

Veille scientifique en économie de la santé

Watch on Health Economics Literature

Avril 2023 / April 2023

Assurance maladie	<i>Health Insurance</i>
E-santé-Technologies médicales	<i>E-Health- Medical technologies</i>
Économie de la santé	<i>Health Economics</i>
Environnement et santé	<i>Environmental Health</i>
État de santé	<i>Health Status</i>
Géographie de la santé	<i>Geography of Health</i>
Handicap	<i>Disability</i>
Hôpital	<i>Hospitals</i>
Inégalités de santé	<i>Health Inequalities</i>
Médicaments	<i>Pharmaceuticals</i>
Méthodologie-Statistique	<i>Methodology – Statistics</i>
Politique publique	<i>Public Policy</i>
Politique santé	<i>Health Policy</i>
Politique sociale	<i>Social Policy</i>
Prévention	<i>Prevention</i>
Psychiatrie	<i>Psychiatry</i>
Sociologie de la santé	<i>Sociology of Health</i>
Soins de santé primaire	<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 « La Grande Sécu » : une réorientation substantielle du financement de la santé en France ?
Pierru F.
- 9 Health Insurance For the Good European Citizen? Migrant Sex Workers' Quests For Health Insurance and the Moral Economy of Health Care
Probst U.

Démographie

Demography

- 10 Population mondiale : le chiffre de huit milliards face à quatre vérités et à une pluie d'incertitudes
Dumont G.-F.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

- 10 L'IA en santé : dossier
Humbert O., Garofalo M. et Percivalle A.
- 10 Les intervenants sociaux face à la transformation numérique. Synthèse de littérature internationale sur l'évolution de la mission et des compétences professionnelles
Jacob S. et Souissi S.
- 11 Usage des technologies numériques dans le maintien de la relation patient-praticien en santé mentale durant la pandémie Covid 19
Perrin C., Sadli N. et Gozlan G.
- 11 Perceptions of Dutch General Practitioners Towards Ehealth For Patients with Type-2 Diabetes: A Qualitative Study
Vonken L., Hussein H., Crutzen R., et al.

Économie de la santé

Health Economics

- 12 Population Ageing and Health Financing: A Method For Forecasting Two Sides of the Same Coin
Cylus J., Williams G., Carrino L., et al.
- 12 The Common Interests of Health Protection and the Economy: Evidence From Scenario Calculations of Covid-19 Containment Policies
Dorn F., Khailaie S., Stoeckli M., et al.
- 12 The Effect of Health Financing Systems on Health System Outcomes: A Cross-Country Panel Analysis
Gabani J., Mazumdar S. et Suhrcke M.
- 13 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.
- 13 The Costs of Dementia in Europe: An Updated Review and Meta-Analysis
Jönsson L., Tate A., Frisell O., et al.
- 13 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.
- 14 Spatial Dependence in Physicians' Prices and Additional Fees: Evidence From France
Montmartin B. et Herrera-Gomez M.
- 14 Voluntary Health Insurance and Out-Of-Pocket Payments in European OECD Countries
Purcel A.-A., Dragos C. M., Mare C., et al.
- 15 The Cost of Inaction on Physical Inactivity to Public Health-Care Systems: A Population-Attributable Fraction Analysis
Santos A. C., Willumsen J., Meheus F., et al.

Environnement et santé *Environmental Health*

- 15** Santé-environnement : quinze ans de politiques publiques : Dossier
Bley D., Marano F. et Squinazi F.
- 15** La protection sociale française est-elle en capacité de répondre à la montée des risques environnementaux et aux implications de la transition écologique ? 1e partie
Elbaum M.
- 16** Les principales institutions intervenant dans le champ santé-environnement
Friederici L.
- 16** Climate Change, Health and Sustainable Healthcare: The Role of Health Economics
Hensher M.
- 16** The Impact of Switching From Single-Use to Reusable Healthcare Products: A Transparency Checklist and Systematic Review of Life-Cycle Assessments
Keil M., Viere T., Helms K., et al.
- 16** Genèse et évolution de la politique publique santé-environnement en France : jalons supranationaux et nationaux
Lesaffre B.
- 17** Les risques émergents en santé-environnement : quelles évolutions depuis quinze ans ?
Marano F.
- 17** Faire de la santé un véritable levier d'action face au changement climatique
Pascal M., Mathieu A., Laaidi K., et al.
- 17** Les plans nationaux santé-environnement
Salomon J., Carmès J., Lesterle S., et al.
- 18** Politiques santé-environnement en Europe : deux approches différentes, la Grèce et la Suisse
Simos J.
- 18** Les plans régionaux santé-environnement (PRSE), des outils incontournables de la politique nationale de santé-environnement
Vidy A.

État de santé *Health Status*

- 19** Social Isolation As a Risk Factor For All-Cause Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies
Naito R., McKee M., Leong D., et al.

Géographie de la santé *Geography of Health*

- 19** Déserts médicaux : des pistes tirées d'expériences menées hors de France
- 19** Geographical Variation in the Use of Private Health Insurance in a Predominantly Publicly-Funded System
Cavazza M., Vecchio M. D., Fattore G., et al.
- 20** Medical Education Interventions Influencing Physician Distribution into Underserved Communities: A Scoping Review
Elma A., Nasser M., Yang L., et al.
- 20** Déserts médicaux : de quoi parlons-nous ?
Le Noc Y.
- 20** Revealing the Role of Subjective Geographic Proximity in the Use of Medical Services: A Quantitative Case Study in a French Metropolitan Suburb
Pokrovsky A., Aeberhardt R., Charreire Petit S., et al.
- 20** Lithuanian Physicians Practising Abroad: Reasons to Leave and Conditions to Return to Lithuania. a Survey
Radike M. et Zuromskis T.

Hôpital *Hospitals*

- 21** Coping with Covid-19: The Role of Hospital Care Structures and Capacity Expansion in Five Countries
Cacace M., Böcken J., Edquist K., et al.
- 21** Safety-Net Hospital Performance Under Comprehensive Care For Joint Replacement
Carey K. et Lin M.-Y.

22 La crise de l'Hôpital Public : diagnostic pronostic et traitement

Gervais A.

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

Liateni Z. et Ennezat P. V.

22 Quelle place pour les Services d'Accueil des Urgences dans l'offre de soins non programmés : comment capitaliser sur l'expérience de la gestion de l'épidémie de Covid-19 dans la crise actuelle ?

Wintenberger C., Vial S., Garcia É., et al.

23 Les équipes mobiles d'urgence et de crise : un paradoxe pour une rencontre à point nommé

Zeltner L. et Pastour N.

Inégalités de santé

Health Inequalities

23 Economic Vulnerability and Unmet Healthcare Needs Among the Population Aged 50 + Years During the Covid-19 Pandemic in Europe

Arnault L., Jusot F. et Renaud T.

24 Vers une prise en compte des inégalités sociales dans les modèles de dépenses de santé

Detève L., Courtejoie N. et Pollak C.

24 European Immigrant Health Policies, Immigrants' Health, and Immigrants' Access to Healthcare

Dourgnon P., Pourat N. et Rocco L.

24 Le non-recours aux soins à l'épreuve d'une revue de morbi-mortalité

Falcon A.

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

Hajizadeh M., Pandey S. et Pulok M. H.

25 On Absolute Socioeconomic Health Inequality Comparisons

Khaled M. A., Makdissi P. et Yazbeck M.

25 Lutter contre les inégalités sociales de santé

Lang T.

26 Women's Health in Migrant Populations: A Qualitative Study in France

Ouanhnon L., Astruc P., Freyens A., et al.

26 Projet e-CARE : un dispositif expérimental d'aide au parcours de soin pour les patients en situation de précarité. Bilan après deux ans

Ouanhnon L., Esquerre B., Champrobert K., et al.

26 L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière : un système dérogatoire

Vilard L.

Médicaments

Pharmaceuticals

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

27 Les accès précoces et compassionnels aux médicaments. Seconde partie. Les dispositifs mis en œuvre en France depuis juillet 2021

27 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.

28 Macroeconomic Fluctuations and Individual Use of Psychotropic Medications: Evidence From Swedish Administrative Data

Dackehag M., Ellegård L. M., Gerdtham U.-G., et al.

28 Diffusion of a New Drug Among Ambulatory Physicians—The Impact of Patient Pathways

Flemming R., Frölich F., Donner-Banzhoff N., et al.

28 More Cost-Sharing, Less Cost? Evidence on Reference Price Drugs

Herr A., Stühmeier T. et Wenzel T.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

29 Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection

Cluzel-Metayer L.

**29 Quel avenir pour les registres en France ?
L'écosystème des données de santé
en question**

Gilleron V. et Lefèvre T.

**29 Overview of the 2019 National Health
Interview Survey Questionnaire Redesign**

Zablotsky B., Lessem S. E., Gindi R. M., et al.

Politique de santé

Health Policy

30 One Health

Bouchaud O.

**30 The Architecture of the European Union's
Pandemic Preparedness and Response
Policy Framework**

Eerens D., Hrzic R. et Clemens T.

**31 Regulations on Palliative Sedation:
An International Survey Across Eight
European Countries**

Garralda E., Busa C., Pozsgai É., et al.

**31 La prise en charge de la
fin de vie : une mission de santé publique.
À la mémoire d'Henri Caillavet et de Léon
Schwartzberg**

Huisman-Perrin E.

**32 Cross-Border Healthcare Collaborations
in Europe (2007–2017): Moving Towards
a European Health Union?**

Schmidt A. E., Bobek J., Mathis-Edenhofer S., et al.

**32 Pour un service public de santé de l'enfant
et de l'adolescent**

Suesser P. et Jacquin P.

Prévention

Prevention

**33 Améliorer la prévention dans toutes
ses dimensions**

Bourdillon F.

**33 Auto-efficacité à la pratique d'une activité
physique de la personne. Pathologie
chronique et posture soignante
en éducation thérapeutique**

Martin E. et Nagels M.

**34 Health Check-Ups For the French Under-
Consuming Agricultural Population: A
Pilot Evaluation of the Instants Santé
MSA Program**

Michel M., Arvis Souaré M., Dindorf C., et al.

Prévision – Evaluation

Prevision - Evaluation

**34 Health Economic Evaluation Using Markov
Models in R For Microsoft Excel Users:
A Tutorial**

Green N., Lamrock F., Naylor N., et al.

**34 Extensions of Health Economic
Evaluations in R For Microsoft Excel
Users: A Tutorial For Incorporating
Heterogeneity and Conducting Value
of Information Analyses**

Naylor N. R., Williams J., Green N., et al.

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

Jamieson Gilmore K., Corazza I., Coletta L., et al.

**35 Developing a Model to Predict High
Health Care Utilization Among Patients
in a New York City Safety Net System**

Li Z., Gogia S., Tatem K. S., et al.

Psychiatrie

Psychiatry

**36 Use of Restraint and Seclusion
in Psychiatric Settings: A Literature
Review**

Al-Maraira O. A. et Hayajneh F. A.

36 Reconstruire un secteur psychiatrique

Delion P.

**36 Refugee Mental Health and the Role
of Place in the Global North Countries:
A Scoping Review**

Ermansons G., Kienzler H., Asif Z., et al.

**37 Innovations organisationnelles
aux urgences pour améliorer la qualité
des soins dispensés aux patients avec
des troubles mentaux**

Gabet M. et Fleury M.-J.

- 37** Quelques réflexions sur les enjeux de la prise en charge des migrants en matière de santé mentale
Galano J. M.
- 37** Symptoms of Depression and Anxiety, and Unmet Healthcare Needs in Adults During the Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study From the Canadian Longitudinal Study on Aging
Khattar J., Griffith L. E., Jones A., et al.
- 37** Déploiement de la réhabilitation psychosociale : impacts d'une innovation thérapeutique sur la place et les pratiques des psychologues en services de psychiatrie
Lecardeur L.
- 38** The Effects of Behavioral Health Integration in Medicaid Managed Care on Access to Mental Health and Primary Care Services—Evidence From Early Adopters
McConnell K. J., Edelstein S., Hall J., et al.
- 38** Chronique interminable de l'isolement et de la contention
David M..
- 38** Mental Health Coverage For Forced Migrants: Managing Failure As Everyday Governance in the Public and NGO Sectors in England
Mladovsky P.
- 39** Impact of Prevention in Primary Care on Costs in Primary and Secondary Care For People with Serious Mental Illness
Ride J., Kasteridis P., Gutacker N., et al.
- 39** Breast Cancer Care Pathways For Women with Preexisting Severe Mental Disorders: Evidence of Disparities in France?
Seppänen A.-V., Daniel F., Houzard S., et al.
- 39** Les Équipes Mobiles en Psychiatrie (2e partie) : Crise, mobilité et processus de changement
Tordjman S. et Mercuel A.
- 40** Les expériences de patients francophones qui se présentent fréquemment à l'urgence pour des raisons de santé mentale
Vandyk A., Lightfoot S., Levesque K., et al.
- 40** European Public Mental Health Responses to the Covid-19 Pandemic
Wilson N., McDaid S., Wieber F., et al.

Sociologie de la santé Sociology of Health

- 41** La relation soigné-soignant à l'épreuve des troubles somatiques fonctionnels en médecine générale
Barbason C. et Savall A.
- 41** 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.
- 41** Soutenir le pouvoir d'agir en faveur de la santé et de la qualité de vie au travail en EHPAD : étude de deux communautés de pratiques
Routelous C., Ruiller C., Urasadettan J., et al.
- 42** Preferences For Covid-19 Epidemic Control Measures Among French Adults: A Discrete Choice Experiment
Sicsic J., Blondel S., Chyderiotis S., et al.
- 42** Mais où est donc passée l'éthique du care ? Les infirmier·es et la question de l'abord de la sexualité en oncologie
Toffel K., Braizaz M. et Schweizer A.
- 42** Le sexe et le genre à l'épreuve de la santé
Wirlden S.

Soins de santé primaires Primary Health Care

- 43** Retour sur la rémunération des médecins...encore libéraux
Badel M.
- 43** The Local Roots of 'Health For All': Primary Health Care in Practices, 1950S–2000S
Beaudevin C., Gaudillière J.-P. et Gradmann C.
- 43** 30 Years of Primary Health Care Reforms in Estonia: The Role of Financial Incentives to Achieve a Multidisciplinary Primary Health Care System
Habicht T., Kasekamp K. et Webb E.
- 44** A Systematic Scoping Review of Primary Health Care Service Outreach For Homeless Populations
Kopanitsa V., McWilliams S., Leung R., et al.

- 44 Santé communautaire : une alternative crédible**
Ménard D.
- 44 French General Practitioners' Adaptations For Patients with Suspected Covid-19 in May 2020**
Ramond-Roquin A., Gautier S., Le Breton J., et al.
- 45 Les dispositifs d'appui à la coordination**
Wander F.

Systemes de santé Health Systems

- 45 Crise sanitaire : l'impact sur les systèmes de santé. Episode 1 Analyse d'une crise systémique**
Amri K., Chatard H., Gilliaux M., et al.
- 46 Crise sanitaire : l'impact sur les systèmes de santé. Episode 2 Recommandations post-analyse**
Amri K., Chatard H., Gilliaux M., et al.
- 46 Le système de santé norvégien**
Bubien Y., Riffet-Vidal N. et Sadran F.
- 46 « Refondation du système de santé » ?**
Leflon M.
- 46 Reimagining Health Systems As Systems For Health**
Marten R., Shroff Z. C., Hanson K., et al.

Travail et santé Occupational Health

- 47 Santé au travail**
Dab W. et Znaty S.
- 47 Chômage et santé fragilisée : dynamiques des parcours de travail et de santé et processus de reconstruction de soi – Une recherche-action**
Gelpe D., Lhuillier D. et Waser A.-M.
- 47 Troubles bipolaires et situation d'emploi : une étude à partir de données administratives françaises**
Lengagne P. et Gandré C.

- 48 Santé mentale au travail des soignants de psychiatrie : un détournement réflexif sur les enjeux épistémologiques et institutionnels de la recherche RPSY**
Maillard I., Costa M., Roelandt J.-L., et al.

Vieillesse Ageing

- 48 Une nouvelle réforme des retraites est-elle nécessaire ?**
- 48 Prevalence and Outcomes of Frailty in Older People with Unplanned Hospital Admissions: Systematic Review and Meta-Analysis**
Boucher E., Gan J., Shepperd S., et al.
- 49 Age-Friendly Health Systems: Improving Care For Older Adults in the Veterans Health Administration**
Church K., Munro S., Shaughnessy M., et al.
- 49 Les résidences pour personnes âgées : un foyer de contradictions**
Freysinet J.
- 49 Burden of Disease Among Older Adults in Europe—Trends in Mortality and Disability, 1990–2019**
Iburg K. M., Charalampous P., Allebeck P., et al.
- 50 A Multi-Disciplinary Approach to Transforming Eye Care Services For Care Home Residents**
Ma N., Low S., Hasan S., et al.
- 50 Health Care For Older Adults in Europe: How Has It Evolved and What Are the Challenges?**
Stuck A. E. et Masud T.
- 50 People with Functional Disability and Access to Health Care During the Covid-19 Pandemic: A US Population-Based Study**
Xie Z., Hong Y.-R., Tanner R., et al.
- 51 Impact of the Covid-19 Pandemic and Corresponding Control Measures on Long-Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis**
Zhang J., Yu Y., Petrovic M., et al.

Health Insurance**► « La Grande Sécu » : une réorientation substantielle du financement de la santé en France ?**

PIERRU F.

2022

Raison présente 223-224(3): 15-23.<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-15.htm>

Jusqu'à très récemment, le système très français de « complémentaires santé » n'était pas questionné, ni dans la presse, ni par les décideurs politiques, ni même par les patients-assurés sociaux. Le fait que pour rembourser un même soin, deux payeurs interviennent, la Sécurité sociale et, ce que l'on appelle abusivement, les « mutuelles » (alors qu'il existe deux autres acteurs sur ce marché, les institutions de prévoyance et les assureurs à but lucratif) apparaissait comme naturel. Pourtant, un rapide regard comparatif montre qu'il n'y a rien d'évident ni de naturel dans ce double mode de financement. Certains pays combinent des assurances publiques pour les plus âgés et les plus pauvres et laissent les entreprises ou les simples particuliers se procurer une assurance privée (cas typique des États-Unis) tandis que d'autres, d'inspiration bévérigeoise, prennent en charge à 100 % un « panier de soins et de prévention », laissant les citoyens se procurer une assurance supplémentaire pour ce qui est exclu du panier (ici, c'est la Grande-Bretagne qui est paradigmatique). En matière d'organisation et de financement des systèmes de santé, l'histoire, les compromis historiques, priment sur la rationalité économique et sociale. Ces compromis se montrent particulièrement résilients et, d'une façon générale, il est possible d'affirmer que le secteur de la santé produit énormément de « non-décisions », c'est-à-dire des problèmes reconnus par tous mais que les gouvernements peinent à reconnaître, voire s'efforcent de ne pas résoudre tant ils s'affrontent à des intérêts organisés puissants...

► Health Insurance For the Good European Citizen? Migrant Sex Workers' Quests For Health Insurance and the Moral Economy of Health Care

PROBST U.

2023

Social Science & Medicine 319: 115190.<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115190>

European health insurance systems have become increasingly fragmented due to neoliberal health care reforms and the privatization of health care. Attempts to enable transnational access to public health care services throughout the European Union (EU) have contributed to this process by spreading ideas of EU citizens as consumers having to make informed choices about health insurance. However, marginalized populations such as EU migrant sex workers are presented with only limited choices within these systems. This article highlights how these limitations in access to health insurance are not only related to financial precarities, but are also caused by underlying racialized, classist, and sexualized assumptions about citizenship and belonging which influence the legal framework of both national and EU-wide health insurance provision. Based on ethnographic research with migrants from eastern EU countries involved in sex work in Berlin, the article discusses their attempts to gain access to health insurance as a salient example of the moral economy of health insurance provision in a supposedly universal health care system. Following how migrant sex workers from eastern European countries experience and negotiate exclusions from health insurance systems, the article addresses how meanings and interpretations of health insurance change towards an understanding of health insurance not as a right, but as a privilege for those conforming to narrow ideas of European citizenship. This indicates that current restructurings of health insurance systems are not only characterized by increasing privatization. Equally, the (re-)emergence of links between access to health insurance and restrictive ideas of belonging and citizenship rights are undermining aspirations for transnationally available universal health care.

Demography

► **Population mondiale : le chiffre de huit milliards face à quatre vérités et à une pluie d'incertitudes**

DUMONT G.-F.
2023

Population & Avenir 761(1): 3-3.

<https://www.cairn.info/revue-population-et-avenir-2023-1-page-3.htm>

À l'automne 2022, un chiffre a fait le tour du monde : huit milliards car l'Onu avait décidé que le nombre d'habitants sur Terre atteindrait ce niveau le 15 novembre. Face à cette annonce reprise systématiquement par tous les médias du monde, quelques vérités contribuent à une meilleure connaissance des réalités démographiques¹. L'annonce selon laquelle la population dans le monde serait de huit milliards est à relativiser pour deux raisons. D'une part, elle a été lan-

cée plusieurs mois avant la date du 15 novembre 2022, alors que personne n'était en état de prévoir le nombre de décès qui allaient survenir, soit du fait des effets de la pandémie Covid-19, des guerres en cours (Ukraine, Haut-Karabagh-Arménie, nord de la Syrie agressé par la Turquie...), de guerres civiles (Éthiopie, Somalie...) ou de mouvements islamistes (Sahel, Nigeria...). Quant au nombre exact de naissances, il aurait fallu pour le moins qu'il existe dans tous les pays du monde une administration enregistrant les déclarations de grossesse. En donnant une date aussi précise, l'Onu a sans doute souhaité que les médias parlent de démographie, mais a écarté le sens critique nécessaire lorsqu'on examine une statistique. Le chiffre de huit milliards a été établi sur des calculs fondés notamment sur des recensements très anciens ou imparfaits. Cet article fait le point sur la question.

E-santé – Technologies médicales

E-Health – Medical Technologies

► **L'IA en santé : dossier**

HUMBERT O., GAROFALO M. ET PERCIVALLE A.
2023

Gestions Hospitalières(622): 30-45.

L'objectif des auteurs de ce dossier est de donner la parole à des acteurs de terrain en santé, à des experts en technologie et en droit. Les articles présentés témoignent de la nécessité d'une pluridisciplinarité dans les projets regardant l'intelligence artificielle, ainsi que des perspectives éthiques comme technologiques de cette dernière.

► **Les intervenants sociaux face à la transformation numérique. Synthèse de littérature internationale sur l'évolution de la mission et des compétences professionnelles**

JACOB S. ET SOUISSI S.
2022

Revue des politiques sociales et familiales 145(4): 83-93.

<https://www.cairn.info/revue-des-politiques-sociales-et-familiales-2022-4-page-83.htm>

En s'appuyant sur une revue de la littérature scientifique internationale, cet article synthétise les connaissances les plus récentes sur les répercussions de la dématérialisation du travail social sur les pratiques professionnelles des intervenants sociaux. Les travaux recensés soulignent que cette dématérialisation présente plusieurs avantages et contribue notamment à améliorer la qualité des services. Dans un contexte

marqué par la présence renforcée d'outils technologiques, les intervenants sociaux doivent acquérir de nouvelles compétences techniques et communicationnelles ainsi qu'assumer de nouveaux rôles. La dématérialisation du travail social transforme en outre la relation entre les intervenants et les usagers. Lorsque les nouvelles technologies sont perçues comme une menace pour les valeurs professionnelles, les intervenants peuvent manifester de la résistance et recourir à des stratégies de contournement. L'implantation réussie des technologies numériques dans le travail social nécessite de les utiliser comme un soutien au travail des intervenants sociaux.

► **Usage des technologies numériques dans le maintien de la relation patient-praticien en santé mentale durant la pandémie Covid 19**

PERRIN C., SADLI N. ET GOZLAN G.
2022

Journal de gestion et d'économie de la santé 8(2): 153-171.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-2-page-153.htm>

Cet article questionne le rôle des outils numériques dans le maintien de la relation patient-praticien en période de confinement liée au Covid 19 et ce, dans le domaine de la santé mentale. Une recherche exploratoire et qualitative a été conduite auprès de deux groupes d'acteurs afin d'identifier leurs usages des technologies numériques : d'une part un psychiatre et ses patients, d'autre part une neuro pédiatre et les familles de jeunes patients. Les récits d'expérience des acteurs ont permis de dégager les résultats suivants. La mise en place de la consultation à distance s'est développée sous la contrainte du confinement. Elle a permis de préserver, dans la plupart des cas, le lien entre le patient et le praticien. Néanmoins elle reste peu adaptée aux pathologies psychiatriques pour lesquelles la relation en présentiel est à privilégier. L'usage des outils digitaux révèle parfois des comportements inhabituels de patients ce qui interroge le rôle et le métier des praticiens dans le cadre de l'usage des technologies numériques. Enfin, cette recherche souligne l'importance des interactions – de vive voix – entre les patients et le praticien, en période de crise.

► **Perceptions of Dutch General Practitioners Towards Ehealth For Patients with Type-2 Diabetes: A Qualitative Study**

VONKEN L., HUSSEIN H., CRUTZEN R., *et al.*
2022

Family Practice 40(1): 91-97.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmac066>

eHealth provides a viable option to facilitate type-2 diabetes mellitus self-management and adherence. To this end, a web-based computer-tailored eHealth programme, My Diabetes Profile (MDP), was developed and implemented in Dutch diabetes care. To fully utilize the potential of eHealth, the reach of effective programmes like MDP should be maximized. Therefore, it is vital to explore perceptions of general practitioners (GPs) regarding eHealth and factors that influence GPs' decision to adopt eHealth programmes. To shed light on Dutch GPs' perceptions towards eHealth in general and specifically, the adoption of MDP. Interviews were conducted among a heterogeneous sample of 16 Dutch GPs. The interview guide, based on the Diffusion of Innovations Theory, addressed perceptions about eHealth in general, characteristics of MDP, organizational characteristics, and external influences on adoption. Audio-recordings were transcribed and analysed using deductive coding in NVivo. Nearly all GPs used some form of eHealth and listed many benefits and few drawbacks about eHealth. Sometimes, GPs were unaware of what eHealth encompassed; programmes resembling MDP were not mentioned. Covid-19 immensely increased eHealth uptake, especially for remote communication. Regarding MDP, the organizational and external influences on adoption were limited, while characteristics of the innovation were deemed more important. GPs expressed benefits of MDP (e.g. uncomplex, user-friendly, tailored) other than attributed to eHealth in general and fewer drawbacks. While GPs' opinions about eHealth and MDP were positive, the concept of MDP was relatively unfamiliar. Future research should focus on targeting GPs' awareness of eHealth possibilities.

Health Economics

► 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 Policy 126(12): 1226-1232.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.004>

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.

► The Common Interests of Health Protection and the Economy: Evidence From Scenario Calculations of Covid-19 Containment Policies

DORN F., KHAILAIE S., STOECKLI M., *et al.*
2023

The European Journal of Health Economics 24(1): 67-74.

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01452-y>

We develop a novel approach integrating epidemiological and economic models that allows data-based

simulations during a pandemic. We examine the economically optimal opening strategy that can be reconciled with the containment of a pandemic. The empirical evidence is based on data from Germany during the SARS-CoV-2 pandemic. Our empirical findings reject the view that there is necessarily a conflict between health protection and economic interests and suggest a non-linear U-shape relationship: it is in the interest of public health and the economy to balance non-pharmaceutical interventions in a manner that further reduces the incidence of infections. Our simulations suggest that a prudent strategy that leads to a reproduction number of around 0.75 is economically optimal. Too restrictive policies cause massive economic costs. Conversely, policies that are too loose lead to higher death tolls and higher economic costs in the long run. We suggest this finding as a guide for policy-makers in balancing interests of public health and the economy during a pandemic.

► The Effect of Health Financing Systems on Health System Outcomes: A Cross-Country Panel Analysis

GABANI J., MAZUMDAR S. ET SUHRCKE M.
2022

Health Economics 32 (3). 574-619

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4635>

Several low- and middle-income countries are considering health financing system reforms to accelerate progress toward universal health coverage (UHC). However, empirical evidence of the effect of health financing systems on health system outcomes is scarce, partly because it is difficult to quantitatively capture the 'health financing system'. We assign country-year observations to one of three health financing systems (i.e., predominantly out-of-pocket, social health insurance (SHI) or government-financed), using clustering based on out-of-pocket, contributory SHI and non-contributory government expenditure, as a percentage of total health expenditures. We then estimate the effect of these different systems on health system outcomes, using fixed effects regressions. We find that transitions from OOP-dominant to government-financed systems improved most outcomes more than did transitions to SHI systems. Transitions to government financing

increases life expectancy (+1.3 years, $p < 0.05$) and reduces under-5 mortality (-8.7%, $p < 0.05$) and catastrophic health expenditure incidence (-3.3 percentage points, $p < 0.05$). Results are robust to several sensitivity tests. It is more likely that increases in non-contributory government financing rather than SHI financing improve health system outcomes. Notable reasons include SHI's higher implementation costs and more limited coverage. These results may raise a warning for policymakers considering SHI reforms to reach UHC.

► **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.*
2023

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.

► **The Costs of Dementia in Europe: An Updated Review and Meta-Analysis**

JÖNSSON L., TATE A., FRISSELL O., *et al.*
2023

PharmacoEconomics 41(1): 59-75.
<https://doi.org/10.1007/s40273-022-01212-z>

The prevalence of dementia is increasing, while new opportunities for diagnosing, treating and possibly preventing Alzheimer's disease and other dementia disorders are placing focus on the need for accurate

estimates of costs in dementia. Considerable methodological heterogeneity creates challenges for synthesising the existing literature. This study aimed to estimate the costs for persons with dementia in Europe, disaggregated into cost components and informative patient subgroups.

► **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 127 : 44-50
<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 82% ($n = 6,830,365$) 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.*

2023

Health Policy 128: 55-61.

<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 (hospital, 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.

► **Spatial Dependence in Physicians' Prices and Additional Fees: Evidence From France**

MONTMARTIN B. ET HERRERA-GOMEZ M.

2023

Journal of Health Economics 88: 102724.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102724>

Concerns about healthcare affordability have grown in France as physician additional fees have increased threefold in the last 20 years. In this paper, we develop an innovative structural spatial framework to provide new insights into free-billing physician pricing behavior. We empirically test a closed-form solution of a

circular city model with heterogeneous physicians by using a unique geolocalized database that covers more than 4000 private practitioners in three specializations (ophthalmology, gynecology and pediatrics). We highlight a positive spatial dependence in prices for all specialties that increases with physician density. This result reflects markets in which both prices are strategic complements and incentives for quality competition are low. We also find evidence of potential noncompetitive behavior for two specialties for which price and competition measures are positively related. These findings in the context of a growing spatial concentration of free-billing physicians emphasize key mechanisms explaining the increasing of additional fees.

► **Voluntary Health Insurance and Out-Of-Pocket Payments in European OECD Countries**

PURCEL A.-A., DRAGOS C. M., MARE C., *et al.*

2023

Economic Modelling 120: 106190.

<https://doi.org/10.1016/j.econmod.2023.106190>

Voluntary health insurance (VHI) and out-of-pocket payments (OOP) supplement medical services provided by public health schemes. While most literature on this topic deals with national specificities, we examine at the cross-country market level, the determinants of VHI and OOP, and the impact of financial development on choosing between the two for 26 European Organization for Economic Co-operation and Development countries between 2000 and 2018. We show that citizens from less developed countries with lower gross domestic products tend to compensate for dissatisfaction from insufficient public coverage through VHI and OOP. Additionally, the findings reveal that VHI is preferred over OOP when financial development is higher. Countries with formal financial activities have high levels of financial literacy and trust in healthcare services, and VHI prevails. Conversely, countries more prone to informal financial activities prefer OOP. We outline the triggers for using VHI to supplement public health spending to address the financial burden of OOP.

► **The Cost of Inaction on Physical Inactivity to Public Health-Care Systems: A Population-Attributable Fraction Analysis**

SANTOS A. C., WILLUMSEN J., MEHEUS F., *et al.*
2023

The Lancet Global Health 11(1): e32-e39.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8)

Background : Physical inactivity is an important modifiable risk factor for non-communicable diseases (NCDs) and mental health conditions. We aimed to estimate the public health-care costs associated with these diseases because of physical inactivity, which will help policy makers to prioritise investment in policy actions to promote and enable more people to be more active.

Environnement et santé

Environmental Health

► **Santé-environnement : quinze ans de politiques publiques : Dossier**

BLEY D., MARANO F. ET SQUINAZI F.
2022

Actualité Et Dossier En Santé Publique(120): 14-68.

Santé et environnement : que recouvrent ces mots très généraux ? En 1994, à la conférence d'Helsinki, l'OMS définit la « santé environnementale » en incluant à la fois « les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement » et les « pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ». Mais il faudra encore attendre dix ans pour que la France mette en œuvre le premier plan santé-environnement. Le dossier du numéro 120 d'Adsp propose un panorama de l'évolution des risques environnementaux pour la santé, avérés ou suspectés, au cours des quinze dernières années et de l'impact des politiques publiques sur leur réduction. Après un état des lieux sur plusieurs domaines (les polluants atmosphériques, l'environnement intérieur, les risques émergents, les produits chimiques dans l'eau, l'alimentation et les produits de consommation), l'évolution de la perception du public au cours des deux dernières décennies sera présentée. Le rôle des collectivités territoriales a été déterminant dans la prise de conscience et l'acculturation du public et de très nombreuses initiatives locales et régionales se sont développées. Différentes institutions œuvrent dans le champ santé environnement et la parole sera donnée aux principaux acteurs du domaine. Cependant, il reste beaucoup à faire. Si certains domaines se sont nettement améliorés, d'autres stagnent et des propositions d'évolution seront présentées

► **La protection sociale française est-elle en capacité de répondre à la montée des risques environnementaux et aux implications de la transition écologique ? 1e partie**

ELBAUM M.
2022

Revue de Droit Sanitaire Et Social(6): 1098-1117.

Face à la montée des risques environnementaux, en particulier ceux liés au changement climatique, les politiques de protection sociale sont questionnées quant à leur pertinence et leur efficacité. Alors que les politiques de transition écologique pourraient n'ébranler que de façon limitée la dynamique tendancielle de financement de la protection sociale, la mise en œuvre indispensable d'une « stratégie d'adaptation » implique d'examiner tant la couverture « usuelle » des risques sociaux que les fonds particuliers d'urgence ou de solidarité qui lui sont parfois adossés (amiante, pesticides), ainsi que les dispositifs d'assurance privée articulés à des mécanismes de réassurance ou de solidarité publics (catastrophes naturelles ou perte de récoltes). Ces couvertures demeurant à ce stade partielles et fragmentées, les principes et la logique économique de la protection sociale pourraient inspirer leur adaptation, quantitative et qualitative, à l'extension et à la diversification probables des risques environnementaux. Une réflexion est aussi nécessaire sur l'appui possible de la protection sociale aux « stratégies d'atténuation » des émissions de gaz à effet de serre ou d'autres risques d'origine environnementale (pesticides, qualité de l'alimentation, pollutions...). Cette réflexion questionne les modalités de soutien aux emplois contribuant à la transition, les dispositifs d'accompagnement social des restructurations, ainsi

que, au premier chef, l'adaptation des politiques de redistribution à des formes possiblement renouvelées d'inégalités sociales et de pauvreté, notamment en termes de « restes à vivre » et de conditions de vie.

► **Les principales institutions intervenant dans le champ santé-environnement**

FRIEDERICI L.

2022

ADSP 120(4): 48-51.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-4-page-48.htm>

La gestion des risques sanitaires liés à l'environnement étant une priorité de santé publique, le champ d'intervention s'organise autour de nombreuses institutions publiques, dont les principales sont décrites dans cet article. Les premières sont directement associées à l'évaluation et à la gestion des risques de l'environnement sur la santé (SpF, Anses, HCSP, INCa, IRSN) les secondes apportent des éléments, en particulier concernant les expositions, nécessaires à l'évaluation de ces risques (Ademe, CSTB, Ineris).

► **Climate Change, Health and Sustainable Healthcare: The Role of Health Economics**

HENSHER M.

2023

Health Economics(Ahead of pub).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36701185>

Healthcare systems around the world are responding with increasing urgency to rapidly evolving ecological crises, most notably climate change. This Perspective considers how health economics and health economists can best contribute to protecting health and building sustainable healthcare systems in the face of these challenges.

► **The Impact of Switching From Single-Use to Reusable Healthcare Products: A Transparency Checklist and Systematic Review of Life-Cycle Assessments**

KEIL M., VIÈRE T., HELMS K., *et al.*

2022

European Journal of Public Health 33(1): 56-63.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac174>

Replacing single-use products with reusable ones

may reduce the environmental impact of healthcare. This study aimed to broadly assess the environmental effects of that substitution. A systematic review of comparative cradle-to-grave life-cycle assessments (LCAs) of single-use and reusable healthcare products was conducted. The main outcomes assessed were changes in the environmental impact that resulted after switching from single-use to reusable products. As no standardized transparency checklist was available, one was developed here using DIN ISO 14040/14044. The final checklist included 22 criteria used to appraise the included studies. After screening, 27 studies were included in the analysis. The healthcare products were assigned to four categories: invasive medical devices, non-invasive medical devices, protection equipment and inhalers. The outcomes revealed a reduction in mean effect sizes for all environmental impacts except water use. Non-invasive medical devices have greater relative mitigation potential than invasive devices. On average, information on 64% of the transparency checklist items was reported. Gaps included the reporting of data quality requirements. Switching to reusable healthcare products is likely to reduce most impacts on the environment except water use, but the effect size differs among product categories. Possible study limitations include location bias, no systematic search of the grey literature and small samples for some impacts. This study's strengths are its approach to product categories and developed transparency catalogue. This catalogue could be useful to inform and guide a future process towards creating a standardized transparency checklist for the systematic reviews of LCAs.

► **Genèse et évolution de la politique publique santé-environnement en France : jalons supranationaux et nationaux**

LESAFFRE B.

2022

ADSP 120(4): 44-46.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-4-page-44.htm>

Le 21 juin 2004, le Premier ministre présente le plan national santé-environnement 2004- 2008, basé sur les travaux de sa commission d'orientation menés d'octobre 2003 à février 2004 avec l'appui de la jeune Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse). Établi en peu de temps pour répondre aux engagements vis-à-vis de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce PNSE 1 s'inscrit dans deux lignées d'initiatives internationales et européennes, l'une

en santé, l'autre en environnement, ces deux volets convergeant progressivement sur plusieurs décennies. Il croise enjeux de santé publique et de sécurité sanitaire, portant sur la maîtrise des risques pour la santé, et défis environnementaux, avec l'émergence du principe de précaution particulièrement adapté au champ santé-environnement. Le présent article aborde successivement chaque volet pour situer la politique publique française de santé-environnement dans le contexte supranational. Il souligne qu'une telle politique transversale nécessite d'impliquer des départements ministériels habituellement peu habitués à interagir.

► **Les risques émergents en santé-environnement : quelles évolutions depuis quinze ans ?**

MARANO F.

2022

ADSP 120(4): 29-31.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-4-page-29.htm>

La question des risques environnementaux émergents a commencé à être débattue dès la fin du XXe siècle. Les crises sanitaires non anticipées, alors qu'elles auraient pu l'être si on avait su les détecter en amont et surtout percevoir et traiter les signes qui les annonçaient, ont été à l'origine de ces débats en France comme en Europe. Citons la crise de l'amiante, qui a conduit à son interdiction seulement en 1996 alors que les signaux d'alerte sanitaire existaient depuis de nombreuses années. L'histoire de la chlordécone aux Antilles est tout aussi emblématique de l'insuffisance des procédures réglementaires dans la prise en compte des alertes. On connaissait sa toxicité et surtout sa persistance dans les milieux depuis 1969. Cependant, il manquait des données sanitaires suffisantes de sorte que son interdiction en France pour le traitement des bananeraies antillaises date seulement de 1993. Pour l'amiante comme pour la chlordécone, le manque d'anticipation et de clairvoyance malgré les alertes, le jeu des lobbies industriels et agroalimentaires ont conduit à des crises dont les conséquences ne sont toujours pas réglées trente ans après. Elles vont encore peser pendant longtemps sur les populations et les pouvoirs publics avec la question des réparations, qu'elles soient environnementales ou individuelles, et un coût collectif élevé. De plus, elles ont aussi eu pour conséquence une méfiance de plus en plus grande de la population vis-à-vis de la parole publique, celle des experts comme celle des politiques.

► **Faire de la santé un véritable levier d'action face au changement climatique**

PASCAL M., MATHIEU A., LAAIDI K., *et al.*

2022

ADSP 120(4): 39-41.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-4-page-39.htm>

Depuis 1990, le Groupe intergouvernemental d'experts pour le climat alerte sur la diversité et la gravité des impacts du changement climatique, et sur la nécessité de l'adaptation. Cette adaptation doit être encore renforcée en France, malgré la mise en place d'une stratégie nationale d'adaptation au changement climatique, dont le premier objectif était la protection de la santé publique, en 2006, et de deux plans nationaux d'adaptation successifs. En pratique, dans le domaine de la santé, l'adaptation demeure principalement réactive, en réponse à des crises sanitaires, canicules, cyclones ou épidémies par exemple. Mais la multiplication et la complexification des crises appellent à une adaptation structurelle, agissant sur les environnements, et compatibles avec l'atténuation et la protection de la biodiversité. La promotion d'environnements favorables à la santé doit être mise au cœur des projets d'adaptation, ce qui nécessite de développer des espaces de dialogues interdisciplinaires. Des outils tels que les évaluations quantitatives d'impacts sanitaires peuvent accompagner ces réflexions. Le renforcement des moyens dédiés à l'animation et au pilotage des politiques d'adaptation, ainsi qu'une plus grande intersectorialité intégrant les enjeux de santé publique sont identifiés comme des leviers essentiels pour accroître l'adaptation structurelle.

► **Les plans nationaux santé-environnement**

SALOMON J., CARMÈS J., LESTERLE S., *et al.*

2022

ADSP 120(4): 46-48.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-4-page-46.htm>

Le principe d'un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement est inscrit dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Le premier plan national santé-environnement (PNSE) voit ainsi le jour en 2004 sous le pilotage des ministères chargés de la santé, de l'écologie, du travail et de la recherche. Il s'inscrit dans un contexte de reconnaissance notable de l'influence de l'environnement sur la santé humaine, puisque la

Charte de l'environnement, qui sera publiée le 1^{er} mars 2005, dispose, dans son premier article que « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ». Le premier PNSE a notamment été élaboré sur la base d'un diagnostic de l'exposition des Français aux pollutions environnementales dans leur vie quotidienne et de recommandations d'une Commission d'orientation regroupant vingt et un experts nationaux et internationaux.

► **Politiques santé-environnement en Europe : deux approches différentes, la Grèce et la Suisse**

SIMOS J.

2022

ADSP 120(4): 56-59.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-4-page-56.htm>

Le rapport récent du Haut Conseil de la santé publique sur l'évaluation globale des PNSE contient un chapitre consacré aux politiques de santé-environnement dans les pays de l'Europe. Allant au-delà de l'analyse effectuée dans ce rapport, cet article présente plus en détail la situation dans deux pays européens qui ont choisi une autre approche que la France pour adopter et mettre en œuvre leur politique santé-environnement : la Grèce, qui n'a pas adopté un tel plan ; et la Suisse, qui en avait adopté un de 1997 à 2007 mais qui ne l'a plus reconduit et a choisi à la place l'intégration de cette politique dans sa stratégie nationale de développement durable.

► **Les plans régionaux santé-environnement (PRSE), des outils incontournables de la politique nationale de santé-environnement**

VIDY A.

2022

ADSP 120(4): 51-53.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-4-page-51.htm>

La loi Hôpital, patients, santé, territoires du 9 août 2004 instaurant le plan national santé-environnement a prévu que celui-ci soit décliné au niveau régional au travers des plans régionaux santé-environnement (PRSE), mis en œuvre par les services décentralisés de l'État, les agences régionales de santé, et les conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales. Les PRSE sont des outils incontournables de la politique nationale en matière de santé-environnement. Dans les régions où la dynamique PRSE est en place, un certain nombre d'effets positifs majeurs sont constatés. Après une première génération de PRSE étroitement liés au plan national et contenant très majoritairement des actions régaliennes, les PRSE ont progressivement offert un espace de concertation et d'échanges, participé à la prise en compte croissante des enjeux de santé liés à l'environnement, et à la construction de réseaux d'acteurs locaux de différents secteurs : santé, environnement, collectivités, mais aussi économiques, agricoles, industriels... La construction de partenariats, l'impulsion d'actions innovantes ou le renforcement d'actions existantes adaptées aux besoins des territoires sont des effets majeurs des PRSE. Certaines de ces actions innovantes ont ensuite pu se traduire dans des textes réglementaires. Par exemple, les consultations environnementales expérimentées dans certaines régions ont trouvé une traduction dans les textes de 2019 et 2021 relatifs à la mise en place des centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales.

État de santé

Health Status

► **Social Isolation As a Risk Factor For All-Cause Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies**

NAITO R., MCKEE M., LEONG D., *et al.*
 2023

PLoS One 18(1): e0280308.

BACKGROUND: Although several epidemiological studies have linked social isolation to increased risk of mortality, the magnitude of any effect is unclear, in part because of the use of different measures of social isolation. **OBJECTIVE:** To examine the association between social isolation and all-cause mortality and investigate whether it differs in various subgroups or populations. **DATA SOURCES:** We searched for relevant studies in electronic databases: MEDLINE (1946 to December 31, 2021), EMBASE (1974 to December 31, 2021), and PsycINFO (1806 to December 31, 2021).

SELECTION CRITERIA: We included both prospective and retrospective cohort studies that examined the association between social isolation and all-cause mortality among adults. **DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** Two reviewers screened and extracted data independently. We contacted study authors to obtain missing information whenever possible. Data were pooled using a random effect model to calculate estimates of the effects of social isolation on all-cause mortality. **RESULTS:** Data from studies involving 1.30 million individuals were included. The pooled hazard ratio of social isolation for all-cause mortality was 1.33 (95% confidence interval; 1.26-1.41, heterogeneity: $\text{Chi}^2 = 112.51$, $P < 0.00001$, $I^2 = 76\%$). **CONCLUSION:** Social isolation is associated with increased risk for all-cause mortality. **REGISTRATION:** PROSPERO (CRD42020152351).

Géographie de la santé

Geography of Health

► **Déserts médicaux : des pistes tirées d'expériences menées hors de France**

2023

Revue Prescrire 43(472): 138-144.

Cet article fait une synthèse de la revue de littérature réalisée par la Drees au ministère chargé de la santé sur les déterminants de choix d'installation des médecins et les expériences menées à l'étranger pour remédier aux inégalités géographiques d'accès aux soins.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104720>

We provide evidence of geographical variations in the use of private health insurance (PHI) in Italy. Our study offers an original contribution, using a 2016 dataset on the use of PHI among a population of more than 200,000 employees of a major company. The average claim per enrollee was €925, representing approximately 50% of public health expenditure per capita, primarily for dental care (27.2%), specialist outpatient services (26.3%) and inpatient care (25.2%). Residents in northern regions and metropolitan areas respectively claimed reimbursements for €164 and €483 more than those in southern regions and in non-metropolitan areas. Both supply and demand factors can explain these large geographical differences. The study suggests the urgency for policymakers to address the considerable disparities in the Italian healthcare system, revealing the overall social, cultural and economic conditions that shape the demand for healthcare.

► **Geographical Variation in the Use of Private Health Insurance in a Predominantly Publicly-Funded System**

CAVAZZA M., VECCHIO M. D., FATTORE G., *et al.*
 2023

Health Policy 130 : 104720.

► **Medical Education Interventions Influencing Physician Distribution into Underserved Communities: A Scoping Review**

ELMA A., NASSER M., YANG L., *et al.*

2022

Human Resources for Health 20(1): 31.

<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00726-z>

Physician maldistribution is a global problem that hinders patients' abilities to access healthcare services. Medical education presents an opportunity to influence physicians towards meeting the healthcare needs of underserved communities when establishing their practice. Understanding the impact of educational interventions designed to offset physician maldistribution is crucial to informing health human resource strategies aimed at ensuring that the disposition of the physician workforce best serves the diverse needs of all patients and communities.

► **Déserts médicaux : de quoi parlons-nous ?**

LE NOC Y.

2022

Médecine : De la Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(9): 88-90.

L'accès aux soins est menacé par l'existence et le développement d'espaces caractérisés par des manques de soignants, communément désignés par le qualificatif de « déserts médicaux ». La démographie des professions de santé est un enjeu primordial des politiques d'organisation des soins. En France notamment elle fait la « une » quasi quotidienne de la presse écrite et de tous les médias télévisuels et chacun, des politiques aux représentants professionnels et représentants de collectivités territoriales, de se renvoyer la balle et d'y aller de ses propres propositions pas toujours compatibles les unes par rapport aux autres. Un récent rapport de l'Académie de Médecine formule un certain nombre de recommandations pour « promouvoir et faciliter l'exercice médical dans les zones médicalement sous-denses », entre autres redonner aux médecins du temps médical, alléger toutes les procédures et tâches administratives, optimiser les délégations de tâches, développer le maillage des territoires en maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et centres de santé, développer des stages obligatoires en zones sous-denses. Mais qu'en est-il précisément ? De quoi parlons-nous ? Combien de professionnels sont disponibles pour apporter des soins de qualité au plus

grand nombre ? Des modèles existent-ils, et quelles pourraient être leur applicabilité et leur acceptabilité.

► **Revealing the Role of Subjective Geographic Proximity in the Use of Medical Services: A Quantitative Case Study in a French Metropolitan Suburb**

POKROVSKY A., AEBERHARDT R., CHARREIRE PETIT S., *et al.*

2022

Journal de gestion et d'économie de la santé 9(4): 294-313.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-4-page-294.htm>

La planification ou l'organisation des services de santé sur les territoires repose principalement sur des modèles de densité et de gestion métrique qui ne correspondent pas à la complexité des comportements spatiaux des individus. Ainsi, des comportements inattendus peuvent être observés, conduisant à un décalage avec le plan initial. Notre article aborde cette question en analysant l'influence de certains facteurs socio-économiques sur les déplacements des habitants vers les établissements hospitaliers d'un Groupement Hospitalier de Territoire, par essence une organisation des ressources médicales sur un territoire défini. En comparant les modèles dans une situation de choix comparable entre deux établissements hospitaliers situés à une distance proche au sein d'un même GHT, nous mesurons des écarts contre intuitifs, révélant une perception de la proximité qui s'écarte de la distance pure et est statistiquement corrélée à deux variables principales : le niveau de privation et une frontière perçue qui correspond à la frontière du département administratif. Nous mettons ainsi en évidence certains facteurs soutenant la dimension cognitive de la proximité qui devraient être intégrés dans la programmation future du parcours du patient.

► **Lithuanian Physicians Practising Abroad: Reasons to Leave and Conditions to Return to Lithuania. a Survey**

RADIKE M. ET ZUROMSKIS T.

2023

Health Policy 128: 75-83.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.008>

This study aimed to assess the factors of emigration and return among Lithuanian doctors practicing

abroad. A call for participation in an online survey was distributed via social media. Questions covered demographics, reasons to emigrate and factors that would favor returning to practice in Lithuania. Survey data were analysed with appropriate statistical methods. Out of 465 respondents, the majority (453/465, 97.4%) work in Europe. The majority (334/465, 71.8%) were women, and 304/465 (65.4%) were trainees (residents). The top three factors to emigrate from and come back to Lithuania were: economic reasons, perceived corruption and the work environment. Most respondents listed more than two factors to emigrate and return

(>70% in each category). Out of all respondents, 230 (49.5%) reported an attractive net monthly salary for a full-time post in Lithuania to be >3500 EUR; 173/465 (37.2%) respondents declared intention of not returning to practice in Lithuania. There were statistically significant gender- and training level-related differences in emigration factors. In conclusion, doctors' reasons for leaving and returning to practice in Lithuania are multifactorial, with economic and non-economic circumstances prompting them to choose to work in another country.

Hospitals

► Coping with Covid-19: The Role of Hospital Care Structures and Capacity Expansion in Five Countries

CACACE M., BÖCKEN J., EDQUIST K., *et al.*
2023

Health Economics, Policy and Law: 1-18.
<https://www.doi.org/10.1017/S1744133122000275>

This contribution examines the responses of five health systems in the first wave of the Covid-19 pandemic: Denmark, Germany, Israel, Spain and Sweden. The aim is to understand to what extent this crisis response of these countries was resilient. The study focuses on hospital care structures, considering both existing capacity before the pandemic and the management and expansion of capacity during the crisis. Evaluation criteria include flexibility in the use of existing resources and response planning, as well as the ability to create surge capacity. Data were collected from country experts using a structured questionnaire. Main findings are that not only the total number but also the availability of hospital beds is critical to resilience, as is the ability to mobilise (highly) qualified personnel. Indispensable for rapid capacity adjustment is the availability of data. Countries with more centralised hospital care structures, more sophisticated concepts for providing specialised services and stronger integration of the inpatient and outpatient sectors have clear structural advantages. A solid digital infrastructure is also conducive. Finally, a centralised governance structure is crucial for flexibility and adaptability. In decentralised

systems, robust mechanisms to coordinate across levels are important to strengthen health care system resilience in pandemic situations and beyond.

► Safety-Net Hospital Performance Under Comprehensive Care For Joint Replacement

CAREY K. ET LIN M.-Y.
2023

Health Services Research 58(1): 101-106.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.14042>

The aim of this study is to investigate the relative progress of safety-net hospitals (SNHs) under Medicare's Comprehensive Care for Joint Replacement (CJR) mandatory bundled payment model over 2016–2020 and to identify the contributors to SNHs' realization of success under the program. Data Sources/Study Setting Secondary data on all CJR hospitals were collected from the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) public use files and from the American Hospital Association. Study Design We addressed whether SNHs can achieve progress in financial performance under CJR by focusing on the relative change in reconciliation payments or the difference between episode spending and target prices. We applied the method of dominance analysis to ordinary least squares regression to determine the relative importance of predictors of change in reconciliation payments over time. Principal

Findings Compared to CJR hospitals overall, SNHs were less successful in meeting episode spending targets. Hospital factors dominated socioeconomic factors in explaining progress among SNHs, but not among non-SNHs. The contribution of nurse staffing was negligible across all CJR hospitals. Conclusions The formula used by CMS to determine spending targets may not be sufficient to address disparities in SNH financial performance under mandatory bundled payment.

► **La crise de l'Hôpital Public : diagnostic pronostic et traitement**

GERVAIS A.

2022

Raison présente 223-224(3): 161-170.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-161.htm>

La crise de l'Hôpital Public français est là : cet été un service d'urgences sur cinq est fermé totalement ou partiellement, près de 30 % des lits d'hôpitaux indisponibles faute d'un nombre suffisant de soignants, 30 % des postes de médecins occupés non par leur titulaire mais – dans le meilleur des cas – par des intérimaires ou des contractuels. Et alors que les centres hospitaliers publics dans des zones rurales ou péri-urbaines défavorisées constituent le seul accès aux soins, faute de médecins généralistes disponibles, cette année l'accès aux urgences a été restreint, filtré, interdisant un recours direct pour une partie de la population n'ayant aucun médecin référent. Comment est-on passé du « système de santé parmi les plus performants du monde » à cet effondrement généralisé ? L'hôpital souffre, hormis en psychiatrie sectorisée, d'une absence de maillage territorial sanitaire. Par ailleurs, il est tourné vers une prise en charge curative des maladies, ignorant la prévention et peu adapté à l'accompagnement des maladies chroniques. Enfin, il est en concurrence avec un système privé de santé ne subissant aucune des contraintes imposées au public.

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

LIATANI Z. ET ENNEZAT P. V.

2022

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(8): 382-384.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/comment_le_neoliberalisme_et_ses_methodes_de_gestion_ont_contribue_a_atomiser_lhopital_une_perspective_historique_323617/article.phtml

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 et enrichir une élite financière, par un apport permanent d'argent par différents canaux et permettre à ce système de fonctionner sur le mode de la pyramide de Ponzi (système pyramidal dans lequel les dernières personnes, majoritaires, qui rentrent dans le système assurent les gains des premières, minoritaires, qui y sont entrées). On nous fait encore croire que ce système néolibéral peut s'autoréguler de façon vertueuse, alors qu'il repose sur une croissance infinie dans un monde fini. Dans ce contexte d'ultra-capitalisme dépourvu de contre-modèle, on découvre plus récemment grâce à l'exemple de la Chine que l'on peut être capitaliste et autoritaire, et se passer de démocratie. Ces deux concepts ne sont plus antinomiques

► **Quelle place pour les Services d'Accueil des Urgences dans l'offre de soins non programmés : comment capitaliser sur l'expérience de la gestion de l'épidémie de Covid-19 dans la crise actuelle ?**

WINTENBERGER C., VIAL S., GARCIA É., *et al.*

2022

Journal de gestion et d'économie de la santé 9(4): 215-249.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-4-page-215.htm>

La fermeture de certains services d'accueil des urgences (SAU) au printemps 2022 et l'incertitude concernant la soutenabilité du fonctionnement de plusieurs de ces SAU pour l'été à venir interrogent sur l'organisation de l'offre de soins non programmés (SNP) dans le système de santé français, et le rôle des SAU dans la prise en charge de ces SNP. Si le problème de saturation des SAU est ancien, la situation actuelle est inédite et pose de façon concrète la question de la soutenabilité de nos organisations de recours aux SNP.

Il nous a semblé intéressant de mettre en perspective la problématique actuelle avec un retour d'expérience d'une autre situation inédite récente, la 1^{re} vague de l'épidémie de Covid-19, qui avait au contraire abouti à une levée temporaire de la saturation des SAU. Une approche qualitative compréhensive menée sur le territoire du Sud Isère à l'automne 2020 permet de montrer que les SNP renvoient à un concept flou et à des organisations peu structurées et peu lisibles, aboutissant à des recours aux SAU par défaut qui aggravent leur saturation. Les réorganisations proposées lors de la 1^{re} vague épidémique ont pu montrer l'intérêt d'une collaboration territoriale, et de penser l'épisode de SNP comme une étape d'un parcours de santé coordonné. Une gradation de l'offre de SNP incluant les structures privées et publiques, ambulatoires et hospitalières, de soins primaires et d'expertise permettrait de recentrer les services d'urgences autour de la prise en charge des soins urgents, leur permettant ainsi de poursuivre leur fonction première.

► **Les équipes mobiles d'urgence et de crise : un paradoxe pour une rencontre à point nommé**

ZELTNER L. ET PASTOUR N.

2022

Perspectives Psy 61(4): 306-313.

<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2022-4-page-306.htm>

Les équipes mobiles d'urgence et de crise sont des équipes pluridisciplinaires, composées le plus souvent d'infirmiers, de psychologues, de psychiatres, d'éducateurs, d'infirmiers en pratique avancée, de cadres et de secrétaires. Elles ont pour objectif principal de proposer des alternatives à l'hospitalisation temps plein en offrant un suivi intensif dans le milieu aux personnes en situation d'urgence ou de crise psychiatrique. L'apparition de ces équipes en France remonte à 1968, la plus ancienne et la plus durable est l'équipe ERIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise) dans les Yvelines. Depuis, plusieurs équipes de crise ont vu le jour. Souvent issues d'initiative locale et sans financement ciblé, il existe une grande disparité dans les compositions de ces équipes, leurs modalités d'intervention ou leur population cible. Un mouvement de regroupement national est à construire pour une meilleure reconnaissance et visibilité. Des essais sont en cours au sein de l'AEMP (Association des Équipes Mobiles en Psychiatrie).

Inégalités de santé

Health Inequalities

► **Economic Vulnerability and Unmet Healthcare Needs Among the Population Aged 50 + Years During the Covid-19 Pandemic in Europe**

ARNAULT L., JUSOT F. ET RENAUD T.

2022

Eur J Ageing 19(4): 811-825.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36692733/>

This study investigated the effect of economic vulnerability on unmet needs during the first wave of the coronavirus disease 2019 (Covid-19) epidemic in Europe among adults aged 50 years and older using data from the regular administration of the Survey of

Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the specific telephone survey administered regarding Covid-19 (SHARE Corona Survey). It addressed three main research questions: Did people who were in difficult economic situations before the epidemic face more barriers to accessing healthcare than others? If so, to what extent can these discrepancies be attributed to initial differences in health status, use of care, income or education between vulnerable individuals and non-vulnerable individuals or to differential effects of the pandemic on these groups? Did the effect of economic vulnerability with regard to unmet needs during the pandemic differ across countries? Unmet healthcare needs are characterised by three types

of behaviours likely to be induced by the pandemic: forgoing care for fear of contracting Covid-19, having pre-scheduled care postponed and being unable to obtain medical appointments or treatments when needed. Our results substantiate the existence of significant differences in accessing healthcare during the pandemic according to economic vulnerability and of cumulative effects of economic and medical vulnerabilities: the impact of economic vulnerability is notably stronger among those who were in poor health before the outbreak and thus the oldest individuals. The cross-country comparison highlighted heterogeneous effects of economic vulnerability on forgoing care and having care postponed among countries, which are not comparable to the initial cross-country differences in social inequalities in access to healthcare.

► **Vers une prise en compte des inégalités sociales dans les modèles de dépenses de santé**

DETÈVE L., COURTEJOIE N. ET POLLAK C.
2022

Revue française des affaires sociales(4): 257-276.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-4-page-257.htm>

Cet article part du constat que le rôle des inégalités sociales dans la variabilité des dépenses de santé reste mal connu. Ces inégalités gagnent à être intégrées aux modèles de dépenses de santé qui ont vocation à identifier les principaux déterminants. L'ajustement au risque, concept en développement, est l'outil privilégié pour cette démarche, parce qu'il permet une mesure individualisée des disparités qui expliquent les dépenses de santé. La prise en compte des inégalités sociales dans les modèles d'ajustement au risque peut présenter des avantages à des fins d'analyse et d'allocation des ressources, comme en témoignent les modèles existants et leur utilisation. Néanmoins, l'inclusion de déterminants sociaux dans ces modèles pose non seulement des difficultés techniques, mais également éthiques dans le cadre de leur utilisation pour réformer les paiements des professionnels de santé.

► **European Immigrant Health Policies, Immigrants' Health, and Immigrants' Access to Healthcare**

DOURGNON P., POURAT N. ET ROCCO L.
2022

Health Policy 127 : 37-43
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.12.012>

Objective Evidence indicates presence of immigrant health disparities in the European Union (EU) and the United States (US). We examined the association between immigrant health policies and the gap in health status, unmet needs and service use between immigrants and citizens, in the EU and US. Methods We used the Migrant Integration Policy Index (MIPEX), European Health Interview Survey, and National Health Interview Survey for 2014. Our independent variables of interest were MIPEX Health strand score and citizenship. Our dependent variables were four measures of health status (self-reported poor health; severely limited in general activities; two or more comorbidities; one or more ambulatory care sensitive conditions) and four measures of health access and utilization (unmet need due to non-financial reasons; could not afford needed health care; one or more primary care visits last year; any hospitalization last year). We conducted linear probability models and presented the marginal effects of each outcome in percentage points. Findings We found that immigrant-friendly health policies were significantly associated with better health and less unmet need due to non-financial reasons. Conclusion Our findings supported the promotion of immigrant-friendly and a 'Health-in-All Policies' (HiAP) approach to preserve the health of immigrants.

► **Le non-recours aux soins à l'épreuve d'une revue de morbi-mortalité**

FALCON A..
2022

Médecine 18(9): 409-411.
https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/le_non_recours_aux_soins_a_lepreuve_dune_revue_de_morbi_mortalite_323723/article.phtml

Ce travail s'inspire d'une situation clinique authentique mettant en jeu la notion de non-recours aux soins du fait du 21^e critère de discrimination décrit dans l'article 225 du Code pénal : la vulnérabilité économique. Une revue de morbi-mortalité en médecine générale a été organisée pour comprendre la perte de chance médicale qui peut en résulter et pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

► **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 127 : 51-59

<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.

► **On Absolute Socioeconomic Health Inequality Comparisons**

KHALED M. A., MAKDISSI P. ET YAZBECK M.

2023

The European Journal of Health Economics 24(1): 5-25.

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01448-8>

This paper introduces a new graphical tool: the mean deviation concentration curve. Using a unified approach, we derive the associated dominance conditions that identify robust rankings of absolute

socioeconomic health inequality for all indices obeying Bleichrodt and van Doorslaer's (J Health Econ 25:945–957, 2006) principle of income-related health transfer. We also derive dominance conditions that are compatible with other transfer principles available in the literature. To make the identification of all robust orderings implementable using survey data, we discuss statistical inference for these dominance tests. To illustrate the empirical relevance of the proposed approach, we compare joint distributions of income and health-related behavior in the United States.

► **Lutter contre les inégalités sociales de santé**

LANG T.

2022

Raison présente 223-224(3): 25-36.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-25.htm>

La crise de la Covid-19 a jeté une lumière crue sur la situation de la santé publique et des inégalités sociales de santé (ISS) en France. Analysée comme une épidémie infectieuse d'origine virale, elle a mobilisé des mesures de protection individuelles, comme les masques, et des solutions médicales, comme la vaccination. Le retentissement large de cette crise sur les autres états de santé, santé mentale bien sûr, mais aussi accès aux soins, nutrition, maladies chroniques, violences intra-familiales, a été perçu avec retard. L'impact sur les ISS a lui été le grand absent. Malgré des alertes en début de crise], un bilan récent du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), que la prudence impose de qualifier d'intermédiaire, confirme cette absence. Malgré son omniprésence dans l'ensemble des textes qui fondent et organisent notre système de santé, de la constitution à la Stratégie Nationale de Santé (SNS), la réduction des ISS et des inégalités territoriales de santé (ITS) demeure un objectif secondaire, mais qui doit savoir s'effacer dès lors qu'un problème de santé publique s'impose sur le devant de la scène. La réduction des ISS apparaît comme un sujet à part de la santé publique, encore considéré comme relevant de spécialistes ou délégué au milieu associatif et aux collectivités territoriales. La France n'est pourtant pas épargnée par les ISS. Les chiffres récents, publiés par l'Insee en 2018, montrent un écart d'espérance de vie de treize ans entre les 5 % des hommes disposant des revenus les plus bas et les 5 % des hommes aux revenus les plus hauts.

► **Women's Health in Migrant Populations: A Qualitative Study in France**

OUANHNON L., ASTRUC P., FREYENS A., *et al.*
2022

European Journal of Public Health 33(1): 99-105.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac133>

In 2019, there are 6.5 million migrants living in France. Numerous quantitative studies show inequalities in access and quality of care, in particular in women's health. This study aimed to explore migrant women's experience of gynaecological care. We conducted 17 semi-structured in-depth interviews with migrant women in Toulouse (France). We used a Grounded Theory approach to perform the analysis. Although migrant women were generally satisfied with the gynaecological care received, they also reported dysfunctions. Positive elements were the French health insurance system, the human qualities of the health-care providers and the performance of the health system. Although reassuring, the structured framework was perceived to have little flexibility. This was sometimes felt as oppressive, paternalistic or discriminatory. These obstacles, amplified by the women's lifestyle instability and precariousness, the language barrier and the difficulty to understand a totally new healthcare system, made women's health care and, especially, preventive care, a difficult-to-achieve and low-priority objective for the women. Migrant women's overall satisfaction with the healthcare system contrasted with the known health inequalities in these populations. This is a good example of the concept of acculturation. Healthcare professionals need to make an introspective effort to prevent the emergence of stereotypes and of discriminatory and paternalistic behaviours. A better understanding and respect of the other person's culture is an indispensable condition for intercultural medicine, and thus for reducing the health inequalities that migrant women experience.

► **Projet e-CARE : un dispositif expérimental d'aide au parcours de soin pour les patients en situation de précarité. Bilan après deux ans**

OUANHNON L., ESQUERRE B., CHAMPROBERT K., *et al.*
2022

Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(7): 304-310.

https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/projet_e_care_un_dispositif_experimental_daide_au_parcours_de_soin_pour_les_patients_en_situation_de_precaire_bilan_apres_deux_ans_323374/article.html

Malgré une prévalence de pathologies chroniques plus élevée que dans la population générale, le parcours de soin des patients en situation de précarité est souvent très désorganisé, menant parfois à un abandon de soin. Cet article décrit l'intérêt, les modalités et les premiers résultats d'un dispositif d'aide au parcours de soins en faveur d'adultes en situation de précarité atteints de pathologie(s) chronique(s). Le dispositif e.CARE s'est construit autour de plusieurs axes : le repérage de personnes en situation de précarité et d'errance médicale, l'accompagnement au parcours de soins coordonné en s'appuyant sur la médecine de ville et un dossier de suivi informatisé partagé, et la formation des professionnels de santé et travailleurs sociaux. Sur près de deux ans de fonctionnement, 56 situations ont été évaluées sur demande de multiples structures médicales ou sociales. 25 patients ont été inclus dans un accompagnement au parcours rapproché, majoritairement des hommes souffrant de pathologies cardio-pulmonaires, métaboliques ou hépatiques. Un travail de repérage et de communication auprès des professionnels a permis de renforcer un réseau médico-social préexistant, ainsi que le lien ville/hôpital, tout en proposant une offre de formation adaptée à chacun. Les consultations avancées dans les lieux d'accueil de personnes en situation de précarité ont permis une orientation vers des structures adaptées, des actions de prévention et d'éducation à la santé, première étape vers l'empowerment de ces populations. L'exemple d'e.CARE, à la fois réseau de soin et centre ressource, semble être pertinent dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

► **L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière : un système dérogatoire**

VILARD L.
2022

Gestions hospitalières(620): 597-600.

L'accès effectif à la protection maladie s'impose au nom du droit de tous à la protection de la santé proclamé par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946. Les établissements publics de santé sont les premiers acteurs de cette protection, notamment s'agissant du traitement des situations d'urgence au titre de leur mission de service public hospitalier. Selon

l'article R.1112-13 du Code de la santé publique, « si l'état d'un malade ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés. Il prononce l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans

lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement ». Le manquement à cette obligation ayant causé un préjudice est constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement public hospitalier.

Médicaments

Pharmaceuticals

► **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.

► **Les accès précoces et compassionnels aux médicaments. Seconde partie. Les dispositifs mis en œuvre en France depuis juillet 2021**

2023

Revue Prescrire 43(471): 59-68.

En France, depuis 2021, trois dispositifs dérogatoires à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou au remboursement ont été mis en œuvre : l'accès pré-

coce, l'accès compassionnel, et une variante, le cadre de prescription compassionnelle. 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.

2023

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 207(2): 165-170.

<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.

► **Macroeconomic Fluctuations and Individual Use of Psychotropic Medications: Evidence From Swedish Administrative Data**

DACKEHAG M., ELLEGÅRD L. M., GERDTHAM U.-G., *et al.*

2023

European Journal of Public Health 33(1): 93-98.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac182>

A growing literature finds that adult mental health worsens during economic downturns. Current insights on the relationship between macroeconomic fluctuations and psychotropic medication are based on self-reported information or aggregate measures on prescriptions. This study assesses the relationship between local macroeconomic conditions and individual use of psychotropic medication as reported in administrative registers. We use local information on unemployment linked to individual-level longitudinal data on detailed psychotropic drug consumption from administrative registers, for individuals in working age (20–65) in Sweden 2006–13. Any psychotropic medication uptake and the related number of redeemed prescriptions are the primary outcomes. Mortality is considered a secondary outcome. Among young men (aged 20–44) and older women (aged 45–65), we find reduced use of psychotropic medication (2–4% compared to the mean) when the local labor market conditions deteriorate. The relationship is driven by reduced use of antidepressants. The same age-gender groups experience a significantly higher risk of mortality in bad times. This study shows that economic downturns may not only put strain on individuals' mental health but also on their access to psychopharmaceutical treatments.

► **Diffusion of a New Drug Among Ambulatory Physicians—The Impact of Patient Pathways**

FLEMMING R., FRÖLICH F., DONNER-BANZHOF N., *et al.*

2023

Health Economics (Ahead of pub).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4650>

When drugs enter the market, physicians' prescribing behavior plays a crucial role in the diffusion process. Although regulations to foster economically efficient prescribing exist, physicians have some degree of freedom in choosing medication and are subject to various influencing factors. The aim of the present analysis is to investigate how interaction among patients and physicians affects the diffusion. We look at two different ways that patient pathways might influence physicians and examine these effects for Sacubitril/Valsartan (S/V), a new drug for patients with heart failure. Using administrative data from Germany, we identify physicians who prescribed S/V in the first 2 years of its availability. We apply survival models to estimate the impact of the patient-physician interaction on the physicians' adoption time. To this end, we determine whether individual physicians treated patients that had been prescribed S/V, and how many other physicians already prescribing S/V were connected in patient-sharing networks. Our main findings are that patients with a previous prescription seem to induce adoption by demanding repeat prescriptions. Moreover, patients establish connections between physicians that may lead to prescriptions for new patients. Our results therefore suggest that patient pathways play a significant role in the diffusion of a new drug.

► **More Cost-Sharing, Less Cost? Evidence on Reference Price Drugs**

HERR A., STÜHMEIER T. ET WENZEL T.

2023

Health Economics 32(2): 413-435.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4627>

This paper evaluates the causal effects of changes in reference prices (RP) on prices, copayments, and overall expenditures for off-patent pharmaceuticals. With reference pricing, firms set prices freely and the health plan covers the expenses only up to a certain threshold. We use quarterly data of the German market for anti-epileptics at the package level and at the active substance level and exploit that the RP has been

adjusted in some of the active substances but not in others in a difference-in-differences framework. At the product level, we find that a lower RP reduces prices for both brand-name drugs and generics, but leads to higher copayments, especially for brand-name drugs. At the aggregate level, we find that a lower RP leads to savings for the public health insurer since revenues

decrease substantially for brand-name firms and, to a lesser extent, also for generic firms. Overall expenditures (payments by the health insurer and the patients) for brand-name drugs decrease in proportion to the decrease in the RP, while the adjustment does not significantly influence overall expenditures for generics.

Méthodologie – Statistique

Methodology - Statistics

► **Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection**

CLUZEL-METAYER L.
 2022

Revue De Droit Sanitaire et Social(N° HS): 149-158.

Il y a encore dix ans, les données de santé n'intéressaient que les professionnels de santé ou les services médico-administratifs. Depuis le volume des données a crû de manière exponentielle et sont devenues une mine d'or pour la recherche comme pour l'économie. Cet article revient sur l'évolution de la législation relative à la protection de ces données depuis la loi du 13 août 2004 relative au dossier médical partagé jusqu'au RGPD (règlement général de la protection des données) et à la création du Health Data Hub en juillet 2019.

► **Quel avenir pour les registres en France ? L'écosystème des données de santé en question**

GILLERON V. ET LEFÈVRE T.
 2022

ADSP 120(4): 4-6.

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-4-page-4.htm>

Le Haut Conseil de la santé publique a mené une réflexion sur la politique nationale des registres populationnels et des registres de pratiques, et sur leur structuration à l'ère du numérique et du déploiement du Health Data Hub. Le registre populationnel est un outil historique présentant, entre autres particularités, une exigence d'exhaustivité du recensement de cas au sein d'une population définie. Le registre de pra-

tiques recense la réalisation de certains types d'actes de santé. Le HCSP a mené une approche transversale en s'interrogeant tant sur la situation actuelle des registres que sur leurs évolutions et orientations possibles, à savoir : l'utilité et la pertinence des registres en tant que sources de données, au regard des besoins concernant la santé publique, le suivi des parcours de soins et des pratiques, la recherche; l'intérêt des registres pour la détection des signaux faibles; la qualité technique attendue des registres; la diffusion et la valorisation des données colligées par les registres; les modalités d'évaluation des registres. Ce travail a abouti à trois grandes conclusions, qui peuvent paraître paradoxales : les registres sont mal définis en pratique, très hétérogènes en termes de ressources, et de missions menées; ils ont un rôle insubstituable à jouer au sein de l'écosystème des données utiles à la recherche, la surveillance épidémiologique et l'aide à la décision, notamment en raison de la qualité de la collecte multi source de données reposant sur un travail humain.

► **Overview of the 2019 National Health Interview Survey Questionnaire Redesign**

ZABLOTSKY B., LESSEM S. E., GINDI R. M., *et al.*
 2023

American Journal of Public Health: e1-e8.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307197>

Data System. Federal health surveys, like the National Health Interview Survey (NHIS), represent important surveillance mechanisms for collecting timely, representative data that can be used to monitor the health and health care of the US population. Data Collection/Processing. Conducted by the National Center for Health Statistics (NCHS), NHIS uses an address-based,

complex clustered sample of housing units, yielding data representative of the civilian noninstitutionalized US population. Survey redesigns that reduce survey length and eliminate proxy reporting may reduce respondent burden and increase participation. Such were goals in 2019, when NCHS implemented a redesigned NHIS questionnaire that also focused on topics most relevant and appropriate for surveillance of child and adult health. Data Analysis/Dissemination. Public-use microdata files and selected health estimates and detailed documentation are released online annually.

Public Health Implications. Declining response rates may lead to biased estimates and weaken users' ability to make valid conclusions from the data, hindering public health efforts. The 2019 NHIS questionnaire redesign was associated with improvements in the survey's response rate, declines in respondent burden, and increases in data quality and survey relevancy. (Am J Public Health. Published online ahead of print February 9, 2023:e17e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307197>)

Politique de santé

Health Policy

► One Health

BOUCHAUD O.

2022

Raison présente 223-224(3): 71-79.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-71.htm>

One Health, qu'on traduit habituellement par « une seule santé », est un concept évolutif né au début des années 2000 qui part du constat des liens étroits qui existent à l'échelle locale, régionale et mondiale entre la santé humaine, celle des animaux et l'état écologique global. Il vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires en partant du principe que proposer une solution à un problème de santé en se limitant au prisme d'une seule de ces trois entrées au problème est voué à l'échec. Ce concept de santé publique qu'est One Health n'a pas émergé de novo mais est la suite logique d'une prise de conscience progressive que la santé doit se réfléchir de façon de plus en plus globale à la fois dans toute sa « transversalité » (par opposition à une vision « verticale » qui se concentre sur une maladie donnée) et à la fois dans la globalité du temps, de l'espace et de l'environnement. Le prodigieux bond technologique, tant dans les connaissances physiopathologiques que dans le développement des moyens diagnostiques et thérapeutiques que connaît la médecine depuis quelques décennies a eu pour conséquences, en se concentrant sur un raisonnement à l'échelle d'un individu, de perdre de vue la vision globale des déterminants de santé. Or les phénomènes majeurs d'évolution de la morbi-mor-

talité observés sur les dernières générations, notamment la transition sanitaire qui sera évoquée plus loin, montrent de façon spectaculaire que ces phénomènes font appel à des mécanismes « sans frontières » dans lesquels les comportements humains, suivant en cela l'évolution des sociétés humaines (explosion démographique, mondialisation, consumérisme.

► The Architecture of the European Union's Pandemic Preparedness and Response Policy Framework

EERENS D., HRZIC R. ET CLEMENS T.

2022

European Journal of Public Health 33(1): 42-48.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac154>

Covid-19 has highlighted the importance of preparedness and response systems when faced with a pandemic. The rapid spread of the disease throughout Europe raised questions about the capacity of the European Union (EU) and its Member States to combat serious cross-border threats to health. This article provides an overview of institutional arrangements for pandemic preparedness before the Covid-19 pandemic and outlines the changes proposed by the European Health Union (EHU) framework. A systematic review of relevant EU law, EU policy documents and the scientific literature was conducted. EUR-lex, PubMed, Web of Science core collection and Google Scholar databases were searched for relevant records published after the year 2000. The proposed new regulatory framework

was extracted from the EHU legislative package. The results were organized according to the Public Health Emergency Preparedness Logic Model. The main EU bodies involved in preparedness and response are the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), the European Commission and the Health Security Committee (HSC). The proposed changes of the EHU focus on strengthening the auditing capabilities of the ECDC, increasing the scope of EU action in managing medical countermeasures, and further formalizing the HSC. The proposal takes bold steps to address technical and political issues of preparedness and response; whereas, on the latter point, it is likely that amendments to the proposal will not address long-standing challenges in preparing for and coordinating national responses to a future EU-wide pandemic.

► **Regulations on Palliative Sedation: An International Survey Across Eight European Countries**

GARRALDA E., BUSA C., POZSGAI É., *et al.*

2023

Eur J Public Health 33(1): 35-41.

BACKGROUND: Palliative sedation is a commonly accepted medical practice. This study aims to clarify how palliative sedation is regulated in various countries and whether this may impact its practice. **METHODS:** An online survey requesting regulations on palliative sedation was conducted in Belgium, Germany, Hungary, Italy, The Netherlands, Spain, Romania and the UK. Purposive sampling strategy was used to identify clinicians from different medical fields and legal experts for each country. Regulations were analyzed using the principles of the European Association for Palliative Care Framework on palliative sedation. Country reports describing how palliative sedation is regulated were elaborated. **RESULTS:** One hundred and thirty-nine out of 223 (62%) participants identified 31 laws and other regulations affecting palliative sedation. In Spain, 12 regional laws recognize palliative sedation as a right of the patient at the end of life when there are refractory symptoms. In Italy, the law of informed consent and advance directives specifically recognizes the doctor can use deep sedation when there are refractory symptoms. There are also general medical laws that, while not explicitly referring to palliative sedation, regulate sedation-related principles: the obligation of doctors to honour advance directives, informed consent, the decision-making pro-

cess and the obligation to document the whole process. In Germany, the Netherlands and the UK, palliative sedation is also regulated through professional guidelines that are binding as good practice with legal significance. **CONCLUSIONS:** Palliative sedation is considered in the general law of medical practice, in laws regarding the patient's autonomy, and through professional guidelines.

► **La prise en charge de la fin de vie : une mission de santé publique. À la mémoire d'Henri Caillavet et de Léon Schwartzberg**

HUISMAN-PERRIN E.

2022

Raison présente 223-224(3): 219-229.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-219.htm>

La réflexion sur la fin de vie se polarise le plus souvent sur deux sujets : la législation, de grande actualité, et le développement des soins palliatifs présentés comme la solution véritable et tout terrain. Nous examinerons ces deux questions tout en nous demandant si d'autres points ne sont pas tout aussi importants : l'état actuel de l'hôpital qui accueille aujourd'hui plus de la moitié des Français qui meurent, une nouvelle place qui doit être faite pour les mourants et leur famille, mais aussi pour l'activité funéraire dans les hôpitaux; une réelle formation de l'ensemble du personnel soignant à la mort, en un mot une réelle considération de la question, sinon du bien mourir, du moins du mieux mourir, dans la France contemporaine. Jusque dans les années 1950, les Français mouraient très majoritairement chez eux. Depuis les années 1990, mourir à l'hôpital est devenu la règle et non plus l'exception comme c'était encore le cas jadis, où ne mouraient à l'hôpital que les pauvres et les indigents. Aujourd'hui, selon l'Inserm, 70 % des décès ont lieu dans un établissement de soins ou d'hébergement médicalisé. Cette proportion est encore plus importante dans les grandes villes où elle avoisine les 80 %. Mourir à l'hôpital concerne toutes les catégories sociales et tous les âges. Comme la naissance, la mort a quitté la sphère du domicile privé et, au vu des projections démographiques indiquant l'accroissement significatif au cours des prochaines années du nombre de décès.

► **Cross-Border Healthcare Collaborations in Europe (2007–2017): Moving Towards a European Health Union?**

SCHMIDT A. E., BOBEK J., MATHIS-EDENHOFER S., *et al.*

2022

Health Policy 126(12): 1241-1247.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.011>

Cross-border health care (CBHC) collaborations, using EU funding, may represent a lever for local and regional policymakers by which to balance questions of access and quality of health care against economic concerns in health. An analysis of existing collaborations analyses CHBC against the three core dimensions of European Union health policy: fiscal policy, economic policy, or social cohesion policy. We carried out a literature review and a systematic analysis of online data bases on EU-funded CBHC collaborations for the period 2007–2017. Identified projects were classified as referring to CBHC as an element of either of the three dimensions. Out of 1167 identified projects, 423 EU-funded projects were selected. Projects not primarily concerned with economic concerns (internal market) and fiscal aspects predominate. Results indicate the importance of shared historical ties and geographical proximity for CBHC collaborations. Yet, they also show the need for further mixed methods research to investigate whether EU policies in health are more likely to be in line with the needs of policymakers in member states, if they focus on local and regional demands for high-quality, accessible health care rather than on internal market concerns or fiscal aspects.

► **Pour un service public de santé de l'enfant et de l'adolescent**

SUESSER P. ET JACQUIN P.

2022

Raison présente 223-224(3): 181-194.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-181.htm>

« ...rien n'est plus à désirer dans la médecine qu'une bonne méthode de traiter les maladies des enfants : car ce ne sont pas seulement les personnes les plus riches, ou qui ont de grands fonds de terres, qui voulant avoir des héritiers et les conserver en bonne santé, comptent en cela beaucoup sur la médecine, mais aussi les personnes de toute condition qui aiment naturellement leurs enfants, et qui n'ont pas une moindre attention à les maintenir en santé, qu'ils en ont pour eux-mêmes. » Cette citation de Sydenham au début de son *Traité des maladies aiguës des enfants* en 1698, rapportée par Pierre Bégué à l'Académie de médecine, témoigne d'un intérêt scientifique pour la santé spécifique de l'enfant, plus ancien que la perception commune qui le ferait remonter au XIXe siècle. Le lien entre conditions de vie et mortalité des nourrissons s'exprime clairement dans le passé, notamment lorsque sont prises au XIXe siècle des mesures pour contrôler la situation des enfants placés en nourrice (loi Roussel de 1874). De même concernant les enfants plus grands et les adolescents, le XIXe siècle a vu se développer la préoccupation de la préservation de leur santé, dans le monde du travail (loi Villermé de 1841 sur la limitation du travail des enfants) et dans le milieu scolaire. Ce sont là les prémises d'une politique publique de protection de la santé et du développement des enfants, dont la dimension globale s'affirme tout au long du XXe siècle, avec les progrès immenses des connaissances et des pratiques relatives à l'hygiène, à la médecine et grâce à l'apport des sciences sociales : la santé de l'enfant est dès lors particulièrement concernée par la définition de l'OMS, un état complet de bien-être physique, mental et social.

Prevention**► Améliorer la prévention dans toutes ses dimensions**

BOURDILLON F.

2022

Raison présente 223-224(3): 37-47.<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-37.htm>

La prévention des maladies est considérée comme un des piliers de tout système de santé avec les soins et son organisation. Pourtant force est de constater qu'en France, l'effort a porté quasiment exclusivement sur les soins. Ainsi, seuls environ 6 % des dépenses de santé sont dévolues chaque année à la prévention. Cependant, il faut savoir aussi que la prévention ne se limite pas à la seule prévention des maladies, elle intègre la promotion de la santé qui vise à l'améliorer en agissant sur les modes de vie et l'environnement physique et social des individus. Les conditions de vie ont, effet, un impact important sur la santé, qu'il s'agisse des conditions de logement, de travail, de transport, d'exposition au bruit, de la qualité de l'air... mais aussi du niveau d'éducation et des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. Une politique de prévention permettrait sans nul doute de gagner de nombreuses années d'espérance de vie en bonne santé, d'éviter de nombreux cancers... La prise de conscience des politiques sur la nécessité de mettre en œuvre une prévention a été marquée en 2018 par la mise en place d'un programme interministériel intitulé : « Priorités prévention », intégré à la Stratégie nationale de santé. En mai 2022, de manière inédite, la ministre en charge de la santé a intitulé son ministère, ministère de la Santé et de la Prévention. Le présent article revient sur quelques indicateurs épidémiologiques – pour souligner les gains attendus – sur les concepts de prévention et de promotion de la santé et sur les mesures à prendre pour élaborer une politique publique de prévention.

► Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique

MARTIN E. ET NAGELS M.

2022

Recherche en soins infirmiers 150(3): 23-41.<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2022-3-page-23.htm>

Introduction : la prévalence des pathologies chroniques est un problème majeur de santé publique. L'éducation thérapeutique, l'auto-efficacité, la posture soignante et l'approche des soins fondée sur les forces constituent le cadre de référence théorique de ce travail. Contexte : l'activité physique est bénéfique à la santé des personnes vivant avec des pathologies chroniques, mais sa mise en œuvre et son maintien dans le temps est difficile. Objectif : explorer l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'éducation thérapeutique, ainsi que la notion de posture soignante en éducation thérapeutique. Méthode : un devis mixte de recherche descriptive et exploratoire a été utilisé. Des questionnaires et des entretiens ont été réalisés auprès de soignants et de personnes ayant bénéficié d'éducation thérapeutique. Résultats : le niveau de posture des soignants est haut et homogène. Le niveau d'auto-efficacité des personnes ayant bénéficié d'éducation thérapeutique est hétérogène avec une plus grande disparité des scores. Conclusion : la posture soignante d'éducation thérapeutique ne peut compenser tous les facteurs personnels et environnementaux influant sur la pratique d'une activité physique. Un accompagnement régulier de l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique est nécessaire pour sa mise en œuvre et son maintien dans le temps.

► **Health Check-Ups For the French Under-Consuming Agricultural Population: A Pilot Evaluation of the Instants Santé MSA Program**

MICHEL M., ARVIS SOUARÉ M., DINDORF C., *et al.*
2023

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 71(1): 101420.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762022008914>

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) a mis en place un programme de prévention et promotion de la santé à destination de ses adhérents sous-consommateurs. Il inclut un premier rendez-vous comprenant un entretien infirmier personnalisé et une consultation de prévention réalisée par un médecin désigné par l'adhérent. L'objectif de cette étude était de réaliser

une première évaluation pilote de ce programme. Méthodes L'évaluation a porté sur la population invitée pendant le deuxième semestre 2017 et a utilisé des données des prestataires chargés de la mise en place du programme (date d'invitation, date de l'entretien infirmier...), des données des caisses régionales de la MSA (bon de consultation) et des données de remboursement pour la consommation de soins. Les taux de participation ont été calculés globalement et en fonction des caractéristiques des participants. Les besoins médicaux ont été identifiés pendant l'entretien infirmier, et l'instauration de nouvelles prises en charge a été évaluée par des actes traceurs dans les données de remboursement. Conclusions : Les résultats de cette évaluation pilote semblent prometteurs mais nécessitent d'être confirmés au niveau national et sur une durée plus longue.

Prévission – Evaluation

Prevision - Evaluation

► **Health Economic Evaluation Using Markov Models in R For Microsoft Excel Users: A Tutorial**

GREEN N., LAMROCK F., NAYLOR N., *et al.*
2023

PharmacoEconomics 41(1): 5-19.

<https://doi.org/10.1007/s40273-022-01199-7>

A health economic evaluation (HEE) is a comparative analysis of alternative courses of action in terms of both costs and consequences. A cost-effectiveness analysis is a type of HEE that compares an intervention to one or more alternatives by estimating how much it costs to gain an additional unit of health outcome. Cost-effectiveness analyses are commonly performed using Microsoft (MS) Excel. However, there is current interest in using other software that is better suited to more complex problems, methods, and data, as well as improved reproducibility and transparency. That is, it is increasingly important to be able to repeat an analysis of a particular data set and obtain the same results, and access the analysis and results in a clear and comprehensive openly available form. In this tutorial we provide a step-by-step guide on how to implement a mainstay model of HEE, namely a Markov model, in

the statistical programming language R. The adoption of R for the purpose of cost-effectiveness analysis is highly dependent on the ability of the health economic modeller to understand, learn, and apply programming-type skills. R is likely to be less familiar than MS Excel for many modellers and so coding a cost-effectiveness model in R can be a large jump. We describe the technical details from the perspective of a MS Excel user to help bridge the gap between software and reduce the learning curve by providing for the first-time side-by-side comparisons of the Markov model example in MS Excel and R.

► **Extensions of Health Economic Evaluations in R For Microsoft Excel Users: A Tutorial For Incorporating Heterogeneity and Conducting Value of Information Analyses**

NAYLOR N. R., WILLIAMS J., GREEN N., *et al.*
2023

PharmacoEconomics 41(1): 21-32.

<https://doi.org/10.1007/s40273-022-01203-0>

Advanced health economic analysis techniques cur-

rently performed in Microsoft Excel, such as incorporating heterogeneity, time-dependent transitions and a value of information analysis, can be easily transferred to R. Often the outputs of survival analyses (such as Weibull regression models) will estimate the impacts of correlated patient characteristics on patient outcomes, and are utilised directly as inputs for health economic decision models. This tutorial provides a step-by-step guide of how to conduct such analyses with a Markov model developed in R, and offers a comparison with established analyses performed in Microsoft Excel. This is done through the conversion of a previously published Microsoft Excel case study of a hip replacement surgery cost-effectiveness model. We hope that this paper can act as a facilitator in switching decision models from Microsoft Excel to R for complex health economic analyses, providing open-access code and data, suitable for future adaptation.

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

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

2023

Health Policy 128: 1-10.

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

Background: 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 health-care 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.

► **Developing a Model to Predict High Health Care Utilization Among Patients in a New York City Safety Net System**

LI Z., GOGIA S., TATEM K. S., *et al.*

2023

Medical Care 61(2): 102-108.

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2023/02000/Developing_a_Model_to_Predict_High_Health_Care.8.aspx

Background: Health care facilities use predictive models to identify patients at risk of high future health care utilization who may benefit from tailored interventions. Previous predictive models that have focused solely on inpatient readmission risk, relied on commercial insurance claims data, or failed to incorporate social determinants of health may not be generalizable to safety net hospital populations. To address these limitations, we developed a payer-agnostic risk model for patients receiving care at the largest US safety net hospital system. Methods: We transformed electronic health record and administrative data from 833,969 adult patients who received care during July 2016–July 2017 into demographic, utilization, diagnosis, medication, and social determinant variables (including homelessness and incarceration history) to predict health care utilization during the following year. We selected the final model by developing and validating multiple classification and regression models predicting 10+ acute days, 5+ acute days, or continuous acute days. We compared a portfolio of performance metrics while prioritizing positive predictive value for patients whose predicted utilization was among the top 1% to maximize clinical utility. Results: The final model predicted continuous number of acute days and included 17 variables. For the top 1% of high acute care utilizers, the model had a positive predictive value of 47.6% and sensitivity of 17.3%. Previous health care utilization and psychosocial factors were the strongest predictors of future high acute care utilization. Conclusions: We demonstrated a feasible approach to predictive high acute care utilization in a safety net hospital using electronic health record data while incorporating social risk factors.

Psychiatry

► Use of Restraint and Seclusion in Psychiatric Settings: A Literature Review

AL-MARAIRA O. A. ET HAYAJNEH F. A.
2019

J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 57(4): 32-39.

The purpose of the current literature review was to critically review studies related to the use of restraint and seclusion in psychiatric settings across cultures, identify ethical principles regarding restraint and seclusion, and generate a clear view about patients' perspectives and factors that influence use of these measures worldwide. Use of restraint and seclusion in daily nursing practice is controversial. Previous studies have shown variation in the types, frequency, and duration of restraint and seclusion across different countries and differences in the perception of restraint and seclusion between nurses and patients. Whereas some mental health staff members have positive attitudes toward restraint and seclusion, others have negative attitudes. The current analysis found that restraint and seclusion should be used as a last resort measure. [Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 57(4), 32-39].

► Reconstruire un secteur psychiatrique

DELION P.
2022

Raison présente 223-224(3): 171-179.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-171.htm>

La psychiatrie est dans un état lamentable depuis plusieurs années, et la pandémie a fait voler en éclats ce qui ne tenait plus qu'à un fil. Mais la psychiatrie n'est pas seule dans la tourmente : l'ensemble de la médecine d'aujourd'hui est menacé d'effondrement, tant les décideurs politiques ont refusé de voir la gravité de son état et ont pensé que le mal pouvait être traité par une remise en ordre financière et organisationnelle. Les témoignages de citoyens, d'élus, de professionnels et de personnes directement concernées par la déconstruction rapide de notre système de santé se font chaque jour plus nombreux. Ils viennent dire aux gouvernants, notamment à ceux des trois dernières

mandatures présidentielles (Sarkozy, Hollande et Macron), que contrairement au pacte républicain sur l'égalité des chances, sur la justice sociale et sur la solidarité nationale, le compte n'y est plus du tout. Le système de santé français, qui était une des réussites de la politique en faveur des citoyens de la deuxième moitié du vingtième siècle, est devenu en quelques dizaines d'années, la honte de notre dispositif de solidarité. Si vous êtes riche, habitant d'une grande ville, et prêt à passer devant les autres, alors vous avez une bonne chance de pouvoir vous soigner de façon relativement correcte. Il vous en coûtera cher, puisque vous serez probablement obligés de recourir à des soins proposés par les établissements privés à but lucratif, dans lesquels les dépassements d'honoraires ne font même plus scandale lorsqu'ils atteignent des chiffres faramineux.

► Refugee Mental Health and the Role of Place in the Global North Countries: A Scoping Review

ERMANSONS G., KIENZLER H., ASIF Z., *et al.*
2023

Health & Place 79: 102964.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.102964>

Post-migration factors significantly influence refugee mental health. This scoping review looks at the role of place in refugee mental health. We included 34 studies in Global North high-income countries that elaborated on the place characteristics of facilities, neighbourhoods, urban and rural areas, and countries. While the role of place remains under-theorised, all studies reveal common characteristics that support a strong relationship between place of residence, refugee mental health and wellbeing outcomes in post-migration context. Given that refugees often have little or no choice of where they ultimately live, we suggest future research should focus on how characteristics of place co-constitute post-migration refugee mental health risks, protections, and outcomes.

► **Innovations organisationnelles aux urgences pour améliorer la qualité des soins dispensés aux patients avec des troubles mentaux**

GABET M. ET FLEURY M.-J.

2022

Journal de gestion et d'économie de la santé 8(2): 100-115.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-2-page-100.htm>

Améliorer l'organisation des services en santé mentale à partir des urgences, via des interventions innovantes, permettrait d'améliorer les soins offerts à la population avec des troubles mentaux. Cette étude présente différentes innovations déployées aux urgences, dont trois plus spécifiquement dans un service d'urgence psychiatrique du Québec (Canada), et cerne les principaux facteurs facilitants et entravant leur implantation. L'étude est basée sur une recension narrative des écrits et sur un projet de recherche impliquant une étude mixte avec des données colligées auprès de 115 participants (14 professionnels de la santé, 81 patients, 20 proches). Pour le projet de recherche, des analyses de contenu, descriptives et comparatives ont été produites. Plusieurs innovations introduites aux urgences sont recensées dans la littérature pour améliorer la qualité des soins, ciblant les patients selon leurs troubles mentaux, situations de vie, gravité de leurs conditions, et leur utilisation, accès ou adéquation aux services. Les plus étudiées sont les dispositifs d'intervention brève, de gestion de cas ou de consultation-liaison. Au Québec, les trois innovations implantées au niveau d'un service d'urgence psychiatrique, l'intervention brève, celle en lien avec un centre de crise et un dispositif de pairs-aidants proches, ont été évaluées pertinentes. Les principaux enjeux d'implantation de ces innovations sont liés au système de santé, à l'organisation des soins et aux profils des professionnels de santé et des patients. Les urgences jouant un rôle de baromètre de la qualité des services, plus d'innovations devraient y être déployées, et les patients sans soutien ou grands utilisateurs de ses services priorités, afin d'améliorer l'accès et la continuité des soins à ces patients parmi les plus vulnérables.

► **Quelques réflexions sur les enjeux de la prise en charge des migrants en matière de santé mentale**

GALANO J. M.

2022

Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(43)

<https://cahiersdesante.fr/editions/43-decembre-2022/quelques-reflexions-sur-les-enjeux-de-la-prise-en-charge-des-migrants-en-matiere-de-sante-mentale/>

L'auteur évoque ici la souffrance des migrants dont l'absence de domicile et d'identité est absente. Il fait alors le lien avec les troubles psychiques qu'ils peuvent avoir et il dénonce le manque de moyens pour leur prise en charge.

► **Symptoms of Depression and Anxiety, and Unmet Healthcare Needs in Adults During the Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study From the Canadian Longitudinal Study on Aging**

KHATTAR J., GRIFFITH L. E., JONES A., *et al.*

2022

BMC Public Health 22(1): 2242.

<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14633-4>

The Covid-19 pandemic disrupted access to healthcare services in Canada. Research prior to the pandemic has found that depression and anxiety symptoms were associated with increased unmet healthcare needs. The primary objective of this study was to examine if mental health was associated with perceived access to healthcare during the pandemic

► **Déploiement de la réhabilitation psychosociale : impacts d'une innovation thérapeutique sur la place et les pratiques des psychologues en services de psychiatrie**

LECARDEUR L.

2022

Journal de gestion et d'économie de la santé 8(2): 116-135.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-2-page-116.htm>

Depuis trois ans, les services de psychiatrie français doivent déployer la réhabilitation psychosociale à destination des patients atteints de troubles psychiques

sévères. Cette réforme entraîne des remises en question profondes des soignants qui se voient obligés de modifier leurs pratiques. Les psychologues peuvent accompagner ces évolutions en transmettant aux soignants la pratique des soins basés sur les preuves. Notamment, les soignants doivent se familiariser avec les outils qui leur permettront d'évaluer la qualité des soins qu'ils délivrent et tracer les résultats obtenus. Pour ce faire, les valeurs des soignants doivent pouvoir être mises en rapport avec les principes de la réhabilitation psychosociale. Dans ce sens, les psychologues peuvent offrir aux soignants, grâce au modèle vulnérabilité-stress-compétences, une vision optimiste du pronostic des personnes atteintes par un trouble psychique sévère. Les parcours de prévention doivent être fluidifiés afin de favoriser l'accès précoce aux soins pour les personnes qui en éprouvent le besoin. L'implication des psychologues dans l'accompagnement de ces changements est envisageable, mais elle pose la question de la formation de ces derniers.

► **The Effects of Behavioral Health Integration in Medicaid Managed Care on Access to Mental Health and Primary Care Services—Evidence From Early Adopters**

MCCONNELL K. J., EDELSTEIN S., HALL J., *et al.*
2023

Health Services Research(Ahead of pub).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.14132>

The aim of this study is to evaluate the impacts of a transition to an “integrated managed care” model, wherein Medicaid managed care organizations moved from a “carve-out” model to a “carve-in” model integrating the financing of behavioral and physical health care. Data Sources/Study Setting Medicaid claims data from Washington State, 2014–2019, supplemented with structured interviews with key stakeholders. Data Collection Medicaid claims were collected administratively, and interviews were recorded, transcribed, and analyzed using a thematic analysis approach. Principal Findings The transition to financially integrated care was initially disruptive for behavioral health providers and was associated with a temporary decline in access to outpatient mental health services among enrollees with serious mental illness (SMI), but there were no statistically significant or sustained differences after the first year. Enrollees with SMI also experienced a slight increase in access to primary care (1.8%, 95% CI 1.0%–

2.6%), but no sustained statistically significant changes in the use of ED or inpatient services for mental health care. The transition to financially integrated care had relatively little impact on primary care providers, with few changes for enrollees with mild, moderate, or no mental illness. Conclusions Financial integration of behavioral and physical health in Medicaid managed care did not appear to drive clinical transformation and was disruptive to behavioral health providers. States moving towards “carve-in” models may need to incorporate support for practice transformation or financial incentives to achieve the benefits of coordinated mental and physical health care.

► **Chronique interminable de l'isolement et de la contention**

DAVID M..
2022

L'Information Psychiatrique 98(1): 35-40.

https://www.jle.com/fr/revues/ipe/e-docs/chronique_interminable_de_lisolement_et_de_la_contention_321836/article.phtml?tab=citer

L'isolement et la contention en psychiatrie font l'objet d'une attention particulière depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Les décisions d'isolement et de contention prises par un psychiatre doivent répondre à de critères très précis. Étant des mesures privatives de liberté, elles doivent être de durées limitées et faire l'objet d'un contrôle par un magistrat. Depuis 2016, le Conseil constitutionnel a imposé des modifications en considérant certaines dispositions inconstitutionnelles. La chronique interminable de ces modifications est exposée dans cet article ainsi que des propositions pour une réflexion d'ampleur afin d'en finir avec l'instabilité juridique et professionnelle et de pouvoir améliorer les modalités de soins.

► **Mental Health Coverage For Forced Migrants: Managing Failure As Everyday Governance in the Public and NGO Sectors in England**

MLADOVSKY P.
2023

Social Science & Medicine 319: 115385.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115385>

High-income countries (HICs) which are said to have “reached” universal health coverage (UHC) typically

still have coverage gaps, due to both formal policies and informal barriers which result in “hypothetical access”. In England, a user fee exemption has in principle made access to treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD) and other mental health conditions thought to be caused by certain forms of violence universal, regardless of immigration status. This study explores the everyday governance of this mental health coverage for forced migrants in the English National Health Service (NHS) and NGO sector.

► **Impact of Prevention in Primary Care on Costs in Primary and Secondary Care For People with Serious Mental Illness**

RIDE J., KASTERIDIS P., GUTACKER N., *et al.*
2023

Health Economics 32(2): 343-355.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.4623>

A largely unexplored part of the financial incentive for physicians to participate in preventive care is the degree to which they are the residual claimant from any resulting cost savings. We examine the impact of two preventive activities for people with serious mental illness (care plans and annual reviews of physical health) by English primary care practices on costs in these practices and in secondary care. Using panel two-part models to analyze patient-level data linked across primary and secondary care, we find that these preventive activities in the previous year are associated with cost reductions in the current quarter both in primary and secondary care. We estimate that there are large beneficial externalities for which the primary care physician is not the residual claimant: the cost savings in secondary care are 4.7 times larger than the cost savings in primary care. These activities are incentivized in the English National Health Service but the total financial incentives for primary care physicians to participate were considerably smaller than the total cost savings produced. This suggests that changes to the design of incentives to increase the marginal reward for conducting these preventive activities among patients with serious mental illness could have further increased welfare.

► **Breast Cancer Care Pathways For Women with Preexisting Severe Mental Disorders: Evidence of Disparities in France?**

SEPPÄNEN A.-V., DANIEL F., HOUZARD S., *et al.*
2023

Journal of Clinical Medicine 12(2): 412.

<https://www.mdpi.com/2077-0383/12/2/412>

The excess cancer mortality in persons with severe mental illness (SMI) has been well documented, and research suggests that it may be influenced by care-related factors. Our objective was to assess breast cancer care pathways in women with SMI in France, using an exhaustive population-based data-linkage study with a matched case-control design. The cases were 1346 women with incident breast cancer in 2013/2014 and preexisting SMI who were matched with three controls without SMI presenting similar demographics, initial breast cancer type, and year of incidence. We compared cancer care pathways and their quality for cases and controls, using a consensual set of indicators covering diagnosis, treatment, follow-up, and mortality (until 2017). After adjusting for covariates, cases had lower odds to undergo the main diagnostic tests, lumpectomy, adjuvant chemotherapy, and radiotherapy, as well as hormone therapy, but higher odds for mastectomy. Suboptimal quality in cancer pathways was observed for both groups, but to a higher extent for cases, especially for not receiving timely care after diagnosis and post-treatment follow-up. Breast cancer mortality, considering competing risks of deaths, was significantly elevated in women with SMI. These findings highlight disparities in cancer care pathways for individuals with SMI, as well as specific aspects of the care continuum which could benefit from targeted actions to reach equity of outcomes.

► **Les Équipes Mobiles en Psychiatrie (2e partie) : Crise, mobilité et processus de changement**

TORDJMAN S. ET MERCUEL A.
2022

Perspectives Psy 61(4): 303-305.

<https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2022-4-page-303.htm>

Ce dossier fait suite à une première partie intitulée « Les Équipes Mobiles en Psychiatrie : du bébé au sujet âgé » illustrant le fonctionnement de différentes équipes mobiles en psychiatrie qui interviennent aux divers âges de la vie (du bébé au sujet âgé en passant

par l'enfant et l'adolescent). La deuxième partie de ce dossier aborde les équipes mobiles sous l'angle de la crise comme fenêtre thérapeutique permettant de mettre en place des processus de changement passant par « l'aller vers » et la mobilité. Ce propos sera développé à partir de l'expérience de différents types d'équipes mobiles : les équipes mobiles d'urgence et de crise (avec, par exemple, l'Équipe Rapide d'Intervention de Crise – ERIC pour les adultes et adolescents, et l'Équipe Mobile d'Urgence Pédopsychiatrique – MUP pour les jeunes de moins de 16 ans), l'Équipe Mobile pour les Troubles des Conduites Alimentaires (EMTCA), et les Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP). Les auteurs des articles ici présentés incluent notamment les référents de ces trois types d'équipes mobiles au sein de l'AEMP (Association des Équipes Mobiles en Psychiatrie, www.aempsy.com) : Laure Zeltner pour les équipes mobiles d'urgence et de crise, Françoise Chevalier-Latreuille pour les équipes mobiles TCA/addictions, et Alain Mercuel pour les équipes mobiles psychiatrie-précarité.

► **Les expériences de patients francophones qui se présentent fréquemment à l'urgence pour des raisons de santé mentale**

VANDYK A., LIGHTFOOT S., LEVESQUE K., *et al.*
2022

Recherche en soins infirmiers 150(3): 79-88.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2022-3-page-79.htm>

Introduction : la langue et la communication sont essentielles à la sécurité des soins et à la gestion des personnes aux prises avec un trouble de santé mentale, en particulier lorsque ces personnes sont des minorités linguistiques. Objectifs/méthode : explorer ces réalités au sein d'une population en situation minoritaire linguistique en complément d'une revue de la littérature et des entrevues qualitatives. Les entrevues ont été menées à Ottawa, au Canada, auprès de patients francophones. Les études incluses dans la revue représentaient la littérature internationale sur les minorités linguistiques en général. Résultats : dans l'ensemble, les expériences décrites dans les articles publiés étaient semblables aux expériences vécues des participants, ce qui suggère que des obstacles aux soins existent, même dans les contextes ayant pour mandat de fournir des services dans les deux langues officielles. Discussion/conclusion : il y a de nombreux obstacles à la prestation de services de soins de santé mentale, et ce, quelle que soit la langue dominante. Toutefois, nous

avons identifié comme distinct le sentiment intériorisé de responsabilité ressenti par les patients en situation minoritaire qui se sentent obligés de compenser ou de combler les lacunes linguistiques des prestataires.

► **European Public Mental Health Responses to the Covid-19 Pandemic**

WILSON N., MCDAID S., WIEBER F., *et al.*
2022

European Journal of Public Health 33(1): 87-92.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac169>

The coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic increased multiple risk factors for mental health. Evidence-based, intersectoral public mental health responses are therefore critical. The primary aim of this study was to collate public mental health responses from across Europe. We conducted a cross-sectional survey in March 2021. Participants were public and mental health professionals from across Europe. We developed an online instrument exploring five domains: changes in mental health supports during the pandemic; mental health support for vulnerable groups; multi-sectoral and service-user involvement; published mental health response plans; and perceived quality of overall country response. Fifty-two individuals from 20 European nations responded. Reported changes in mental health supports included an increase in online mental health supports ($n = 18$); but no change in long-term mental health funding ($n = 13$); and a decrease in access to early interventions ($n = 9$). Responses indicated mental health support for vulnerable groups was limited, as was multi-sectoral and service-user involvement. Few national mental health response plans existed ($n = 9$) and 48% of respondents felt their countries mental health response had been 'poor' or 'very poor'. Our results give insights into the changes in mental health support at a country level across Europe during the Covid-19 pandemic. They indicate countries were not prepared to respond and people with existing vulnerabilities were often neglected in response planning. To be prepared for future pandemics and environmental disasters Public Mental Health preparedness plans are highly needed. These must be developed cross-departmentally, and through the meaningful inclusion of vulnerable groups.

Sociology of Health**► La relation soigné-soignant à l'épreuve des troubles somatiques fonctionnels en médecine générale**BARBASON C. ET SAVALL A.
2022**Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(8): 366-371.**https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/la_relation_soigne_soignant_a_lepreuve_des_troubles_somatiques_fonctionnels_en_medecine_generale_323614/article.phtml

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.

► 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 : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 18(8): 340-342.**https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/la_lente_evolution_des_croyances_vers_la_preuve_lhistoire_de_la_medecine_peut_elle_aider_a_comprendre_troubles_somatoformes_hypocondrie_ou_vraies_organicites_323606/article.phtml

Les manifestations 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, inexpliqués par

► Soutenir le pouvoir d'agir en faveur de la santé et de la qualité de vie au travail en EHPAD : étude de deux communautés de pratiquesROUTELOUS C., RUIILLER C., URASADATTAN J., *et al.*
2022**RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise 49, 11(4): 3-26.**<https://www.cairn.info/revue-rimhe-2022-4-page-3.htm>

La question de la santé et de la qualité de vie au travail est un enjeu majeur pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cet article présente les résultats d'une étude exploratoire menée auprès de deux EHPAD. D'abord, nous décrivons un engagement mutuel en faveur d'une stratégie de prévention des risques qui repose à la fois sur l'engagement des directions en faveur d'une stratégie globale de la prévention des risques au travail et sur une ingénierie des espaces de participation qui permet à la fois la discussion sur le travail et la concertation sur la stratégie à mener dans la résolution des difficultés. Ensuite, nous présentons les répertoires d'actions partagées sur la prévention permettant de nouvelles marges de manœuvre sur le terrain qui comprennent, d'une part, la mobilisation de bonnes pratiques et, d'autre part, la résolution agile des problèmes. Les enjeux de l'entreprise commune comme support du pouvoir d'agir sont la nécessité de garder une animation interne aux communautés afin de conserver l'élan participatif dans un contexte de travail dégradé et le besoin de repositionnement de l'encadrement de proximité pour protéger durablement la capacité

d'agir des collaborateurs. Les dispositifs dépassent les entraves du dialogue social par la construction d'un espace de concertation et par la production de nouvelles marges de manœuvre multi-niveaux.

► **Preferences For Covid-19 Epidemic Control Measures Among French Adults: A Discrete Choice Experiment**

SICSIC J., BLONDEL S., CHYDERIOTIS S., *et al.*
2023

The European Journal of Health Economics 24(1): 81-98.

<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01454-w>

In this stated preferences study, we describe for the first time French citizens' preferences for various epidemic control measures, to inform longer-term strategies and future epidemics. We used a discrete choice experiment in a representative sample of 908 adults in November 2020 (before vaccination was available) to quantify the trade-off they were willing to make between restrictions on the social, cultural, and economic life, school closing, targeted lockdown of high-incidence areas, constraints to directly protect vulnerable persons (e.g., self-isolation), and measures to overcome the risk of hospital overload. The estimation of mixed logit models with correlated random effects shows that some trade-offs exist to avoid overload of hospitals and intensive care units, at the expense of stricter control measures with the potential to reduce individuals' welfare. The willingness to accept restrictions was shared to a large extent across subgroups according to age, gender, education, vulnerability to the Covid-19 epidemic, and other socio-demographic or economic variables. However, individuals who felt at greater risk from Covid-19, and individuals expressing high confidence in the governmental management of the health and economic crisis, more easily accepted all these restrictions. Finally, we compared the welfare impact of alternative strategies combining different epidemic control measures. Our results suggest that policies close to a targeted lockdown or with medically prescribed self-isolation were those satisfying the largest share of the population and achieving high gain in average welfare, while average welfare was maximized by the combination of all highly restrictive measures. This illustrates the difficulty in making preference-based decisions on restrictions.

► **Mais où est donc passée l'éthique du care ? Les infirmier·es et la question de l'abord de la sexualité en oncologie**

TOFFEL K., BRAIZAZ M. ET SCHWEIZER A.

2021

Travail et emploi 164-165(1): 7-31.

<https://www.cairn.info/revue-travail-et-emploi-2021-1-page-7.htm>

En dépit d'une technicisation croissante du métier qui fait écho au processus de spécialisation du champ médical, la revendication d'autonomie des infirmier·es est principalement adossée au versant relationnel de leur travail, plaçant l'« approche globale » au cœur des discours professionnels. Dans quelle mesure les savoir-faire en matière de sollicitude des infirmier·es peuvent-ils cependant survivre face aux injonctions gestionnaires qui s'appliquent désormais à grand renfort d'outils informatiques s'immisçant dans la relation soigné·es/soignant·es ? Basé sur une enquête qualitative menée en Suisse romande auprès de vingt-neuf infirmières et infirmiers exerçant en oncologie, l'article montre que le non-abord de la sexualité est un révélateur saisissant des grandes difficultés que rencontrent les soignant·es pour faire reconnaître tout un pan de leur rôle professionnel se rapportant au travail du care, qui s'avère aussi peu rentable économiquement que symboliquement.

► **Le sexe et le genre à l'épreuve de la santé**

WIRDEN S.

2022

Cahiers De Santé Publique Et de Protection Sociale (Les)(42)

<https://cahiersdesante.fr/editions/le-sexe-et-le-genre-a-lepreuve-de-la-sante/>

L'auteure fait un vaste tour d'horizon sur la place de la femme dans l'histoire de la médecine et elle montre de nombreux points de discrimination. Elle élargit son propos avec la théorie du genre et montre que la médecine a fonctionné sur un modèle andro-généré. Enfin elle ouvre des perspectives d'évolution positive en particulier dans le domaine de la recherche. Elle relie cette situation aux autres causes d'aliénation.

Soins de santé primaires

Primary Health Care

► **Retour sur la rémunération des médecins...encore libéraux**

BADEL M.
2022

[Revue De Droit Sanitaire Et Social\(6\): 1088-1097.](#)

Si le paiement à l'acte reste au cœur du revenu libéral, la progression des forfaits et des rémunérations à la performance accentuent la dépendance économique des médecins à l'égard de l'Assurance maladie dans un contexte de contention des honoraires.

► **The Local Roots of 'Health For All': Primary Health Care in Practices, 1950S–2000S**

BEAUDEVIN C., GAUDILLIÈRE J.-P. ET GRADMANN C.
2023

[Social Science & Medicine 319: 115321.](#)
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115321>

We look at Universal Health Coverage (UHC) through a historical investigation of the "health for all by 2000" policy adopted by the WHO in 1978. Within contemporary debates on access to care, Alma Ata is usually considered as a brief moment of well-intentioned utopia, which buckled to global health's agenda of performance metrics and targeted diseases. Such visions of primary health care (PHC) are shared references in the debates about UHC. Aiming at a less geopolitical and more local approach of the strategy's roots than the existing historiography, the paper draws from historical and ethnographic work on health policies and practices in Tanzania, Oman and Kerala (India), in which PHC was not only envisioned, but constructed as the backbone of local health systems, often prior to Alma Ata. All three states were praised for their PHC achievements. Studying them allows for emphasizing the importance of national trajectories in PHC, as well as revealing shared core issues such as the importance of access and affordability, of the focus on rural centers and the mass training of non-medical personnel, and of the articulation of vertical programs and horizontal system building. It also reveals very different trajectories in terms of duration, priorities, outcomes and international visibility.

► **30 Years of Primary Health Care Reforms in Estonia: The Role of Financial Incentives to Achieve a Multidisciplinary Primary Health Care System**

HABICHT T., KASEKAMP K. ET WEBB E.
2023

[Health Policy 130 : 104710.](#)
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104710>

Estonia has a legacy of hospital-focused service provision, but since the 1990s, has introduced a series of reforms to strengthen primary health care (PHC). The recent PHC reforms have placed an increasing focus on multidisciplinary care, involving home nurses, midwives, and physiotherapists, and emphasize PHC centres over single physician practices. These incremental reforms, without a supporting legal basis nor explicitly defined timelines and targets, nonetheless demonstrated the ability of financial incentives to drive change. EU structural funds in particular provided essential funding for infrastructure investments in PHC. Yet not all stakeholders supported these initiatives, largely due to the uncertain sustainability of funding. The EHIF also adjusted contract and payment terms to support PHC reforms, with some concessions to PHC providers operating as single practitioners. Despite substantial progress over the last three decades to shift the focus to PHC, there are some important bottlenecks that hinder the progress. These include PHC providers' hesitance to give up their freedom as single practitioners, low interest from specialists to start working at the PHC level, and a lack of financial incentives and adequate funding for a broader scope of PHC services. This looks to become more challenging in the future, as nearly half of family physicians are 60 years old or older. The development of the new PHC strategy in 2023 is very timely to comprehensively address these bottlenecks and to set the vision for the future of PHC in Estonia.

► **A Systematic Scoping Review of Primary Health Care Service Outreach For Homeless Populations**

KOPANITSA V., MCWILLIAMS S., LEUNG R., *et al.*

2022

Family Practice 40(1): 138-151.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab075>

Homeless populations (HPs) have difficulties obtaining necessary medical care, and primary health care service outreach (PHSO) might be useful to bridge this gap. Using the Centre for Evidence-Based Management Critically Appraised Topics framework, to provide systematic evidence of the usefulness of PHSO interventions for HPs. A systematic search was conducted in 4 electronic databases: PubMed, Web of Science, CINAHL, and Cochrane (publication dates between January 1980 and November 2020). In total, 2,872 articles were identified. Primary research about PHSO for HPs in high-income countries were included. Data were extracted from eligible studies, summarized, and collated into a narrative account. Twenty-four studies that described and evaluated PHSO interventions for adults experiencing homelessness were selected in the final synthesis. Most studies had a nonrandomized design. PHSO was found to successfully address some barriers to health care access for HPs through flexible appointments in convenient locations, fostering an understanding relationship between doctor and patients, and provision of additional basic necessities and referrals. Outreach was provided for a range of health care concerns, and several solutions to engage more HPs in primary care, improve continuity of care and to decrease the running costs were identified. Outreach also helped to implement preventative measures and reduced emergency service admissions. Our review adds to the evidence that PHSO likely improves health care access for HPs. Further studies over longer time periods, involving collaborations with experts with lived experience of homelessness, and utilizing randomized study designs are needed to test outreach efficacy.

► **Santé communautaire : une alternative crédible**

MÉNARD D.

2022

Raison présente 223-224(3): 101-111.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-101.htm>

Présenter la Santé Communautaire en France revient à décrire une organisation de l'offre de santé encore marginale, développée surtout dans les quartiers populaires. Elle se réfère à un modèle d'organisation promu par l'Organisation Mondiale de la Santé et largement effective dans différents pays, comme la Belgique, la Suisse, le Canada, le Brésil, l'Argentine... Ce n'est pas une organisation de l'offre de santé spécifique pour les gens précaires, mais un modèle d'organisation de démocratie sanitaire. Si elle se développe à la marge du système de distribution des soins actuel, c'est qu'elle porte en elle différentes ruptures avec notre modèle dominant de l'offre de soins centré sur la maladie aiguë. Ce modèle, à l'œuvre dans notre pays depuis bientôt un siècle, est inadapté à l'évolution des besoins de santé marquée par l'épidémie des maladies chroniques et par l'urgence de développer la prévention.

► **French General Practitioners' Adaptations For Patients with Suspected Covid-19 in May 2020**

RAMOND-ROQUIN A., GAUTIER S., LE BRETON J., *et al.*

2023

Int J Environ Res Public Health 20(3).

In France, towards the end of the first lockdown, Covid-19 management was largely transferred from hospitals to primary care. Primary care actors adapted their practices to ensure patients' access to care, while limiting contamination. In this study, we aimed to identify patterns of adaptations implemented by French general practitioners (GPs) in May 2020 for outpatients with confirmed or suspected Covid-19, and factors associated with these adaptations. A French survey concerning care organization adaptations, and individual, organizational, and territorial characteristics, was sent to GPs. Data were analyzed by multiple correspondence analysis followed by agglomerative hierarchical clustering to identify GPs' adaptation clusters. A multinomial logistic regression model estimated the associations between clusters and individual, organizational, and territorial factors. Finally, 3068 surveys were analyzed

(5.8% of French GPs). Four GPs' adaptation clusters were identified: autonomous medical reorganization (64.2% of responders), interprofessional reorganization (15.9%), use of hospital (5.1%), and collaboration with Covid-19 outpatient centers (14.8%). Age, practice type and size, and territorial features were significantly associated with adaptation clusters. Our results suggest that healthcare systems should consider organizational features of primary care to effectively deal with future challenges, including healthcare crises, such as the Covid-19 pandemic, but also those linked to epidemiologic and societal changes.

► **Les dispositifs d'appui à la coordination**

WANDER F.

2023

Gestions hospitalières(622): 20-24.

Depuis dix-huit ans, le réseau de santé meurthe-et-mosellans a su innover étape par étape – fusion des réseaux gérontologique et d'éducation thérapeutique du patient, déploiement de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, intégration des services d'aide et de soins, coordination territoriale en cancérologie... –, des expériences pilotées par les professionnels de premiers recours et les établissements du territoire qui ont permis de construire une fonction d'appui et de coordination selon les besoins et les ressources locales. L'auteur décrit ici les activités et services qui peuvent être rendus par ces dispositifs : appui aux professionnels, accompagnement des personnes et animation territoriale.

Systemes de santé

Health Systems

► **Crise sanitaire : l'impact sur les systèmes de santé. Episode 1 Analyse d'une crise systémique**

AMRI K., CHATARD H., GILLIAUX M., *et al.*

2022

Gestions hospitalières(615): 235-246.

<https://gestions-hospitalieres.fr/crise-sanitaire-limpact-sur-les-systemes-de-sante/>

Tel un scénario futuriste, une pandémie mondiale accompagne la vie quotidienne depuis janvier 2020 ; la crise sanitaire liée au Covid-19 a engendré de nombreux morts, un coût mondial de plus de 28 K milliards de dollars, et ce n'est pas terminé. Elle a aussi mis en exergue les limites des systèmes de santé de l'ensemble des pays, dont la France. Pouvons-nous l'anticiper ? Peut-on en tirer des leçons ? L'objet du travail universitaire mené par les auteurs et présenté en partie ici consistait en un comparatif européen sur l'impact de cette crise afin d'émettre des recommandations d'évolution du système de santé français au long terme. Une recherche bibliographique a été réalisée sur cinq pays – France, Royaume-Uni, Finlande,

Allemagne, Italie – et un questionnaire quantitatif a permis de la confronter aux avis de 70 acteurs de santé, dont deux Finlandais. À partir de ces analyses, de nouvelles recommandations ont été proposées afin d'améliorer notre système de santé sur les thématiques de la gouvernance, la communication, la collaboration entre les établissements de santé privés et publics, sur le financement des soins de santé et sur l'Union européenne. La majorité de ces propositions étant applicables dès 2022, les auteurs souhaitent mettre à profit les enseignements de cette recherche afin d'être acteurs de ces changements.

► **Crise sanitaire : l'impact sur les systèmes de santé. Episode 2 Recommandations post-analyse**

AMRI K., CHATARD H., GILLIAUX M., *et al.*

2022

Gestions hospitalières(620): 551-555.

<https://gestions-hospitalieres.fr/crise-sanitaire-limpact-sur-les-systemes-de-sante/>

Dans un premier épisode, les auteurs ont procédé à l'analyse de la crise liée au Covid-19 sur les systèmes de santé de cinq pays : France, Royaume-Uni, Finlande, Allemagne, Italie. De ces analyses, ils ont émis des recommandations sur la gouvernance, la communication, la collaboration entre établissements de santé privés et publics, sur les financements des soins de santé et sur l'Union européenne. Tel est le contenu du second épisode.

► **Le système de santé norvégien**

BUBIEN Y., RIFFET-VIDAL N. ET SADLAN F.

2022

Gestions hospitalières(619).

<https://gestions-hospitalieres.fr/le-systeme-de-sante-norvegien/>

Pour sa sixième édition européenne – après Berlin (2014), Londres (2015), Stockholm (2017), Copenhague (2018) et Turin (2019) –, le Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) s'est réuni à Oslo du 24 au 27 août 2022, avec pour objectifs d'élargir les horizons hospitaliers français, de mener une réflexion autour de modèles applicables à nos établissements et de comparer nos outils. L'occasion, via des conférences données par les principaux acteurs norvégiens et des visites de terrain, d'analyser un système de santé qui, s'il présente des différences fondamentales avec le système français, est confronté à plusieurs défis, certains similaires, d'autres spécifiques. Les principaux enseignements de ce modèle tiennent à la répartition des compétences en matière de santé entre les communes et l'État, les premières jouant un rôle clé dans l'accès aux soins primaires et la régulation des urgences, quand le second pilote et sectorise les soins spécialisés et plus généralement l'activité des hôpitaux.

► **« Refondation du système de santé » ?**

LEFLON M.

2022

Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(43)

<https://cahiersdesante.fr/editions/43-decembre-2022/refondation-du-systeme-de-sante/>

L'auteur propose une démarche cohérente pour une refondation du système de santé en crise. Ses grands axes sont l'emploi, les formations, les salaires et un service public hospitalier et ambulatoire dynamique. Elle développe particulièrement des propositions concrètes pour la formation et pour l'organisation des soins primaires. Elle n'oublie pas d'organiser le financement général de cette transformation par des propositions concernant l'assurance maladie.

► **Reimagining Health Systems As Systems For Health**

MARTEN R., SHROFF Z. C., HANSON K., *et al.*

2022

BMJ 379: o3025.

<https://www.bmj.com/content/bmj/379/bmj.o3025.full.pdf>

While health systems are fundamental to creating health and wellbeing, the covid-19 pandemic has -exposed an outdated view of health systems. The boundaries of health systems are rapidly evolving and expanding. Social media and digital innovations are revolutionizing how governments and the private sector engage people and communities. They are also revolutionizing people's and communities' interaction and engagement with health systems.

Occupational Health

► Santé au travail

DAB W. ET ZNATY S.
2022

Raison présente 223-224(3): 49-59.

<https://www.cairn.info/revue-raison-presente-2022-3-page-49.htm>

Nous passons un tiers de notre vie à travailler. Ce constat pourrait suffire pour affirmer que le travail joue un rôle déterminant sur la santé et pourtant la santé au travail est le parent pauvre de la santé publique. Cet article propose une vision large de la problématique de la prévention des risques professionnels et de ses rapports avec la santé publique. Le chemin que nous proposons part de quelques considérations historiques, rappelle le rôle structurant du droit, indique les grands enjeux sanitaires du travail pour arriver à discuter les relations entre la santé au travail et la santé publique.

► Chômage et santé fragilisée : dynamiques des parcours de travail et de santé et processus de reconstruction de soi – Une recherche-action

GELPE D., LHUILIER D. ET WASER A.-M.
2022

Revue française des affaires sociales(4): 107-125.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-4-page-107.htm>

La santé des personnes au chômage dépend non seulement des effets de la privation d'emploi et des facteurs favorisant ou non l'accès à un emploi, mais aussi des trajectoires de santé et de travail en relation réciproque. Notre recherche action, dans une visée qualitative et diachronique, étudie les formes de cette interrelation travail/santé telle que les chômeur-euse-s en reconstituent l'histoire au sein d'entretiens ou au cours d'un accompagnement en atelier collectif. Elle se penche également sur les dynamiques favorisant ou empêchant, au chômage, un travail de santé qui restaure les processus visant « l'aller mieux », en quête d'un certain bien-être physique, psychique et social. Nous dégagons trois types de parcours « travail et santé » caractérisés par une santé « sacrifiée », une santé se dégradant dans un contexte de précarité et une santé fragilisée sur fond de désinsertion professionnelle chronique, données complétées de l'étude

de parcours de dégradation ou de restauration de la santé au chômage. Avec les parcours accompagnés en atelier, nous montrons comment des réinsertions professionnelles sont possibles en donnant une place centrale aux activités et aux ressources collectives construites par des personnes à la santé fragilisée.

► Troubles bipolaires et situation d'emploi : une étude à partir de données administratives françaises

LENGAGNE P. ET GANDRÉ C.

2022

Revue française des affaires sociales(4): 79-105.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-4-page-79.htm>

Cette étude s'intéresse à la situation d'emploi des personnes vivant avec un trouble bipolaire diagnostiqué et pris en charge dans le cadre d'un protocole de soins de longue durée, en mobilisant des données administratives couvrant la période de 2000 à 2015. La population d'étude est constituée de 674 personnes ayant ces troubles incluses dans le dispositif des affections de longue durée (ALD), âgées de 25 à 50 ans lors de cette inclusion. Nos résultats portent tout d'abord sur leur situation d'emploi au cours des huit années qui précèdent l'entrée en ALD. Ils mettent en évidence, parmi les personnes bipolaires, plus de situations d'emploi heurtées, marquées par des périodes de chômage, par comparaison à la population de témoins. Cela peut traduire un retentissement négatif de ces troubles sur la situation d'emploi avant l'entrée en ALD. Néanmoins, des événements de vie ou des facteurs de vulnérabilité au cours de ces années ont pu augmenter le risque de bipolarité et affecter la situation d'emploi, tandis que des parcours d'emploi marqués par le chômage et la désinsertion professionnelle ont pu également constituer des facteurs déclencheurs de l'apparition ou de l'aggravation des troubles. Ensuite, l'analyse de la situation d'emploi des personnes bipolaires après l'entrée en ALD suggère que ces troubles ont des effets négatifs importants sur les parcours d'emploi, persistants dans le temps. Cette étude souligne l'importance de mettre en œuvre et de développer des interventions dédiées à améliorer la situation d'emploi des personnes vivant avec un trouble bipolaire.

► **Santé mentale au travail des soignants de psychiatrie : un détour réflexif sur les enjeux épistémologiques et institutionnels de la recherche RPSY**

MAILLARD I., COSTA M., ROELANDT J.-L., *et al.*

2022

Revue française des affaires sociales(4): 193-211.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-4-page-193.htm>

La recherche RPSY vise à explorer les liens entre pratiques de soins, notamment l'usage de la contrainte (isolement, contention), risques psychosociaux (RPS) et santé mentale au travail des soignant·e·s de psychiatrie adulte dans huit établissements publics de santé mentale (EPSM). Les critiques dont la démarche participative et le protocole de recherche proposés ont

été l'objet sont révélatrices des débats et controverses entourant la production de connaissances sur la santé mentale au travail, entre approches compréhensives versus objectivistes. Une manière d'en tenir compte a été d'engager une étude préliminaire afin de questionner le sens de l'engagement des établissements dans cette recherche, leurs motivations et les attentes. C'est l'objet de cet article qui se propose d'analyser les enjeux institutionnels soulevés par cette recherche. L'analyse des entretiens réalisés permet de mettre en lumière les difficultés, les limites et les enjeux d'une politique de prévention des RPS, particulièrement sensible au sein des établissements, source de tensions et divisions entre les partenaires sociaux et les directions, témoignant d'une difficile coopération susceptible d'en affaiblir la portée.

Vieillissement

Ageing

► **Une nouvelle réforme des retraites est-elle nécessaire ?**

2023

Études Février(2): 33-44.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2023-2-page-33.htm>

Comme en 2010, le projet de réforme des retraites annoncé pour l'année 2023 prévoit un report de l'âge d'ouverture des droits et un allongement de la durée de cotisation. Il s'agirait de travailler plus pour « sauver nos pensions ». Dans quelle mesure le système de retraite actuel est-il réellement en danger ? Entre-t-on dans un nouvel âge de la réforme des retraites, visant la réduction de leur durée et du niveau moyen des pensions ?

Guidelines recommend screening for frailty in all hospitalised older adults to inform care, based mainly on studies in outpatient and speciality-specific settings. However, most hospital bed-days in older people are for acute, non-elective admissions to general medicine, for which the prevalence and prognostic value of frailty might differ. Therefore, we undertook a systematic review of frailty prevalence and outcomes in older people with unplanned hospital admissions. We searched MEDLINE, EMBASE and CINAHL up to 30/04/2021 for observational studies using validated frailty measures in unplanned adult hospital-wide or general medicine admissions. We related frailty prevalence to measurement tool, setting and risk of bias (RoB). Studies reporting lower frailty prevalence showed stronger associations between frailty and mortality (beta = -0.009, P = 0.03, R = 49.6%), with the most consistent (PQ = 0.11) associations found in studies using prospective measures (pooled RR = 2.57, 95%CI = 2.30-2.88) and little attenuation after adjustment for age, sex and comorbidity. Ordinal cut-points appeared to provide superior discrimination to dichotomous thresholds. Frailty is common in older patients with acute, non-elective hospital admissions and remains an independent predictor of mortality, LOS and discharge home in the acute setting, justifying

► **Prevalence and Outcomes of Frailty in Older People with Unplanned Hospital Admissions: Systematic Review and Meta-Analysis**

BOUCHER E., GAN J., SHEPPERD S., *et al.*

2023

Age and Ageing 52(Supplement_1).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac322.020>

more widespread implementation of screening using prospective tools and consideration of the degree of frailty in guidance.

► **Age-Friendly Health Systems: Improving Care For Older Adults in the Veterans Health Administration**

CHURCH K., MUNRO S., SHAUGHNESSY M., *et al.*
2023

Health Services Research 58(S1): 5-8.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.14110>

The number of Americans over age 65 is projected to soar to 94.7 million by 2060, and the population of those 85 years and older is expected to double in the same time frame. In addition to meeting the demands of an ever-growing older adult population, many health systems are unprepared to meet the complex care needs of older adults, often emphasizing cure over care. Older adults routinely receive unwanted treatment that does not align with their priorities, miss necessary evidence-based care, undergo functional decline when mobility is not encouraged, experience avoidable delirium and cognitive decline, and are harmed by high-risk medications. To address these challenges, The John A. Hartford Foundation and the Institute for Healthcare Improvement (IHI) launched the Age-Friendly Health Systems (AFHS) initiative in 2017. AFHS aims to introduce a framework of evidence-based practices, known as the “4Ms” (what matters, medication, mentation, and mobility), across clinical care settings to improve care and reduce harm for older adults. Additionally, AFHS aims to provide person-centered care aligned with what matters to older adults and their family members or caregivers, and builds the foundation for healthier aging for all.

► **Les résidences pour personnes âgées : un foyer de contradictions**

FREYSSINET J.
2022

Chronique Internationale de l’IRES 179(3): 26-37.

<https://www.cairn.info/revue-chronique-internationale-de-l-ires-2022-3-page-26.htm>

Les résidences pour personnes âgées présentent en Angleterre un exemple des situations engendrées par l’interaction de politiques menées avec des objectifs hétérogènes et selon des calendriers différents. La pan-

démie exacerbe les conséquences de choix antérieurs avec un pic de surmortalité et une dégradation des conditions d’accueil. Elle aggrave la crise d’un personnel précarisé aux qualifications non reconnues. Le gouvernement est contraint de présenter un programme de rénovation doté de modestes moyens.

► **Burden of Disease Among Older Adults in Europe—Trends in Mortality and Disability, 1990–2019**

IBURG K. M., CHARALAMPOUS P., ALLEBECK P., *et al.*
2022

European Journal of Public Health 33(1): 121-126.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac160>

It is important to understand the effects of population ageing on disease burden and explore conditions that drive poor health in later life to prevent or manage these. We examined the development of disease burden and its components for major disease groups among older adults in Europe over the last 30 years. Using data from the Global Burden of Disease 2019 Study, we analyzed burden of disease trends between 1990 and 2019 measured by years of life lost (YLL), years lived with disability (YLD) and disability-adjusted life years (DALYs) among older adults (65+ years) in Western, Central and Eastern Europe using cause groups for diseases and injuries. Between 1990 and 2019, the crude numbers of DALYs for all causes increased substantially among older Western Europeans. In Eastern Europe, the absolute DALYs also increased from 1990 to 2005 but then decreased between 2006 and 2013. However, DALY rates declined for all European regions over time, with large differences in the magnitude by region and gender. Changes in the YLL rate were mainly driven by the contribution of cardiovascular diseases. This study found an increased overall absolute disease burden among older Europeans between 1990 and 2019. The demographic change that has taken place in Eastern European countries implies a potential problem of directed resource allocation to the health care sector. Furthermore, the findings highlight the potential health gains through directing resources to health promotion and treatment to reduce YLDs and to prevent YLLs, primarily from cardiovascular diseases.

► **A Multi-Disciplinary Approach to Transforming Eye Care Services For Care Home Residents**

MA N., LOW S., HASAN S., *et al.*

2023

Age and Ageing 52(Supplement 1).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac322.114>

Care home residents can have variable access to eye care services and treatments. We developed a collaborative approach between optometrists, care homes, and primary and secondary care to enable personalised patient-centred care. To develop and evaluate an integrated model of eye care for care home residents. Small scale plan-do-study-act (PDSA) service tests were completed in three care-homes in Southwark (2 residential, 1 nursing) between November 2021 to May 2022. Processes were compared to historical feedback and hospital-based ophthalmology clinic attendances (Mar 2019-2020). Hospital-like assessments were piloted at two care homes for feasibility and acceptability. Further piloting utilised usual domiciliary optometry-led assessment with multidisciplinary meeting access (including optometrist, GP, geriatrician, ophthalmologist and care home nurse) to reduce duplication of assessments and to evaluate MDM processes and referral rates. Examination was 100% successful at home (visual acuity and pressure measurement) compared to hospital outpatients (71.7% success visual acuity, 54.5% pressures). Examination was faster than in hospital settings (16 minutes vs 45 minutes-1 hour). Residents were away from usual activities for 32 minutes vs 6 hours for hospital visits including transport. Residents were less distressed with home-based assessments. Did-Not-Attend (DNA) rates reduced (26.7% to 0%), secondary care discharge rates improved (8.4% to 32%). Hospital eye service referral were indicated in 19% -23%, half of which were for consideration of cataract surgery. Alternative conservative plans were agreed at MDM for nursing home residents who were clinically too frail or would not have been able to comply with treatments avoiding 33% unnecessary referrals. Home-based eye care assessments appear better tolerated and are more efficient for residents, health and care staff. Utilising an MDM for optometrists to discuss residents with ophthalmologists and wider MDT members enabled personalised patient-centred decision-making. Future work to test this borough wide is in progress.

► **Health Care For Older Adults in Europe: How Has It Evolved and What Are the Challenges?**

STUCK A. E. ET MASUD T.

2022

Age and Ageing 51(12).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac287>

Geriatric medicine has evolved to an accepted specialty in 23 European countries. Despite much heterogeneity of postgraduate geriatric curricula, European societies have succeeded in defining a common core curriculum with a list of minimum training requirements for obtaining the specialty title of geriatric medicine. Geriatricians play a leading role in finding solutions for the challenges of health care of multimorbid older patients. One of these challenges is the demographic shift with the number of adults aged 80 years and older in Europe expected to double by 2050. Although geriatric units will play a role in the care of frail older patients, new care models are needed to integrate the comprehensive geriatric assessment approach for the care of the vast majority of older patients admitted to non-geriatric hospital units. Over the last few years, co-management approaches have been developed to address this gap. Innovative models are also in progress for ambulatory care, prevention and health promotion programs, and long-term care. Efforts to implement geriatric learning objectives in undergraduate training, and the generation of practice guidelines for geriatric syndromes may help to improve the quality of care for older patients.

► **People with Functional Disability and Access to Health Care During the Covid-19 Pandemic: A US Population-Based Study**

XIE Z., HONG Y.-R., TANNER R., *et al.*

2023

Medical Care 61(2): 58-66.

https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2023/02000/People_With_Functional_Disability_and_Access_to.2.aspx

Introduction: The Covid-19 pandemic and nationwide restriction measures have disrupted health care delivery and access for the general population. There is limited evidence about access to care issues (delayed and forgone care) due to the pandemic among people with disability (PWD). Methods: This study used the 2020 National Health Interview Survey data. Disability sta-

tus was defined by disability severity (moderate and severe disability), type, and the number of disabling limitations. Descriptive analysis and multivariate logistic regression (adjusted for sociodemographic and health-related characteristics) were conducted to estimate delayed/forgone care (yes/no) between PWD and people without disability (PWoD). Conclusions: PWD were more likely to experience Covid-19-related delays in or forgone medical care compared with PWoD. The more severe and higher frequency of disabling limitations were associated with higher degrees of delayed and forgone medical care. Policymakers need to develop disability-inclusive responses to public health emergencies and postpandemic care provision among PWD.

idents' case-fatality rate and the staff infection rate, but not in the infection, hospitalisation, or mortality rate of residents. SARS-CoV-2 infection rates would be very high among LTCF residents and staff without appropriate control measures. Cancelling visits, communal dining and group activities, restricting new admissions, and increasing vaccination would significantly reduce the infection rates.

► **Impact of the Covid-19 Pandemic and Corresponding Control Measures on Long-Term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis**

ZHANG J., YU Y., PETROVIC M., *et al.*

2023

Age and Ageing 52(1).

<https://doi.org/10.1093/ageing/afac308>

Long-term care facilities (LTCFs) were high-risk settings for Covid-19 outbreaks. To assess the impacts of the Covid-19 pandemic on LTCFs, including rates of infection, hospitalisation, case fatality, and mortality, and to determine the association between control measures and SARS-CoV-2 infection rates in residents and staff. We conducted a systematic search of six databases for articles published between December 2019 and 5 November 2021, and performed meta-analyses and subgroup analyses to identify the impact of Covid-19 on LTCFs and the association between control measures and infection rate. We included 108 studies from 19 countries. These studies included 1,902,044 residents and 255,498 staff from 81,572 LTCFs, among whom 296,024 residents and 36,807 staff were confirmed SARS-CoV-2 positive. The pooled infection rate was 32.63% (95%CI: 30.29 - 34.96%) for residents, whereas it was 10.33% (95%CI: 9.46 - 11.21%) for staff. In LTCFs that cancelled visits, new patient admissions, communal dining and group activities, and vaccinations, infection rates in residents and staff were lower than the global rate. We reported the residents' hospitalisation rate to be 29.09% (95%CI: 25.73 - 32.46%), with a case-fatality rate of 22.71% (95%CI: 21.31 - 24.11%) and mortality rate of 15.81% (95%CI: 14.32 - 17.30%). Significant publication biases were observed in the res-

Index des auteurs Author index

A

Aeberhardt R.....	20
Allebeck P.....	49
Al-Maraira O. A.....	36
Amri K.....	45, 46
Arnault L.....	23
Arvis Souaré M.....	34
Asif Z.....	36
Astruc P.....	26

B

Badel M.....	43
Barbason C.....	41
Beaudevin C.....	43
Bley D.....	15
Blondel S.....	42
Bobek J.....	32
Böcken J.....	21
Bouchaud O.....	30
Boucher E.....	48
Bourdillon F.....	33
Bouvenot G.....	27
Braizaz M.....	42
Bubien Y.....	46
Busa C.....	31
Butler D.....	13

C

Cacace M.....	21
Carey K.....	21
Carmès J.....	17
Carrino L.....	12
Casassus P.....	41
Cavazza M.....	19
Champrobert K.....	26
Charalampous P.....	49
Charreire Petit S.....	20
Chatard H.....	45, 46
Church K.....	49
Chyderiotis S.....	42
Clemens T.....	30

Cluzel-Metayer L.....	29
Coletta L.....	35
Corazza I.....	35
Costa M.....	48
Courtejoie N.....	24
Crutzen R.....	11
Cylus J.....	12

D

Dab W.....	47
Dackehag M.....	28
Daniel F.....	39
David M.....	38
Delion P.....	36
de New S. C.....	13
Detève L.....	24
Dindorf C.....	34
Donner-Banzhoff N.....	28
Dorn F.....	12
Dourgnon P.....	24
Dragos C. M.....	14
Dumont G.-F.....	10

E

Edelstein S.....	38
Edquist K.....	21
Eerens D.....	30
Elbaum M.....	15
Ellegård L. M.....	28
Elma A.....	20
Ennezat P. V.....	22
Ermansons G.....	36
Esquerre B.....	26

F

Falcon A.....	24
Fattore G.....	19
Flemming R.....	28
Fleury M.-J.....	37
Freyens A.....	26

Freyssinet J.....	49
Friederici L.....	16
Frisell O.....	13
Frölich F.....	28

G

Gabani J.....	12
Gabet M.....	37
Galano J. M.....	37
Gandr� C.....	47
Gan J.....	48
Garcia �.	22
Garofalo M.....	10
Garralda E.....	31
Gaudilliere J.-P.....	43
Gautier S.....	44
Gelpe D.....	47
Gerdtham U.-G.....	28
Gervais A.....	22
Gilleron V.....	29
Gilliaux M.....	45, 46
Gindi R. M.....	29
Gogia S.....	35
Gozlan G.....	11
Gradmann C.....	43
Green N.....	34
Griffith L. E.....	37
Gutacker N.....	39

H

Habicht T.....	43
Hajizadeh M.....	25
Hall J.....	38
Hanson K.....	46
Hasan S.....	50
Hayajneh F. A.....	36
Helms K.....	16
Hensher M.....	16
Herr A.....	28
Herrera-Gomez M.....	14
Hong Y.-R.....	50
Houzard S.....	39
Hrzic R.....	30
Huisman-Perrin E.....	31
Humbert O.....	10
Hussein H.....	11

I

Iburg K. M.....	49
-----------------	----

J

Jacob S.....	10
Jacquin P.....	32
Jamieson Gilmore K.....	35
Johansson N.....	13
Jones A.....	37
Jönsson L.....	13
Jusot F.....	23

K

Kasekamp K.....	43
Kasteridis P.....	39
Keil M.....	16
Khailaie S.....	12
Khaled M. A.....	25
Khattar J.....	37
Kienzler H.....	36
Kopanitsa V.....	44
Kunz J. S.....	13

L

Laaidi K.....	17
Lamrock F.....	34
Lang T.....	25
Law H. D.....	13
Le Breton J.....	44
Lecardeur L.....	37
Lefevre T.....	29
Leflon M.....	46
Lengagne P.....	47
Le Noc Y.....	20
Leong D.....	19
Lesaffre B.....	16
Lessem S. E.....	29
Lesterle S.....	17
Leung R.....	44
Levesque K.....	40
Lhuilier D.....	47
Liateni Z.....	22
Lightfoot S.....	40

Lin M.-Y.....	21
Li Z.	35
Lorenzoni L.	14
Low S.....	50

M

Maillard I.....	48
Makdissi P.....	25
Ma N.....	50
Marano F.....	15, 17
Marasinghe D.....	13
Mare C.	14
Marino A.	14
Marten R.....	46
Martin E.....	33
Masud T.	50
Mathieu A.....	17
Mathis-Edenhofer S.	32
Mazumdar S.	12
McConnell K. J.....	38
McDaid S.	40
McKee M.	19
McWilliams S.	44
Meheus F.....	15
Ménard D.....	44
Mercuel A.....	39
Michel M.	34
Mladovsky P.	38
Montmartin B.	14
Munro S.	49

N

Nagels M.....	33
Naito R.....	19
Nasser M.....	20
Naylor N.	34
Naylor N. R.....	34

O

Or Z.....	14
Ouanhnon L.....	26

P

Pandey S.....	25
Pascal M.....	17
Pastour N.....	23
Percivalle A.....	10
Perrin C.....	11
Petrovic M.	51
Pierru F.....	9
Pokrovsky A.	20
Pollak C.....	24
Pourat N.....	24
Pozsgai É.....	31
Probst U.....	9
Pulok M. H.....	25
Purcel A.-A.....	14

R

Radike M.	20
Ramond-Roquin A.....	44
Renaud T.....	23
Ride J.	39
Riffet-Vidal N.....	46
Rocco L.	24
Roelandt J.-L.....	48
Routelous C.	41
Ruiller C.....	41

S

Sadli N.....	11
Sadran F.	46
Salomon J.....	17
Santos A. C.	15
Savall A.	41
Schmidt A. E.	32
Schweizer A.	42
Seppänen A.-V.	39
Shaughnessy M.....	49
Shepperd S.....	48
Shroff Z. C.	46
Sicsic J.....	42
Simos J.....	18
Souissi S.	10
Squinazi F.....	15
Stoekli M.....	12
Stuck A. E.	50
Stühmeier T.....	28

Suesser P.....	32
Suhrcke M.....	12

T

Tanner R.	50
Tate A.	13
Tatem K. S.....	35
Toffel K.....	42
Tordjman S.	39

U

Urasadettan J.....	41
--------------------	----

V

Vandyk A.	40
Vecchio M. D.....	19
Vial S.	22
Vidy A.	18
Viere T.....	16
Vilard L.	26
Vonken L.....	11

W

Wander F.....	45
Waser A.-M.	47
Webb E.....	43
Wenzel T.	28
Wieber F.....	40
Williams G.....	12
Williams J.....	34
Willumsen J.....	15
Wilson N.....	40
Wintenberger C.	22
Wirden S.	42

X

Xie Z.....	50
------------	----

Y

Yang L.....	20
Yazbeck M.	25
Yu Y.....	51

Z

Zablotsky B.....	29
Zeltner L.	23
Zhang J.....	51
Znaty S.	47
Zuromskis T.	20