- 46 **Les centres municipaux de santé : un dispositif au cœur des politiques locales de santé et de leurs tensions**
Martinache I.
- 47 **Les coopérations de santé au cœur de la crise sanitaire : de la sidération au bricolage organisant**
Méric J., Besson J., Cargnello-Charles E., et al.
- 47 **The Use of Patient-Reported Outcome and Experience Measures For Health Policy Purposes: A Scoping Review in Oncology**
Minvielle E., Fierobe A., Fourcade A., et al.
- 47 **Plenary 3: Health Systems Performance Assessment For Policy: Uses and Abuses**
Panteli D.
- 48 **Décentralisation des systèmes de santé : réflexions à partir de quelques expériences étrangères**
Polton D.
- 48 **Is Rare Cancer Care Organized at National Health System Level? Multiple Case Study in Six EU Countries**
Prades J., Trama A., Casali P. G., et al.
- 48 **Strengthening Health System Governance in Germany: Looking Back, Planning Ahead**
Schmitt T., Haarmann A. et Shaikh M.
- 49 **Gouvernance interorganisationnelle et prise de décision au sein de dispositifs de coordination territorialisés, le cas des MAIA**
Vincent B. et Jean-Amans C.

Travail et santé

Occupational Health

- 49 **Productivity Loss and Indirect Costs For Patients Newly Diagnosed with Early-Versus Late-Stage Cancer in the USA: A Large-Scale Observational Research Study**
Cong Z., Tran O., Nelson J., et al.
- 49 **Mise au point sur l'effet du travail en 12 heures de jour chez le personnel infirmier hospitalier et sur la prise en charge des patients**
Penso A., Loundou D. A., Lehucher-Michel M. P., et al.
- 50 **Lost Individual Income Due to Severe Health Events: Life-Course Perspective in the Northern Finland Birth Cohort 1966**
Rissanen I., Nerg I., Ala-Mursula L., et al.
- 50 **Paid Sick Leave Policy Impacts on Health and Care Utilization in the United States: Why Policy Design Matters**
Wething H.

Vieillesse

Ageing

- 51 **De l'âge à de nouvelles formes de catégorisation des personnes âgées**
Argoud D., Bresson M. et Jetté C.
- 51 **Évaluation d'impact des politiques territoriales : enjeux méthodologiques et solutions à partir de l'expérimentation Paerpa**
Bricard D., Or Z. et Penneau A.
- 51 **La population âgée en Guyane : état des lieux et enjeux pour le système de santé**
Clarke L., Castor-Newton M. J., Angénieux O., et al.

- 52 **Les habitants non autonomes de la résidence autonomie, révélateurs des contradictions du modèle**
Saray-Delabar V.
- 52 **Comparison Between First and Second Wave of Covid-19 Outbreak in Older People: The COPE Multicentre European Observational Cohort Study**
Verduri A., Short R., Carter B., et al.

Health Insurance**► Testing For Selection Bias and Moral Hazard in Private Health Insurance: Evidence From a Mixed Public-Private Health System**AFOAKWAH C., BYRNES J., SCUFFHAM P., *et al.*
2023**Health Economics 32(1): 3-24.**<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4605>

Separating selection bias from moral hazard in private health insurance (PHI) markets has been a challenging task. We estimate selection bias and moral hazard in Australia's mixed public-private health system, where PHI premiums are community-rated rather than risk-rated. Using longitudinal cohort data, with fine-grained measures for medical services predominantly funded by PHI providers, we find consistent and robust estimates of advantageous selection among hospitalized cardiovascular disease (CVD) patients. Specifically, we show that in addition to their risk-averse attributes, CVD patients who purchase PHI use fewer services that are not covered by PHI providers (e.g., general practitioners and emergency departments) and have fewer comorbidities. Finally, unlike previous studies, we show that ex-post moral hazard exists in the use of specific "in-hospital" medical services such as specialist and physician services, miscellaneous diagnostic procedures, and therapeutic treatments. From the perspective of PHI providers, the annual cost of moral hazard translates to a lower bound estimate of \$707 per patient, equivalent to a 3.03% reduction in their annual profits.

► L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ?

ANDRÉ J.-M., DEL SOL M. ET MOISDON-CHATAIGNE S.

2022

Regards 60(1): 129-141.<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-129.htm>

Les perspectives d'évolution de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) devraient conduire à accroître le reste à charge des assurés et, « mécaniquement », la

place de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC). Ce contexte de privatisation croissante de l'Assurance maladie bouleverse les fondements solidaires sur lesquels repose historiquement la prise en charge du risque maladie. Il suscite de nombreuses questions dont certaines n'ont pas encore été explorées en détail alors même que nous disposons de l'éclairage d'enquêtes quantitatives menées notamment par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Au cœur des interrogations fortes encore trop peu explorées se trouve la question de la solidarité que notre recherche a décidé de prendre comme « clé d'entrée ». Il s'agit en substance de questionner le degré de solidarité du marché de la complémentaire Santé et ce dans deux de ses dimensions : d'une part, la dimension individuelle qui s'intéresse aux conditions d'accès, pour les populations en marge de l'emploi, à une couverture santé complémentaire dont on sait qu'elle devient de plus en plus une condition sine qua non de l'accès aux soins (I); d'autre part, la dimension collective qui est centrée sur la participation des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) à la régulation des dépenses de santé (II), participation dont le degré d'efficacité peut avoir des effets sur les restes à charge, sur le coût de l'assurance complémentaire et in fine sur l'accès aux soins des populations en marge de l'emploi.

► Nouveau Regard sur « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ? »

DEL SOL M.

2022

Regards 60(1): 142-148.<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-142.htm>

Parmi les pays disposant d'une assurance maladie publique de base, la France occupe une place singulière car elle est « conjointement le pays où l'assurance privée est la plus répandue dans la population et parmi ceux où elle contribue le plus au financement des dépenses de santé. La singularité se double d'une spécificité puisque que l'assurance privée y est complé-

mentaire, ce qui se traduit par le fait que l'assurance maladie obligatoire (ci-après AMO) et l'assurance maladie complémentaire (ci-après AMC) remboursent les mêmes soins. Inévitablement, cette situation interroge l'articulation entre ces deux assurances maladie.

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

DOURGNON P., JUSOT F., MARSAUDON A., *et al.*
2022

Health Economics, Policy and Law 18(1): 32-48.
<https://doi.org/10.1017/S1744133122000159>

State Medical Aid is a public health insurance program that allows undocumented immigrants with low financial resources to access health care services for free. However, the low take-up rate of this program might threaten its efficiency. The purpose of this study is therefore to provide the determinants of such a low take-up rate. To this end, we rely on the Premier Pas survey. This is an original representative sample of undocumented immigrants attending places of assistance to vulnerable populations in France. Determinants of State Medical Aid take-up are analyzed through probit and Cox modeling. The results show that only 51% of those who are eligible for the State Medical Aid program are actually covered, and this proportion is higher among women than among men. The length of stay in France is the most important determinant of take-up. It is worth noting that State Medical Aid take-up is not associated with chronic diseases or functional limitations and is negatively associated with poor mental health. There is, therefore, mixed evidence of health selection into the program. Informational barriers and vulnerabilities experienced by undocumented immigrants are likely to explain this low take-up.

► **Should Administrative Costs in Health Insurance Be Included in the Risk-Equalization? an Analysis of Five Countries**

DOUVEN R., KAUER L., DEMME S., *et al.*
2022

The European Journal of Health Economics 23(9): 1437-1453.
<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01436-y>

Most countries that apply risk-equalization in their health insurance market(s) perform risk-equalization on medical claims but do not include other components of the insurance premium, such as administrative costs. Using fixed effects panel regressions from individual insurers in Australia, Germany, the Netherlands, Switzerland, and the US, we find evidence that health insurers with a high morbidity population on average have higher administrative costs. We argue that administrative costs should also be included in risk-equalization and we show that such equalization results in additional equalization payments nontrivial in size. Using examples from Germany and the US, we show how in practice policymakers can include administrative costs in risk-equalization. We are skeptical about applying risk-equalization to other components of the insurance premium, such as profits or costs related to solvency requirements of insurers.

► **Nouveau Regard sur « Les grands équilibres du système public de la Sécurité sociale »**

LIBAULT D.
2022

Regards 60(1): 192-194.
<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-192.htm>

Cet article est la transcription d'une intervention orale à une journée EN3S de 2011. Elle visait à tenter de définir les spécificités de la gestion publique du risque social (essentiellement maladie) – atouts et limites – par rapport à la gestion privée, tant du point de vue de la solidarité que du point de vue de la soutenabilité du système.

Demography

► La population de la France va-t-elle diminuer ? Le rôle de l'immigration

LÉGER J.-F.

2022

Population & Avenir 760(5): 4-7.

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

Afin de présenter des projections, les organismes nationaux ou internationaux proposent, pour chaque paramètre démographique (fécondité, mortalité, migration) des pays du Nord, quelques hypothèses : une hypothèse « haute » (nette poursuite de la hausse de l'espérance de vie à la naissance, remontée de la fécondité, net excédent migratoire), une hypothèse « basse » (dans le cas de la France, stabilité de l'espérance de vie à la naissance à son niveau d'avant la pandémie Covid-19, baisse modérée de la fécondité, solde migratoire faiblement positif); et une hypothèse « centrale » ou « médiane » prolongeant les tendances récentes pour chacun de ces trois paramètres. Potentiellement, trois hypothèses pour chacun des trois paramètres conduisent à 27 simulations démographiques censées couvrir l'ensemble des possibles démographiques. Mais cette diversité de scénarios conduit à une telle variété de résultats qu'il devient bien difficile de dégager des perspectives bien identifiables. Ainsi, selon les combinaisons d'hypothèses retenues, l'effectif de la population de la France (métropole et l'ensemble des cinq départements d'outre-mer) à l'horizon 2070 se situerait selon l'Insee entre 58,0 et 79,1 millions d'habitants alors qu'elle en compte 67,5 millions en 2020. Cette fourchette d'estimation irait donc d'une baisse de 9,5 millions de personnes à une augmentation de 11,6 millions de personnes en 50 ans, soit tout et son contraire. De fait, la communication des résultats des projections de l'Insee privilégie le scénario « central » qui, pour la France, peut être jugé optimiste.

► La population des continents et des États en 2022 : quel bilan des conséquences de la pandémie Covid-19 ?

SARDON J.-P.

2022

Population & Avenir 760(5): 14-19.

<https://www.cairn.info/revue-population-et-avenir-2022-5-page-14.htm>

Si les effets de la pandémie Covid-19 sur la fécondité ont été importants à court terme, ils n'ont pas beaucoup affecté la dynamique à long terme. Une séquence de baisse de la fécondité a débuté en novembre 2020 et culminé en décembre 2020-janvier 2021, suivie par une reprise rapide jusqu'en mars. Ensuite la fécondité s'est stabilisée ou s'est légèrement relevée, avant de connaître une nouvelle baisse début 2022, sans doute liée à la fin de la période de restriction de la mobilité et à la réouverture des établissements d'enseignement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé le nombre total de décès associés, directement ou indirectement, à la pandémie Covid-19 entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021. Entre ces deux dates, 14,9 millions de décès supplémentaires auraient été provoqués dans le monde par la pandémie au cours de ces deux années, soit 12 % de l'ensemble des décès. Mais plus des deux tiers (67,9 %) de cette surmortalité sont concentrés dans seulement 10 pays. L'Inde représente à elle seule 31,8 % de ces décès supplémentaires, la Russie et l'Indonésie viennent ensuite avec 7,2 et 6,9 %, les États-Unis avec 6,3 % et le Brésil avec 4,6 %. La proportion de décès supplémentaires varie très largement selon les régions, puisqu'elle dépasse 20 % en Europe orientale et en Amérique du Sud (21 %), pour atteindre 26 % en Amérique centrale. À l'opposé, l'Asie orientale et l'Océanie ont enregistré moins de décès qu'attendu pendant les deux premières années de la pandémie.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **Synchronous Home-Based Telemedicine For Primary Care: A Review**

LINDENFELD Z., BERRY C., ALBERT S., *et al.*
2023

Medical Care Research and Review 80(1): 3-15.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587221093043>

Synchronous home-based telemedicine for primary care experienced growth during the coronavirus disease 2019 pandemic. A review was conducted on the evidence reporting on the feasibility of synchronous telemedicine implementation within primary care, barriers and facilitators to implementation and use, patient characteristics associated with use or nonuse, and quality and cost/revenue-related outcomes. Initial

database searches yielded 1,527 articles, of which 22 studies fulfilled the inclusion criteria. Synchronous telemedicine was considered appropriate for visits not requiring a physical examination. Benefits included decreased travel and wait times, and improved access to care. For certain services, visit quality was comparable to in-person care, and patient and provider satisfaction was high. Facilitators included proper technology, training, and reimbursement policies that created payment parity between telemedicine and in-person care. Barriers included technological issues, such as low technical literacy and poor internet connectivity among certain patient populations, and communication barriers for patients requiring translators or additional resources to communicate.

Économie de la santé

Health Economics

► **Can People Afford to Pay For Health Care? Evidence on Inequity in Financial Protection in Europe**

AZZOPARDI MUSCAT N.
2022

European Journal of Public Health 32(Supplement_3).

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac128.001>

Governments have repeatedly affirmed their commitment to meeting the goals of universal health coverage (UHC) – to ensure that everyone can use the quality health services they need without experiencing financial hardship. In spite of strong political commitment to UHC, research from the WHO Regional Office for Europe shows that: gaps in health coverage lead to unmet need for health care and financial hardship among people using health services these negative outcomes are heavily concentrated among people in poverty and those with multiple chronic conditions countries can reduce unmet need and financial hardship by re-designing coverage policy (the way in which health coverage is designed and implemented) This

session aims to raise awareness about the most prevalent gaps in coverage in European health systems, the policies that cause them and what countries can do to address them. It will draw on findings from an updated version of the WHO study 'Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe', which covers over 35 countries in Europe, including all EU member states and many middle-income countries The session will highlight common gaps in coverage that systematically harm people with low incomes: the basis for population entitlement to publicly financed health services: exclusion of undocumented migrants; linking entitlement to employment or payment of contributions the scope and quality of publicly financed health services: poor coverage of medicines and dental care for adults; unreasonable waiting times leading to use of private services or non-covered medicines and unmet need user charges (co-payments): the absence of exemptions for people with low incomes; the absence of annual caps on all user charges; heavy reliance on percentage co-payments. The session will focus on how to make progress by: drawing attention to key principles for re-designing

coverage policy, especially for people who are ‘left behind’ (adopting progressive universalism) showing how countries in Europe have done this, using examples of good practice.

► **Population Ageing and Health Financing: A Method For Forecasting Two Sides of the Same Coin**

CYLUS J., WILLIAMS G., CARRINO L., *et al.*
2022

Health Policy126 (12) :1226-1232

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022002731>

There is a perception that population ageing will have deleterious effects on future health financing sustainability. We propose a new method—the Population Ageing financial Sustainability gap for Health systems (or alternatively, the PASH)—to explore how changes in the population age mix will affect health expenditures and revenues. Using a set of six anonymized country scenarios that are based on data from countries in Europe and the Western Pacific representing a diverse range of health financing systems, we forecast the size of the ageing-attributable gap between health revenues and expenditures from 2020 to 2100 under current health financing arrangements. In the country with the largest financing gap in 2100 (country S6) the majority (87.1%) is caused by growth in health expenditures. However in countries that are heavily reliant on labour-market related social contributions to finance health care, a sizeable share of the financing gap is due to reductions in health revenues. We argue that analyses giving equal attention to both health expenditures and revenues steers decision makers towards a more balanced set of policy options to address the challenges of population ageing, ranging from targeting expenditures and utilization of services to diversifying revenue.

► **Pay-For-Performance For Primary Health Care in Brazil: A Comparison with England’s Quality Outcomes Framework and Lessons For the Future**

DANTAS GURGEL G., KRISTENSEN S. R., DA SILVA E. N., *et al.*
2022

Health Policy(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.004>

Pay-for-performance (P4P) has been widely applied in OECD countries to improve the quality of both primary and secondary care, and is increasingly being implemented in low- and middle-income countries. In 2011, Brazil introduced one of the largest P4P schemes in the world, the National Programme for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). We critically assess the design of PMAQ, drawing on a comparison with England’s quality and outcome framework which, like PMAQ, was implemented at scale relatively rapidly within a nationalised health system. A key feature of PMAQ was that payment was based on the performance of primary care teams but rewards were given to municipalities, who had autonomy in how the funds could be used. This meant the incentives felt by family health teams were contingent on municipality decisions on whether to pass the funds on as bonuses and the basis upon which they allocated the funds between and within teams. Compared with England’s P4P scheme, performance measurement under PMAQ focused more on structural rather than process quality of care, relied on many more indicators, and was less regular. While PMAQ represented an important new funding stream for primary health care, our review suggests that theoretical incentives generated were unclear and could have been better structured to direct health providers towards improvements in quality of care.

► **Reassessing the Impact of Health Expenditure on Income Growth in the Face of the Global Sanitary Crisis: The Case of Developing Countries**

GAIES B.
2022

The European Journal of Health Economics 23(9): 1415-1436.

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01433-1>

In response to the COVID-19 pandemic, developing countries are increasing health spending to save lives. Such a response raises questions about the economic impact of this expenditure in terms of income growth that determines the development trajectory of these countries. This paper is the first to apply dynamic linear and threshold panel data models to capture the dynamic impact of health expenditure on growth on a large sample of developing countries, while addressing endogeneity bias and taking into account different levels of human and physical capital, as well as a set of health expenditure indicators. The main results show

that while public and private domestic health expenditure increase income growth, external inflows of health expenditure do not. In addition, this positive impact is enhanced by a higher level of human and physical capital, thereby demonstrating complementarity rather than substitutability between investments in health, physical and human capital.

► **Medicare’s Bundled Payments For Care Improvement Advanced Model: Impact on High-Risk Beneficiaries**

JOYNT MADDOX K. E., ORAV E. J., ZHENG J., *et al.*
2022

[Health Affairs 41\(11\): 1661-1669.](#)
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00138>

Medicare’s Bundled Payments for Care Improvement Advanced Model (BPCI-A) is a voluntary Alternative Payment Model in which participating hospitals are held accountable for ninety-day episodes of care. To meet spending targets, hospitals must either decrease utilization or attract a less sick patient population; this could lead to the elimination of necessary care or avoidance of patients with medical or social vulnerability. We used publicly available data on BPCI-A participation, along with Medicare claims from the period 2017-2019, to examine patient selection, changes in Medicare payment, and key clinical outcomes among three groups: patients with frailty, patients with multimorbidity, and patients with dual enrollment (both Medicare and Medicaid). We found no consistent change in patient selection associated with BPCI-A participation. Patients with frailty, multimorbidity, or dual enrollment were more expensive at baseline, but Medicare payments decreased similarly in these groups compared with lower-risk patients. There were no differential negative changes in clinical outcomes between BPCI-A participants and nonparticipants among patients with medical or social vulnerability.

► **Progressivity of Out-Of-Pocket Costs Under Australia’s Universal Health Care System: A National Linked Data Study**

LAW H. D., MARASINGHE D., BUTLER D., *et al.*
2022

[Health Policy\(Ahead of pub\).](#)
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.010>

Background : In line with affordability and equity principles, Medicare—Australia’s universal health care

program—has measures to contain out-of-pocket (OOP) costs, particularly for lower income households. This study examined the distribution of OOP costs for Medicare-subsidised out-of-hospital services and prescription medicines in Australian households, according to their ability to pay. Methods : OOP costs for out-of-hospital services and medicines in 2017-18 were estimated for each household, using 2016 Australian Census data linked to Medicare Benefits Schedule (MBS) and Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS) claims. We derived household disposable income by combining income information from the Census linked to income tax and social security data. We quantified OOP costs as a proportion of equivalised household disposable income and calculated Kakwani progressivity indices (K). Results : Using data from 85% (n=6,830,365) of all Census private households, OOP costs as a percentage of equivalised household disposable income decreased from 1.16% in the poorest decile to 0.63% in the richest decile for MBS services, and from 1.35% to 0.35% for PBS medicines. The regressive trend was less pronounced for MBS services (K=-0.06), with percentage OOP cost relatively stable between the 2nd and 9th income deciles; while percentage OOP cost decreased with increasing income for PBS medicines (K=-0.24). Conclusion : OOP costs for out-of-hospital Medicare services were mildly regressive while those for prescription medicines were distinctly regressive. Actions to reduce inequity in OOP costs, particularly for medicines should be considered.

► **Why the US Spends More Treating High-Need High-Cost Patients: A Comparative Study of Pricing and Utilization of Care in Six High-Income Countries**

LORENZONI L., MARINO A., OR Z., *et al.*
2022

[Health Policy\(Ahead of pub\).](#)
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.12.004>

One of the most pressing challenges facing most health care systems is rising costs. As the population ages and the demand for health care services grows, there is a growing need to understand the drivers of these costs across systems. This paper attempts to address this gap by examining utilization and spending of the course of a year for two specific high-need high-cost patient types: a frail older person with a hip fracture and an older person with congestive heart failure and diabetes. Data on utilization and expenditure is collected across five health care settings (hos-

pital, post-acute rehabilitation, primary care, outpatient specialty and drugs), in six countries (Canada (Ontario), France, Germany, Spain (Aragon), Sweden and the United States (fee for service Medicare) and used to construct treatment episode Purchasing Power Parities (PPPs) that compare prices using baskets of goods from the different care settings. The treatment episode PPPs suggest other countries have more similar volumes of care to the US as compared to other standardization approaches, suggesting that US prices account for more of the differential in US health care expenditures. The US also differs with regards to the share of expenditures across care settings, with post-acute rehab and outpatient speciality expenditures accounting for a larger share of the total relative to comparators.

► **National Health Care Spending in 2021: Decline in Federal Spending Outweighs Greater Use of Health Care**

MARTIN A. B., HARTMAN M., BENSON J., *et al.*
2022

Health Affairs(Ahead of pub)

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.01397>

Health care spending in the US grew 2.7 percent to reach \$4.3 trillion in 2021, a much slower rate than the increase of 10.3 percent seen in 2020. The slower rate of growth in 2021 was driven by a 3.5 percent decline in federal government expenditures for health care after a spike in 2020 that occurred largely in response to the COVID-19 pandemic. Alongside this decline, the use of medical goods and services increased in 2021. The share of the economy accounted for by the health sector fell from 19.7 percent in 2020 to 18.3 percent in 2021, but it was still higher than the 17.6 percent share in 2019. In 2021 the number of uninsured people declined for the second consecutive year as Medicaid enrollment increased.

► **Need, Demand, Supply in Health Care: Working Definitions, and Their Implications For Defining Access**

RODRIGUEZ SANTANA I., MASON A., GUTACKER N., *et al.*
2021

Health Economics, Policy and Law 18(1): 1-13.

<https://doi.org/10.1017/S1744133121000293>

Effective policymaking in health care systems begins

with a clear typology of the terminology – need, demand, supply and access to care – and their interrelationships. However, the terms are contested and their meaning is rarely stated explicitly. This paper offers working definitions of need, demand and supply. We draw on the international literature and use a Venn diagram to explain the terms. We then define access to care, reviewing alternative and competing definitions from the literature. We conclude by discussing potential applications of our conceptual framework to help to understand the interrelationships and trade-offs between need, demand, supply and access in health care.

► **Determinants of Willingness to Pay For Health Services: A Systematic Review of Contingent Valuation Studies**

STEIGENBERGER C., FLATSCHER-THOENI M., SIEBERT U., *et al.*
2022

The European Journal of Health Economics 23(9): 1455-1482.

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01437-x>

Stated preference studies are a valuable tool to elicit respondents' willingness to pay (WTP) for goods or services, especially in situations where no market valuation exists. Contingent valuation (CV) is a widely used approach among stated-preference techniques for eliciting WTP if prices do not exist or do not reflect actual costs, for example, when services are covered by insurance. This review aimed to provide an overview of relevant factors determining WTP for health services to support variable selection.

► **Allocation aux adultes handicapés : pathologies et recours aux soins des bénéficiaires en 2017**

VERBOUX D., THOMAS M., COLINOT N., *et al.*
2022

Santé Publique 34(3): 345-358.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-345.htm>

Objectif : Décrire les pathologies et les recours aux soins des bénéficiaires du régime général via l'allocation adulte handicapé (AAH) comparativement à la population générale. Méthode : La cartographie des pathologies et des dépenses permet l'identification de 58 pathologies et traitements chroniques dans le

Système national des données de santé (SNDS), grâce aux codes CIM-10 des affections de longue durée, des hospitalisations, des médicaments ou actes médicaux spécifiques, parmi l'ensemble des bénéficiaires du régime général de 20 à 64 ans avec des soins remboursés (> 1 €) en 2017. Les prévalences et les taux annuels de recours aux soins, parmi tous les bénéficiaires du régime général via l'AAH et dans le reste de la population, sont standardisés et décrits. Résultats : Parmi les 793 934 (2,5 % de la population) personnes bénéficiaires de l'AAH, toutes les pathologies étudiées étaient plus fréquentes que chez les non-bénéficiaires de la prestation, 44 % ayant des pathologies psychia-

triques (vs 3,2 %), 14 % une pathologie neurologique (vs 1 %). Les bénéficiaires de l'AAH avaient plus souvent recours aux soins notamment hospitaliers (63 % vs 40 %), mais moins recours aux soins de spécialistes (63 % vs 68 %) et dentaires (37 % vs 45 %). Conclusion : Les bénéficiaires du régime général via l'AAH étaient principalement des pathologies psychiatriques et neurologiques, mais les autres pathologies étaient également bien plus fréquentes que dans la population générale. Les moindres recours aux soins dentaires et de spécialistes étaient probablement liés à un défaut d'accès aux soins, potentiellement causé par l'absence de prise en charge complète du ticket modérateur.

État de santé

Health Status

► **Consommation d'alcool à risque : les séniors, grands oubliés des politiques de prévention**

PARRY A., MINOC F., CABÉ N., *et al.*

2022

Santé Publique 34(2): 203-206.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-2-page-203.htm>

Face au vieillissement de la population, il est nécessaire de mettre en place des politiques de prévention visant à maintenir les personnes âgées en bonne santé et à favoriser leur autonomie. La consommation d'alcool est un facteur de risque évitable de dégradation de l'état de santé et de perte d'autonomie sur lequel il est possible d'agir par des politiques de santé publique ciblées. Il faut considérer à la fois les effets à long terme, en informant les jeunes des risques pour leur santé future, et les effets délétères à court terme (accident, chute) pour les sujets âgés. Même s'il existe des recommandations de consommation d'alcool émises par Santé publique France, elles s'adressent à la population générale et ne prennent pas en compte les spécificités de la personne âgée, dont la vulnérabilité va dépendre à la fois des consommations actuelles mais aussi de l'histoire d'alcoolisation au cours de la vie. Plusieurs pays ont émis des recommandations s'adressant spécifiquement à cette population, mais les définitions d'unités d'alcool étant variables d'un pays à l'autre, il est très difficile d'appliquer ces recom-

mandations en France. Une politique de santé publique s'adressant spécifiquement à la consommation d'alcool des séniors en France est donc absolument cruciale.

Géographie de la santé

Geography of Health

► **État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine**

JEDAT V., DESNOUHES A., ANDRIEUX M., *et al.*
2022

Santé Publique 34(2): 231-241.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-2-page-231.htm>

Objectif : Réaliser un état des lieux des actions proposées par les effecteurs de santé français pour promouvoir l'installation de médecins généralistes. Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive menée auprès des différents effecteurs de la santé en France métropolitaine, par consultation de sites internet, envoi de courriels et appel téléphonique à l'aide d'un

questionnaire standardisé portant sur les actions réalisées pour promouvoir l'installation de médecins généralistes. Résultats : Au total, 313 institutions ont été contactées; 192 ont répondu parmi lesquelles, 139 proposaient au moins une action. Celles-ci ont été regroupées en quatre types d'actions visant (i) la formation initiale, (ii) les remplaçants et les médecins à diplômes étrangers ou retraités, (iii) la communication auprès des médecins ou (iv) les conditions d'exercice. Conclusion : Une liste d'actions a été créée permettant ainsi aux institutions de promouvoir l'installation de médecins généralistes sur les territoires en s'inspirant de celles déjà réalisées ailleurs. L'évaluation de ces actions pourrait être pertinente afin de favoriser les plus utiles en termes de coût/bénéfice.

Hôpital

Hospitals

► **L'hôpital... par en haut ou par en bas ?**

CADOR M. ET VERDIER C.
2022

Sociologies pratiques 45(2): 113-116.

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2022-2-page-113.htm>

La vision d'un hôpital dual a émergé ces dernières années : « d'un côté, des professionnels de terrain devant travailler plus avec autant; de l'autre, une technostructure et des décideurs politiques de plus en plus autonomisés de la réalité du travail concret des équipes ». L'ambition de ce colloque coordonné par Frédéric Pierru et Ivan Sainsaulieu, a été de réunir les acteurs de l'hôpital et du monde universitaire pour débattre de cette opposition entre un « hôpital du haut » et un « hôpital du bas ». C'est pour mieux penser la synergie entre les décisions du haut et les attentes du bas, que cette journée a été construite. En quoi cette structure duale est-elle aujourd'hui responsable des maux dont souffre l'hôpital? Comment rapprocher deux mondes qui s'éloignent? La communication entre

le haut et le bas est nécessaire aujourd'hui pour que les acteurs du système de santé trouvent, ensemble, des voies d'amélioration. Ce colloque a pu mettre en dialogue différents types de points de vue autour de deux tables rondes et de deux débats : des chercheurs, des praticiens, des professionnels de santé exerçant au sein de l'hôpital public, des représentants politiques et d'organisations syndicales, des économistes de la santé et des universitaires. Ces échanges ont permis de penser la réforme de l'hôpital public dans le contexte particulier de la crise sanitaire, toujours en cours, et d'aborder les thèmes de l'évolution des métiers du soin, de l'effritement de l'identité professionnelle, de la mise en place de la stratégie qualité dans les établissements ou du questionnement autour de la mise en place de la T2A.

► **Histoire de l'internat des hôpitaux (1802–2005)**

FABIANI-SALMON J. N.
2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine
206(9) : 1269-1275

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.07.029>

L'internat est créé par un décret consulaire du 4 ventôse an XI (10 février 1802). Un concours permet une formation de qualité dans les hôpitaux pendant quatre ans et assure en retour une présence médicale permanente dans les hôpitaux publics. Ce système élitiste permettant l'obtention des spécialités naissantes rencontrera un succès croissant au cours du XIXe et du XXe siècle. Cependant dès le XIe siècle, les barbiers-chirurgiens investissent les salles de garde des Hôtels-Dieu et mettent en place des corporations-ouvrières puis des confréries qui assuraient la prise en charge des malades et dont les traditions se sont transmises jusqu'à aujourd'hui. Cependant cette formation trop élitiste et trop différente des autres pays européens s'est progressivement vue réformée depuis les années 1950 (création des certificats d'études spéciales) pour aboutir à sa suppression en 2005.

► **L'encastrement du privé dans l'hôpital public**

GELLY M. ET SPIRE A.
2022

Sociétés contemporaines 126(2): 5-31.

<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2022-2-page-5.htm>

Cet article met en lumière les formes et les effets du développement des activités privées au sein de l'hôpital public. Les consultations privées, la mise à disposition d'infrastructures publiques à des médecins du secteur libéral ou encore le recours fréquent aux intérimaires transforment les principes qui fondent l'éthos de service public de plusieurs façons. Le développement de ces activités fragilise l'égalité de traitement en différenciant les filières de soins selon les ressources des patient-es, remet en cause la défense de l'intérêt général en privilégiant les intérêts pécuniaires des médecins et ceux de l'hôpital sur ceux des patient-es, et affaiblit les collectifs de travail en favorisant la compétition entre les agents. De telles évolutions poussent certains agents à quitter l'hôpital public, tandis que d'autres femmes, agents peu quali-

fiés, médecins des spécialités peu rentables y restent en déplorant que certaines valeurs s'y érodent.

► **Dedicated Teams to Optimize Quality and Safety of Surgery: A Systematic Review**

LENTZ C. M., DE LIND VAN WIJNGAARDEN R. A. F., WILLEBOORDSE F., *et al.*

2022

International Journal for Quality in Health Care
34(4).

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac078>

A dedicated operating team is defined as a surgical team consisting of the same group of people working together over time, optimally attuned in both technical and/or communicative aspects. This can be achieved through technical and/or communicative training in a team setting. A dedicated surgical team may contribute to the optimization of healthcare quality and patient safety within the perioperative period. A systematic review was conducted to evaluate the effects of a dedicated surgical team on clinical and performance outcomes. MEDLINE and Embase were searched on 23 June 2022. Both randomized controlled trials (RCTs) and non-randomized studies (NRSs) were included. Primary outcomes were mortality, complications and readmissions. Secondary outcomes were costs and performance measures. Fourteen studies were included (RCTs n = 1; NRSs n = 13). Implementation of dedicated operating teams was associated with improvements in mortality, turnover time, teamwork, communication and costs. No significant differences were observed in readmission rates and length of hospital stay. Results regarding duration, glitch counts and complications of surgery were inconclusive. Limitations include study conduct and heterogeneity between studies. The institution of surgical teams who followed communicative and/or technical training appeared to have beneficial effects on several clinical outcome measures. Dedicated teams provide a feasible way of improving healthcare quality and patient safety. A dose-response effect of team training was reported, but also a relapse rate, suggesting that repetitive training is of major concern to high-quality patient care. Further studies are needed to confirm these findings, due to limited level of evidence in current literature.

► **Rapport 22-11. Prise en charge en urgence dans les unités neurovasculaires des personnes ayant un accident vasculaire cérébral**

LEYS D., CHOLLET F., BOUSSER M. G., *et al.*

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 206(9): 1169-1178.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.10.006>

Les unités neuro-vasculaires (UNV) augmentent la proportion de survivants indépendants après un accident vasculaire cérébral (AVC). Objectifs Évaluer la prise en charge en UNV, identifier les dysfonctionnements, et les pistes d'amélioration. Méthodologie Nous avons (i) consulté la littérature scientifique, les recommandations, les rapports et enquêtes antérieurs, et les textes réglementaires; (ii) mené une enquête sur le fonctionnement des UNV françaises, comparé les régions entre elles, et la France à l'Allemagne et l'Italie; et (iii) auditionné des personnalités qualifiées. Résultats Nous avons identifié les dysfonctionnements suivants, responsables de 5000 décès ou dépendances évitables par an : déficit en nombre de lits de soins intensifs neurovasculaires avec des inégalités territoriales, fragilité de nombreuses UNV par manque de personnel, déficit en nombre de centres de thrombectomie, absence de mesures d'accréditation, absence fréquente de procédures écrites de prise en charge, difficultés d'accès aux moyens d'exploration dans quelques centres, délais intra-hospitaliers excessifs, et insuffisance d'évaluation des pratiques. Recommandations (i) créer 75 lits de soins intensifs neurovasculaires, (ii) privilégier l'extension d'unités existantes à la création de nouvelles unités, sauf sans les régions sous dotées; (iii) organiser la filière par territoires avec environ 3 UNV dont une avec thrombectomie pour 1,2 million d'habitants; (iv) augmenter le nombre de neurologues et de « neuro-interventionalistes » en formation pour répondre à la permanence des soins; (v) adapter les effectifs paramédicaux aux spécificités des patients présentant un AVC; (vi) mettre en place une procédure d'accréditation des UNV.

► **The Impact of Community Health Centers on Inappropriate Use of Emergency Services**

LIPPI BRUNI M., UGOLINI C., VERZULLI R., *et al.*

2023

Health Economics 32 (2) : 375-394

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4625>

Community Health Centers offer coordinated and comprehensive responses to primary care needs. Our study aims at assessing whether the introduction of such organizational model improved health outcomes measured by inappropriate emergency visits among diabetics in the Emilia-Romagna region of Italy. Using difference-in-differences methods within a staggered treatment setting, we estimate the effect of Community Health Center participation on inappropriate hospital emergency visits between year 2010 and year 2016. We distinguish between emergency department admissions for varying time spans, occurring at daytime during working days, at night-time, as well as during weekends. We show that, the causal effect of the adoption of the community care model leads to a reduction in the probability of inappropriate admissions by an amount ranging between 1.6 and 1.7% points during working days at daytime, with large facilities responsible for most gains by experiencing a decrease ranging between 4 and 3% points. Conversely, we detect no difference at night-time and during weekends. Our results point out that the coordinated care model increases appropriateness among vulnerable patients, and that extending opening hours and the range of services can further enhance such benefits.

► **Major Interregional Differences in France of Covid-19 Hospitalization and Mortality From January to June 2020**

MULLER J., TRAN BA LOC P., BINDER FOUCARD F., *et al.*

2022

Rev Epidemiol Sante Publique 70(6): 265-276.

Even though France was severely hit by the COVID-19 pandemic, few studies have addressed the dynamics of the first wave on an exhaustive, nationwide basis. We aimed to describe the geographic and temporal distribution of COVID-19 hospitalisations and in-hospital mortality in France during the first epidemic wave, from January to June 2020. METHODS: This retrospective cohort study used the French national database for all acute care hospital admissions (PMSI). Contiguous stays were assembled into "care sequences" for analysis so as to limit bias when estimating incidence and mortality. The incidence rate and its evolution, mortality and hospitalized case fatality rates (HCFR) were compared between geographic areas. Correlations between incidence, mortality, and HCFR were ana-

lyzed. RESULTS: During the first epidemic wave, 98,366 COVID-19 patients were hospitalized (incidence rate of 146.7/100,000 inhabitants), of whom 18.8% died. The median age was 71 years, the male/female ratio was 1.16, and 26.2% of patients required critical care. The Paris area and the North-East region were the first and most severely hit areas. A rapid increase of incidence and mortality within 4 weeks was followed by a slow decrease over 10 weeks. HCFRs decreased during the study period, and correlated positively with incidence and mortality rates. DISCUSSION: By detailing the geographical and temporal evolution of the COVID-19 epidemic in France, this study revealed major inter-regional differences, which were otherwise undetectable in global analyses. The precision afforded should help to understand the dynamics of future epidemic waves.

► **Comment le néolibéralisme et ses méthodes de gestion ont contribué à atomiser l'Hôpital : une perspective historique**

ZAKI L. ET PIERRE-VLADIMIR E.

2022

Médecine 18(8): 382-384.

L'effondrement du communisme ne laissa persister qu'un seul modèle : le capitalisme et ses besoins de croissance sans fin. Progressivement la nécessité de progrès social n'avait plus de raison d'être en l'absence de rival au capitalisme. Le néolibéralisme domine depuis les années 80 avec la théorisation d'un modèle de création de richesses largement promu par le couple États-Unis/Royaume-Uni (Reagan/Thatcher). Ce modèle va laisser pour compte une partie substantielle de la population mondiale.

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Accès aux soins : l'âge comme critère d'exclusion ? Les pleins et les déliés des recommandations éthiques au temps du Covid**

BOURDAIRE-MIGNOT C. ET GRÜNDLER T.

2022

Retraite et société 88(1): 117-143.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2022-1-page-117.htm>

Le sujet de l'allocation des ressources et des choix qu'elle implique se pose constamment en santé. La crise Covid l'a cependant rendue plus visible tout en l'exacerbant puisqu'elle a concerné l'accès à la réanimation avec, par conséquent, un enjeu vital. Dans la perspective d'un risque très sérieux de pénurie, le sort des patients âgés a immédiatement été interrogé. En particulier, la question a été soulevée de savoir si l'âge pouvait être un critère d'exclusion des services de réanimation. Au sein de l'hexagone, la réponse a paru clairement négative. Contrairement à d'autres pays, la France a en effet refusé de fixer un âge seuil pour cet accès. En ce sens, sociétés savantes et autorités administratives ont multiplié les recommandations réaffirmant les principes éthiques fondés notamment

sur l'égalité, la dignité et la justice sociale. Ces textes ont ainsi donné l'impression d'une continuité malgré la crise. Revêtu d'une certaine portée normative (les recommandations entendaient toutes guider les comportements des différents acteurs de prise de décision médicale), ce corpus mérite d'être étudié sous l'angle juridique dans l'idée de révéler les principes en tension dans une telle situation de crise. Car si les textes prennent soin de rappeler l'interdiction de discriminer sur le critère de l'âge, il est possible d'y déceler en filigrane une discrimination indirecte fondée sur ce critère. Et, lorsque l'âge est conjugué à d'autres caractéristiques ou situations spécifiques – on pense ici aux résidents d'Ehpad –, ces textes conduisent même à une véritable exclusion des plus vulnérables du système de soins de droit commun.

► **Income-Related Inequality in Smoking Habits: A Comparative Assessment in the European Union**

CARNAZZA G., LIBERATI P. ET RESCE G.

2022

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

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.12.002>

This paper investigates the association between income and the habit of smoking in 30 European countries. Using the European Health Interview Survey carried out between 2013 and 2015, the analysis focuses on the relationship among net monthly equivalised income of the household, the type of smoking behaviour, and the daily average number of cigarettes smoked. Income-related inequalities are estimated using the Erreygers Index. Results show that smoking is a habit which is mainly rooted in the lowest part of the income distribution both at individual and country level, regardless of the average level of per capita income. Considering that tobacco use worsens poverty conditions by diverting household spending from basic needs to tobacco itself, our results give support to a tax increase in order to discourage its use and to the implementation of educational and prevention programs aimed at helping people to quit smoking.

► **Decomposition of Socioeconomic Inequalities in Catastrophic Out-Of-Pocket Expenditure For Healthcare in Canada**

HAJIZADEH M., PANDEY S. ET PULOK M. H.

2022

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

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.12.005>

Despite a publicly financed health system for physician and hospital services, out-of-pocket health expenditure (OHE) accounts for a significant proportion of healthcare financing in Canada. We pooled annual Surveys of Household Spending conducted from 2010 to 2017 (n=34,105) to estimate the catastrophic out-of-pocket expenditure (COHE) burden using two definitions: the budget share (OHE exceeding 10% of a household's total consumption) and capacity-to-pay (OHE exceeding 40% of a household's total consumption minus basic subsistence needs). The Wagstaff index (WI) and the Erreygers Index (EI) were used to quantify and decompose socioeconomic inequalities in COHE. Results demonstrate that approximately 6% and 10% of the households faced COHE in Canada, depending on whether we used the budget share

or capacity-to-pay approach to measure COHE. The COHE was found to be concentrated among low socioeconomic status (SES) households. Decomposition results indicate that besides SES, household characteristics (e.g., households headed by females and the presence of senior(s) in the households) were the most important factors contributing to the concentration of COHE among the poorer households. The lower utilization of healthcare services among the poor resulted in reduced COHE among these households. A higher burden of COHE is a major concern in Canada. Policies to enhance risk protection among specific populations such as the seniors are required to improve equity in healthcare financing in Canada.

► **Reductions in Out-Of-Pocket Prices and Forward-Looking Moral Hazard in Health Care Demand**

JOHANSSON N., DE NEW S. C., KUNZ J. S., *et al.*

2022

[Journal of Health Economics 87: 102710.](#)

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102710>

Little is known about how patients dynamically respond to a forthcoming reduction in health care out-of-pocket prices. Using a kinked Donut Regression Discontinuity design with kinks entering and exiting the donut, we evaluate a Swedish cost-sharing policy, where primary care out-of-pocket prices were eliminated at age 85. We find evidence of forward-looking moral hazard with older adults delaying primary care visits up to four months before the out-of-pocket elimination and shifting these visits until shortly after. These health care delays are driven by non-urgent care: non-physician visits, planned visits and follow up visits. We find no evidence of severe negative health effects in the short-term as a result of the delay. Contrary to our finding of forward-looking behavior with respect to out-of-pocket prices, we do not find evidence of typical moral hazard, as we do not find a persistent increase in primary health care use after the copayment elimination.

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

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

2022

Social Science & Medicine 313: 115160.

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

Background Immigrants in Western countries have been particularly affected by the COVID-19 crisis. Objective We analysed excess mortality rates among the foreign-born population and changes in their distinctive mortality profiles (“migrant mortality advantage”) during the first pandemic wave in France. Data and methods Deaths from all causes in metropolitan France from March 18 to May 19, 2020 were used, with information on sex, age, region of residence and country of birth. Similar data from 2016 through 2019 were used for comparisons. Results During the pre-pandemic period (2016–2019), immigrant populations (except those from Central and Eastern Europe) had lower standardized mortality rates than the native-born population, with a particularly large advantage for immigrants from sub-Saharan Africa. In the regions most affected by COVID-19 (Grand-Est and Île-de-France), the differences in excess mortality by country of birth were large, especially in the working-age groups (40–69 years), with rates 8 to 9 times higher for immigrants from sub-Saharan Africa, and about 3 to 4 times higher for immigrants from North Africa, from the Americas and from Asia and Oceania relative to the native-born population. The relative overall mortality risk for men born in sub-Saharan Africa compared to native-born men, which was 0.8 before the pandemic, shifted to 1.8 during the first wave (0.9 to 1.5 for women). It also shifted from 0.8 to 1.1 for men from North Africa (0.9 to 1.1 for women), 0.7 to 1.0 for men from the Americas (0.9 to 1.3 for women), and 0.7 to 1.2 for men from Asia and Oceania (0.9 to 1.3 for women). Conclusion Our findings shed light on the disproportionate impact of the first wave of the pandemic on the mortality of populations born outside Europe, with a specific burden of excess mortality within the working-age range, and a complete reversal of their mortality advantage.

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

LEGLEYE S., BRICARD D. ET KHLAT M.

2023

Addiction 118(1): 149-159.

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

► **Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire**

REVIL H.

2022

Regards 60(1): 165-176.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-165.htm>

Dans la littérature scientifique, il existe plusieurs manières de définir le renoncement aux soins. Pour l'anthropologue Caroline Desprès, la notion exprime le fait « que des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit ». Pour Philippe Warin, responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), on parle de renoncement « lorsque des personnes déclarent ne pas pouvoir satisfaire la totalité, ou une partie, de leurs besoins de soins ». La notion de non-recours est, quant à elle, mobilisée par P. Warin pour désigner des besoins de soins non satisfaits, justifiés médicalement. Plusieurs notions cohabitent donc; une étude de l'ODENORE a toutefois montré que, dans les faits, renoncement et non-recours se recoupent pour une grande partie. La majorité des besoins de soins ressentis par les personnes et qui, pour différentes raisons, demeurent insatisfaits, est ainsi justifiée d'un point de vue médical.

► **Nouveau Regard sur « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire »**

REVIL H.

2022

Regards 60(1): 177-184.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-177.htm>

Le non-recours - le fait que des personnes ne bénéficient pas de droits, d'offres publiques extra-légales et/ou de services auxquels elles pourraient prétendre (Warin, 2010) - est désormais à l'agenda public, en France comme dans d'autres pays. Le sujet fait en outre l'objet de travaux scientifiques visant à mieux comprendre le rapport entre des « offres » sociales ou de santé et les personnes théoriquement concernées par celles-ci. Dans cette perspective, la notion de non-recours cohabite avec d'autres, telle celle du « renoncement ». La production de connaissances

quantitatives et qualitatives sur ces sujets, l'analyse des trajectoires des personnes par rapport au système de protection sociale et/ou de santé à partir de ces notions, ont possiblement contribué à la mise à l'agenda de la question du non-recours.

► **Immediate Physical Needs of Refugees During the Ukrainian Armed Conflict of 2022**

ROITBLAT Y., NEHULIAIEVA L., NEDILKO R., *et al.*

2022

Health Policy 126 (12) : 1303-1309

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.008>

The study assessed the physical needs of Ukrainian refugees and internally displaced persons during the ongoing Ukrainian armed conflict of 2022. We aimed to investigate the immediate physical needs of the refugees that may affect their somatic condition during the armed conflict when they did not yet reach their final destination or just reached a safety zone. Methods The questionnaire-based prospective repeated cross-sectional study (three study groups) and the longitudinal study (one group) were undertaken in Ukraine and Israel among 19,101 refugees and 828 controls from February 24 to April 9. We assessed the availability of basic somatic necessities (water, food, clothing, hygiene, and sleep) and the general physical fatigue of internal, moving abroad, and arriving to safety refugees with scores ranging from 35 (normal) to 7 (extremely inadequate). Results The average score of 26.8 ± 1.8 indicates that the participants experienced somatic problems even being healthy. In Ukraine, the score for moving abroad refugees ($n = 16,449$) dropped from 26.8 ± 0.6 to 23.5 ± 0.6 ($p = 0.03$) during the study period. Internally displaced persons ($n = 1200$) remained physically stable with a score of 27.5 ± 0.7 . In Israel, group-organized refugees ($n = 796$) were relatively normal somatically (30.0 ± 0.6) while independent refugees ($n = 656$) were exhausted having a score of 24.2 ± 0.7 ($p = 0.03$ vs. group-organized). Conclusion During hostilities, refugees, internally displaced persons, and regular inhabitants are somatically affected but to varying degrees. For refugees, group-organized travel abroad is the best option to maintain adequate physical condition, followed by an internal refugee status, and travel abroad independently (the worst strategy).

► **Socioeconomic Inequalities in Cancer Mortality Between and Within Countries in Europe: A Population-Based Study**

VACCARELLA S., GEORGES D., BRAY F., *et al.*

2022

The Lancet Regional Health – Europe.

<https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100551>

Reducing socioeconomic inequalities in cancer is a priority for the public health agenda. A systematic assessment and benchmarking of socioeconomic inequalities in cancer across many countries and over time in Europe is not yet available.

► **Perinatal Health Among Migrant Women: A Longitudinal Register Study in Finland 2000-17**

VÄISÄNEN H., REMES H. ET MARTIKAINEN P.

2022

SSM - Population Health 20: 101298.

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101298>

Migrants often have better health than the native-born population ('healthy immigrant effect'), although the effect tends to attenuate over time since migration. However, following the weathering hypothesis, migrants may have worse health due to a combination of discrimination and poorer financial conditions faced by many of them. Yet, little is known about interactions between migrant origin and individual socioeconomic status or the time spent in the host country in relation to reproductive health. We use Finnish register data of 491,532 women and 948,616 births spanning years 2000-17 to longitudinally study the association between the country of birth and perinatal outcomes (preterm birth, unplanned C-section, episiotomy and spontaneous vaginal birth); the interaction of country of birth with household income; and the effect of time since migration using random intercept logistic regression models. We show that a 'healthy immigrant effect' largely does not exist for perinatal outcomes apart from migrants from a few high-income countries. Instead, in particular women from poorer countries tended to fare worse than native women. Often, the effect of the country of birth did not differ by household income, or the patterns were not clear. The impact of time since immigration was complex and dependent on country of birth and the outcome studied, but showed an increase in risk of preterm birth among migrants from low- and lower-middle-income countries compared to those born in Finland. Discrimination, language barriers

in seeking care or refugee experiences are among some of the possible mechanisms explaining the worse perinatal health of migrants from poorer countries. The inequalities observed in a global scale in countries' economic outcomes may reproduce themselves as reproductive health inequalities among migrants living in wealthy countries.

Pharmaceuticals

- **Changement en vue de la réglementation pharmaceutique européenne. Seconde partie : le service de recherche du Parlement européen favorable à une infrastructure européenne du médicament**

2022

Revue Prescrire 42(469): 860-863.

Cet article revient sur la mise en place d'une nouvelle stratégie pharmaceutique européenne dans le domaine de la recherche pharmaceutique. Ce projet de réforme a été initié en 2020.

- **Les accès précoces et compassionnels aux médicaments. Première partie. 1992-2020 : retour sur 28 ans d'autorisations et de remboursements dérogatoires en France**

2022

Revue Prescrire 42(469): 852-858.

En France, entre 1992 et 2020, la France a déployé six cadres réglementaires dérogeant aux autorisations de mise sur le marché (AMM), et aux conditions habituelles de remboursement : les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) de cohorte et les TU nominatives (1992) ; un cadre dit post-ATU permettant la prise en charge des médicaments sous ATU jusqu'à la décision de remboursement (2014) ; un cadre de recommandations temporaires d'utilisation (RTU) pour des médicaments autorisés dans les utilisations hors AMM (2014) ; des ATU de cohorte concernant de nouvelles indications en développement pour des médicaments disposant d'un AMM dans d'autres indications (2019) ; et des remboursements précoces avant l'évaluation par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé. (2019). Cet article décrit ces différents dispositifs.

- **À propos des prescriptions hors Autorisation de mise sur le marché (AMM) : réflexions sur l'évolution de l'image de l'AMM chez le prescripteur et dans le public en France**

BOUVENOT G.

2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine(Ahead of pub).<https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.12.009>

L'image sacro-sainte que le prescripteur et le public se faisaient de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) il y a trois ou quatre décennies a notablement évolué depuis quelques années, suite à la prise en compte – parfois polémique – de certaines de ses insuffisances ou de ses faiblesses. Le texte de cet article évoque quelques-uns des facteurs pouvant expliquer cette évolution des mentalités, délétère pour la sécurité des patients. Parmi ces facteurs, on mentionnera le retard bien compréhensible de certaines AMM sur les données acquises de la science, un formalisme parfois excessif et contre-productif ou encore de possibles discordances d'avis entre Agences responsables de l'enregistrement des médicaments. Mais il faut surtout retenir certaines AMM fragiles, d'image dégradée, prématurément octroyées sur des niveaux de preuve non optimaux dans le but d'accélérer l'accès des malades aux nouveaux médicaments dits « prometteurs ». Enfin, l'intervention des patients, désormais très importante dans le domaine, est un phénomène de société à ne pas méconnaître, soit qu'ils se méfient du médicament et de son évaluation ou qu'ils fassent pression sur le prescripteur pour obtenir une prescription hors AMM vantée dans les réseaux sociaux. Il n'en demeure pas moins que l'AMM reste la référence et le repère à respecter pour une prescription médicamenteuse optimale, sécurisée et responsable.

► **Pharmaceutical Pricing Dynamics in an Internal Reference Pricing System: Evidence From Changing Drugs' Reimbursements**

COSTA E. ET SANTOS C.

2022

[The European Journal of Health Economics 23\(9\): 1497-1518.](#)

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01440-2>

Reference pricing systems for prescription drugs are usually implemented with the aim of curbing public expenditure with pharmaceuticals, induce drug substitution from branded to generic drugs, and enhance competition. In these systems, patients co-pay the difference between the drug's pharmacy retail price and the health system reimbursement level. Relying on a detailed product-level panel dataset of prescription drugs sold in Portuguese retail pharmacies, from 2016 to 2019, we evaluate pharmaceutical firms' pricing decisions for branded and generic drugs, as well as consumers' reaction to price changes. In particular, we exploit the variation induced by a policy change, which decreased reference prices for 36% of the drug groups in our sample. Results from difference-in-differences analyses show that, despite the reference price decrease, affected firms increased their prices—particularly for off-patent branded products. Such reaction from firms resulted in an increase in the co-payment paid by patients. Such price effects caused a 17% decline on branded drugs' consumption, with significant heterogeneity across therapeutics. Estimates suggest that NHS reimbursement savings were mainly achieved through higher co-payments paid by patients. Additionally, pharmaceutical firms' reaction to the reference price decrease was contrary to what was expected, suggesting underlying competitive dynamics which should be considered prior to policy changes.

► **Evidence on the Effectiveness of Policies Promoting Price Transparency - a Systematic Review**

JOOSSE I. R., TORDRUP D., GLANVILLE J., *et al.*

2022

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

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.002>

Policies promoting price transparency may be an important approach to control medicine prices and achieve better access to medicines. As part of a wider review, we aimed to systematically determine whether

policies promoting price transparency are effective in managing the prices of pharmaceutical products. We searched for studies published between January 1, 2004 and October 10, 2019, comparing policies promoting price transparency against other interventions or a counterfactual. Eligible study designs included randomized trials, and non-randomized or quasi-experimental studies such as interrupted time-series (ITS), repeated measures (RM), and controlled before-after studies. Studies were eligible if they included at least one of the following outcomes: price (or expenditure as a proxy for price and volume), volume, availability or affordability of pharmaceutical products. The quality of the evidence was assessed using the GRADE methodology. A total of 32011 records were retrieved, two of which were eligible for inclusion. Although based on evidence from a single study, public disclosure of medicine prices may be effective in reducing prices of medicines short-term, with benefits possibly sustained long-term. Evidence on the impact of a cost-feedback approach to prescribers was inconclusive. No evidence was found for impact on the outcomes volume, availability or affordability. The overall lack of evidence on policies promoting price transparency is a clear call for further research.

► **Patient Expectations Do Matter - Experimental Evidence on Antibiotic Prescribing Decisions Among Hospital-Based Physicians**

WANG S. Y., CANTARELLI P., GROENE O., *et al.*

2022

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

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.009>

The global public health crisis of antibiotic resistance is being driven in part by over prescription of antibiotics. We aimed to assess the relative weight of patient expectations, clinical uncertainty, and past behaviour on hospital-based physicians' antibiotic prescribing decisions. Methods A discrete choice experiment was administered among hospital-based physicians in Tuscany, Italy. Respondents were asked to choose in which of two clinical scenarios they would be more likely prescribe to antibiotics, with the two cases differing in levels of clinical uncertainty, patient expectations, and the physician's past behaviour. We fitted a conditional logistic regression. Results Respondents included 1,436 hospital-based physicians. Results show that the odds of prescribing antibiotics decrease when a patient requests it (OR=0.80, 95%CI [0.72,0.89]) and

increase when the physician has prescribed antibiotics to a patient under similar circumstances previously (OR=1.15, 95%CI [1.03,1.27]). We found no significant effect of clinical uncertainty on the odds of prescribing antibiotics (OR=0.96, 95%CI [0.87, 1.07]). Conclusions We show that patient expectation has a significant negative association with antibiotic prescribing

among hospital-based physicians. Our findings speak to the importance of cultural context in shaping the physician's disposition when confronted with patient expectations. We suggest shared decision-making to improve prudent prescribing without compromising on patient satisfaction.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

► **A Novel Bayesian Spatial–Temporal Approach to Quantify SARS-Cov-2 Testing Disparities For Small Area Estimation**

BAUER C., LI X., ZHANG K., *et al.*
 2022

American Journal of Public Health 113(1): 40-48.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307127>

The objectives of this study is to propose a novel Bayesian spatial-temporal approach to identify and quantify severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) testing disparities for small area estimation. Methods. In step 1, we used a Bayesian inseparable space-time model framework to estimate the testing positivity rate (TPR) at geographically granular areas of the census block groups (CBGs). In step 2, we adopted a rank-based approach to compare the estimated TPR and the testing rate to identify areas with testing deficiency and quantify the number of needed tests. We used weekly SARS-CoV-2 infection and testing surveillance data from Cameron County, Texas, between March 2020 and February 2022 to demonstrate the usefulness of our proposed approach. Results. We identified the CBGs that had experienced substantial testing deficiency, quantified the number of tests that should have been conducted in these areas, and evaluated the short- and long-term testing disparities. Conclusions. Our proposed analytical framework offers policymakers and public health practitioners a tool for understanding SARS-CoV-2 testing disparities in geographically small communities. It could also aid COVID-19 response planning and inform intervention programs to improve goal setting and strategy implementation in SARS-CoV-2 testing uptake.

► **Extending Floating Catchment Area Methods to Estimate Future Hospital Bed Capacity Requirements**

FOWLER D., MIDDLETON P. ET LIM S.
 2022

Spatial and Spatio-temporal Epidemiology 43: 100544.
<https://doi.org/10.1016/j.sste.2022.100544>

A new hospital in north-west Sydney, Australia is to start construction in the year 2023. However, the number of emergency department beds/treatment spaces (EDBs) that it will contain is yet to be determined, as this region is expected to have relatively high population growth from year 2021 to year 2036. In this paper, floating catchment area (FCA) methods were employed to estimate the required number of EDBs for this new hospital. Metrics including spatial accessibility index and spatial equity were calculated based on the predicted populations for 2021 and 2036 using government sourced data. Specifically, potential spatial accessibility and horizontal spatial equity were employed for this paper. Mathematical optimisation was used to determine the most efficient distribution of EDBs throughout different hospitals in this region in 2036. The best allocation of capacity across the study area that simultaneously improved average spatial accessibility and improved spatial equity relative to the metrics of 2021 was found. Traditional methods of healthcare planning seldom consider the spatial location of populations or the travel cost to hospitals. This paper presents a novel method to how capacity of future services are determined due to population growth. These results can be compared to traditional methods to access the validity of the methods outlined in this paper.

► **Les données de santé et leur utilisation**

HENRARD J.-C.

2022

Santé Publique 34(3): 333-334.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-333.htm>

Ce dossier illustre différents exemples d'utilisation de données de santé au service des politiques de santé, à l'interface de la recherche et de données opérationnelles et les problématiques juridiques soulevées par la transformation numérique appliquée aux données de santé.

► **Problématiques juridiques posées par le Big Data et les outils institutionnels de la recherche en santé**

MORLET-HAÏDARA L.

2022

Santé Publique 34(3): 335-344.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-335.htm>

L'objectif de cet article est de rendre compte des différentes questions juridiques soulevées par l'utilisation du Big Data dans le domaine de la santé. Il s'agira, d'une part, de préciser le contexte dans lequel le Big Data s'est développé, en tentant de définir le concept, de décrire les différentes pratiques mises en œuvre et d'encadrer juridiquement l'utilisation des données de santé et, d'autre part, de présenter la structuration institutionnelle de différentes bases de données françaises basées sur le Système national des données de santé, ainsi que les ambitions et les difficultés posées

par la création récente de la plate-forme nationale des données de santé, dite Health Data Hub.

► **Use of Area-Based Socioeconomic Deprivation Indices: A Scoping Review and Qualitative Analysis**

TRINIDAD S., BROKAMP C., *et al.*

2022

Health Affairs 41(12): 1804-1811.

<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2022.00482>

There is considerable interest among researchers, clinicians, and policy makers in understanding the impact of place on health. In this scoping review and qualitative analysis, we sought to assess area-level socioeconomic deprivation indices used in public health and health outcomes research in the US. We conducted a systematic scoping review to identify area-level socioeconomic deprivation indices commonly used in the US since 2015. We then qualitatively compared the indices based on the input-variable domains, data sources, index creation characteristics, index accessibility, the geography over which the index is applied, and the nature of the output measure or measures. We identified fifteen commonly used indices of area-level socioeconomic deprivation. There were notable differences in the characteristics of each index, particularly in how they define socioeconomic deprivation based on input-variable domains, the geography over which they are applied, and their output measures. These characteristics can help guide future index selection and application in clinical care, research, and policy decisions.

Politique de santé

Health Policy

► **La fin de vie a-t-elle besoin d'une nouvelle loi ?**

2023

Études Janvier(1): 33-44.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2023-1-page-33.htm>

Le lancement d'une consultation citoyenne sur la fin de vie par le président de la République invite à envi-

sager une possible évolution de la législation d'ici la fin de l'année, en ouvrant la voie pour une application éthique de l'aide active à mourir. La fin de vie suscite des questions vertigineuses qui nous concernent tous, que l'on soit malades, soignants, proches ou aidants. Mais les soignants sont certainement davantage impliqués que les autres par cette possible évolution législative, car c'est le cœur de leur métier que d'être

confrontés à des situations de souffrance et de mort imminente. Nous avons interrogé Sophie Crozier, neurologue et membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), sur ce qu'elle pense de cette éventualité de nouvelle évolution législative.

► **An Overview of Personalized Medicine Landscape and Policies in the European Union**

BECCIA F., HOXHAI I., CASTAGNA C., *et al.*

2022

European Journal of Public Health 32(6): 844-851.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac103>

The spread of Personalized Medicine (PM) over the last decade defined a revolution in healthcare systems. PM is among the priorities of the European Commission's research agenda, which funded the IC2PerMed international project aiming to integrate China into the International Consortium of PM (ICPerMed). In the context of this project, we mapped the existing policies related to PM in the European Union (EU) and at the EU Member States (EU-MS) level. PubMed, Google Scholar, Google, Microsoft and national and international institutions' official repositories were searched in order to identify documents on PM-related policies, programmes and action plans at the EU and EU-MS level, published up to December 2020. We identified 28 policies in the EU aimed at improving public health promoting and fostering PM implementation, through some actions including the standardization of good medical practice, use of big data and digital innovation, data sharing and cross-border interoperability, healthcare sustainability, disease prevention and patients'/citizens' engagement. We identified 23 policies at EU-MS level which, notwithstanding national differences, have a common focus, such as patient-tailored treatment and targeted prevention, education of healthcare workers, research and innovation, big data harmonization and healthcare system sustainability. The definition of an integrated regulatory framework is essential to turn PM into an opportunity for citizens and patients with the involvement of all the stakeholders. This work can provide a valuable tool for decision-makers to define common approaches, priorities for research, development and increase international collaboration, which could overcome the fragmented European scenario and align the future direction on PM.

► **Complex Community Health and Social Care Interventions – Which Features Lead to Reductions in Hospitalizations For Ambulatory Care Sensitive Conditions? a Systematic Literature Review**

DUMINY L., RESS V. ET WILD E.-M.

2022

Health Policy 126(12): 1206-1225.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.003>

Preventing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) is traditionally the responsibility of primary care. The determinants of ACSC hospitalizations, however, are not purely medical, but also influenced by other factors like patients' social and personal circumstances. Interventions that include or consist entirely of community health services and social care could potentially reduce the ACSC hospitalization rate. Comparisons of the features of successful interventions of this nature, however, are still lacking. We therefore conducted a systematic review of the literature to identify out-of-hospital interventions that (a) included aspects or consisted entirely of community health services and social care and (b) analyzed the ACSC hospitalization rate as an outcome measure. We identified papers reporting the results of 32 interventions and extracted structural and behavioral features to determine which of these were shared by most or all of the successful interventions. We found that all of the successful interventions included a primary care physician and provided care management. Moreover, most of the successful interventions were characterized by a high degree of interconnectedness between professional groups and provided care within so-called health care homes. We also identified a set of care coordination activities that were implemented in most of the successful interventions. Policy makers may wish to consider adopting these features when designing interventions that aim to reduce the ACSC hospitalization rate.

► **Measuring Local Strategies to Address the Determinants of Population Health : Development and Application of the CLotertes Instrument**

LE BODO Y., FONTENEAU R., DIALLO D., *et al.*
2022

Rev Epidemiol Sante Publique 70(6): 286-298.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.09.073>

Les collectivités locales sont bien placées pour promouvoir des comportements et des environnements favorables à la santé. En France, depuis 2009, ce rôle peut être renforcé par la signature d'un Contrat local de santé (CLS) avec l'Agence régionale de santé. Ce dispositif pluriannuel inclut un plan d'action pouvant aborder quatre domaines : promotion de la santé, prévention des maladies, soins, accompagnement médico-social. Malgré environ 400 CLS recensés en 2018, les connaissances sur leur contexte d'élaboration et le contenu de leurs plans d'action restent limitées. En s'appuyant sur la littérature internationale, l'étude CLotertes visait à développer un outil permettant de caractériser les CLS selon leurs plans d'action, notamment en matière de prévention et de promotion de la santé. Dans cet article nous présentons une évaluation et une application de l'outil CLotertes. Méthode L'outil a été développé et appliqué en cinq étapes : 1) le développement de variables contextuelles et thématiques ; 2) le prétest de la grille de codage et de son guide ; 3) la consultation de professionnels ; 4) un test d'accord inter-juges ; et 5) l'application et l'utilisation de l'outil à partir d'un échantillon aléatoire stratifié à l'échelle nationale de 53 CLS. Résultats Le test d'accord inter-juges par type de variable était satisfaisant ($\kappa > 0,7$), mais certaines variables ont dû être écartées par manque d'information ou faute d'accord suffisant. L'analyse indique que la plupart des 53 CLS étudiés ont été signés en milieu urbain, à l'échelle d'une municipalité ou d'une intercommunalité. Les plans d'action sont clairement orientés vers les circonstances de vie, la promotion et la protection de la santé ou la prévention primaire des maladies, dans la mesure où, en moyenne, 73 % des fiches action abordent au moins un thème relevant de ce domaine. La proportion de fiches action abordant au moins un thème relevant de la prévention secondaire ou tertiaire, de l'accompagnement médico-social ou de l'organisation de soins et services de santé est néanmoins substantielle (43 %). Des exemples d'action sont présentés. Conclusion S'appuyant sur des pratiques probantes reconnues à l'échelle internationale, l'outil CLotertes s'est avéré utile pour caractériser des plans d'action en promotion

de la santé au niveau local. Son utilisation par des professionnels pourrait encourager une vision plus large de la diversité d'actions pouvant être mises en œuvre dans un CLS et en lien avec d'autres dispositifs locaux de prévention et d'accès aux soins.

► **Learning Lessons From the Covid-19 Pandemic**

POWELL M.
2022

Health Economics, Policy and Law 18(1): 88-103.
<https://doi.org/10.1017/S1744133122000160>

This study examines the literature on learning lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic to make a conceptual and empirical contribution. The conceptual contribution suggests a simplified policy transfer framework for learning lessons from the proliferation of approaches involving an expanding and confusing mix of hypotheses, questions, criteria, domains, constructs, factors and criteria. This is then used to review the literature of lessons from COVID-19. This fuses the three reasons for transfer failure and the context-mechanism-outcome configuration of realist approaches to suggest three simple criteria of informed transfer (outcomes); complete transfer (mechanisms); and appropriate transfer (context). The empirical contribution suggests that it is difficult to learn lessons from the existing literature. The conceptual framework suggests that lessons about successful transfer involve a clear idea of policy success, understanding how the policy instrument or mechanism links with success in the original context, and how 'fungible' it is to the new context. Put another way, the 'COVID lessons industry' may itself need to learn that lessons about policy transfer should be informed, complete and appropriate.

► **Santé environnementale : des lois faibles ou fragmentées**

SLAMA R.
2022

Environnement, Risques & Santé 21(5): 340-354.
<https://www.cairn.info/revue-environnement-risques-et-sante-2022-5-page-340.htm>

L'action publique sur les questions de santé environnementale est souvent en décalage avec les connaissances scientifiques. Nous faisons l'hypothèse qu'une partie de ce décalage est due à des limitations dans les

lois encadrant les questions de santé liées à l'environnement, limitations portant sur le périmètre des lois comme leur logique de gestion. Nous discutons cette hypothèse en passant en revue certaines lois concernant les contaminants physico-chimiques et la protection des milieux (air, eau de boisson, alimentation).

► **The Effect of the Right Care, Right Place, Right Time (R3) Initiative on Medicare Health Service Use Among Older Affordable Housing Residents**

TAVARES J., SIMPSON L., MILLER E. A., *et al.*
2022

Health Services Research (Ahead of pub).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.14086>

The aim of this paper is to determine the effect of an

affordable housing-based supportive services intervention, which partnered with health and community service providers, on Medicare health service use among residents. Data Sources Analyses used aggregated fee-for-service Medicare claims data from 2017 to 2020 for beneficiaries living in 34 buildings in eastern Massachusetts. Study Design Using a quasi-experimental design, a "difference-in-differences" framework was employed to isolate changes in outcomes, focusing on changes in pre- and post-intervention health service use across two stages of the intervention. Phase 1 encompassed the initial implementation period, and Phase 2 introduced a strategy to target residents at high risk of poor health outcomes. Key health service outcomes included hospitalizations, 30-day hospital readmission, and emergency department use. Data Collection Medicare claims data for 10,412 individuals were obtained from a Quality Improvement Organization and aggregated at the building level.

Politique publique

Public Policy

► **Le paritarisme : définitions et délimitations**

DAMON J.
2022

Regards 60(1): 149-160.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-149.htm>

L'expression « paritarisme » désignerait une modalité particulière de gouvernance, à la française, de la protection sociale. C'est plutôt, sous un même mot, de diverses gouvernances qu'il s'agit. Des blocs de politiques aux enjeux et opérateurs sensiblement différents sont, en effet, rassemblés sous le grand chapeau paritaire. Sont ainsi recensées, entre autres et selon des acceptions toujours discutées, la Sécurité sociale, la protection sociale complémentaire, la formation professionnelle, ou encore une partie de la politique du logement. Alors que le sujet revient de façon récurrente, mais aussi de plus en plus pressante, dans le débat public, il importe de clarifier ce qui est entendu par « paritarisme ». La doctrine suggère plusieurs types de paritarisme et même plusieurs typologies, ce qui retentit nécessairement sur plusieurs modalités d'organisation, de financement, d'évaluation. Du paritarisme de représentation au paritarisme de ges-

tion, on repère aisément diverses fonctions et diverses institutions. L'essentiel relève tout de même d'un lien historique assuré avec l'activité professionnelle. D'où le principal défi pour le paritarisme : s'adapter à la dynamique toujours à l'œuvre d'universalisation de la protection sociale.

► **Nouveau Regard sur « Le paritarisme : définitions et délimitations »**

DAMON J.
2022

Regards 60(1): 161-164.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-161.htm>

Certains experts et opérateurs, plutôt du côté des pouvoirs publics ne verraient pas forcément d'un œil caustique une extinction du paritarisme. D'autres, plutôt du côté des organisations syndicales (salariales et patronales) s'opposent classiquement à une telle perspective. Concrètement, le paritarisme évolue avec le temps. Le temps n'a pas eu trop d'impacts sur l'article sur lequel cette contribution revient. Publiées à l'orée d'un quinquennat présidentiel, ces pages, que l'on

pourra très valablement relire, ont probablement pris quelques rides. L'essentiel du propos reste cependant tout à fait solide. L'introduire et l'actualiser ne s'avèrent pas très compliqués. Il convient de faire un rapide tour d'horizon sur le quinquennat qui a passé. Mais, avant

d'en venir aux projets et réalisations d'un quinquennat politique, revenons d'abord aux fondamentaux. Puisque la contribution de 2017 traite des définitions, des pourtours et de l'histoire d'une notion, apportons quelques précisions et observations complémentaires.

Prévention

Prevention

► **Prevention and Treatment of Infectious Diseases in Migrants in Europe in the Era of Universal Health Coverage**

BAGGALEY R. F., ZENNER D., BIRD P., *et al.*
2022

[The Lancet Public Health 7\(10\): e876-e884.](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00174-8)
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00174-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00174-8)

Some subpopulations of migrants to Europe are generally healthier than the population of the country of settlement, but are at increased risk of key infectious diseases, including tuberculosis, HIV, and viral hepatitis, as well as under-immunisation. Infection screening programmes across Europe work in disease silos with a focus on individual diseases at the time of arrival. We argue that European health-care practitioners and policy makers would benefit from developing a framework of universal health care for migrants, which proactively offers early testing and vaccinations by delivering multi-disease testing and catch-up vaccination programmes integrated within existing health systems. Such interventions should be codeveloped with migrant populations to overcome barriers faced in accessing services. Aligning policies with the European Centre for Disease Prevention and Control guidance for health care for migrants, community-based preventive health-care programmes should be delivered as part of universal health care. However, effective implementation needs appropriate funding, and to be underpinned by high-quality evidence.

► **The French Covid-19 Vaccination Policy Did Not Solve Vaccination Inequities: A Nationwide Study on 64.5 Million People**

DÉBARRE F., LECOEUR E., GUIMIER L., *et al.*
2022

[European Journal of Public Health 32\(5\): 825-830.](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac125)
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac125>

To encourage Covid-19 vaccination, France introduced during the Summer 2021 a 'Sanitary Pass', which morphed into a 'Vaccine Pass' in early 2022. While the sanitary pass led to an increase in Covid-19 vaccination rates, spatial heterogeneities in vaccination rates remained. To identify potential determinants of these heterogeneities and evaluate the French sanitary and vaccine passes' efficacies in reducing them, we used a data-driven approach on exhaustive nationwide data, gathering 141 socio-economic, political and geographic indicators. We considered the association between vaccination rates and each indicator at different time points: before the sanitary pass announcement (week 2021-W27), before the sanitary pass came into force (week 2021-W31) and 1 month after (week 2021-W35) and the equivalent dates for the vaccine pass (weeks 2021-W49, 2022-W03 and 2022-W07). The indicators most associated with vaccination rates were the share of local income coming from unemployment benefits, overcrowded households rate, immigrants rate and vote for an 'anti-establishment' candidate at the 2017 Presidential election. These associations increase over time. Consequently, living in a district below the median of such indicator decreases the probability to be vaccinated by about 30% at the end of the studied period, and this probability gradually decreases by deciles of these indicators. Our analysis reveals that factors related to poverty, immigration and trust in the government are strong determinants of vaccination rate, and that vaccination inequities tended to increase after the introduction of the French sanitary and vaccination passes.

Psychiatry

► Involuntary Admission to Psychiatry at the Request of Caregivers: The Point of View of Caregivers

AVRIL C., FOURNIS G., GOHIER B., *et al.*
2022

Encephale 48(6):661-667

In France, the family and friends of a patient with a psychiatric disorder can legally be involved in the decision to involuntary admission to psychiatry through care at the request of a third party. This involvement has been questioned in recent years, notably to protect this third party. The main objective of this work was to assess whether providing the third party with information on care without consent when providing care at the request of a third party (SDT) had an impact on the third party's experience. The secondary objectives were to identify other factors that might impact the third party's experience of the SDT, and to assess the impact of the SDT on the relationship between the third party and his or her hospitalized relative, as well as the factors that might influence it. METHODS: The study was based on a questionnaire, constructed after meeting several members of an association of relatives of patients with psychiatric disorders : Unafam. This questionnaire questioned the context of hospitalization, the information provided concerning care without consent, the experience of the third party at the time of hospitalization and at a distance, and the impact of hospitalization on the relationship between the third party and his or her hospitalized relative, both at the time of hospitalization and at a distance.

► Mental Health Between Present Issues and Future Expectations

BARILI E., GREMBI V. ET ROSSO A. C.
2022

Health Policy(Ahead of pub).

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.010>

Based on a 2020 survey of more than 4,000 working-age women, we investigate the main determinants of mental distress during the COVID-19 first wave in Italy. We address the role of two groups of drivers: present issues (e.g., present working status) and expectations about the future (e.g., fear of losing the job). Our results

show that expectations do play a crucial role on mental distress. Younger women and those lacking a high school degree are in most distress. even controlling for individual fixed effects, and contextual factors which account for potential dynamics in the labor market. We investigate how expectations interact with several individual dimension, as age, level of education, sector of employment, and individual gender norms. Expectations of future employment is still among the main driver, but respondents with higher stereotype show higher distress due to uncertainty about the future employment of the partner, suggesting that the prevalence of a traditional breadwinner model is a source of additional distress on this population.

► La médecine de liaison en psychiatrie, pour une synergie des compétences au bénéfice des patients

BORNES C.
2022

Santé Publique 34(5): 653-661.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-653.htm>

Les problèmes somatiques des personnes vivant avec une maladie mentale ont longtemps été négligés. Cela s'explique par des facteurs liés à la maladie elle-même, à des déterminants socio-environnementaux, mais aussi à l'organisation du système de santé. Des dispositifs ont ainsi vu le jour, en France, pour améliorer l'articulation entre médecine générale et psychiatrie, dans un souci de prise en soins globale. Cette volonté d'optimiser la coordination autour du patient a conduit à l'émergence du concept de médecine de liaison en psychiatrie. Méthodes : Une revue narrative de la littérature a été réalisée en interrogeant les ressources numériques de l'Université Paris Cité, notamment les bases de données Medline, Cairn et Persée. Résultats : Différents dispositifs de soins ont été élaborés pour essayer d'améliorer la santé physique des personnes hospitalisées en psychiatrie, mais il s'agit d'initiatives locales et sans coordination nationale véritable. La formation des internes de médecine générale est un puissant levier de changement. La protection de la santé physique des personnes souffrant de maladie mentale est un enjeu de santé mondial, au cœur des

préoccupations de nombreux pays. Conclusion : La médecine de liaison en psychiatrie apporte, pour les patients, un bénéfice qui n'est plus à démontrer, et il faudrait maintenant l'étendre à l'ensemble du territoire français. Cependant, l'effort doit porter aussi sur le renforcement du lien ville-hôpital, dans la mesure où l'ambulatoire représente plus de 80 % de la file active de la psychiatrie. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) y auront un rôle déterminant à jouer.

► **Les malades mentaux ont toujours coûté trop cher**

CHAPIREAU F.
2022

L'Information Psychiatrique 98(10): 795-796.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-10-page-795.htm>

Les historiens et les sociologues de la psychiatrie lisent-ils assez de récits et de romans d'enquête ? Certains d'entre eux pourraient utilement méditer *Les Gens de Smiley* de John Le Carré, où l'une des pistes vers l'élucidation (mais non la seule) suit le flux de l'argent. *Follow the money*, dit l'adage. Quelques auteurs semblent l'ignorer. Tel n'est pas le cas du juriste qui analyse la préparation de la loi du 30 juin 1838 et qui s'exclame : « Les finances, toujours les finances ! Mais où est la médecine ? » [1] De même, l'étude du département du Rhône montre l'opposition durable de l'État central et des conseils généraux à toute dépense supplémentaire en faveur des aliénés [2]. Malgré de tels travaux, l'histoire économique de la psychiatrie reste à faire, en suivant dans le temps et dans l'espace les diverses configurations où les enjeux financiers laissent leur marque.

► **Analyse de pratiques sur les programmes de soins. Retour sur quatre ans d'expérience au sein d'un centre hospitalier spécialisé**

CLARISSE H., ANTONIOTTI M.-C. ET VÉDIE C.
2022

L'Information Psychiatrique 98(9): 743-748.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-9-page-743.htm>

La loi du 5 juillet 2011 a introduit la possibilité de soins psychiatriques dans le cadre de programmes de soins. Cette modalité de soins soulève des questionnements

éthiques, juridiques et pratiques, conduisant la Haute Autorité de santé (HAS) à publier un guide de bonnes pratiques sur le sujet en 2020. Le centre hospitalier Valvert (13) a mis en place, en 2017, un groupe d'analyse de pratiques. Sans efficacité démontrée dans la littérature, les indicateurs d'évaluation de ce groupe ont été pensés pour refléter la dynamique réflexive des participants. Dix-sept cas de patients ont été discutés collégialement. Si le nombre de patients en programme de soins reste globalement stable, le fort taux de renouvellement (82 % en quatre ans) reflète une dynamique réflexive à l'œuvre. Une piste d'amélioration pourrait être l'inclusion de patients toujours hospitalisés, où la demande de programme de soins éventuellement envisagée à la sortie pourrait être questionnée.

► **Propositions des professionnels pour réduire le risque cardiovasculaire des patients psychiatriques**

DENIS F., MEUNIER-BEILLARD N., COSTA M., *et al.*
2022

Santé Publique 34(5): 621-632.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-621.htm>

Les maladies cardio-vasculaires représentent une des causes majeures de mortalité en France. Elles sont la cause principale de surmortalité des personnes souffrant de troubles psychiques au long cours (TPLC) en dehors des causes liées au suicide. But de l'étude : Cet article vise à identifier, selon le point de vue de professionnels de soins primaires et de la psychiatrie, leurs attentes et leurs besoins pour apporter aux usagers de la psychiatrie une meilleure prise en charge médicale et paramédicale du risque cardiovasculaire (RCV). Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative prospective et multicentrique réalisée en deux temps : une phase exploratoire, par entretiens individuels en début d'étude afin de permettre la création des grilles d'entretiens collectifs ad hoc, suivie d'une étude qualitative proprement dite, qui s'inscrit dans la lignée de l'anthropologie médicale et de la sociologie des systèmes de santé. Résultats : Les 30 professionnels de la psychiatrie interrogés s'accordent sur la nécessité d'une meilleure coordination avec les soignants en extra hospitalier. Même si une ouverture est prônée, on observe un rappel des spécificités de la psychiatrie et l'importance d'une prise en compte générale de ces spécificités. Les 26 professionnels de soins primaires témoignent d'une volonté de mieux connaître les troubles, patho-

logies et traitements psychiatriques pour faciliter la prise en charge de ces patients à besoins spécifiques. Conclusion : Le croisement de ces résultats permettra de proposer une intervention appropriée en vue d'induire des effets probants sur la réduction du RCV chez les personnes souffrant de TPLC.

► **Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives**

GANDRÉ C., MOREAU D., COLDEFY M., *et al.*

2022

Santé Publique 34(5): 613-619.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-613.htm>

Face au constat d'une surmortalité persistante des personnes vivant avec un trouble psychique, cet article dresse un état des lieux de ses causes potentielles afin d'identifier des perspectives de recherche et d'étayer la mise en place d'actions à court terme dans le contexte français. Méthodes : Nous nous appuyons sur une revue narrative de la littérature, quantitative et qualitative, mobilisée pour proposer un cadre conceptuel des différents facteurs pouvant jouer un rôle dans cette surmortalité. Une attention particulière est portée aux recherches françaises afin d'identifier des pistes d'actions adaptées aux spécificités de ce contexte national. Résultats : La surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique constitue une inégalité de santé résultant d'une combinaison de facteurs qui ne sont pas uniquement liés à des comportements individuels et des conditions de vie défavorables à la santé, mais également au système de santé – tant du point de vue de son organisation que des professionnels y intervenant. Des interrogations, relatives à l'ampleur du rôle joué par les différents facteurs et à la façon dont ils interagissent (traitement social spécifique, cumul d'inégalités ou conjonction singulière au croisement de ces facteurs...), demeurent. Conclusions : Ces résultats appellent la mise en œuvre de recherches complémentaires, mobilisant des schémas d'études mixtes, ainsi que de mesures favorisant l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique, tout au long des parcours de soins (prévention, éducation thérapeutique, meilleure intégration des services somatiques et psychiatriques, modes de financement des soins encourageant une prise en charge globale de la santé...).

► **Le rôle de l'alliance et ses implications en psychothérapie**

LUC S.

2022

L'Information Psychiatrique 98(9): 749-754.

Le modèle d'évaluation de l'efficacité des psychothérapies suppose l'action spécifique sur le trouble mental des techniques utilisées, comme celle d'un médicament sur une maladie somatique. Or les données empiriques montrent l'équivalence de toutes les approches lorsqu'elles sont correctement pratiquées, l'absence d'efficacité spécifique d'une technique et l'extrême importance de l'alliance thérapeutique, commune à toutes les psychothérapies. Comment comprendre ces résultats en évitant à la fois la valorisation excessive de la qualité individuelle du psychothérapeute et la relativisation de l'utilité des techniques des psychothérapies ? Nous proposons dans cet article que la théorie psychothérapeutique se doit moins de prétendre à la précision et l'efficacité garantie que d'être équivoque afin de pouvoir être réinterprétée singulièrement à chaque rencontre clinique et favoriser ainsi l'alliance.

► **Pandemics and the Impact on Physician Mental Health: A Systematic Review**

PECK J. A. ET PORTER T. H.

2022

Medical Care Research and Review 79(6): 772-788.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587221091772>

Physician mental health is a major area of concern with physician burnout on the rise, while at the same time pandemics are becoming more frequent and serious in nature. This combination of physician burnout and pandemics has the potential for serious negative implications for physicians, patients, and health care organizations. Thus, we conduct a systematic review that examines the effect of pandemics on physician mental health using the burnout cascade as a framework. We identified 30 quantitative studies for inclusion. We find that Stages 4 and 5 of the burnout cascade are particularly troublesome with physicians experiencing high levels of anxiety and depression. Furthermore, we find in the degradation phase that physicians experience stigma which may intensify other negative effects. Physicians who are women, younger, and have less training are more susceptible to the negative effects of pandemics. We discuss overall implications and recommendations for future research.

► **Effectiveness of Peer Helper Interventions For People with Schizophrenia or Bipolar Disorder: A Literature Review**

QUILES C., RENELLEAU C., DOURIEZ E., *et al.*

2022

Encephale 48(6) : 674-681

The effectiveness of programs integrating trained and paid peer helpers on symptoms, quality of life and recovery of persons with bipolar disorder or schizophrenia is still poorly understood. The factors influencing the integration of peer helpers into health-care teams are also poorly understood. **METHOD:** A systematic review of the literature was performed. We systematically searched multiple electronic databases for articles: (i) exploring the effectiveness of the intervention of trained and paid peer helpers in bipolar disorder and schizophrenia (ii) reporting barriers and facilitators to the integration of peer helpers. **RESULTS:** Forty-eight articles were included, 24 on the effectiveness of the intervention of peer helpers, 18 on barriers and 13 on facilitators to the integration of peer helpers in health teams. Of them, 25 were based upon qualitative methods (7 concerning the effectiveness of the intervention of peer helpers, 14 the barriers and 7 the facilitators to their integration); 23 were based upon quantitative methods (9 studies focused on the effectiveness of peer helper intervention, 2 on barriers and 6 on integration facilitators). The 23 quantitative studies included 8 randomized controlled trials. **CONCLUSION:** In spite of their heterogeneity, the results suggest that that interventions of peer helpers have a positive impact on the recovery, quality of life, social functioning, physical health and clinical outcome of persons with bipolar disorder or schizophrenia. The results also showed that the integration of peer helpers is favored by caregivers' awareness about the role of peer helpers and knowledge about the recovery model. The results highlight the need for peer helpers to have a well-defined role and to be supervised, preferably by another peer helper.

► **La santé pour tous : soins somatiques et troubles psychiatriques**

SARAVANE D. ET FOND-HARMANT L.

2022

Santé Publique 34(5): 609-611.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-609.htm>

Sur le plan de la littérature internationale, il faut men-

tionner que les premières études épidémiologiques sur la santé physique des personnes atteintes de pathologies psychiatriques sont peu nombreuses et difficilement comparables. Les travaux les plus marquants de Hall RC et al portent sur une étude prospective de 100 patients atteints de troubles et hospitalisés en psychiatrie : 90 % présentent des anomalies physiques, et pour 80 % d'entre eux, il est nécessaire de mettre en place un traitement thérapeutique somatique. Notons que pour 46 % d'entre eux la maladie n'était pas connue auparavant. Depuis, de nombreux travaux ont pu mettre en évidence des troubles somatiques associés à la pathologie mentale.

► **Le rôle de l'alliance et ses implications en psychothérapie**

SURJOURS L.

2022

L'Information Psychiatrique 98(9): 749-755.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-9-page-749.htm>

Le modèle d'évaluation de l'efficacité des psychothérapies suppose l'action spécifique sur le trouble mental des techniques utilisées, comme celle d'un médicament sur une maladie somatique. Or les données empiriques montrent l'équivalence de toutes les approches lorsqu'elles sont correctement pratiquées, l'absence d'efficacité spécifique d'une technique et l'extrême importance de l'alliance thérapeutique, commune à toutes les psychothérapies. Comment comprendre ces résultats en évitant à la fois la valorisation excessive de la qualité individuelle du psychothérapeute et la relativisation de l'utilité des techniques des psychothérapies ? Nous proposons dans cet article que la théorie psychothérapeutique se doit moins de prétendre à la précision et l'efficacité garantie que d'être équivoque afin de pouvoir être réinterprétée singulièrement à chaque rencontre clinique et favoriser ainsi l'alliance.

► **Impact de la crise de Covid-19 sur les consultations pour troubles psychiques en médecine générale en France, en regard de consultations pour maladies chroniques – Analyse de séries temporelles**

VADEL J., BESSOU A., BLANCHON T., *et al.*

2022

Rev Epidemiol Sante Publique 70: S270-S271.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.09.055>

La crise sanitaire liée à la COVID-19 et les mesures appliquées pour la contenir (confinements successifs, cours/travail en distanciel et autres restrictions) ont créé un climat anxigène inédit pour l'ensemble de la population. Dans ce contexte, nous avons étudié l'impact de cette crise au long cours sur les consultations pour troubles psychiques en médecine générale en France métropolitaine, en regard des consultations pour des maladies chroniques. Matériel et méthodes Toutes les consultations ou téléconsultations pour motif psychique (dépression, anxiété, troubles du sommeil) ont été comptabilisées de janv-15 à mai-21 en médecine générale à partir des données issues des EMR (« Electronic Medical Records » : recueil longitudinal via le logiciel de 1200 MG représentatifs) de la société IQVIA. Durant la même période, les consultations hebdomadaires pour des maladies chroniques nécessitant

un suivi régulier (hypertension, diabète, insuffisance cardiaque, dyslipidémie) ont été mesurées. Des séries temporelles ont été modélisées à partir des données de la période pré-pandémie (2015-2019) à l'aide d'une régression de Poisson avec termes de Fourier, afin de simuler le nombre de consultations attendues pour les années 2020-2021 en l'absence de crise sanitaire. Ces estimations ont ensuite été comparées aux valeurs observées au cours de la crise sanitaire. Les différences obtenues entre valeurs attendues et observées pour troubles psychiques ont été mises en regard de celles constatées pour les maladies chroniques témoins. Résultats Pendant le premier confinement, du 17/03 au 11/05 2020, le nombre de consultations observées était plus bas que le nombre de consultations attendues en absence de crise sanitaire.

Sociologie

Sociology

► **Dossier. La pluridisciplinarité en santé : quel bilan ? Quelles perspectives ?**

AKRICH M., ARMAND-RASTANO É., BAJOS N., *et al.*
2022

Sciences sociales et santé 40(4): 69-106.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2022-4-page-69.htm>

► **Horizons disciplinaires et thématiques de prédilection de Sciences Sociales et Santé (1994-2021)**

CASTEL P., COINTET J.-P. ET BOURRET P.
2022

Sciences sociales et santé 40(4): 39-67.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2022-4-page-39.htm>

En ayant recours à des outils et méthodes de cartographie de réseau et d'analyse sémantique, cet article explore comment la revue Sciences Sociales et Santé s'inscrit dans l'espace des sciences sociales de la santé, et plus largement des sciences sociales. À partir d'un corpus d'articles publiés dans Sciences Sociales et Santé entre 1994 et 2021, l'article identifie, d'une part, les horizons disciplinaires qui alimentent la production

de la revue depuis 30 ans et met en relief, d'autre part, des thématiques de prédilection présentes ou passées et leur prévalence relative. Ces analyses confirment et prolongent celles réalisées à l'occasion des précédents numéros anniversaires de la revue. L'analyse thématique des trente dernières années de production de la revue montre qu'elle est restée fidèle au cœur de son projet : rendre compte – via un regard pluridisciplinaire – des multiples débats portant sur la santé et ses enjeux de société.

► **Valeurs et principes éthiques en santé publique : une revue systématique**

PAGANI V., GARCÍA V. ET CLAUDOT F.
2022

Santé Publique 34(2): 191-201.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-2-page-191.htm>

Depuis les années 1990, des « cadres d'analyses » et des « outils pratiques » se référant abondamment à des valeurs et à des principes ont été développés afin de guider le raisonnement éthique des décideurs et des praticiens de santé publique. Objectif : L'objectif de cette étude était de recenser les valeurs

et les principes des « cadres » et « outils » éthiques en santé publique, de les classer par thème et de les caractériser en questionnant leurs significations et leur articulation. Méthode : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature selon les lignes directrices PRISMA-S. Elle portait sur une période de trente ans et utilisait trois bases de données. Le corpus a été analysé à partir d'une grille de lecture pluridisciplinaire. Résultats : Nous avons inclus 51 publications. Plus de la moitié d'entre elles émanaient de structures nord-américaines et sept, de structures européennes. Nous avons recensé 110 valeurs et 153 principes renvoyant aux thèmes de la justice, de l'autonomie, de la bienfaisance et de la non-malfaisance, de la gouvernance et de l'évaluation des actions. Limites : Il existe probablement d'autres cadres et outils non publiés utilisés par les acteurs et décideurs en santé publique. Conclusion : Si les valeurs et principes les plus souvent convoqués laissent apparaître une correspondance avec plusieurs caractéristiques fondamentales de la santé publique, on peut encore difficilement parler d'une éthique propre à la santé publique.

► **Les idéologies du soin face aux réalités du travail : le cas d'un Ehpad de la Croix-Rouge**

RIBIERRE R.

2022

Sociologies pratiques 45(2): 123-126.

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2022-2-page-123.htm>

Ce numéro de Sociologies pratiques s'intéresse à la manière dont on peut agir sur la santé de la population en intervenant sur les aspects transversaux des problématiques de la maladie et du soin. Il étudie plusieurs initiatives, comme celles des centres de santé, dont l'objectif est à la fois de participer activement à la réduction des inégalités de santé, de répondre aux enjeux de désertification médicale, de maillage et d'offre de soins, de permettre le repérage des manques tout en constituant un espace de concertation et de mise en œuvre. Les contributions réunies dans ce dossier mettent en lumière une approche désectorisée qui n'entend pas médicaliser davantage le social, mais plutôt mobiliser des acteurs locaux pour un système de santé plus intégré sur le plan organisationnel et social.

► **La santé au centre : politiques publiques, territoires, centres de santé**

SCHWEYER F. X., VÉZINAT N. ET NOÛS C.

2022

Sociologies pratiques 45(2)

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2022-2.htm>

Ce numéro de Sociologies pratiques s'intéresse à la manière dont on peut agir sur la santé de la population en intervenant sur les aspects transversaux des problématiques de la maladie et du soin. Il étudie plusieurs initiatives, comme celles des centres de santé, dont l'objectif est à la fois de participer activement à la réduction des inégalités de santé, de répondre aux enjeux de désertification médicale, de maillage et d'offre de soins, de permettre le repérage des manques tout en constituant un espace de concertation et de mise en œuvre. Les contributions réunies dans ce dossier mettent en lumière une approche désectorisée qui n'entend pas médicaliser davantage le social, mais plutôt mobiliser des acteurs locaux pour un système de santé plus intégré sur le plan organisationnel et social.

► The Formation of Physician AltruismATTEMA A. E., GALIZZI M. M., GROSS M., *et al.*
2023**Journal of Health Economics: 87 : 102716.**
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102716>

We study how patient-regarding altruism is formed by medical education. We elicit and structurally estimate altruistic preferences using experimental data from a large sample of medical students (N = 733) in Germany at different progress stages in their studies. The estimates reveal substantial heterogeneity in altruistic preferences of medical students. Patient-regarding altruism is highest for freshmen, significantly declines for students in the course of medical studies, and tends to increase again for last year students, who assist in clinical practice. Also, patient-regarding altruism is higher for females and positively associated to general altruism. Altruistic medical students have gained prior practical experience in healthcare, have lower income expectations, and are more likely to choose surgery and pediatrics as their preferred specialty.

► Les pratiques des professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en Pays de la LoireBATAILLE E., PAQUIER H., ARTARIT P., *et al.*
2022**Santé Publique 34(2): 207-217.**
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-2-page-207.htm>

Le suivi gynécologique en soins primaires est assuré en France par quatre types de professionnels de santé (PS) : médecins généralistes (MG), gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens et sages-femmes (SF). But de l'étude : Décrire les PS libéraux assurant le suivi gynécologique des femmes en Pays de la Loire en 2018, ainsi que leurs activités respectives. Résultats : La population était constituée de 3764 PS, dont une grande majorité de MG. La part des MG de 60 ans et plus en Loire-Atlantique était de 25,5 %, alors qu'elle atteignait 49 % en Sarthe. Les gynécologues médicaux étaient 80 % à avoir 60 ans et plus et étaient principalement installés en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire. La distribution de l'âge des gynécologues

obstétriciens était en défaveur de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée. Les SF étaient jeunes puisque 71 % avaient moins de 50 ans. À l'échelle régionale, 1 658 155 consultations pour tous types d'activités gynécologiques avaient été identifiées. Parmi elles, 41,3 % étaient assurées par des MG, 24,3 % par des gynécologues et 34,4 % par des SF. Conclusions : La spécialité de gynécologie médicale en soins de ville est inégalement répartie dans la région et présente une proportion de professionnels de plus de 60 ans importante. En l'absence de remplaçants, de nouveaux déserts médicaux pourraient voir le jour. Celle de gynécologie obstétrique, liée à l'implantation des établissements de soins, est mieux répartie. Si le volume d'actes est plus élevé chez les SF, leur diversité est plus importante chez les médecins, du fait de la nomenclature des actes.

► Des généralistes dans la première vague : les adaptations des pratiques en médecine générale face à la pandémie de Covid-19BLOY G. ET SARRADON-ECK A.
2022**Les Tribunes de la santé 73(3): 87-102.**
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-3-page-87.htm>

L'article examine la manière dont les généralistes ont réagi et se sont adaptés à la crise sanitaire lors de la première vague de la pandémie de Covid-19. Le cabinet de médecine générale, dans ce contexte exceptionnel, fait figure de laboratoire pour tracer des innovations ordinaires, « par le bas » et la « base » de la profession, plutôt que celles procédant des autorités. Sont successivement envisagés les principaux enjeux professionnels auxquels les généralistes ont été confrontés au printemps 2020 : maintenir une activité de soins primaires ; prendre la mesure de la gravité de la situation ; se repérer dans une avalanche d'informations ; repenser la biosécurité de l'activité en termes d'organisation matérielle et temporelle ; réviser certaines pratiques cliniques ; se situer, enfin, face à des questions d'« éthique pratique ». L'article souligne les éléments de créativité ou de continuité avec des traits culturels connus de la médecine générale libérale, et les ressources, prévisibles ou plus improbables,

dans lesquelles un professionnalisme from below a pu ainsi puiser face aux épreuves imposées. En conserver la trace permet de nourrir la réflexion sur les façons d'associer la médecine générale dans la réponse aux épidémies.

► **How Do Primary Care Providers Respond to Reimbursement Cuts? Evidence From the Termination of the Primary Care Incentive Program**

BRUNT C. S.

2022

Medical Care Research and Review(Ahead): 10775587221139516.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10775587221139516>

The Primary Care Incentive Payment Program (PCIP) provided a 10% bonus payment for Evaluation and Management (E&M) visits for eligible primary care providers (PCPs) from 2011 to 2015. Using a 2012 to 2017 sample of continuously eligible PCPs (the treatment group) and ineligible specialists with historically similar provision of billed services (the control group), this study is the first to examine how PCPs responded to the program's termination. Using inverse probability of treatment weighted difference-in-differences models that control for inter-temporal changes in provider-specific beneficiary characteristics, individual provider fixed effects, and zip code by year fixed effects, it finds that providers responded to the removal of the 10% bonus payments by increasing their billing of bonus payment eligible E&M relative value units (RVUs) by 3.7%. This response is consistent with supplier-induced demand and suggests a 46% offsetting response consistent with actuarial assumptions by the Centers for Medicare & Medicaid Services when assessing reimbursement reductions.

► **La lente évolution des croyances vers la preuve... L'histoire de la médecine peut-elle aider à comprendre troubles somatoformes, hypocondrie ou vraies organicités ?**

CASASSUS P.

2022

Médecine 18(8): 340-342.

<https://doi.org/10.1684/med.2022.800>

Comme cela est rapporté dans ce numéro, les mani-

festations auxquelles on associe les qualificatifs de « fonctionnelles » ou « somatoformes », c'est-à-dire pour lesquelles on ne peut détecter de cause organique, sont très fréquentes puisqu'on a pu évaluer leur prévalence à 40 à 49 % des patients de soins primaires ! Ces troubles pathologiques sont souvent inexpliqués.

► **La relation soigné-soignant à l'épreuve des troubles somatiques fonctionnels en médecine générale**

DE BARBASON C. ET SAVALL A.

2022

Médecine 18(8): 366-371.

Les syndromes somatiques fonctionnels, définis comme un ensemble de symptômes dépourvus d'explication physiopathologique, sont fréquemment rencontrés en médecine générale. Le sentiment de frustration présent à la fois chez le patient et chez le médecin, lors de la prise en charge de ces troubles, témoigne d'une difficulté au sein de la relation soigné-soignant. Cette étude qualitative questionne les spécificités de la relation soigné-soignant lors de la prise en charge de troubles somatiques fonctionnels en médecine générale. Ces patients recherchent particulièrement une forme de paternalisme dans la relation. Conscients de la « difficulté » qu'ils incarnent, ils adoptent aussi une attitude de protection envers leur médecin, proche d'un paternalisme inversé. Le rôle de l'étiquette diagnostique, souvent décrite comme positive pour le patient, peut aussi présenter des risques au sein de cette fragile relation. La prise en charge de ces patients en médecine générale impose aux soignants de repérer les émotions transférentielles qui se jouent dans la relation.

► **Contracts For Primary and Secondary Care Physicians and Equity-Efficiency Trade-Offs**

KAARBOE O. ET SICILIANI L.

2022

Journal of Health Economics 87: 102715.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102715>

We analyse how payment systems for general practitioners (GPs) and hospital specialists affect inequalities in healthcare treatments, referrals, and patient health. We present a model of contracting with two providers, a GP and a hospital specialist, with patients differing in severity and socioeconomic status, and the GP only

receiving an informative signal on severity. We investigate four health system configurations depending on whether the GP refers and the specialist treats only high-severity patients or patients with any severity. We show that an increase in the GP fee, which induces GPs to refer only high-severity patients, increases utilitarian welfare but also increases inequities in access to specialist visits. A reduction in the DRG reimbursement to hospital specialists, which induces specialists to treat only high-severity patients, increases utilitarian welfare but also increases inequities in access to specialist visits when the GP refers only high-severity patients.

► **Vécu des internes en médecine générale lors de la crise sanitaire du Covid-19 : répercussions sur l'anxiété et la motivation pour la médecine générale**

LEPIÈCE B., LENOIR A.-L. ET DE ROUFFIGNAC S.
2022

Santé Publique 34(5): 675-682.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-675.htm>

La crise sanitaire du COVID-19 a ébranlé l'ensemble du système de soins de santé et des acteurs qui le constitue. Pour les internes en médecine générale (IMG), celle-ci a modifié l'exercice de la pratique médicale quotidienne, perturbé leur formation et mis en exergue leur responsabilité sociale, l'un des facteurs prédisposant à exercer la médecine générale. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la crise sanitaire sur l'anxiété et la motivation pour la médecine générale des IMG. Méthode : Étude transversale réalisée par le biais d'un questionnaire en ligne (Qualtrics©) distribué par courrier électronique aux IMG de deux universités belges francophones, entre le 1^{er} et le 31 juillet 2020, à la suite de la première vague de la pandémie du COVID-19. Cette étude a permis de mieux identifier certains facteurs contributifs d'anxiété parmi les IMG et d'évaluer leur motivation pour la spécialisation en médecine générale après la première vague du COVID-19. Une sensibilisation aux facteurs de risque de la détresse professionnelle et aux ressources à déployer pour y faire face devrait être intégrée au programme des facultés.

► **Challenges and Experiences of General Practitioners During the Course of the Covid-19 Pandemic: A Northern Italian Observational Study—Cross-Sectional Analysis and Comparison of a Two-Time Survey in Primary Care**

MAHLKNECHT A., BARBIERI V., ENGL A., *et al.*
2022

Family Practice 39(6): 1009-1016.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab025>

General practitioners (GPs) have been among the frontline workers since the outbreak of the Covid-19 pandemic. Reflecting and analyzing the ongoing pandemic response of general practice provides essential information and serves as a precondition for outlining future health policy strategies. To investigate the effects of the pandemic on GPs' daily work and well-being and to describe needs for improvement in primary care highlighted by the pandemic. A 2-time cross-sectional online survey involving GPs in a northern Italian region was conducted in September 2020 and March/April 2021. This study responded to this need and aimed to illustrate the challenges, difficulties, and the personal well-being of GPs during the first pandemic wave and during the second/third pandemic wave. The study consisted of a 2-time online survey of GPs in a northern Italian province. The 84 GPs participating in the first survey and 41 GPs participating in the second survey indicated a notable workload increase due to the pandemic. The availability of protective equipment and of clinical guidance about how to treat Covid-19-affected patients in their homes was poor at the beginning but increased considerably over time. Psychological distress was slightly increasing. Most GPs modified their workflow and practice organization. Adequate support for general practice is required in pandemic events to enable GPs to provide safe and high-quality care; needs for improvement especially concern the provision of resources and the communication with public health institutions and hospitals.

Health Systems

► Organiser les coordinations et coopérations en santé : impulsions, obstacles et réalisations

BERCHI C. ET CUEILLE S.
2022

Politiques & management public 3(3): 287-295.

<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2022-3-page-287.htm>

La santé et ses enjeux sont analysés à travers des prismes théoriques variés, développés au sein de très nombreux champs disciplinaires, qu'il s'agisse des disciplines médicales et soignantes, de la santé publique, de la biologie et des neurosciences, des sciences humaines et sociales, telles que le droit, la sociologie, les sciences économiques, la psychologie, les sciences de gestion et du management. L'appréhension de la santé « au sens large » s'est progressivement développée, l'Organisation Mondiale de la Santé définissant ainsi la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans cette mouvance, sont promues les actions de prévention, de promotion et d'éducation à la santé. Ces dernières visent à « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (Charte d'Ottawa, 1986). De même, la prise en charge globale de la personne et la construction de parcours intégrés de santé constituent désormais des enjeux fondamentaux pour les politiques de santé, en particulier dans les pays développés, confrontés au vieillissement de leur population et au développement des maladies chroniques. Face à ces défis structurels, mais également pour répondre à des situations plus aiguës ou qualifiées de « crise », telle celle liée à la pandémie récente « COVID-19 » ou celle issue de la pénurie de personnels de santé, la capacité à susciter, produire, organiser, structurer la coordination entre acteurs du système de santé, à différents échelons, et la coopération interorganisationnelle entre structures du secteur de la santé est au cœur des préoccupations des professionnels du secteur et des chercheurs de différentes disciplines.

► Quelle évolution de notre système de santé pour demain en France ?

BIZARD F.
2022

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 206(9). 1232-1239

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

Après avoir connu un âge d'or au XXe siècle, notre système de santé éprouve depuis plusieurs années une crise multidimensionnelle. Ce n'est pas avant tout une crise de ressources, comme il est souvent évoqué par facilité, mais surtout une crise d'adaptation à un environnement qui a radicalement changé à l'aube du nouveau millénaire. Pour remettre notre système de santé sur les bons rails, il est nécessaire de réfléchir à sa transformation, tout en conservant les valeurs fondamentales du modèle actuel et en reprenant l'ensemble des acteurs existants. Outre une place plus stratégique de la santé dans la société, l'évolution du système suppose de construire notre politique de santé à partir de la santé globale (et non seulement du soin), des besoins de santé (et non de l'offre) et d'une régulation rénovée.

► La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale

CRET B., GUILHOT N., CAPGRAS J.-B., *et al.*
2022

Politiques & management public 3(3): 439-459.

<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2022-3-page-439.htm>

Cet article analyse dans quelle mesure les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) favorisent la coopération interindividuelle et interorganisationnelle au sein de leur territoire. La croissance exponentielle du nombre de ces structures depuis une dizaine d'années (de 174 en 2012 à plus de 1 200 en 2019 selon la Fédération française des maisons et pôles de santé) en fait un terrain d'observation privilégié de l'effet des politiques publiques sur les dynamiques de coopération entre professionnels de santé qui sont deve-

nues centrales dans l'organisation territoriale de soins depuis une quinzaine d'années. En mobilisant une analyse néo-structurale multiniveaux (Lazega, Jourda, Mounier, et Stofer, 2007), nous étudions les processus de coopération impliquant les MSP sur une partie du département de l'Ain, au niveau interindividuel, au niveau interorganisationnel et dans les interactions entre ces deux niveaux. L'étude croisée de ces deux systèmes d'interdépendance (Lazega, 2015; Lazega et Snijders, 2016) nous permet d'apprécier la coopération « en action » au sein des MSP. L'analyse statistique des réseaux construits montre que les MSP semblent favoriser les échanges interprofessionnels sur le territoire étudié et jouer un rôle structurant dans le partage des dossiers patients entre organisations. Pour autant, l'analyse multiniveaux ne montre pas que les professionnels de santé s'adressent préférentiellement aux professionnels des MSP : les caractéristiques propres à l'individu (sexe, âge, ville d'exercice) et à sa position structurale restent dominantes dans la construction des échanges professionnels. Le non-alignement des liens entre organisations avec les liens entre individus questionne la cohérence des politiques publiques favorisant l'exercice regroupé, qui porte à la fois sur les professionnels en tant qu'acteurs individuels et sur les organisations de santé en tant que cadre d'exercice collectif.

► **Performance de la gouvernance collaborative pour améliorer l'accès aux soins : une lecture stratégique**

DUBOST N.
2022

Politiques & management public 3(3): 365-390.
<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2022-3-page-365.htm>

Si de nombreux travaux préconisent le recours à la gouvernance collaborative pour résoudre des problèmes complexes, peu d'entre eux s'intéressent à la performance de ces dispositifs. Nous inscrivons cette recherche dans la lignée du modèle d'Ansell et Gash (2008) en y intégrant la matrice de performance proposée par Emerson et Nabatchi. (2015). À partir d'une étude terrain menée sur deux années auprès d'un établissement public de coopération intercommunal ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, nous montrons que : (1) la performance d'ensemble est plutôt faible, (2) la rareté des ressources (les médecins) induit une forte concurrence entre organisations participantes qui préfèrent recourir à des stratégies d'inter-

nalisation (en agissant par elles-mêmes) ou d'externalisation (en contractualisant avec des partenaires privés). Nous discutons l'intérêt d'introduire dans le modèle d'Ansell et Gash une lecture stratégique basée sur la nature et le contrôle des ressources en jeu, ainsi que sur le diptyque exploration/exploitation¹.

► **Any Lessons to Learn? Pathways and Impasses Towards Health System Resilience in Post-Pandemic Times**

EWERT B., WALLENBURG I., WINBLAD U., *et al.*
2022

Health Economics, Policy and Law 18(1): 66-81.
<https://doi.org/10.1017/S1744133122000238>

The COVID-19 pandemic has been an ultimate challenge for health systems as a whole rather than just single sectors (e.g. hospital care). Particularly, interface management between health system sectors and cooperation among stakeholders turned out to be crucial for an adequate crisis response. Dealing with such interfaces, it is argued in the literature, demands from health care systems to become resilient. One way to analyse this is to focus on the ways in which bottlenecks in health systems are dealt with during the pandemic. This paper investigates six bottlenecks, including overburdened public health agencies, neglected nursing homes and insufficient testing capacities that have been encountered in the health systems of Germany, Sweden and the Netherlands during the pandemic. Based on empirical findings we identify and critically discuss preliminary lessons in terms of health system resilience, an increasingly popular theoretical concept that frames crises as an opportunity for health system renewal. We argue that in practice health system resilience is hindered by path dependencies of national health systems and, owed to the crisis, interim policies that lack ambition for broader reforms.

► **Freedom of Choice and Health Services' Performance: Evidence From a National Health System**

FERNÁNDEZ-PÉREZ Á., JIMÉNEZ-RUBIO D. ET ROBONE S.
2022

Health Policy 126(12) : 1283-1290
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.001>

Public policies fostering the freedom of choice of provider in the healthcare sector are increasingly common

in many countries and regions, where policymakers wish to empower patients and improve health service performance. However, in the literature there is not clear consensus about the impact of expanded patient choice on healthcare quality yet. This study investigates whether increasing patients' freedom of choice influences health system outcomes in terms of various non-clinical aspects of care, a dimension often overlooked by researchers in this field. Our study considers a "natural experiment" that took place within the Spanish National Health System in 2009 under which citizens of the Community (region) of Madrid were allowed to freely choose among any GP and/or specialist in their region. The empirical analysis was conducted by using Spanish microdata for the period 2002–2016 and used synthetic control estimation techniques. The key findings show the reform had a strong and long-lasting impact, reducing average waiting times and increasing patients' satisfaction with the specialist attention received. We did not detect any statistically significant impact of the reform on the other responsiveness domains analysed. Our analysis shows that freedom of choice policies could improve health system performance if they are combined with appropriate economic incentives for health providers.

► **Metrics and Indicators Used to Assess Health System Resilience in Response to Shocks to Health Systems in High Income Countries—A Systematic Review**

FLEMING P., O'DONOGHUE C., ALMIRALL-SANCHEZ A., *et al.*

2022

Health Policy 126(12) : 1195-1205

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.001>

Health system resilience has never been more important than with the COVID-19 pandemic. There is need to identify feasible measures of resilience, potential strategies to build resilience and weaknesses of health systems experiencing shocks. The purpose of this systematic review is to examine how the resilience of health systems has been measured across various health system shocks. Following PRISMA guidelines, with double screening at each stage, the review identified 3175 studies of which 68 studies were finally included for analysis. Almost half (46%) were focused on COVID-19, followed by the economic crises, disasters and previous pandemics. Over 80% of studies included quantitative metrics. The most common WHO health system functions studied were resources and

service delivery. In relation to the shock cycle, most studies reported metrics related to the management stage (79%) with the fewest addressing recovery and learning (22%). Common metrics related to staff headcount, staff wellbeing, bed number and type, impact on utilisation and quality, public and private health spending, access and coverage, and information systems. Limited progress has been made with developing standardised qualitative metrics particularly around governance. Quantitative metrics need to be analysed in relation to change and the impact of the shock. The review notes problems with measuring preparedness and the fact that few studies have really assessed the legacy or enduring impact of shocks.

► **Nouveau Regard sur « Quel système de soins pour le XXI^e siècle : tout reste à faire »**

FOURCADE N.

2022

Regards 60(1): 294-304.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-294.htm>

Tout reste à faire » pour construire le système de soins du XXI^e siècle, indiquait à l'aube de ce siècle Gilles Johanet. Plus de 20 ans après, la crise est patente : les déserts médicaux s'étendent, les difficultés s'accumulent à l'hôpital. Les solutions de court terme pour garantir le principe d'égal accès aux soins pour tous et le droit à la protection de la santé constituent la priorité absolue de notre système de soins. Cet article n'engage que son auteur mais s'inspire largement des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) et du séminaire Soutenabilités de France stratégie.

► **Rôle et organisation des unités transversales d'éducation thérapeutique du patient dans les CHU et les CHR de France**

GERMAIN L., VOYEN M., MIRO C., *et al.*

2022

Santé Publique 34(4): 507-516.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-4-page-507.htm>

La création d'unités transversales d'éducation thérapeutique du patient (UTEP), structures d'appui et de ressources visant à aider les équipes d'ETP dans les hôpitaux, a été recommandée en 2008 par la Haute

Autorité de santé et la Société française de santé publique. Objectif : Réaliser un état des lieux national sur les modes de fonctionnement des UTEP (création, gouvernance, composition, missions et financement). Méthode : Cette enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée par téléphone à partir d'un guide d'entretien auprès des 29 UTEP identifiées dans les CHU et les CHR. Résultats : Vingt-quatre UTEP (83 %) ont répondu. Créées officiellement après la loi HPST de 2009, sauf à Besançon et Montpellier où elles existaient déjà à cette époque, ces équipes pluridisciplinaires coordonnées majoritairement par un médecin ont un effectif total variant de 0,5 à 5,5 équivalents temps plein. Dix UTEP disposent d'un comité de pilotage institutionnel. Elles sont rattachées majoritairement à un pôle ou une direction de la santé publique. Toutes les UTEP assurent des missions d'accompagnement des programmes, de coordination et de transversalité. Quatorze réalisent des formations; onze s'impliquent dans la recherche et une d'elles participe à l'animation de séances. Huit UTEP interviennent au niveau du groupement hospitalier de territoires ou du département. Ces différences conditionnent les variations de financement. Conclusions : Les UTEP sont majoritairement bien ancrées dans leur institution, reconnues des équipes et directions. Leurs organisations, fonctionnements et financements sont très variés selon les hôpitaux avec des lignes communes données par l'Agence Régionale de Santé au sein d'une même grande région.

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

JAMIESON GILMORE K., CORAZZA I., COLETTA L., *et al.*

2022

Health Policy(Ahead of pub).

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

Many governments have programmes collecting and reporting patient experience data, captured through Patient Reported Experience Measures (PREMs). Our study aims to capture and describe all the ways in which PREM data are used within healthcare systems, and explore the impacts of using PREMs at one level (e.g. national health system strategy) on other levels (e.g. providers). Methods: We conducted a narrative review, underpinned by a systematic search of the literature. Results: 1,711 unique entries were identified through the search process. After abstract screening,

142 articles were reviewed in full, resulting in 28 for final inclusion. A majority of papers describe uses of PREMs at the micro level, focussed on improving quality of front-line care. Meso-level uses were in quality-based financing or for performance improvement. Few macro-level uses were identified. We found limited evidence of the impact of meso- and macro- efforts to stimulate action to improve patient experience at the micro-level. Conclusions: PREM data are used as performance information at all levels in health systems. The use of PREM data at macro- and meso- levels may have an effect in stimulating action at the micro-level, but there is a lack of systematic evidence, or evaluation of these micro-level actions. Longitudinal studies would help better understand how to improve patient experience, and interfaces between PREM scores and the wider associated positive outcomes.

► **Quel système de soins pour le XXIe siècle ? Tout reste à faire**

JOHANET G.

2022

Regards 60(1): 288-293.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-288.htm>

Le système de soins est un peu à l'image de cette situation : une évolution vraisemblablement synonyme de progrès, notamment progrès médical, qui s'exerce dans un univers faiblement organisé, très composite (où cohabitent des logiques distinctes : public/privé, salarié/libéral) et dont, faute d'informations fiables et partagées, l'absence de coordination génère un gâchis considérable. Les bénéfices individuels se réalisent le plus souvent au détriment du bien commun et ne sont rien en regard des gains que pourrait générer une réorganisation en profondeur du système, qui tienne vraiment compte des besoins de soins et de la capacité de la collectivité nationale à faire des choix d'allocation de ses ressources.

► **Difficultés rencontrées par les patients Covid long dans le système de santé belge**

KOHN L., DAUVIRIN M., DETOLLENAERE J., *et al.*

2022

Santé Publique 34(5): 663-673.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-663.htm>

Suite à une infection COVID-19, bon nombre de personnes ont ressenti divers symptômes pendant plu-

sieurs semaines et mois, et ce, même après une phase aiguë légère. Ces personnes atteintes de « COVID long » se sont trouvées confrontées au système de soins de santé, non sans difficultés. But de l'étude : Afin de mieux comprendre leurs expériences, nous avons complété les informations obtenues via une enquête en ligne par une approche qualitative mixte, comprenant 33 entretiens individuels et les discussions de 101 participants à un forum durant le mois de mars 2021. Résultats : Plusieurs lacunes ont été mises en évidence lors des contacts des patients « COVID long » avec le système de santé, comme l'absence d'écoute ou d'empathie de certains professionnels de la santé, d'approche systématique ou proactive lors du bilan diagnostique, ou encore l'absence de coordination interdisciplinaire. Les patients se sentent incompris et se voient obligés de développer leurs propres stratégies afin d'établir un diagnostic ou un traitement. Le malaise des patients les ont amenés à remettre en question la valeur de la médecine et à recourir à des thérapies non conventionnelles afin de soulager leurs symptômes, parfois à un prix élevé. Conclusions : Mieux informer le corps médical quant à la manifestation de la maladie et aux prises en charge possibles, y compris les possibilités de remboursement, permettrait de le sensibiliser et de lui donner les outils pour répondre aux besoins des patients « COVID long ». Évaluer de manière globale le patient via un « bilan interdisciplinaire » est nécessaire.

► **The Attractiveness of Jobs in the German Care Sector: Results of a Factorial Survey**

KROCZEK M. ET SPÄTH J.

2022

The European Journal of Health Economics 23(9): 1547-1562.

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01443-z>

The skilled labour shortage in nursing is an issue not unique to Germany. Unattractive characteristics of nursing jobs are one reason for the low supply in nursing personnel. In our study, we analyse the influence of job characteristics on the attractiveness of nursing jobs. We address this issue via factorial survey analysis, an experimental method particularly suited to assessing personal opinions and less prone to social desirability bias than standard interview methods. Around 1300 (current and former) nurses in a distinct region in Germany were asked to rate a set of synthetic job postings, each of which contained information on 9 systematically varied job characteristics. We find that, first,

attractiveness of care jobs is most strongly affected by rather “soft” characteristics such as atmosphere within the team and time for patients. “Hard” factors play a considerably smaller role. Second, one hard factor, contract duration, is estimated to be among the most important job factors, however. This is a remarkable finding given that nursing occupations suffer from severe skill shortages. Third, though wage has a statistically significant influence on attractiveness, enormous wage raises would be needed to yield higher attractiveness gains than the top-rated soft factors, or to compensate for less pleasant job characteristics with respect to those factors. Last, even after controlling for other job characteristics, hospital nursing is still rated as more attractive than geriatric nursing.

► **Les centres municipaux de santé : un dispositif au cœur des politiques locales de santé et de leurs tensions**

MARTINACHE I.

2022

Sociologies pratiques 45(2): 41-51.

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2022-2-page-41.htm>

Organisations à mi-chemin entre les secteurs hospitaliers et libéraux, les centres municipaux de santé (cms) constituent un dispositif ancien mais permettant de répondre à certaines problématiques (ré) émergentes en termes de santé publique. S'appuyant sur une enquête menée dans deux municipalités de l'ancienne « banlieue rouge » parisienne, ce texte s'emploie ainsi à montrer comment ces derniers peuvent permettre une territorialisation des actions en même temps qu'une prise en charge globale des patients, dans le double sens d'un suivi dans la durée et d'une attention aux multiples dimensions des déterminants de santé. Ces lieux privilégiés de la coordination des soins et d'initiation d'expérimentations sont cependant également traversés par les contradictions plus générales des politiques de santé actuelles, qui tentent de faire mieux avec moins. Le renforcement et la coordination des équipes et partenariats externes exigent ainsi un travail important mais souvent invisibilisé et donc peu valorisé, qui se heurte du reste aux cultures professionnelles et routines de travail existantes. Le financement des actions passe quant à lui de manière croissante par la réponse à des appels à projets qui peuvent se faire au détriment de dispositifs structurels pourtant impliqués par la volonté de développer la prévention et l'éducation pour la santé au-delà de la

seule approche curative.

► **Les coopérations de santé au cœur de la crise sanitaire : de la sidération au bricolage organisant**

MÉRIC J., BESSON J., CARGNELLO-CHARLES E., *et al.*
2022

Politiques & management public 3(3): 391-416.

<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2022-3-page-391.htm>

Cette recherche étudie dans une perspective diagnostique l'organisation actuelle des relations entre les acteurs des systèmes de santé et socio-médical et les réponses que ces mêmes acteurs ont su apporter à la crise sanitaire. Fondée sur 59 entretiens avec des membres diversifiés de ces systèmes, elle met en évidence la désorganisation de ces derniers au moment de la crise et l'émergence de pratiques sinon organisationnelles du moins interrelationnelles nouvelles, fédérées autour d'un ethos commun. Le recours à la littérature sur les réseaux de santé semblant insuffisant pour faire sens de ces configurations émergentes, la formulation et l'esquisse d'un bricolage organisant animé par des espaces dialogiques sont proposés.

► **The Use of Patient-Reported Outcome and Experience Measures For Health Policy Purposes: A Scoping Review in Oncology**

MINVIELLE E., FIEROBE A., FOURCADE A., *et al.*
2022

Health Policy(Ahead of pub): 104702.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.12.010>

The systematic use of patient-reported measures (PRMs) [i.e., patient-reported outcome measures (PROMs) and patient-reported experience measures (PREMs)] is advocated as an effective way to improve care practices. However, whether PRMs can lead to the performance assessment of healthcare organisations (HCOs) through valid quality indicators (QIs) for national purposes (i.e., public reporting and paying for performance) is open to debate. This study undertakes a scoping review to examine the use of PRMs as QIs for health policy purposes and to identify the challenges faced in the emblematic case of oncology. According to PRISMA guidelines, published papers, websites and reports published by national and international initiatives were analysed using five online databases

(Web of Science, Scopus, PubMed, JSTOR and Google Advanced Search), and then studied using the same keywords. We selected 61 articles and 19 websites/reports and identified 29 PREMs and 48 PROMs from 14 countries and two international initiatives that routinely used them as QIs for HCOs' comparisons. Four types of barriers to this specific use were identified relating to the definition of a standard set, scientific soundness, data collection, and the actionability of such measures. Despite current developments, different barriers still must be overcome before PRMs can be used for health policy purposes in oncology. Future research is needed to ensure that valid QIs related to PRMs are applied at a national level.

► **Plenary 3: Health Systems Performance Assessment For Policy: Uses and Abuses**

PANTELI D.

2022

European Journal of Public Health 32(Supplement_3).

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac128.003>

The COVID-19 pandemic constitutes a powerful reminder of the importance of health systems strengthening in protecting and improving the health of our populations. For policy makers 'to build back better' systems to face future shocks, they will need to be able to determine which areas work best (in terms of providing access, quality, population health, responsiveness or efficiency) to prioritize and direct resources towards. More than ever, we need now to count with strong health systems monitoring, appraisal and assessment to draw practical policy implications. This plenary will look at the effective application of Health Systems Performance Assessment (HSPA) to health systems' improvement as we face key challenges in the sustainability of our health systems. Too often the results of HSPA exercises, particularly when benchmarking is involved, are not well interpreted, and understood. When translating HSPA results into policy changes, we need to address a series of questions not only about the quality and validity of the indicators but, importantly, about the causal attribution and accountability implications and about the kinds of policy interventions required to address the performance failures. Following an introductory keynote providing practical illustrations of those issues and drawing policy lessons, the panelists will focus on three key HSPA questions particularly relevant in the current policy context. First, how to interpret and attribute overall health system

performance outcomes to individual health system functions and strategies in need of reform. Second, how best to benchmark and compare performance between European countries to identify and learn from best practices. Finally, how to measure resilience as core component of systems performance and draw lessons to prepare for future shocks.

► **Décentralisation des systèmes de santé : réflexions à partir de quelques expériences étrangères**

POLTON D.

2022

Regards 60(1): 102-119.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2022-1-page-102.htm>

La question de la régionalisation du système de santé occupe le débat en France depuis une dizaine d'années, et notamment depuis la réforme de 1996 qui, en créant de nouvelles institutions, a renforcé et consacré une dynamique, esquissée depuis le début des années 90, de délégation de responsabilités à l'échelon régional. Ces débats portent à la fois sur le bilan du processus ainsi engagé, sur l'action des institutions créées récemment (Agences régionales de l'hospitalisation, Unions régionales de caisses d'assurance maladie) et sur les évolutions souhaitables de l'organisation institutionnelle et du partage des responsabilités. Pour apporter quelques éléments de réflexion au débat, un regard sur des expériences de décentralisation dans d'autres pays n'est pas inutile : non pas pour en tirer des conclusions définitives, et encore moins des schémas directement transposables, mais plutôt pour aider à formuler les questions que pose la décentralisation des systèmes de santé, et y apporter quelques éléments de réponse, même partiels, au vu des situations vécues par nos voisins.

► **Is Rare Cancer Care Organized at National Health System Level? Multiple Case Study in Six EU Countries**

PRADES J., TRAMA A., CASALI P. G., *et al.*

2022

European Journal of Public Health 32(6): 852-857.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac166>

As a system of European Reference Networks (ERNs) emerges, the differences in quality of care for patients with rare cancers may increase at national level. We aimed to elucidate the processes and healthcare plan-

ning principles through which the reference centres (RCs) for rare cancers are embedded in national health systems. We used a multiple case-study design based on the experiences of Czechia, Finland, France, Italy, Lithuania and Spain. Using sarcoma as an example of rare cancer, 52 semi-structured interviews were conducted during on-site visits, including a multidisciplinary group of professionals, Ministry of Health professionals, patient representatives and European policymakers. The comparative analysis showed substantial heterogeneity in the processes for formalizing RCs' status and in their levels of integration in the different health systems, but two models (center-based and the network-based) can be envisaged at national level. RCs for rare cancers were legally established only in France and Spain. Expert clinicians cooperate in a structured way, using network mechanisms, in France and Italy, and these countries, plus Finland and Lithuania, had a referral system to facilitate patients' access from non-expert centres to RCs. Seven key healthcare planning principles in instituting RCs at the national level were identified. The conditions governing patient access to treatment centres—whether RCs or not—are decided at the national level. It is advisable to progressively align the European and national levels so that the RCs that participate in the ERNs also play a significant role at the national level.

► **Strengthening Health System Governance in Germany: Looking Back, Planning Ahead**

SCHMITT T., HAARMANN A. ET SHAIKH M.

2022

Health Economics, Policy and Law 18(1): 14-31.

<https://doi.org/10.1017/S1744133122000123>

Health system governance has been receiving increasing attention in health system research since the 1980s. The contemporary challenges that the German health system is faced with are often closely linked to governance issues. Although Germany has the highest health expenditure as a share of Gross Domestic Product (GDP) in the European Union (EU), the spending on healthcare is out of proportion to the health outcomes of the population. The reason for this lies mainly in the complexity of the German health system which is hard to steer due to several administrative levels in the country and numerous policy actors to whom the decision-making power on healthcare provision is delegated. In this paper, we present the results of focus group discussions on governance and

build upon the insights gained through the Neustart project of the Robert Bosch Foundation. Based on an internationally recognised health governance framework from the World Health Organization (WHO), experts who work in, on or for the German health system addressed health governance challenges. They provided evidence-based recommendations for the new legislative period (2021-2025) on transparency, accountability, participation, integrity and capacity of the German health system.

► **Gouvernance interorganisationnelle et prise de décision au sein de dispositifs de coordination territorialisés, le cas des MAIA**

VINCENT B. ET JEAN-AMANS C.

2022

Politiques & management public 3(3): 341-363.

<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2022-3-page-341.htm>

Cette étude propose d'analyser l'influence d'un modèle de gouvernance interorganisationnelle sur la capacité des acteurs à décider et agir. Une étude de cas a été menée au sein d'un réseau non hiérarchique, celui des MAIA. Cette recherche a permis dans un premier temps de qualifier le modèle de gouvernance étudié. Dans un second temps, les sources et les jeux de pouvoir entre les deux sphères d'influence tutélaires du sanitaire et du social ont été identifiés. Cette analyse a permis d'évaluer leur influence sur le processus de décision des acteurs et d'identifier des points de blocage. Des leviers d'action ont été mis en évidence qui peuvent éclairer la mise en place de nouveaux modèles de gouvernance pour les nouveaux dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Travail et santé

Occupational Health

► **Productivity Loss and Indirect Costs For Patients Newly Diagnosed with Early-Versus Late-Stage Cancer in the USA: A Large-Scale Observational Research Study**

CONG Z., TRAN O., NELSON J., *et al.*

2022

Applied Health Economics and Health Policy 20(6): 845-856.

<https://doi.org/10.1007/s40258-022-00753-w>

The total economic burden of cancer reflects direct and indirect costs, including productivity loss due to employment change, absenteeism, and presenteeism of patients and caregivers. This study estimated the magnitude of employment decrease, work absence (WA), short-term disability (STD), long-term disability (LTD), and associated indirect costs among employ-

ees newly diagnosed with metastatic versus non-metastatic cancer in the USA. Earlier detection of cancer may reduce productivity loss of patients and indirect costs by initiating treatment before cancer progresses to late stage.

► **Mise au point sur l'effet du travail en 12 heures de jour chez le personnel infirmier hospitalier et sur la prise en charge des patients**

PENSO A., LOUNDOU D. A., LEHUCHER-MICHEL M. P., *et al.*

2022

Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 83(6): 545-557.

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

L'objectif de cette revue est de faire le point sur les sources de données existantes et d'identifier l'impact que les postes en 12h ont sur les infirmiers hospitaliers et par voie de conséquence sur les patients. Méthode La recherche a été effectuée sur les bases de données PubMed, Embase et LiSSa et complétée par une analyse attentive des références bibliographiques pour une période allant de 2000 à 2022. Les études incluses explorent les effets du travail en 12heures sur les infirmiers hospitaliers et sur les patients. Les études explorant les conséquences sur le système de gestion hospitalière ont été également retenues. Résultats Au total, 26 études ont été sélectionnés. Vingt ont exploré les effets du travail en 12heures sur les infirmiers; les résultats montrent que ce type d'aménagement horaire peut avoir un impact négatif sur le sommeil et la vigilance, ainsi que sur la satisfaction, le bien-être psychophysique et le système musculosquelettiques. Les 9 études explorant les effets des 12heures sur la prise en charge des patients ne montrent pas une véritable augmentation des erreurs et des événements indésirables; toutefois, les infirmiers rapportent une mauvaise perception de la qualité de leurs soins. Deux études ont exploré les répercussions sur le système de gestion hospitalière, avec des résultats contradictoires. Conclusions Le travail en 12heures peut avoir des effets négatifs sur la santé des infirmiers, avec des possibles répercussions sur la prise en charge des patients. Les agents qui travaillent selon cette modalité devraient bénéficier d'un suivi médical adapté.

► **Lost Individual Income Due to Severe Health Events: Life-Course Perspective in the Northern Finland Birth Cohort 1966**

RISSANEN I., NERG I., ALA-MURSULA L., *et al.*

2022

European Journal of Public Health 32(5): 723-728.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac110>

Severe health events may lead to reduced income among survivors. Importantly, individuals' risks for both severe health events and for lower income are shaped by early life course. Our aim was to consider early-life factors in determining lost individual income after stroke, heart attack and cancer between ages 18 and 50. A population-based Northern Finland Birth Cohort 1966 (N = 12 058) was used. Early-life factors were collected since mid-pregnancy until age 16 years and used to match all persons with stroke, heart attack, or cancer (n = 995) with four controls. Registered annual individual income development 15 years before and

after the event was compared between cases and propensity score matched controls using time-to-event mixed models, stratified for sex. Compared to controls, a new decreasing income trend emerged among women after stroke (logarithmic income per time -0.54; 95% CI -0.88 to -0.20), whereas men getting stroke showed declining earnings already by the time of the event, further declining after stroke (-1.00, -1.37 to -0.63). Getting heart attack was associated with a new declining trend both in women (-0.68; -1.28 to -0.09) and men (-0.69, -1.05 to -0.32). Income declined also among control men (-0.24, -0.34 to -0.14), who had higher income but were less educated than control women. Stroke and heart attack but not cancer have exogenous deleterious effects on individual economy, independently of early-life factors. The effects accelerate by time. Negative income trend in control men shows that severe health events do not explain all decrease in income.

► **Paid Sick Leave Policy Impacts on Health and Care Utilization in the United States: Why Policy Design Matters**

WETHING H.

2022

Journal of Public Health Policy 43(4): 530-541.

<https://doi.org/10.1057/s41271-022-00371-9>

The link between policy design choices and health is an important, yet understudied area of public health research. I investigate the impact of the generosity, inclusion, and autonomy of state paid sick leave laws on influenza-like-illness (ILI) rates and its components using data from the Centers for Disease Control and state-level paid sick leave statutes. I found that paid sick leave policies that include small firms and that allow for a larger number of medical uses have lower ILI rates, relative to states with less comprehensive policies. States with policies that had more generous accrual rates and that included a wide variety of worker types (temporary, part-time, students) increased the total number of reported medical cases, relative to states with less comprehensive policies. Policymakers contemplating paid sick leave policies should consider these design choices in their goals to incentivize health care utilization and to reduce contagion.

Ageing**► De l'âge à de nouvelles formes de catégorisation des personnes âgées**

ARGOUD D., BRESSON M. ET JETTÉ C.

2022

Revue française des affaires sociales(3): 129-146.<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-3-page-129.htm>

Proposant une mise en perspective de l'évolution relative à deux systèmes sanitaires et sociaux différents, en France et au Québec, l'article met en évidence des similarités allant, notamment, dans le sens d'un moindre recours à l'âge dans la définition des politiques publiques. Si l'âge chronologique ne joue plus un rôle aussi structurant que par le passé, d'autres formes de catégorisation ont pris le relais : en particulier, celle, relativement binaire, tendant à dissocier les « jeunes vieux » des « vieux vieux » et renvoyant à deux référentiels d'action publique distincts. Pour autant, il nous semble que la critique à l'égard des effets stigmatisants induits par les catégories d'âge reste valable, même s'il paraît nécessaire de la réactualiser au regard de la perte de vitesse des critères d'âge et de l'émergence de catégorisations aux contours plus perméables, dont les conséquences en termes de discriminations sont sans doute plus importantes. C'est ce que cet article entend démontrer en prenant en compte l'évolution des politiques publiques tant en France qu'au Québec.

► Évaluation d'impact des politiques territoriales : enjeux méthodologiques et solutions à partir de l'expérimentation Paerpa

BRICARD D., OR Z. ET PENNEAU A.

2022

Journal de gestion et d'économie de la santé 7(1): 3-29.<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-1-page-3.htm>

L'évaluation des expérimentations territoriales représente des enjeux méthodologiques importants lorsque le traitement est hétérogène et l'effet du traitement varie selon les différents contextes territoriaux. L'objectif de cet article est de présenter le contrôle

synthétique (CS) comme une méthode d'évaluation pertinente pour évaluer l'impact des politiques territoriales en s'appuyant sur les expérimentations sur le parcours de santé des aînés, dite Paerpa. Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes pour améliorer la prise en charge des personnes âgées, Paerpa est une expérimentation complexe qui combine une série de dispositifs implémentés de façon hétérogène selon les territoires. Nous présentons une spécification originale de la méthode du CS en s'appuyant sur les données du Système national des données de santé (SNDS) de 12 régions françaises de 2010 à 2017, ainsi que les données socio-économiques et l'offre sanitaire et médico-sociale des territoires appréhendés à partir de nombreuses sources de données, à un niveau communal ou départemental. Les analyses exploratoires mettent en évidence un biais de sélection des territoires et suggèrent que les méthodes de régressions en DID peuvent être inappropriées. La méthode du CS permet de faire varier la composition des témoins selon le territoire et l'indicateur de résultat, et d'établir l'impact des dispositifs de façon nuancée. Elle fournit un moyen systématique pour identifier les unités de contrôle et établir les résultats par territoire. Les résultats montrent que globalement, lorsqu'on étudie l'ensemble des territoires, Paerpa a eu un impact significatif sur la diminution de la polymédication et des prescriptions inappropriées, et dans une moindre mesure sur le recours aux urgences entre 2015 et 2017. Les analyses par territoire montrent que cet impact est concentré sur certains territoires les plus dynamiques sur ces problématiques de façon cohérente avec les évaluations qualitatives réalisées dans les territoires.

► La population âgée en Guyane : état des lieux et enjeux pour le système de santéCLARKE L., CASTOR-NEWTON M. J., ANGÉNIEUX O., *et al.*

2022

Santé Publique 34(5): 695-707.<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-5-page-695.htm>

Avec l'allongement de l'espérance de vie de la population, la progression des maladies chroniques, notam-

ment des maladies cardiovasculaires, maladies neurodégénératives (MND) et leurs complications, la prise en charge sanitaire et médico-sociale représente un enjeu majeur de santé publique. Objectif : Cet article a pour objectif de présenter un état des lieux de la situation des personnes âgées (PA) et de l'organisation actuelle du système de santé pour leur prise en charge en Guyane. Méthode : Une revue de la littérature et l'analyse de données démographiques, socio-économiques, de morbidité et de mortalité, d'offre et de recours aux soins les plus récentes ont été réalisées. À des fins de comparaison, ces données ont été confrontées avec celles de la France hexagonale et des autres départements et régions d'outre-mer lorsque celles-ci étaient disponibles. Résultats : Avec un taux d'accroissement annuel moyen de +6,7 % chez les 65 ans et plus le plus élevé de France (hors Mayotte), le phénomène de vieillissement est amorcé en Guyane, bien que sa population reste encore jeune. L'état de santé des PA en Guyane, caractérisé par une entrée en dépendance précoce et une plus grande prévalence des maladies silencieuses (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie), est moins favorable qu'en France hexagonale. De plus, l'offre sanitaire et médico-sociale pour les PA reste lacunaire, voire embryonnaire, avec peu d'accompagnement adapté pour PA atteintes de MND. Conclusion : Cet état des lieux met en exergue la situation des PA et des enjeux pour le système de santé.

► **Les habitants non autonomes de la résidence autonomie, révélateurs des contradictions du modèle**

SARAY-DELABAR V.

2022

Revue française des affaires sociales(3): 109-127.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-3-page-109.htm>

Créés en 1957, les logements-foyers ont été transformés en 2015 en résidences autonomie par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Le recentrage des missions de ces établissements autour de la prévention de la perte d'autonomie a construit l'image d'un habitat regroupant exclusivement des personnes âgées autonomes. Cette étude, issue d'une immersion d'un an dans une résidence autonomie et structurée autour d'entretiens avec les membres de l'équipe de l'établissement, présente une réalité plus contrastée. Les résidences autonomie accueillent un public hétérogène, parfois dépendant, au sens du référentiel réglementaire, ou qui interroge

les contours de l'autonomie, notamment pour les habitants en souffrance psychique. Les représentations sociales structurées autour de l'idéal de la personne âgée active et autonome, partagées en partie par les acteurs participant au fonctionnement et au contrôle des résidences autonomie, entrent donc en contradiction avec la diversité des situations rencontrées et les besoins qu'elles engendrent. La mise en tension des équipes qui en résulte et l'absence de moyens adaptés questionnent la capacité de la résidence autonomie à s'adapter à ses habitants et, plus généralement, la catégorisation des personnes âgées dans le cadre des politiques du vieillissement.

► **Comparison Between First and Second Wave of Covid-19 Outbreak in Older People: The COPE Multicentre European Observational Cohort Study**

VERDURI A., SHORT R., CARTER B., *et al.*

2022

European Journal of Public Health 32(5): 807-812.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac108>

Effective shielding measures and virus mutations have progressively modified the disease between the waves, likewise healthcare systems have adapted to the outbreak. Our aim was to compare clinical outcomes for older people with COVID-19 in Wave 1 (W1) and Wave 2 (W2). All data, including the Clinical Frailty Scale (CFS), were collected for COVID-19 consecutive patients, aged ≥ 65 , from 13 hospitals, in W1 (February–June 2020) and W2 (October 2020–March 2021). The primary outcome was mortality (time to mortality and 28-day mortality). Data were analysed with multilevel Cox proportional hazards, linear and logistic regression models, adjusted for wave baseline demographic and clinical characteristics. Data from 611 people admitted in W2 were added to and compared with data collected during W1 (N = 1340). Patients admitted in W2 were of similar age, median (interquartile range), W2 = 79 (73–84); W1 = 80 (74–86); had a greater proportion of men (59.4% vs. 53.0%); had lower 28-day mortality (29.1% vs. 40.0%), compared to W1. For combined W1–W2 sample, W2 was independently associated with improved survival: time-to-mortality adjusted hazard ratio (aHR) = 0.78 [95% confidence interval (CI) 0.65–0.93], 28-day mortality adjusted odds ratio = 0.80 (95% CI 0.62–1.03). W2 was associated with increased length of hospital stay aHR = 0.69 (95% CI 0.59–0.81). Patients in W2 were less frail, CFS [adjusted mean difference (aMD) = -0.50, 95% CI -0.81, -0.18],

as well as presented with lower C-reactive protein (aMD = -22.52, 95% CI -32.00, -13.04). COVID-19 older adults in W2 were less likely to die than during W1. Patients presented to hospital during W2 were less frail and with lower disease severity and less likely to have renal decline.

Index des auteurs Author index

A

Afoakwah C.....	11
Akrich M.	39
Ala-Mursula L.....	52
Albert S.	14
Almirall-Sanchez A.	46
André J.-M.....	11
Andrieux M.....	19
Angénieux O.	53
Antoniotti M.-C.....	36
Argoud D.	53
Armand-Rastano É.	39
Artarit P.....	41
Attema A. E.	41
Avril C.....	35
Azzopardi Muscat N.	14

B

Baggaley R. F.	34
Bajos N.....	39
Barbieri V.....	43
Barili E.	35
Bataille E.....	41
Bauer C.	29
Beccia F.	31
Benson J.	17
Berchi C.	44
Berry C.....	14
Besson J.....	49
Bessou A.	38
Binder Foucard F.	21
Bird P.	34
Bizard F.	44
Blanchon T.....	38
Bloy G.....	41
Bornes C.	35
Bourdaire-Mignot C.	22
Bourret P.....	39
Bousser M. G.....	21
Bouvenot G.	27
Bray F.....	26
Bresson M.....	53
Bricard D.	24, 53

Brokamp C.	30
Brunt C. S.	42
Butler D.....	16
Byrnes J.	11

C

Cabé N.	18
Cador M.....	19
Cantarelli P.	28
Capgras J.-B.....	44
Cargnello-Charles E.....	49
Carnazza G.....	23
Carrino L.	15
Carter B.....	54
Casali P. G.....	50
Casassus P.	42
Castagna C.....	31
Castel P.....	39
Castor-Newton M. J.	53
Chapireau F.....	36
Chollet F.....	21
Clarisse H.	36
Clarke L.....	53
Claudot F.....	39
Cointet J.-P.....	39
Coldefy M.....	37
Coletta L.	47
Colinot N.....	17
Cong Z.	51
Corazza I.....	47
Costa E.....	28
Costa M.....	36
Cret B.	44
Cueille S.....	44
Cylus J.	15

D

Damon J.....	33
Dantas Gurgel G.	15
da Silva E. N.	15
Dauvrin M.	47
De Barbason C.....	42

Débarre F.	34
De Lind Van Wijngaarden R. A. F.	20
Del Sol M.	11
Demme S.	12
de New S. C.	23
Denis F.	36
de Rouffignac S.	43
Desnouhes A.	19
Detollenaere J.	47
Diallo D.	32
Donoghue C.	46
Ourgnon P.	12
Douriez E.	38
Douven R.	12
Dubost N.	45
Duminy L.	31

E

Engl A.	43
Ewert B.	45

F

Fabiani-Salmon J. N.	20
Fernández-Pérez Á.	45
Fierobe A.	49
Flatscher-Thoeni M.	17
Fleming P.	46
Fond-Harmant L.	38
Fonteneau R.	32
Fourcade A.	49
Fourcade N.	46
Fournis G.	35
Fowler D.	29

G

Gaies B.	15
Galizzi M. M.	41
Gandré C.	37
García V.	39
Gelly M.	20
Georges D.	26
Germain L.	46
Ghosn W.	24
Glanville J.	28
Gohier B.	35

Grembi V.	35
Groene O.	28
Groß M.	41
Gründler T.	22
Guilhot N.	44
Guillot M.	24
Guimier L.	34
Gutacker N.	17

H

Haarmann A.	50
Hajizadeh M.	23
Hartman M.	17
Henrard J.-C.	30
Hoxhaj I.	31

J

Jamieson Gilmore K.	47
Jean-Amans C.	51
Jedat V.	19
Jetté C.	53
Jiménez-Rubio D.	45
Johanet G.	47
Johansson N.	23
Josse I. R.	28
Joynt Maddox K. E.	16
Jusot F.	12

K

Kaarboe O.	42
Kauer L.	12
Khlat M.	24
Kohn L.	47
Kristensen S. R.	15
Kroczek M.	48
Kunz J. S.	23

L

Law H. D.	16
Le Bodo Y.	32
Lecoeur E.	34
Léger J.-F.	13
Legleye S.	24

Lehucher-Michel M. P.....	51
Lenoir A.-L.....	43
Lentz C. M.....	20
Lepièce B.....	43
Leys D.....	21
Libault D.....	12
Liberati P.....	23
Lim S.....	29
Lindenfeld Z.....	14
Lippi Bruni M.....	21
Li X.....	29
Lorenzoni L.....	16
Loundou D. A.....	51
Luc S.....	37

M

Mahlknecht A.....	43
Marasinghe D.....	16
Marino A.....	16
Marsaudon A.....	12
Martikainen P.....	26
Martin A. B.....	17
Martinache I.....	48
Mason A.....	17
Méric J.....	49
Meunier-Beillard N.....	36
Middleton P.....	29
Miller E. A.....	33
Minoc F.....	18
Minvielle E.....	49
Miro C.....	46
Moison-Chataigne S.....	11
Moreau D.....	37
Morlet-Haidara L.....	30
Muller J.....	21

N

Nedilko R.....	25
Nehuliaieva L.....	25
Nelson J.....	51
Nerg I.....	52
Noûs C.....	40

O

Orav E. J.....	16
Or Z.....	16, 53

P

Pagani V.....	39
Pandey S.....	23
Panteli D.....	49
Paquier H.....	41
Parry A.....	18
Peck J. A.....	37
Penneau A.....	53
Penso A.....	51
Pierre-Vladimir E.....	22
Polton D.....	50
Porter T. H.....	37
Powell M.....	32
Prades J.....	50
Pulok M. H.....	23

Q

Quiles C.....	38
---------------	----

R

Remes H.....	26
Renelleau C.....	38
Resce G.....	23
Ress V.....	31
Revil H.....	25
Ribierre R.....	40
Rissanen I.....	52
Robone S.....	45
Rodriguez Santana I.....	17
Roitblat Y.....	25
Rosso A. C.....	35

S

Santos C.....	28
Saravane D.....	38
Saray-Delabar V.....	54
Sardon J.-P.....	13

Sarradon-Eck A.	41
Savall A.	42
Schmitt T.	50
Schweyer F. X.	40
Scuffham P.	11
Shaikh M.	50
Short R.	54
Siciliani L.	42
Siebert U.	17
Simpson L.	33
Slama R.	32
Späth J.	48
Spire A.	20
Steigenberger C.	17
Surjous L.	38

T

Tavares J.	33
Thomas M.	17
Tordrup D.	28
Trama A.	50
Tran Ba Loc P.	21
Tran O.	51
Trinidad S.	30

U

Ugolini C.	21
-----------------	----

V

Vaccarella S.	26
Vadel J.	38
Väisänen H.	26
Védie C.	36
Verboux D.	17
Verdier C.	19
Verduri A.	54
Verzulli R.	21
Vézinat N.	40
Vincent B.	51
Voyen M.	46

W

Wallenburg I.	45
Wang S. Y.	28
Wething H.	52
Wild E.-M.	31
Willeboordse F.	20
Williams G.	15
Winblad U.	45

Z

Zaki L.	22
Zenner D.	34
Zhang K.	29
Zheng J.	16